



Znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Kristýna Juříčková**
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Mařanová





Knowledge of Institute of Health studies students in Liberec about differences between home care and care services

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Kristýna Juříčková**
Supervisor: Mgr. Kateřina Mařanová



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Juříčková**
Osobní číslo: **Z13000067**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci
o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

- 1) Zjistit, zda se studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci orientují v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče.
- 2) Zjistit, zda se studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci orientují v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby.
- 3) Zjistit, zda studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci dokáží definovat pojem terénní ošetrovatelská péče.
- 4) Zjistit, zda studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci dokáží definovat pojem terénní pečovatelská služba.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Bakalářská práce se zabývá problematikou domácí péče a pečovatelské služby. Prezidentka Asociace domácí péče v ČR Misconiová tvrdí, že dle rozhodnutí ošetřujících lékařů je domácí péče poskytována každý rok statisícům klientů různých věkových i diagnostických skupin. Nejčastěji se jedná o klienty, kteří by bez domácí péče museli být hospitalizováni. Klienti jsou ve svém přirozeném prostředí a mají jednoznačně více uspokojené své bio-psycho-sociální, emocionální a spirituální potřeby. Další možností péče je pečovatelská služba, která ve vymezeném čase poskytuje určité úkony, jež si klienti na základě smlouvy předem stanoví. Jedná se například o nákupy či péči o domácnost. Bakalářská práce bude zaměřena na studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Výstupem bakalářské práce bude studijní opora včetně posteru pro studenty, který jim dostatečně pomůže pochopit tuto problematiku (12, 13).

Výzkumné předpoklady:

- 1) Předpokládáme, že existuje rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia a kombinované formy studia v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče.
- 2) Předpokládáme, že existuje rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia a kombinované formy studia v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby.
- 3) Předpokládáme, že mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia a kombinované formy studia existuje rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní ošetrovatelská péče.
- 4) Předpokládáme, že mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia a kombinované formy studia existuje rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní pečovatelská služba.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě pilotní studie.

Metoda:

Kvantitativní metoda

Technika práce, vyhodnocení dat:

Výzkum proběhne dotazníkovou formou, vyhodnocení dat v Microsoft Excel a Microsoft Word.

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum bude probíhat od ledna do března 2016 na Ústavu zdravotnických studií v Liberci.

Vzorek:

Respondenti budou z řad studentů třetího ročníku studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia na Ústavu zdravotnických studií v Liberci.

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- 1) HALÁSKOVÁ, Renáta. Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2013. ISBN 978-80-7416-118-6.
- 2) ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální péče 1. díl. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5147-4.
- 3) MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství 1. díl. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
- 4) MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství 2. díl. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.
- 5) MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 6) HAUKE, Marcela. Pečovatelská služba a individuální plánování. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
- 7) MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 8) ČERNOCKÁ, Alena. Agentury domácí péče: Formy domácí péče a její pozitiva. Ošetřovatelská péče, 2013, roč. 2013, č. 4, s. 4-5. ISSN: 2336-1603.
- 9) KAINRÁTHOVÁ, Renata. Domácí péče - smysl, výhody a nový koncept. Ošetřovatelská péče, 2011, roč. 2011, č. 6, s. 6-7. ISSN: 2336-1603.
- 10) BUKÁČKOVÁ, Jitka. Domácí péče u nás. Ošetřovatelská péče, 2011, roč. 2011, č. 6, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.
- 11) VONEŠOVÁ, Petra a Alena MACHOVÁ. Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetřovatelské péče. Sestra, 2011, roč. 21, č. 4, s. 48-49. ISSN: 1210-0404.
- 12) Odbor 22. Pečovatelská služba. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. 27. 1. 2014 [cit. 2015-09-30]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368>
- 13) MISCONIOVÁ, Blanka. Systém domácí péče - informace pro klienty. Národní centrum domácí péče České republiky. [online]. 2006 [cit. 2015-09-25]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>
- 14) GENET, Nadine et al. Home care across Europe. Current structure and future challenges. United Kingdom: World Health Organization, 2012. ISBN 978 92890 02882.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

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

Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Kateřina Mařanová


Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

29. května 2015


Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2016


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs

rektor




Mgr. Marie Froňková

pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 13. listopadu 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 28.6.2016

Podpis:



Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Mařanové za vedení mé bakalářské práce, za trpělivost a ochotu při konzultacích, za cenné rady a připomínky. Dále děkuji Mgr. Václavu Štěpařovi za korekturu bakalářské práce. Velké poděkování patří celé mé rodině a příteli za podporu během studia.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Kristýna Juříčková
Instituce:	Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií
Název práce:	Znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Mařanová
Počet stran:	72
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2016

Souhrn:

Domácí péče je poskytována klientovi v jeho přirozeném prostředí. Péči zajišťuje multidisciplinární tým, který spolu navzájem spolupracuje. Klientovi je poskytována jak zdravotnická odborná péče indikovaná lékařem, tak péče sociální v rámci aktuální potřeby klienta. Domácí péče se řadí do tzv. primární péče. Oproti tomu pečovatelská služba ve vymezeném čase poskytuje úkony, které si klient na základě předem stanovené smlouvy sám určí. Jedná se např. o pomoc v domácnosti, hygienickou péči, nakupování či žehlení.

Klíčová slova: komunita, komunitní ošetřovatelství, domácí péče, sociální péče, pečovatelská služba, všeobecná sestra, student

Annotation

Name and surname: Kristýna Juříčková

Institution: Technical university of Liberec, Institute of Health Studies

Title: Knowledge of Institute of Health studies students in Liberec about differences between home care and care services

Supervisor: Mgr. Kateřin Mařanová

Pages: 72

Apendix: 6

Year: 2016

Summary:

Home care is provided in client's home environment. The care is secured by multidisciplinary team whose members are cooperating with each other. They provide both professional health care indicated by the doctor, and social care based on a client's actual need. Home care belongs to so called 'primary care'. On the other hand, services provided in a demarcated time by a care service are based on a predetermined contract designated by client. That can include for example helping with household, hygienic care, shopping or ironing.

Keywords: community, community care, home care, social care, care service, nurse, student

Obsah

Obsah	11
Seznam použitých zkratk	14
I. Úvod.....	15
II. Teoretická část	17
1 Komunita a komunitní péče	17
1.1 Komunita	17
1.2 Komunitní péče	17
1.3 Historie komunitní péče	18
1.4 Obecné principy komunitní péče.....	19
1.5 Komunitní péče v České republice.....	19
1.6 Komunitní sestra.....	20
1.7 Vzdělání v oboru komunitní sestra.....	20
1.8 Kompetence komunitní sestry	21
1.9 Ošetrovatelský proces v komunitní péči.....	21
2 Domácí péče	22
2.1 Historie domácí péče	23
2.2 Formy domácí péče	24
2.3 Cíle domácí péče	25
2.4 Pozitiva a negativa domácí ošetrovatelské péče.....	25
2.5 Financování domácí péče	26
2.6 Vzdělání sester v domácí péči	27

2.7	Výkony prováděné v domácí ošetrovatelské péči	27
2.8	Ošetrovatelská péče v domácím prostředí	28
3	Sociální služby	29
3.1	Sociální péče	30
3.2	Základní dělení sociálních služeb	30
3.3	Formy péče o seniory	31
3.4	Financování sociálních služeb	32
3.5	Vzdělání zaměstnanců v sociálních službách	32
4	Pečovatelská služba	33
4.1	Role pečovatele	33
4.2	Poskytování základních úkonů v pečovatelské službě	34
4.3	Individuální plánování pečovatelské služby	34
III.	Výzkumná část	36
1	Cíle výzkumu	36
2	Výzkumné předpoklady	36
3	Metodika výzkumu	37
3.1	Charakteristika respondentů	37
4	Analýza výzkumných dat	38
5	Analýza výzkumných předpokladů	57
6	Diskuze	61
7	Návrh doporučení pro praxi	67
IV.	Závěr	68
V.	Seznam použité literatury	69

1	Monografie.....	69
2	Internetové zdroje	70
3	Vyhlášky a zákony.....	71
4	Kvalifikační práce.....	71
	Seznam příloh	72
	Příloha č. 1 – Protokol o výzkumu	73
	Příloha č. 2 – Pilotní studie	74
	Příloha č. 3 – Dotazník pilotní studie	111
	Příloha č. 4 – Konečný dotazník.....	117
	Příloha č. 5 – Studijní opora	122
	Příloha č. 6 – Poster	133

Seznam použitých zkratk

ADP – Agentura domácí péče

Ad hoc. – k tomuto, za určitým účelem

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

Bc. – vysokoškolský titul bakalář

Bio. – biologické

Č. - číslo

ČR – Česká republika

Dis. – diplomovaná sestra

HDP – hrubý domácí produkt

Mgr. – vysokoškolský titul magistr

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. - na příklad

PMK – permanentní močový katetr

Psycho – psychický

S. - strana

Sb. – sbírka

Tzv. – tak zvané

ZZS – zdravotnická záchranná služba

I. Úvod

Bakalářskou práci na téma Znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou jsem si vybrala z důvodu zjištění informovanosti studentů v této problematice. V dnešní době jsou veškeré tyto služby na velkém vzestupu, a proto je dle mého názoru důležité, aby studenti znali jejich náležitosti. Práce je zaměřena na studenty z toho důvodu, že to budou právě oni, kteří budou tvořit novou posilu ve zdravotnictví, a proto by do něho měli vstoupit s nově nabitými znalostmi této problematiky.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části se zabývám komunitní péčí, její historií, kompetencemi sester a ošetrovatelským procesem v komunitě. Druhou velkou kapitolou v teoretické části je domácí péče. Zaměřila jsem se především na historii, formy péče, financování a vzdělání sester, rozpracovala jsem její pozitiva a negativa a v neposlední řadě se zabývám i výkony, které jsou agenturami domácí ošetrovatelské péče poskytovány. Poslední kapitolou teoretické části jsou sociální služby. Zmiňuji se především o jejich formách a základním dělení, financování dle platné legislativy, vzdělání zaměstnanců a důraz kladu především na poskytování služby, která se nazývá pečovatelská služba.

V mé práci se zabývám čtyřmi cíli a čtyřmi hypotézami. Především chci zjistit, zda se studenti studijního oboru Všeobecná sestra orientují v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče. Dalším cílem, který jsem pro tuto práci vybrala je zjistit, zda se studenti studijního oboru Všeobecná sestra orientují v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby. Třetí cíl, který jsem vytvořila, zjišťuje, zda studenti studijního oboru Všeobecná sestra dokáží definovat pojem terénní ošetrovatelka péče. Poslední cíl, který jsem si při tvorbě mé práce zadala, pojednává o tom, zda studenti studijního oboru Všeobecná sestra dokáží definovat pojem terénní pečovatelská služba. Předpokládáme, že existuje rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče. Zároveň předpokládáme, že u stejného typu studentů existuje rozdílnost i v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby. Dále předpokládáme, že mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia existuje rozdíl ve schopnosti definovat jak pojem terénní ošetrovatelská péče, tak pojem terénní pečovatelská služba.

Praktická část zahrnuje výsledky dotazníkové šetření, které proběhlo v období od ledna do dubna 2016 na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Celkovému výzkumu předcházela pilotní studie. V ní jsem studentům předložila dotazník o dvaceti otázkách, z nichž pět bylo sociometrických. Následující otázky sloužily k určení znalostí studentů v této problematice. Po analýze pilotní studie byl vytvořen nový dotazník o devatenácti otázkách, který byl následně předložen studentům.

Téma je v dnešní době velmi aktuální, jelikož je domácí ošetrovatelská péče každým rokem poskytnuta statisícům klientů různých věkových skupin. Péče je poskytována na základě indikace praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost a odborného specialisty. Mezi nejčastější klienty domácí ošetrovatelské péče se řadí především ti, kteří by bez její existence museli být hospitalizováni v různých zdravotnických institucích. Oproti tomu pečovatelská služba poskytuje sociální pomoc, jako jsou například pravidelné nákupy, úklid domácnosti, donáška stravy, dopomoc při hygienické péči apod.

Díky předmětu Odborná ošetrovatelská praxe individuální jsem měla v druhé ročníku studia možnost výkonu praxe na Oddělení domácí ošetrovatelské péče. Tato zkušenost mi dala hodně cenných informací o problematice týkající se domácí péče. Poznala jsem chod oddělení i pacienty a jejich diagnózy, které jsou pro domácí péči typické. Tato příležitost mi otevřela nové obzory v oboru ošetrovatelství.

II. Teoretická část

1 Komunita a komunitní péče

1.1 Komunita

Komunita je společenství osob, které spojují stejná víra, filosofie, názory a předsudky. Mají také společné zájmy a tradice. Člověk může být součástí několika komunit. V každé komunitě se lidé vzájemně znají, potkávají se, mají společné cíle a aktivity. Podstatou je společná komunikace v jazyce, kterému každý člen tohoto společenství rozumí a je schopen na něj reagovat. Komunita jako celek má tři základní prvky. Jedná se o lidi, místo a funkci. Lidé jsou členové komunity, kteří jsou ve vzájemné interakci, místo se může lišit časovým i geografickým rozložením a funkci tvoří již zmíněné společné zájmy a cíle. Každý člověk v komunitě je individuum, proto je potřeba k němu tak přistupovat. V širším slova smyslu lze za komunitu považovat i rodinné příslušníky, kteří se starají o své blízké (1, 2, 3).

1.2 Komunitní péče

Komunitní péče poskytuje občanům souhrnně zdravotní, sociální a další služby. Tyto služby jsou poskytovány v domácím prostředí a klienti tak nemusí být zákonitě hospitalizováni v nemocničních zařízeních. Komunitní péče se snaží o co nejdéle setrvání jedince ve společnosti i při jeho zdravotním postižení. O klienta nepečují pouze komunitní pracovníci, ale i rodina, její příslušníci, zřizovatelé a obec. Komunitní péče přináší klientům holistický přístup a co největší interakci s rodinou a jejími ostatními členy. V komunitní péči je poskytována primární, sekundární i terciální péče. Sestry jsou součástí multidisciplinárního týmu. Úzce spolupracují s dalším zdravotnickým personálem, ale především jsou v první linii kontaktu s rodinou klienta, s jeho prostředím a potřebami, které se snaží uspokojovat (2, 3).

1.3 Historie komunitní péče

Komunitní péče se jako celek v průběhu let velmi změnila. V popředí ale stále zůstává rodina a její příslušníci. První známky o komunitní péči můžeme zahrnout již do raného středověku, kdy se zakládaly první církevní instituce pro chudé a staré lidi. Postupem času se zakládaly chudobince a starobince, které se v průběhu let změnily v moderní domy pro seniory. Ve 12. století u nás vznikají středověké špitály, které poskytují spíše sociální nežli zdravotnickou pomoc. Klasické nemocnice, ve kterých se do popředí dostává zdravotnická a ne sociální péče, se objevují až kolem 17. století. Za vlády Josefa II. vznikaly zařízení pro chudé a nemohoucí občany, o které se obec podle stanoveného chudinského práva musela postarat (3).

V 19. století dostává celé zdravotnictví, včetně komunitního ošetřovatelství, profesionální podobu. Vlivem nepříznivých životních podmínek (znečištění vody, špatná kanalizace a znečišťování půdy) docházelo k vysoké úmrtnosti občanů, což si vyžadovalo neodkladnou zdravotnickou pomoc. Vlivem tohoto stavu se ošetřovatelská péče dostala i do terénu. V tomto období se v Anglii snažila uplatňovat své ošetřovatelské znalosti **Florence Nightingalová** se svým kolegou **Williamem Rathboneem**. Společně **založili asociaci obvodních sester**, jejíž základní myšlenkou bylo poskytování ošetřovatelské péče v domácnosti. Dalšími významnými osobnostmi, které se koncem 19. století zasloužily o rozvoj návštěvního ošetřovatelství, jsou Lilian Waldová a Mary Brewsterová (2).

V meziválečném období se komunitní péče opírala především o péči o chudé, děti a seniory. Z tohoto období pravděpodobně pochází první zmínka o přímé komunitně ošetřovatelské péči vedené Československým červeným křížem. Klasická ošetřovatelská péče se ale vzhledem k tehdejší hospodářské krizi dostává do pozadí a je poskytována spíše sociální a materiální pomoc. Do popředí se tedy dostává preventivní péče. Po skončení druhé světové války dochází opět k velkému rozvoji ústavní péče, avšak k výraznějším posunům v komunitní péči dochází až po roce **1989**, kdy vzniká i **samotná domácí péče** (3).

1.4 Obecné principy komunitní péče

Obecných principů komunitní péče je celkem devět. Jedním z nejzákladnějších principů komunitní péče je **čtyřadvacetihodinová dostupnost** služeb, které organizace klientovi může poskytnout. Nejedná se pouze o základní pomoc, ale o tzv. pohotovostní službu v případě nouze či krize. Dalším velmi důležitým aspektem je snadná a rychlá **dostupnost zdravotní a sociální péče**. Pokud pacient potřebuje odbornou pomoc, měl by být **rychle předán příslušným odpovídajícím službám**. Všechny služby by měly mít **návaznost** na péči o klienta (propojení všech složek péče – zdravotní a sociální služby). V organizacích poskytujících komunitní péči by měla probíhat **spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu**. Pracovníci v komunitní péči by měli dbát na **individualitu** klienta, respektovat jeho přání, **diskrétně nakládat s informacemi** o klientovi. Klient má v první řadě **možnost výběru služeb**, které mu budou poskytovány. Posledním principem je **účelnost nákladů**, která slouží jako podpora a udržení stavu komunitního systému (3).

1.5 Komunitní péče v České republice

V dnešní době není komunitní péče v České republice na takové úrovni jako například v zahraničí, i přesto, že v našich zemích probíhala péče v komunitě již od dob první ošetrovatelské školy, kdy absolventky navštěvovaly pacienty v domácím prostředí a podávaly jim potřebnou pomoc. Posléze díky socialismu byla tato činnost zrušena. Částečně na ni navázalo nově vzniklé povolání tzv. geriatrická sestra, která plně zajišťovala kompletní služby komunitní péče. I tato specializace byla po dvaceti letech zrušena. Rozvoj komunitního ošetrovatelství začal postupně upadat. V 90. letech 20. století se začaly zakládat první agentury domácí péče. Nešlo ale o komunitní péči, jako takovou. Specializované sestry v domácí péči navštěvovaly klienty v jejich domácnostech a na základě indikace lékaře jim poskytovaly potřebnou pomoc. Agentury domácí péče neposkytovaly pomoc v rozsahu celé komunity. Do popředí jejich zájmu se dostávali klienti, kteří byli nemocní nebo jinak indisponovaní. Zcela se vytratil smysl komunitního ošetrovatelství, které se zajímá nejen o nemocné, ale o celou komunitu (zdravé klienty či o prevenci v ohrožené populaci); (16).

„Posláním komunitní péče je aktivizace občanské pomoci a svépomoci ve spolupráci s různými formami státní nebo lokální pomoci (např. na úrovni obce). Komunitní péče je zaměřena na poskytování zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám či skupinám, např. etnickým skupinám.“ (Mlýnková, 2010, s. 91)

1.6 Komunitní sestra

„Komunitní sestra je nelékařský zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí, který samostatně poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče. Podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí.“ (Čechová, 2010, Sestra)

Komunitní sestra zastává spousty rolí. Provádí návštěvní službu, zajišťuje osvětu ve školách. Mnohdy se jedná o obvodní sestru, která zajišťuje zdravotní a sociální pomoc jedincům v nouzi. V dnešní době není komunitní sestra plně zajištěna. Jedná se spíše o sestry pracující v agenturách domácí péče, které poskytují zdravotnickou ošetrovatelskou péči. Samotnou sociální službu zajišťují jiné instituce s jinými pracovníky. V návaznosti na tuto situaci vytvořilo Národní centrum ošetrovatelství v Brně ucelený program pro sestry v komunitní péči, do které se zapojila nejen Česká republika, ale i ostatní státy (Slovensko, Polsko, Francie a Maďarsko). V programu je zahrnuta nejen práce komunitní sestry, ale komunitní porodní asistentky. V obecné části projektu sestry probírají péči o seniory, poskytování služeb klientům v domácím prostředí či péči o rodinu v rámci komunity. Ve speciální části poté např. ultrazvukovou techniku v propojení z domácí péči. Na tvorbě tohoto modulu se podílela právě Česká republika (16).

1.7 Vzdělání v oboru komunitní sestra

Pro povolání komunitní sestry je nezbytné vzdělání, které umožňuje výkon povolání bez odborného dohledu. V dnešním systému vzdělávání je to titul DiS. Či Bc.(diplomovaná sestra, bakalář). Poté je nutné absolvovat certifikovaný kurz

Komunitní sestra v domácí péči. Dnes je možné tuto specializaci studovat i v navazujícím magisterském oboru. Pomocí studia si osvojí znalosti v oboru ošetrovatelství v komunitní péči. Očekává se od ní nejen znalost ošetrovatelských činností, ale i legislativy (zdravotní i sociální); (17).

1.8 Kompetence komunitní sestry

Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 § 59 smí komunitní sestra poskytovat ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu a indikace v těchto případech: mapování sociálního a zdravotního stavu klienta nebo skupiny obyvatel v jejich přirozeném prostředí a zajištění adekvátní péče či poradenství s příslušnými odborníky. Bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře se zabývá komunitní sestra prevencí a hodnocením zdravotních rizik samotného klienta i celé komunity. V rámci komunity také dohlíží na preventivní prohlídky a očkování (27).

1.9 Ošetrovatelský proces v komunitní péči

Ošetrovatelský proces je cyklický a systematický proces sloužící k poskytování ošetrovatelské péče. Skládá se z **pěti fází** – ošetrovatelská anamnéza, diagnóza, plánování, realizace a zhodnocení výsledků. Obdobné fáze využívá ve svém ošetrovatelském procesu i komunitní péče. Obecným cílem veškerých procesů je zhodnocení pacientových problémů a přizpůsobení péče jeho potřebám. V neposlední řadě se jedná o účelnou zpětnou vazbu pro sestru. První fáze, čili **anamnéza** znamená v komunitním ošetrovatelství sbírání informací o klientovi a celé komunitě. Nejedná se pouze o zdravotní údaje, ale celkový stav komunity. Sestra vyhodnocuje potřeby klientů z různých zdrojů – samotní členové komunity, statistiky, úřady atd. Druhou fází je již zmíněná **diagnostika**. V praxi to znamená, že sestra z nasbíraných informací zkompletuje závěry a společně si s klienty vytvoří strategii pro zvládnutí jejich problému. Zaměřuje se především na primární, sekundární a terciální prevenci. Třetí fáze je zahrnuta pod pojem **plánování**. Klienti společně se sestrou aktivně sestavují plán péče. Zaměřují se na činnosti podporující zdraví komunity. Každému definovanému problému je určena

priorita dle stupně závažnosti. Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu v komunitě je **realizace**. Na základě předem sestaveného plánu péče v předchozí fázi, dochází k uskutečnění ošetrovatelských intervencí. Sestra poskytuje klientům zdravotnické služby, které jsou v její kompetenci, a komunita si je vyžaduje. Snaží se předcházet chorobám a zaměřovat se na prevenci. Aktivně zapojuje komunitu do procesu péče. Nezaměřuje se pouze na zdravotnickou péči, ale především na motivaci k činnostem. Dále poskytuje edukační a poradenskou službu. Poslední tedy pátou fází ošetrovatelského procesu v komunitě je **vyhodnocení**. V této fázi sestra hodnotí úspěšnost celého procesu. Konkrétně se hodnotí vynaložený čas, účelnost a účinnost činností a především efektivita realizovaného plánování (1).

2 Domácí péče

„Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“
(Věstník - Koncepce domácí péče, 2004, s. 15)

Domácí péče je poskytovaná klientovi v jeho přirozeném prostředí. Péči zajišťuje multidisciplinární tým, který spolu navzájem spolupracuje. Klientovi je poskytovaná jak zdravotnická odborná péče indikovaná lékařem, tak péče sociální v rámci aktuální potřeby klienta. Domácí péče se řadí do tzv. **primární péče**. V užším slova smyslu to znamená interakci mezi sestrou a klientem ve zdravotnické i sociální rovině. Domácí péče není ale zdaleka jen poskytovaná zdravotními sestrami a sociálními pracovníci. Zapojují se i porodní asistentky, psychologové, fyzioterapeuti, dobrovolníci a samozřejmě rodina, ke které má klient ve svém přirozeném prostředí nejbližší. Jedná se tedy o komplexní službu. Principem domácí péče je **individuální přístup** s důrazem na kvalitu života. Pracovníci hodnotí potřeby klientů v rovině zdravotní a sociální a snaží se je uspokojovat. Dalším principem využívaným v domácí péči je **princip subsidiarity**. Jedná se o tzv. pomoc ke svépomoci. V praxi to znamená co nejvíce zapojit klienta do běžných činností a zachovat či zlepšit zbylé potenciály klienta s podporou rodinných

příslušníků. Domácí péči můžeme rozdělit na dva druhy: **Home care a Home help**. Do Home care spadají zdravotnické výkony, na základě předpisu praktického lékaře. Home help je potom péče sociální. Domácí péče je poskytována všem věkovým kategoriím, nejvíce ji však využívají senioři (2, 5).

Pojem domácí péče je chápán odlišně v různých zemích. Obecně je domácí péče chápána jako služba poskytovaná klientům v jejich domovech. Zajišťuje služby poskytované profesionály v kombinaci s péčí, kterou poskytuje rodina. Definice domácí péče zahrnuje nejen dlouhodobou, ale také krátkodobou péči. Typ a rozsah péče závisí na samotném klientovi. Služby domácí péče poskytují i pomoc při každodenních činnostech, jako jsou nakupování, dopomoc při stravování nebo např. úklid. Rovněž zajišťují profesionální zdravotnickou pomoc (výměna stomií, péče o kůži, péče o PMK, aplikace elastických bandáží, rehabilitační péče atd.). Ošetřování v domácnosti je obvykle součástí systému zdravotní péče, domácí pomoc potom součástí sociálních služeb (4).

2.1 Historie domácí péče

Péče v domácnostech je stará jako lidstvo samo, avšak první zmínky o domácí péči jako takové se datují od počátku 12. století. Ve 13. století došlo k velkému rozmachu ošetřování v domácím prostředí díky řeholním řádům. Řeholnice navštěvovaly nemocné v jejich domácím prostředí a na jejich práci dohlížel farář. O dvě století později vzniklo v Praze takzvané návštěvní opatrovnictví, které zajišťovaly tehdejší diakonky. Zajišťovaly jim veškerou péči od osobní hygieny až po úklid domácnosti. Ovšem církev jejich dobročinnost zakázala, ve městech pak musela vzniknout jiná alternativa pomoci nemocným. Začaly se provozovat lazarety, špitály a později nemocnice, kde byli pacienti ošetřeni. V 19. století s rozmachem přírodních věd docházelo i k potřebě odborného proškolení zaměstnanců špitálů a nemocnic. Ženy se začaly školit pro potřeby ošetřování nemocných. Vzhledem k situaci, která vládla v meziválečném období, bylo z finančních důvodů nutné ošetrovatelskou péči situovat spíše do domácího prostředí. V této době docházelo díky pomoci Československého červeného kříže k prvním pokusům v oblasti domácí péče. Jednalo se spíše o sociální pomoc a podporu, nežli o ošetrovatelskou péči. V tomto období byl uskutečněn sjezd Spolku diplomovaných sester, na kterém byly stanoveny **tři hlavní aspekty ošetrovatelské péče**. Jednalo se o **ošetrovatelský, sociální**

a lidovýchovný. Po skončení druhé světové války byly zakládány nové ošetrovatelské školy i nové studijní obory pro tehdejší sestry. Díky rozmachu techniky a větších poznatků v medicíně se i ošetrovatelství dostává na významnější pozici. Proto se zdravotní sestry z terénu přesouvají zpět do nemocnic. Pečovatelská a zdravotnická péče je v této době pod záštitou Ústavu národního zdraví a roku 1952 se dle tehdejšího zákona o domácí péči stará stát (3).

2.2 Formy domácí péče

V České republice je poskytování péče řazeno do **pěti forem** – akutní domácí péče, dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče, domácí hospicová péče a domácí péče ad hoc. **Akutní domácí péči** se rozumí krátkodobě poskytovaná odborná domácí péče. Většinou se jedná o akutní klienty po úrazu či operaci. Nejčastějšími indikacemi, které spadají do akutní domácí péče, jsou neurologické, kardiovaskulární a urologické problémy. **Dlouhodobá domácí péče** je poskytovaná především chronicky nemocným klientům. V dnešní době je to nerozšířenější forma péče u nás. Z nejčastějších indikací můžeme jmenovat např. diabetes mellitus, mozkové příhody, duševní onemocnění nebo chronické bolesti. Péče je poskytovaná dlouhodobě v řádech měsíců až let. Zajišťuje ji odborný zdravotnický personál, který úzce spolupracuje se sociálními službami. **Preventivní domácí péče** je určena klientům, u kterých je nutné sledovat jejich zdravotní či duševní stav (lékař např. naordinoval sledování fyziologických funkcí, pravidelné odběry apod.). Péče je poskytovaná např. jednou týdně nebo jednou měsíčně dle indikace lékaře. **Domácí hospicovou péči** poskytujeme klientům, u kterých bylo lékařem stanoveno tzv. terminální stádium. Personál agentury se snaží o zmírnění bolesti a poskytuje psychickou pomoc klientovi i jeho rodině. Poslední formou péče je **domácí péče ad hoc** neboli jednorázová domácí péče. Zajišťují ji sestry z ordinací praktických lékařů či jiný odborný zdravotnický personál. Jedná se např. o jednorázové biologické odběry či aplikaci injekce bez zavedení domácí péče. Tato služba bývá hojně využívána především z provozních důvodů (ordinační doba lékaře apod.); (3).

2.3 Cíle domácí péče

Hlavním cílem domácí péče je podporovat klienta a udržet jeho zdravotní, duševní a sociální pohodu. Pro klienty se snažíme zajistit maximální dostupnost a komplexnost péče, kterou indikuje lékař. Dalším cílem hojně uplatňovaným v domácí péči je udržování soběstačnosti klienta a zachování kvality života. V neposlední řadě dbáme na předcházení nákaz vzniklých v nemocničním zařízení a snažíme se zamezit iatrogennímu a srororigennímu poškození klienta (3, 18).

2.4 Pozitiva a negativa domácí ošetrovatelské péče

V první řadě se jedná o péči poskytovanou v klientově domácím prostředí, tudíž jsou daleko více uspokojeny jeho bio-psycho-sociální, spirituální a emocionální potřeby. V rámci domácí péče se na realizaci a poskytování péče aktivně podílí sám klient společně se svými rodinnými příslušníky. Společně mají určitý cíl, který chtějí při ošetrovatelské péči dosáhnout. Domácí péče mimo jiné snižuje náklady na hospitalizaci klienta. Jedná se o komplexní a mnohostrannou péči poskytovanou multidisciplinárním týmem odborníků, kteří se snaží o zkvalitnění klientova života. Péče je dlouhodobá, trvá mnohdy týdny, měsíce až roky (19, 2).

Klientovi je poskytnuta možnost volby mezi poskytováním péče v ústavech a institucích a poskytováním péče v domácím prostředí. Služby v domácím prostředí jsou většinou nákladově efektivnější než v institucích. Domácí péče je profesionální péče, která usnadňuje koordinaci služeb. Populace stárne a poptávka po domácí péči a sociálních službách bude narůstat, proto je nutné tuto péči rozvíjet (4).

Klient, kterému je poskytována péče v institucích, může pociťovat, že se s ním jedná pouze jako s diagnózou. Ovšem v domácím prostředí je ctěna jeho individualita, má okolo sebe své blízké a cítí se zapojen do denních záležitostí, což může být důležitou motivační silou v léčbě. Nesmíme opomíjet ani infekce vzniklé vlivem hospitalizace v nemocničních zařízeních, které se díky ošetrování v domácím prostředí výrazně eliminují. Jako každá péče nese i ta domácí svá negativa. Jedná se především o postoj rodiny. Není v silách zaměstnanců postarat se o klienta 24 hodin denně. Proto je důležitá spolupráce rodiny, která musí přijmout zodpovědnost za svého blízkého a řídit se radami

zkušených odborníků z domácí péče. Někteří poskytovatelé sociálních služeb mají pod sebou i služby zdravotní, čili terénní domácí ošetrovatelskou péči. Ku prospěchu potom je, když se o klienta stará pečovatelka společně s všeobecnou sestrou. Jezdí za ním společně, navzájem si pomohou a dochází tak k prolínání zdravotnické a sociální péče. Výhody to nese i pro klienta, který má přehled o zaměstnancích, kterými mu je služba poskytována, a je dostatečně informovaný v oblasti zdravotní i sociální. Zaměstnanci mají na klienta více času (na poskytování péče, ale i na konverzaci s ním); (5, 6).

Velkým problémem v domácí péči jsou kompetence všeobecné sestry, která se při poskytování péči spoléhá pouze na sebe. Nesporným problémem je i neznalost lékařů v oblasti poskytování ošetrovatelské péče a tvorby ošetrovatelského procesu. Lékaři předepisující indikace k domácí péči většinou dají na radu všeobecných sester, které pacienta navštěvují. Pokud lékař všeobecné sestře důvěřuje, nastaví pacientovi takovou péči, jakou potřebuje. Ovšem pokud se jedná o lékaře odmítajícího rady od zaměstnanců domácí péče, kteří jsou v přímém kontaktu s pacientem, dojde k tomu, že péče nemusí být tak kvalitní. Jedná se například o finanční stránku některých nových obvazových materiálů, které někteří lékaři považují za příliš drahé, a tudíž je pacientům nepředepíší (i za předpokladu, že z dlouhodobého měřítka by se zkrátila doba léčby); (7).

2.5 Financování domácí péče

Domácí péči hradí ve většině případů zdravotní pojišťovna a to v plné výši. Výkony prováděné domácí péče ovšem musí korespondovat s výkony, které je schopna daná zdravotní pojišťovna proplatit. Pokud tomu tak není a pacient si vybere výkon, který jeho zdravotní pojišťovna nepodporuje, musí si konkrétní službu zafinancovat sám. Jedná se tedy o přímou platbu klienta. Nejedná se ale pouze o výkony, které pojišťovna není schopna uhradit. Přímá platba klienta se týká i klientů, kteří z nějakého důvodu nejsou pojištěni. Poslední formou financování domácí péče jsou sponzorské dary, granty a peníze od různých nadací. Procento podílů je ovšem velmi malé a pouze z tohoto zdroje by domácí péče nebyla schopna existence (20).

2.6 Vzdělání sester v domácí péči

Principem vzdelanosti je cyklické opakování kurzů, seminářů a vzdělávacích programů, které přinesou mnoho nových poznatků a inovací v tomto oboru. Kurzy a semináře u nás pravidelně pořádá Asociace domácí péče. Semináře probíhají na mezinárodní či národní úrovni. Po splnění kurzu vydá Asociace domácí péče účastníkům tzv. **index odbornost ADP ČR**, kam je jim zaznamenána účast na dalších seminářích pomocí bodového ohodnocení. Pokud účastníci za dva roky nasbírají příslušný počet bodů, je jim udělen certifikát kvality, který je platný pouze dva roky. Po dvou letech mají možnost si certifikát obnovit, pokud opět doloží určitý počet bodů za účast na seminářích. Tohoto tzv. cyklického komplexního vzdělávání se nemusí účastnit pouze sestry, ale i lékaři, fyzioterapeuti a další osoby poskytující domácí ošetrovatelskou péči (2, 21).

2.7 Výkony prováděné v domácí ošetrovatelské péči

Povinnost vykazovat výkony má pouze organizace, která se zaměřuje na domácí zdravotní péči. Výkony musejí být indikovány praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost nebo ošetrujícím lékařem (na základě hospitalizace, nejdéle však na 14 dní). Na vykazování výkonů se vztahují přísná pravidla dle **vyhlášky MZ ČR č. 55/2000 Sb.** Společně s tím vydává i bodové ohodnocení jednotlivých zdravotnických výkonů. Vyhláška stanovuje body např. za návštěvy ošetrující lékařů v určitých časových úsecích (rozdělují se i pracovní dny a dny volna) u pacienta, návštěvy specialistů, návštěvu samotné sestry a sestry s fyzioterapeutem, ale i výkony tzv. přepravy – zde se hodnotí počet najetých kilometrů k pacientovi, přeprava infekčního pacienta, doprava lékaře za pacientem v době návštěv, v pohotovostní službě nebo vozidlem ZZS či soukromým automobilem apod. Kromě veškerých vyšetření, která provádí lékař (od kontrolních vyšetření po specializované) se bodově hodnotí i odběry biologického materiálu, očkování atd. Indikace k výkonům je prodlužována každý měsíc (28).

Před zahájením domácí péče je nutné sestavit kvalitní anamnézu pacienta. Na základě sesbíraných údajů pracovníci domácí péče sestaví krátkodobý plán, kam zahrnou veškeré výkony, které jsou pro pacienta nutné zajistit. Po sestavení je předložen plán praktickému

lékaři nebo praktickému lékaři pro děti a dorost (záleží na pacientovi), který provede korekci výkonů, stanoví jejich časové rozmezí a definitivně schválí nebo odmítne domácí péči. Teprve podpisem praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost, je domácí péče indikovaná. Její platnost je upravena v tiskopisu „06“. Na jiném formuláři nesmí být výkony domácí zdravotnické péče zaznamenány. Pokud je tomu jinak, nejsou platné. Formulář je vždy uložen ve dvou kopiích – originál zůstává praktickému lékaři a kopie je uložena v ošetrovatelské dokumentaci pacienta. Doba trvání domácí péče je stanovena maximálně na 3 měsíce, poté musí být prodloužena její platnost, opět na základě praktického lékaře. Každý výkon, který sestra u pacienta provede, musí být zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Veškeré výkony mají mimo bodového ohodnocení i časový interval, ve kterém musí být splněny, aby byly proplaceny. Dále je určena pověřená osoba, která smí výkon provádět (zdravotnický asistent, všeobecná sestra, fyzioterapeut apod.), tzv. mzdový index- stupeň náročnosti výkonu a jeho frekvence (bývá rozdílná). V neposlední řadě je popsán celý výkon, od začátku až do konce. Seznam výkonů obsahuje například – dohled na parenterální výživu, klyzma, zavedení a ošetření PMK, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí a infuzí, ošetření stomií, lokální ošetření ran, aplikace inzulínu a edukace či reedukace pacienta. Toto jsou pouze výčty výkonů, které sestra v domácí péči musí vykazovat (22).

2.8 Ošetrovatelská péče v domácím prostředí

Ošetrovatelská péče se dělí do třech **základních skupin – primární, sekundární a terciální**. Primární zdravotní péče je poskytována při první návštěvě kterékoliv zdravotnické organizace. Zabývá se prevencí, ochranou zdraví, osvětou, edukací, zjišťováním a uspokojováním potřeb apod. Oproti tomu sekundární zdravotní péče je realizována přímo ve zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice, hospice atd. Zde je klientovi poskytnuta komplexní a specializovaná péče. Poslední skupinou je terciální zdravotní péče, kde se snažíme zlepšit klientův zdravotní stav. Samotná péče je zaměřena na edukaci, léčebné a ošetrovatelské výkony, mnohdy na paliativní péči. Bývá poskytována buď v klientově domácím prostředí, nebo ve zdravotnických institucích, kde je poskytnuta specializovaná péče (3).

Sestra poskytuje klientovi péči přímo, tzv. face to face nebo nepřímou. Přímá péče znamená, že sestra je v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Poskytuje jim veškerou ošetrovatelskou péči, kterou si klientův stav žádá (ošetření ran, aplikace inzulínu, aplikace injekcí, či edukaci). Nepřímá péče zahrnuje konzultaci sestry s jinými odborníky a komplexní spolupráce multidisciplinárního týmu (8).

3 Sociální služby

Sociálními službami se v České republice zabývá **Ministerstvo práce a sociálních věcí**, konkrétně odbor sociálních služeb. Vytváří koncepce týkající se sociální péče jako celku. S ohledem na ekonomickou politiku realizuje strategie dotací a spolupracuje s ostatními orgány, které materiálně podporují sociální služby. Zabývá se celoživotním vzděláváním pracovníků, kontroluje a dokumentuje kvalitu sociálních služeb, organizuje projekty týkající se této problematiky, spolupracuje s ostatními odbory - odbor ochrany práv dětí nebo odbor sociální a rodinné politiky a mimo jiné vytváří i strategický plán sociálních služeb. Vytváří spoustu koncepcí, které slouží k rozvoji kvality poskytovaných sociálních služeb. Obecně sociální služba slouží k pomoci lidem, kteří se ocitli ve svízelné životní či sociální situaci. Snaží se o zachování lidské důstojnosti a zlepšení sociální situace (především aktivní motivací k činnostem); (23, 24).

Eva Malíková ve své knize Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních uvádí nejdůležitější zákony v oblasti poskytování sociálních služeb:

„Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č.109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, zákon č.206/2009 Sb., kterým se mění zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony.“(Malíková, 2011, s. 41)

3.1 Sociální péče

Sociální péče spočívá v pomoci a uspokojení sociálních potřeb lidí. Využívá k tomu mnoho prostředků, např. sociální dávky nebo komplexní služby sociální péče. S pojmem sociální péče se úzce pojí pojem sociální politika, kterou vytváří stát. Právě on rozhoduje o pojetí sociální péče a o právních normách, dle kterých se bude řídit. Klienti využívající služby sociální péče jsou většinou ti, kterým jejich životní situace (především finanční) nedovoluje pokrýt všechny výdaje. Nejen finanční situace dovede klienty k jednání se sociálními službami. Neopomíjenou skupinou jsou i obyvatelé, kteří díky svému zdravotnímu stavu nejsou schopni uspokojit své potřeby a potřebují pomoc. Sociální péče dále poskytuje i poradenské služby a úzce spolupracuje s dalšími organizacemi, aby klientovi co nejlépe uspokojili jeho potřeby. Péče je poskytována jednotlivcům i skupinám a její rozsah záleží na stupni potřeby pomoci (10).

3.2 Základní dělení sociálních služeb

Zákon č.108/2006 Sb., O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů rozeznává **tři základní druhy** sociálních služeb – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. **Sociálním poradenstvím** se rozumí veškeré sociální služby. Poradenství se týká každé poskytované služby a nelze ho opomíjet. **Služby sociální péče** se snaží pomoci klientovi v každodenních aktivitách. Většinou se jedná o ty klienty, kteří se sami o sebe nedokáží postarat a na běžné úkony potřebují pomoc druhé osoby. Posledním druhem sociálních služeb jsou služby **sociální prevence**. Snaží se o prevenci sociálního vyloučení člověka. Sociální služby se dále dají dělit **dle místa poskytování**. Konkrétně na terénní, ambulantní a pobytové služby. **Terénní** služby jsou poskytovány v klientově domácím prostředí. Nejčastěji se jedná o pečovatelskou službu či potřebu osobní asistence. **Ambulantní** služby se týkají klientů, kteří sami dokáží přijít do určitých specializovaných center. Jedním z takových center jsou např. denní stacionáře. Třetí a poslední formou jsou **pobytové** služby, které jsou poskytovány v institucích, kde klient určitou dobu bydlí. Jedná se např. o domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a podobně (9).

3.3 Formy péče o seniory

Rozeznáváme **tři základní formy péče** – rodinnou, zdravotní a sociální. **Rodinnou** péči poskytujeme klientovi v jeho vlastním rodinném prostředí za podpory ostatních rodinných příslušníků. Oproti tomu **zdravotní** péče je směřována do nemocnic, kde jsou pacienti hospitalizováni na určitých odděleních podle typu onemocnění. Dále se jedná o hospice, ambulantní a terénní službu a geriatrická denní centra. Poslední formou péče o seniory je **sociální** péče, do které spadají domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, domovinky, denní stacionáře, týdenní stacionáře a pečovatelská služba. V domovech pro seniory probíhá nepřetržitá celoroční péče o pacienty, kteří nemohou díky svému zdravotnímu stavu zůstat v domácím prostředí. Sami o sebe se nedokáží postarat a potřebují komplexní ošetrovatelskou péči od vyškoleného personálu. Podobnou institucí jsou domovy se zvláštním režimem. Rozdíl je pouze v klientech, kteří jsou do tohoto zařízení přijímáni. Jedná se o občany s typickou chronickou poruchou, nejčastěji s duševní poruchou, různými druhy závislosti apod. Tito klienti mají velmi specifické potřeby, a proto je nutné, aby na tomto pracovišti byl dostatečný počet personálu, který má s danou problematikou zkušenosti. Domovy s pečovatelskou službou poskytují pomoc občanům, kteří většinou nemají žádný zdravotní problém, ale potřebují neustálou ošetrovatelskou pomoc či dopomoc při denních aktivitách, např. při hygienické péči. Klienti mají zajištěno kvalitní a samostatné bydlení s možností využití dalších služeb, které domovy nabízejí – rehabilitační služby, pedikúra atd. Je zde poskytována stejná úroveň pečovatelské služby jako u klientů v domácím prostředí. Domovinky jsou centra poskytující péči klientům se zdravotním či psychickým onemocněním. Jedná se o instituci provádějící denní péči. Pomáhají nejen klientovi, ale celé jeho rodině. Poskytují tzv. odlehčovací služby – seniora na přechodnou dobu hospitalizují na lůžkovém oddělení, například z důvodu rodinné dovolené rodiny klienta. Po uplynutí předem stanovené doby přebírá péči o klienta opět rodina. Denní a týdenní stacionáře jsou obdobné instituce. Rozdíl je pouze v délce pobytu klienta. Denní stacionáře navštěvuje klient každý den a je mu zde poskytována všestranná péče. Týdenní stacionáře většinou fungují přes celý týden, pouze na víkendy je senior v domácím prostředí. Poslední formou péče o seniory je tzv. pečovatelská služba. V rámci této služby

jsou pacientovi poskytovány určité úkony v rámci jeho domácího prostředí. Jedná se např. o hygienickou péči, péči o domácnost, žehlení, praní či nákupy (11).

3.4 Financování sociálních služeb

Finance sociálních služeb se nezískávají z jednoho zdroje, ale je za potřebí zdrojů několik. K hlavním z nich se řadí samotná úhrada klientem, dotace, příspěvky na péči a financování z veřejného zdravotního pojištění. Obecně můžeme financování dělit na výdaje soukromé a veřejné. Soukromé závisí pouze na jednotlivci a na jeho sociální situaci. Klient musí neustále o své finanční situaci přemýšlet a uzpůsobit ji možnost využití sociálních služeb. Veřejné výdaje jsou vázány na veřejné rozpočty. Tyto rozpočty se počítají dle HDP. Oba dva druhy výdajů mají své kladné a záporné stránky (12).

3.5 Vzdělání zaměstnanců v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách musí být trestně bezúhonný a zdravotně způsobilý k výkonu tohoto povolání. Dále by měl mít vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v sociálních oborech, kam spadá např. sociální pedagogika, sociální činnost nebo sociální práce. Každý zájemce musí projít akreditovaným kurzem, který trvá 200 hodin a praxí v oboru sociálního pracovníka v době trvání nejméně pěti let. Pokud člověk tohoto vzdělání dosáhne, stává se z něho pracovník v sociálních službách, který poskytuje klientům přímou péči týkající se pomoci např. při hygienické péči, žehlení, dopomoci při oblékání a celkově při uspokojování klientových potřeb. Dále má kompetence k nepedagogické činnosti, což znamená, že klientovi vytváří volnočasové aktivity, které rozvíjejí jeho schopnosti (kulturní činnosti, výtvarná a hudební výchova atd.). Poslední kompetencí je přímý kontakt s klienty, kteří mají určitý psychický nebo fyzický diskomfort. Těmto klientům zajišťuje sociální pracovník komplexní péči, do které je zahrnuta celková péče o domácnost, zajištění psychické a sociální pomoci nebo např. pomoc při vytváření nových sociálních kontaktů (25).

4 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba ve vymezeném čase poskytuje úkony, které si klient na základě předem stanovené smlouvy sám určí. Jedná se např. o pomoc v domácnosti, hygienickou péči, nakupování či žehlení. Pečovatelskou službu může dle zákona poskytovat jakákoliv fyzická osoba, firma nebo nezisková organizace. Podmínkou je trestní bezúhonnost, pojištění při vzniklé škodě při provádění úkonů a patřičné vzdělání. Kromě pečovatelské služby existuje tzv. osobní asistence, což je péče, která zahrnuje čas strávený osobní asistentkou u klienta. Asistent sociální péče je pouze fyzická osoba, která dovršila 18 let věku a její zdravotní stav jí dovoluje tuto službu vykonávat. Stejně jako u pečovatelské služby je nutné veškerou pomoc, kterou klientovi asistentka poskytne zahrnout do předem připravené smlouvy. Smlouva nepojednává pouze o provedených činnostech, ale především o jejich úhradě a časovém a místním určení jejich výkonu (26).

Při poskytování pečovatelské služby hovoříme o pojmech podpora a péče. V obou z nich je patřičný rozdíl. Péči poskytuje výhradně pečovatelka na základě předem stanovených úkonů. Pacient se do ní aktivně nezapojuje. Oproti tomu podpora spočívá v aktivním přístupu klienta. Pečovatelka poskytuje pouze takovou pomoc, která je výloženě nezbytná. Klientovi je poskytnuta podpora při běžných činnostech (13).

Pečovatelskou službu si hradí sám klient a výše úhrady závisí na podmínkách poskytovatele, který se ovšem musí řídit platným předpisem. Současný stav upravuje předpis **č. 55/2006 Sb.** - Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně. Veškeré dohody mezi klientem a poskytovatele musí být zahrnuty v předem stanovené a připravené smlouvě (26).

4.1 Role pečovatele

Pečovatel poskytuje klientovi aktivní péči vycházející z individuálních potřeb daného klienta. Péči poskytuje klientovi na základě holistického modelu (bio- psycho - sociální, emocionální a spirituální podstata). Pečovatel poskytuje péči, která se opírá o primární, sekundární ale i terciální prevenci. Pečovatel se uplatňuje především ve zdravotní a sociální pomoci klientovi. Konkrétně se uplatňuje v následujících oblastech:

poskytování pomoci v domácím prostředí seniorů, poskytování pomoci lidem s handicapem (fyzickým, duševní i mentálním), uplatňuje se při pomoci lidem v institucích, jako jsou např. domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou atd. Poslední kategorií, do které pečovatel svou pomocnou rukou zasahuje, jsou klienti závislí na omamných látkách (14).

4.2 Poskytování základních úkonů v pečovatelské službě

Veškeré náležitosti, které musí být dodržovány při poskytování sociálních služeb, včetně pečovatelské služby, jsou zahrnuty ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. Vyhláška rozděluje úkony do následujících kategorií: pomoc při běžných denních činnostech v péči o sebe sama, pomoc při hygienické péči, pomoc při stravování či obstarání stravy, pomoc v domácnosti a navázání kontaktu s vlastním sociálním prostředím. Pomoc při běžných denních činnostech v péči o sebe sama zahrnuje především dopomoc při jedení a pití, oblékání, pohybu a přesunu na lůžko či invalidní vozík. Do hygienické péče spadá osobní hygiena, péče o vlasy a nehty a dopomoc při použití toalety. Pomoc při stravování a obstarání stravy obnáší dovoz stravy a dopomoc s její přípravou, dopomoc při její konzumaci a zajištění optimální stravy dle dietního omezení a věkového rozhraní. V péči o domácnost pečovatel pomáhá při běžných malých nákupech, velkých týdenních nákupech, úklidu domácnosti (týdenní úklid, sezónní úklid či malý běžný úklid), praní a žehlení osobního a ložního prádla a zajišťuje topení v kamnech (i donášku topiva). Poslední péčí, kterou pečovatel poskytuje je pomoc při navazování kontaktu s vlastním sociálním prostředím. Tato péče zahrnuje doprovod dětí a dospělých např. do škol, k lékařům, do zaměstnání a podobně (29).

4.3 Individuální plánování pečovatelské služby

Při realizaci individuálního plánování je třeba si uvědomit individualitu klienta a zaměřit se především na jeho cíle. Individuální plánování je především o rozhovoru, který vedeme

s klientem a o vzájemné důvěře mezi klientem a poskytovatelem. Mezi hlavní cíle individuálního plánování se řadí především poskytnutí kvalitní a dostupné péče na základě individuálních potřeb klienta. Důraz se klade na jeho zájmy, cíle, možnosti a schopnosti. Do realizace plánování je klient aktivně zapojován. Poskytovatel a klient hledají společný cíl, aby péče byla co nejefektivnější. Důležité je dbát na zachování kvality a způsobu života klienta. Pokud ze zdravotního důvodu toto není možné, snažíme se především o zachování důstojného a klidného života v klientových přirozených podmínkách. Individuální plánování má pro klienta zásadní význam v samotném rozhodování o jeho péči, je spoluzodpovědný za péči (dle předem stanovených cílů), předem je seznámen s celým plánem poskytování péče, se svými právy a povinnostmi. Pro poskytovatele služby má individuální plánování význam především ve větším bezpečí – kontrola nad poskytováním služby, každý zaměstnanec poskytuje péči na základě plánu, tudíž stejně. V neposlední řadě je zvýšena kvalita poskytované péče (13).

III. Výzkumná část

1 Cíle výzkumu

1. Zjistit, zda se studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci orientují v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče.
2. Zjistit, zda se studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci orientují v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby.
3. Zjistit, zda studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci dokáží definovat pojem terénní ošetrovatelská péče.
4. Zjistit, zda studenti studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci dokáží definovat pojem terénní pečovatelská služba.

2 Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 40 %.
2. Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 29 %.
3. Předpokládáme, že rozdílnost ve schopnosti definovat pojem terénní ošetrovatelská péče je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 57 %.
4. Předpokládáme, že rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní pečovatelská služba je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 63 %.

Výzkumné předpoklady byly upřesněny na základě pilotní studie.

3 Metodika výzkumu

Výzkumná část probíhala formou dotazníkového šetření od ledna do dubna roku 2016. Dotazník byl anonymní a obsahoval 19 otázek, z toho 5 sociodemografických, které zjišťovaly pohlaví respondentů, jejich věk, vzdělání, formu studia a ročník studia. Dotazník obsahoval uzavřené a otevřené otázky, které měly jednu i více správných odpovědí. Pokud měla otázka více správných odpovědí, byla tato informace studentovi vždy sdělena formou popisku v závorce. Otevřené otázky potom umožnily studentům odpovědět dle vlastního uvážení. Výzkumnému šetření předcházela pilotní studie, která byla tvořena v období od 15. 2. 2016 do 22. 2. 2016. Díky této pilotní studii bylo možné zjistit srozumitelnost dotazníku, kdy byla jedna otázka z dotazníku vyřazena a tři otázky poupraveny. Vyřazena byla otázka č. 8, týkající se vzdělání sester pracujících v agenturách domácí péče. Jelikož byla otázka špatně postavena a tudíž respondenty nepochopena, bylo nutné otázku odstranit. Upraveny byly otázky č. 9, 13 a 18. V původním znění nebylo z daných otázek patrné, že mají více správných možností odpovědí, proto byl k těmto otázkám přidán popisek do závorky. Dotazníkové otázky byly jednotlivě přiřazeny k předem stanoveným výzkumným předpokladům. K výzkumnému předpokladu číslo jedna byly zařazeny dotazníkové otázky číslo 9, 10, 12 a 13. Výzkumný předpoklad číslo dvě zjišťoval znalosti studentů v otázkách číslo 16, 17 a 18. Výzkumný předpoklad číslo tři byl zaměřen na dotazníkové otázky číslo 6, 7, 8 a 11. Poslední výzkumný předpoklad, číslo čtyři, zahrnoval otázky číslo 14, 15 a 19.

3.1 Charakteristika respondentů

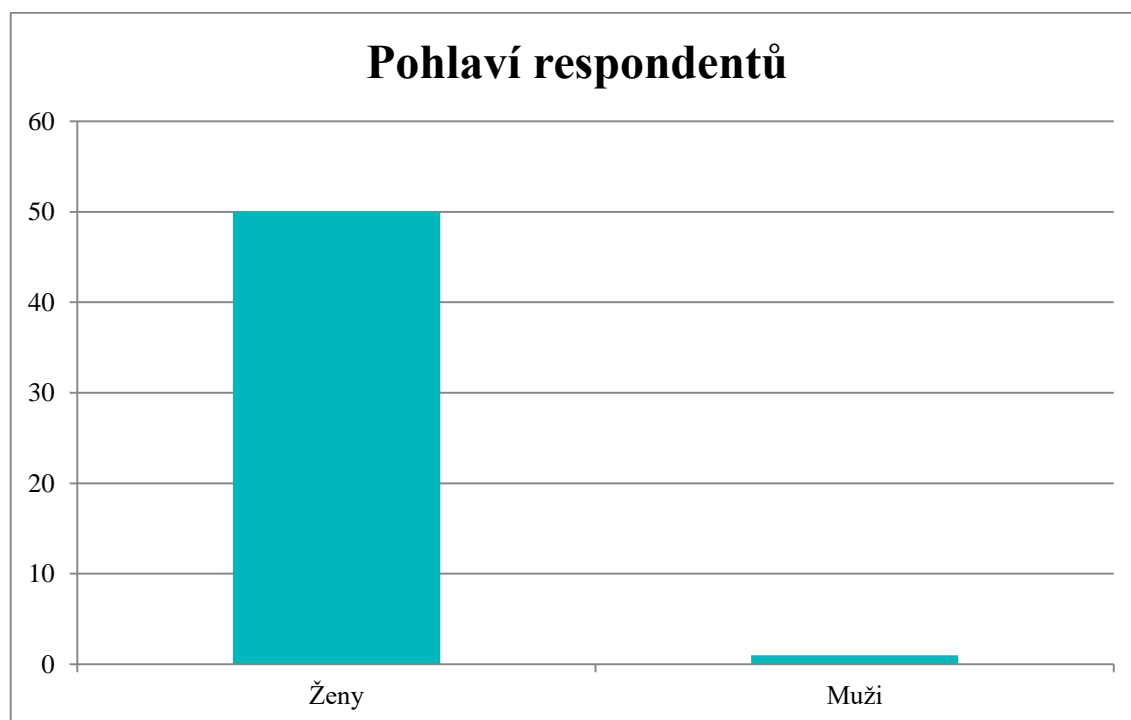
Výzkum byl zaměřen na studenty třetího ročníku studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia, kteří již mají absolvované předměty Ošetrovatelská péče v geriatrici a Ošetrovatelská péče v komunitní a domácí péči. Veškeré otázky, které se v dotazníku nachází, byly probírány v již zmíněných odborných předmětech. Z celkového počtu padesáti jedna studentů studovalo dvacet jedna kombinovanou formu studia a třicet prezenční formu studia.

Zpracování dat – Výzkumná data byla analyzována a dále zpracována ve formě tabulek a grafů v programech Microsoft Word 2016 a Microsoft Excel 2016. Konečné procentuální výsledky byly získány formou popisné statistiky.

4 Analýza výzkumných dat

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muži	1	2 %
Ženy	50	98 %
Celkem	51	100 %

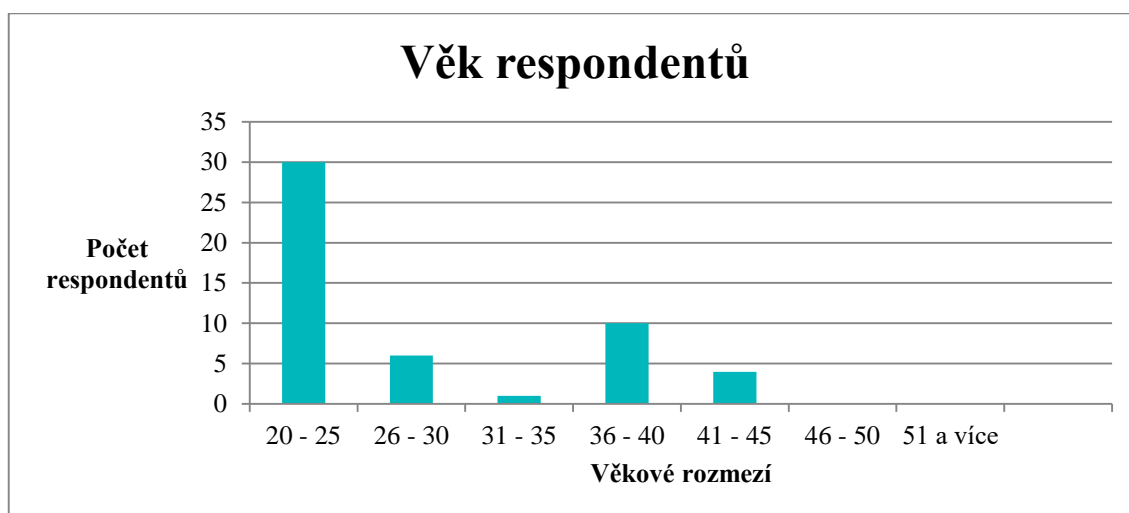


Graf č. 1 – Počet respondentů

Tabulka a graf představují počet všech respondentů, kteří byli zapojeni do výzkumu. Z obou vyplývá, že se průzkumu zúčastnilo 50 žen (98 % respondentů) a jeden muž (2 % respondentů). Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti (100 % respondentů).

Tabulka č. 2 – Věk respondentů

Věkové rozmezí	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
20 – 25 let	30	59 %
26 – 30 let	6	12 %
31 -35 let	1	2 %
36 – 40 let	10	19 %
41 – 45 let	4	8 %
46 – 50 let	0	0 %
51 a více	0	0 %
Celkem	10	100 %

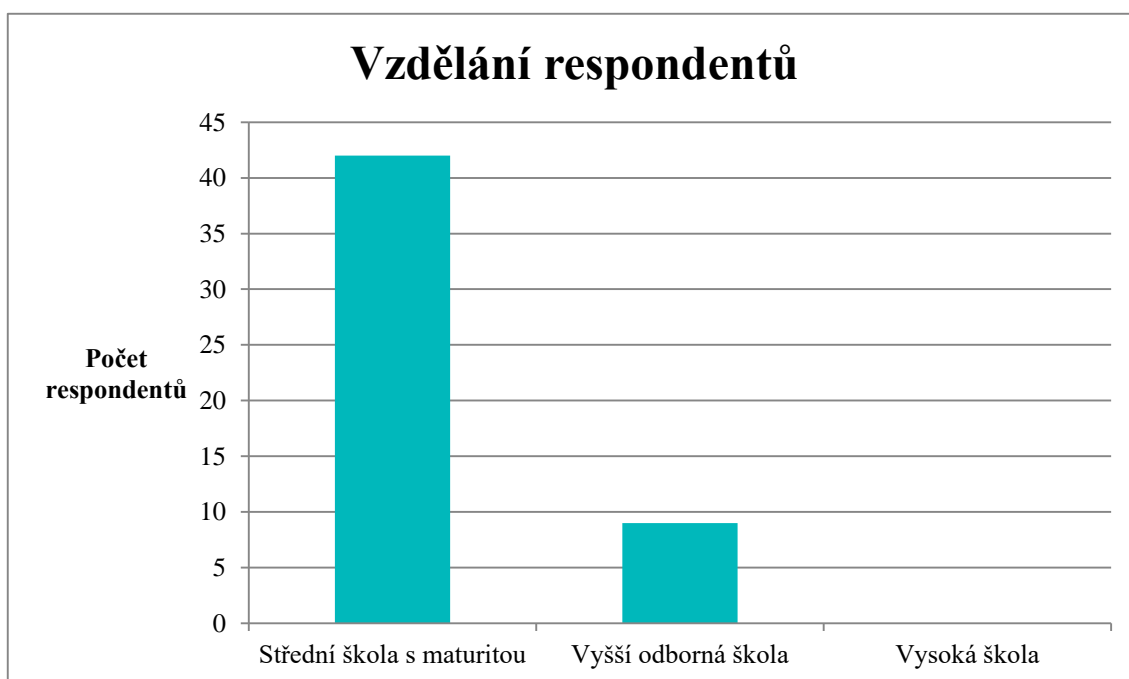


Graf č. 2 – Věkově rozmezí

Z tabulky a grafu vyplývá, že v dotazníkovém šetření byla nejvíce zastoupena věková skupina od 20-25 let a to celkem třiceti respondenty (59 % studentů). Ve věkovém rozmezí 26-30 let se nacházelo šest respondentů (12 % studentů). Jeden respondent (2 % studentů) se objevil ve věkové hranici 31-35 let a deset respondentů (19 % studentů) vyplňujících toto dotazníkové šetření byli v rozmezí 36-40 let. Poslední věkovou skupinou, která byla zastoupena v tomto šetření je věková hranice 41-45let. Tuto skupinu tvořili celkem čtyři respondenti (8 % studentů). Věkové kategorie 46-50 let a 51 a více let nebyly zastoupeny žádným respondentem (0 % studentů). Na tuto dotazníkovou otázku odpovědělo všech 51 respondentů (100 % studentů).

Tabulka č. 3 – Vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Střední škola s maturitou	42	82 %
Vyšší odborná škola	9	18 %
Vysoká škola	0	0 %
Celkem	51	100 %

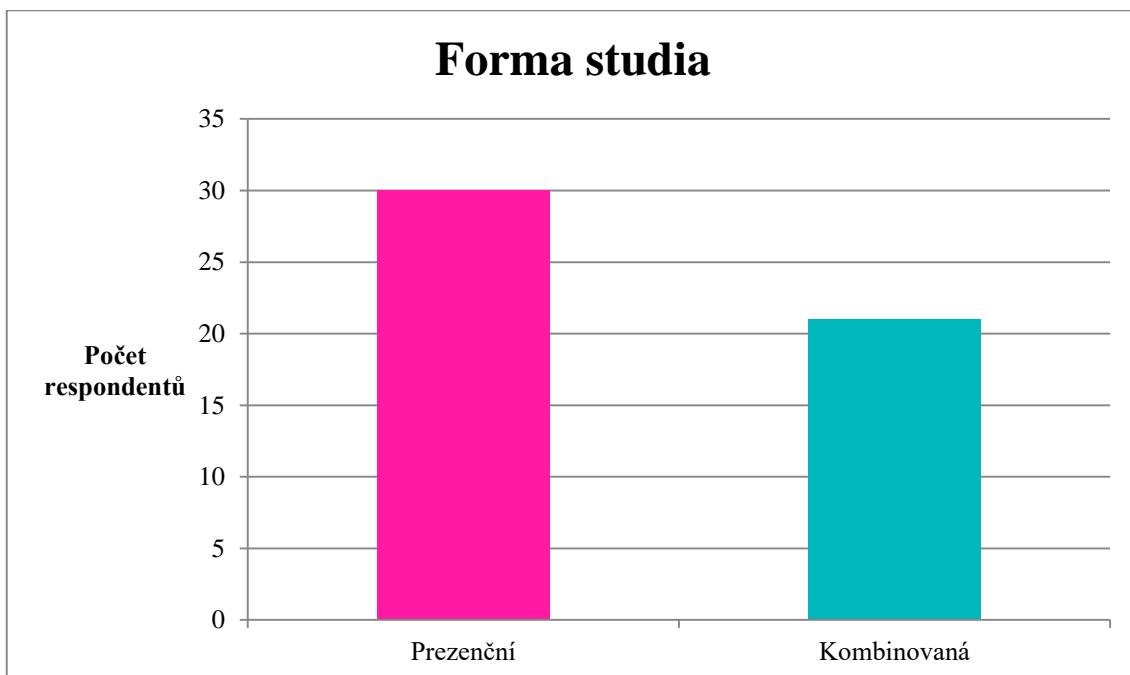


Graf č. 3 – Vzdělání respondentů

Z tabulky a grafu vyplývá, že 42 respondentů (82 % studentů) je středoškolsky vzdělaná a mají maturitu. Zbýlých 9 respondentů (18 % studentů) má vyšší odborné vzdělání. Studijní obory na školách nebyly dále specifikovány. Otázku zodpověděli všichni respondenti (51 studentů), tudíž byla zaznamenána 100% odpověď.

Tabulka č. 4 – Forma studia

Forma studia	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Prezenční forma studia	30	59 %
Kombinovaná forma studia	21	41 %
Celkem	51	100 %

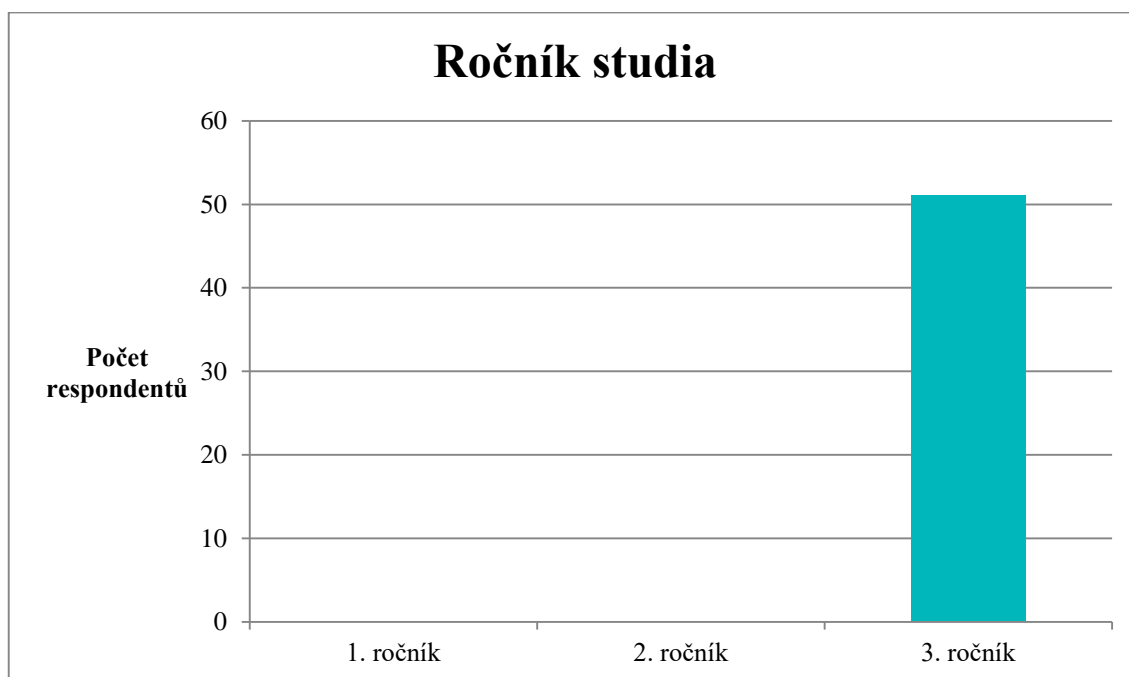


Graf č. 4 – Forma studia

Z následující tabulky a grafu je patrné, že 59 % respondentů (30 studentů) studuje prezenční formu studia na Ústavu zdravotnických studií v Liberci a zbylých 41 % (21 studentů) absolvuje studium ve formě kombinované. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 5 – Ročník studia

Ročník studia	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1. Ročník	0	0 %
2. Ročník	0	0 %
3. Ročník	51	100 %
Celkem	51	100 %

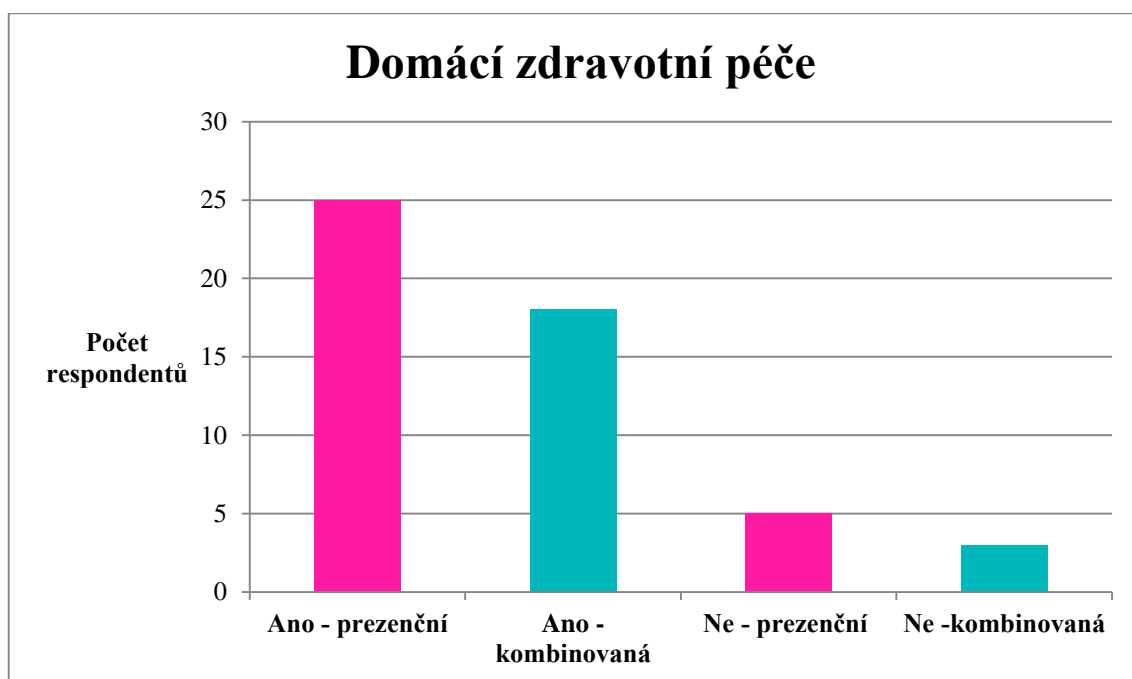


Graf č. 5 – Ročník studia

Tabulka a graf znázornují ročník studia, který respondenti studují na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Z 51 respondentů všichni (100 % studentů) studují 3. ročník studia. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 6 - Domácí zdravotní péče

Otázka č. 6	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	83 %	18	86 %
Ne	5	17 %	3	14 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

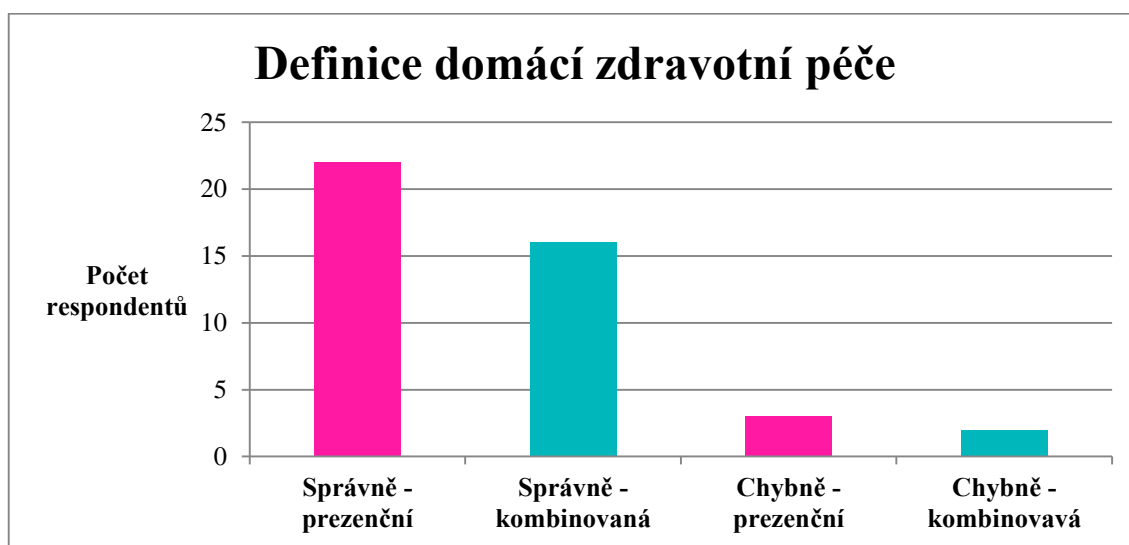


Graf č. 6 – Domácí zdravotní péče

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 83 % studentů (25 studentů) prezenční formy studia uvedlo, že umějí definovat pojem domácí zdravotní péče. Zbýlých 5 studentů (17 % respondentů) uvedlo, že tento pojem definovat neumí. Osmnáct (86 % respondentů) studentů kombinované formy studia zaškrtnulo kladnou odpověď, zbylí 3 studenti (14 % respondentů) odpověď zápornou. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti (100 % studentů).

Tabulka č. 7 – Definice domácí zdravotní péče

Otázka č. 7	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	22	88 %	16	89 %
Chybně	3	12 %	2	11 %
Celkem	25	100 %	18	100 %



Graf č. 7 – Definice domácí zdravotní péče

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že studenti prezenční formy studia v 88 % (22 studentů) uměli napsat správnou definici domácí zdravotní péče. U třech studentů (12 % respondentů) byla zaznamenána špatná definice. Studenti kombinované formy studia v 89 % (16 studentů) napsali správnou definici a 11 % (2 studenti) napsalo definici chybně. Jako správná odpověď k této otázce byla stanovena definice domácí péče, která je popsána ve Věstníku a taktéž je uvedena v teoretické části bakalářské práce. Bylo stanoveno kritérium pro určení správnosti odpovědi a to konkrétně, že definice popsaná respondentem musí obsahovat minimálně větu: „Péče poskytovaná v domácím prostředí“. Na tuto otázku odpovědělo 43 respondentů z celkového počtu 51 respondentů (84 % studentů).

Tabulka č. 8 – Financování domácí zdravotní péče

Otázka č. 8	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	27	90 %	20	95 %
Chybně	3	10 %	1	5 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

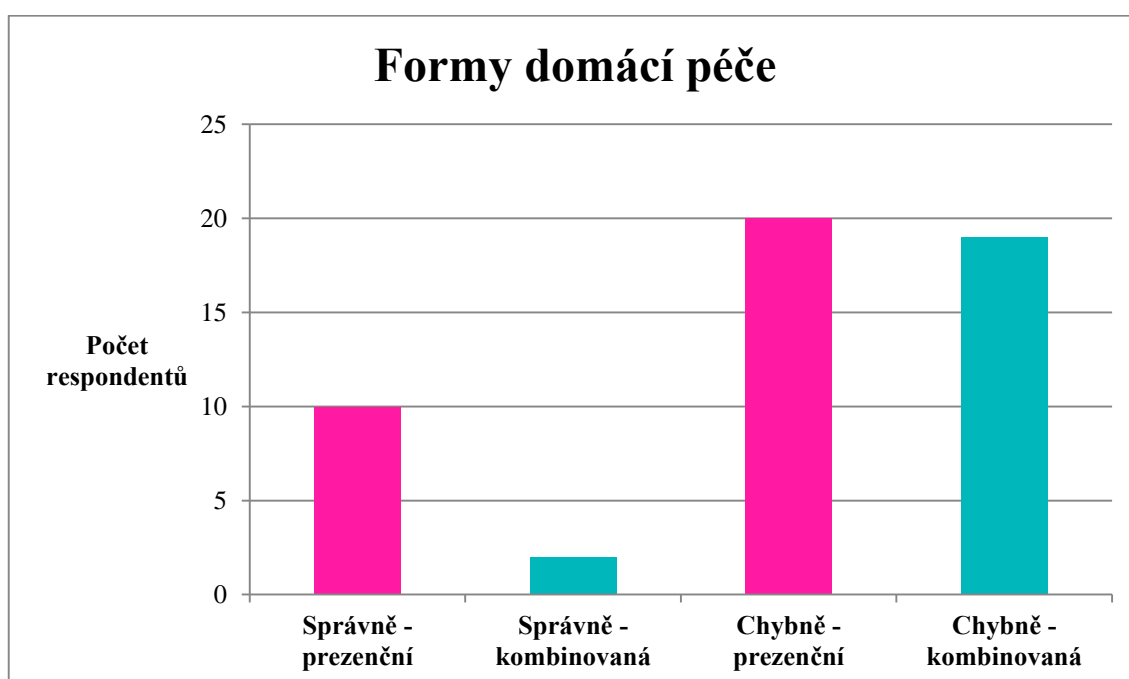


Graf č. 8 – Financování domácí zdravotní péče

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že studenti prezenční formy studia zaškrtnli v 90 % (27 studentů) otázku správnou a ve zbylých 10 % (3 studenti) odpověď špatnou. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali v 95 % (20 studentů) správně a v 5 % (1 student) špatně. Tato otázka má více správných odpovědí (B, C). Z prezenční formy studia zaškrtnlo 21 studentů (70 % respondentů) obě formy správných odpovědí, z kombinované formy studia takto odpovědělo 11 studentů (52 % respondentů). K hodnocení otázky jako správné museli respondenti zaškrtnout obě správné odpovědi nebo minimálně odpověď B. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 9 – Formy domácí zdravotní péče

Otázka č. 9	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	10	33 %	2	10 %
Chybně	20	67 %	19	90 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

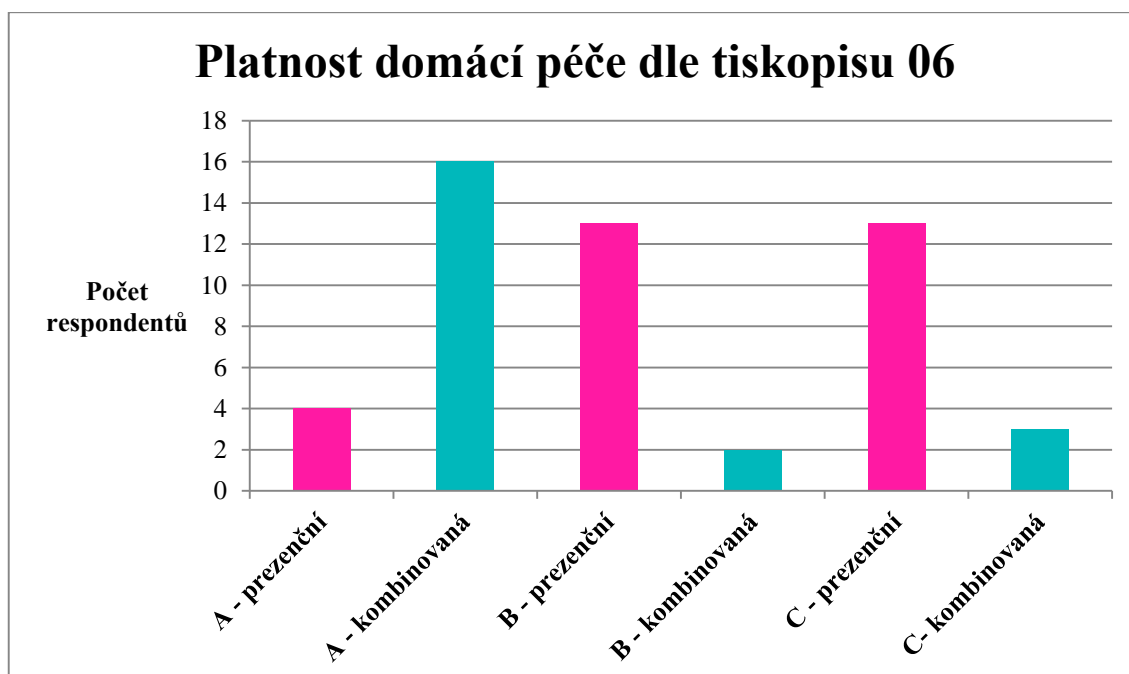


Graf č. 9 – Formy domácí péče

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 33 % (10 studentů) respondentů prezenční formy studia odpovědělo na otázku správně a 67 % (20 studentů) chybně. Studenti kombinované formy studia odpověděli na otázku v 10 % (2 studenti) správně a v 90 % (19 studentů) chybně. Existuje pět forem domácí zdravotní péče. Kritériem pro hodnocení otázky jako správné byly alespoň dvě formy. Nejčastější odpovědi: dlouhodobá domácí péče, domácí péče ad hoc. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 10 – Platnost domácí zdravotní péče dle tiskopisu 06

Otázka č. 10	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpořď A	4	14 %	16	76 %
Odpořď B	13	43 %	2	10 %
Odpořď C	13	43 %	3	14 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

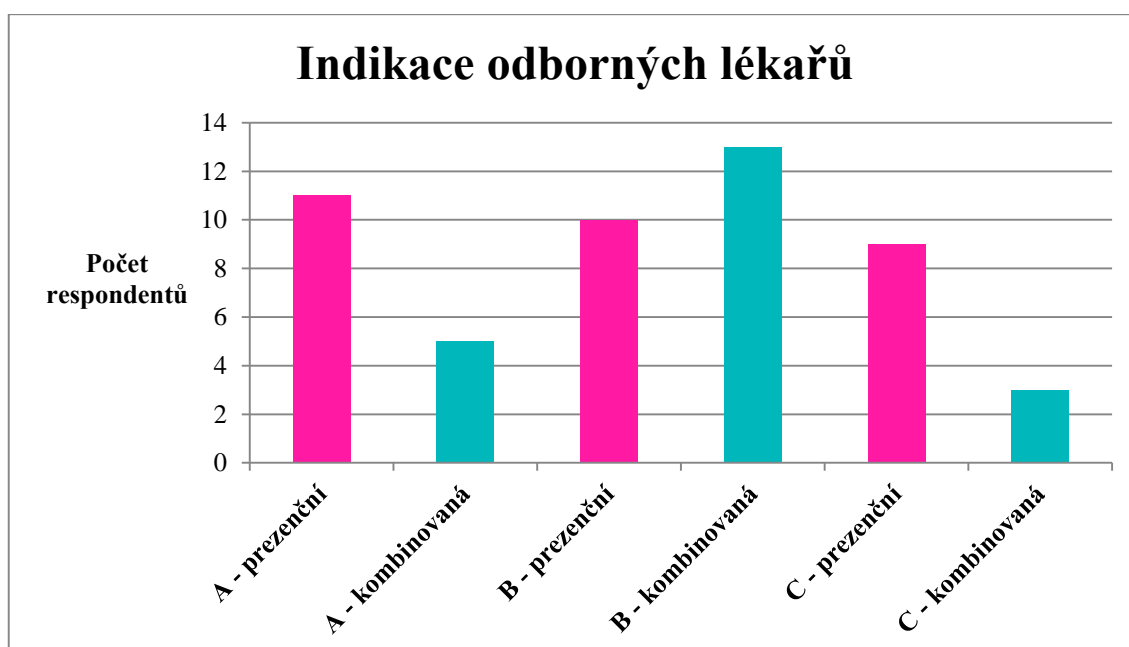


Graf č. 10 - Platnost domácí péče dle tiskopisu 06

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že studenti prezenční formy studia odpověděli na tuto otázku ve 14 % (4 studenti) odpověď A, ve 43 % (13 studentů) odpověď B a taktěž ve 43 % (13 studentů) odpověď C. Naopak studenti kombinované formy studia se v 76 % (16 studentů) shodli na odpovědi A, v 10 % (2 studenti) na odpovědi B a v 14 % (3 studenti) na odpovědi C. U této otázky byla zaznamenána 100% odpověď (51 studentů). Správná odpověď je v tabulce označena červenou barvou.

Tabulka č. 11 – Indikace odborných lékařů

Otázka č. 11	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	11	37 %	5	24 %
Odpověď B	10	33 %	13	62 %
Odpověď C	9	30 %	3	14 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

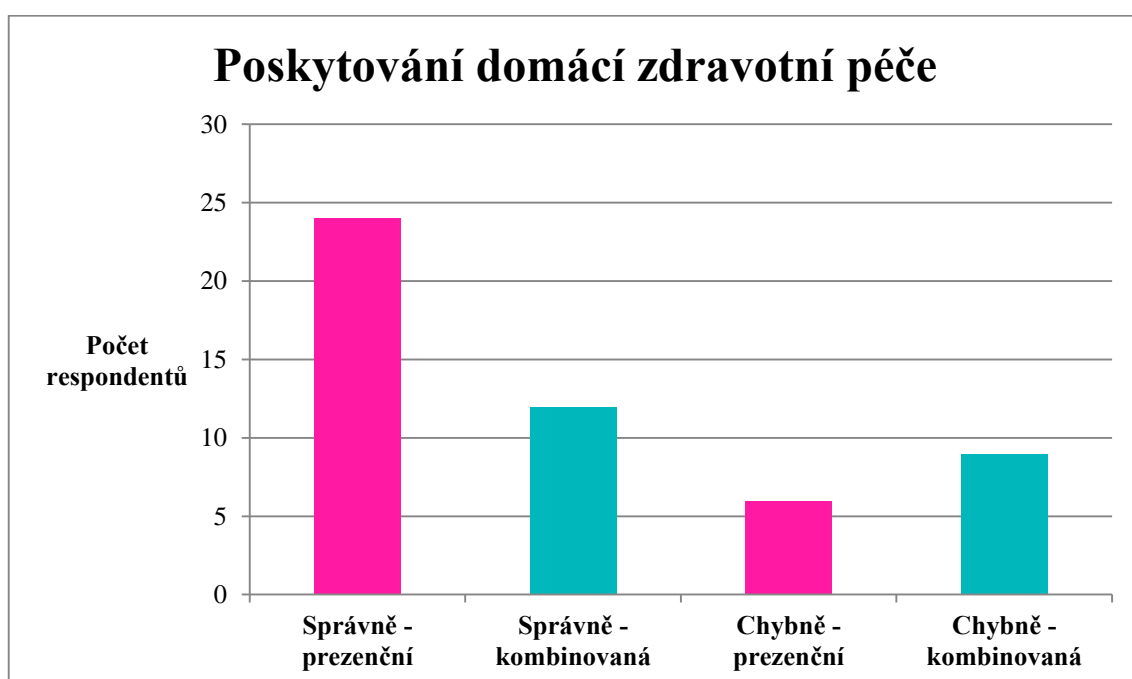


Graf č. 11 – Indikace odborných lékařů

V tabulce a grafu je uvedeno, jak studenti prezenční a kombinované formy studia odpovídali na tuto otázku. Prezenční forma studia zaškrtila v 37 % (11 studentů) odpověď A, v 33 % (10 studentů) odpověď B a v 30 % (9 studentů) odpověď C. Kombinovaná forma naopak odpovídala ve 24 % (5 studentů) odpověď A, v 62 % (13 studentů) odpověď B a ve 14 % (3 studenti) odpověď C. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (30 studentů). Správná odpověď je v tabulce zvýrazněna červenou barvou.

Tabulka č. 12 – Poskytování domácí zdravotní péče

Otázka č. 12	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	24	80 %	12	57 %
Chybně	6	20 %	9	43 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

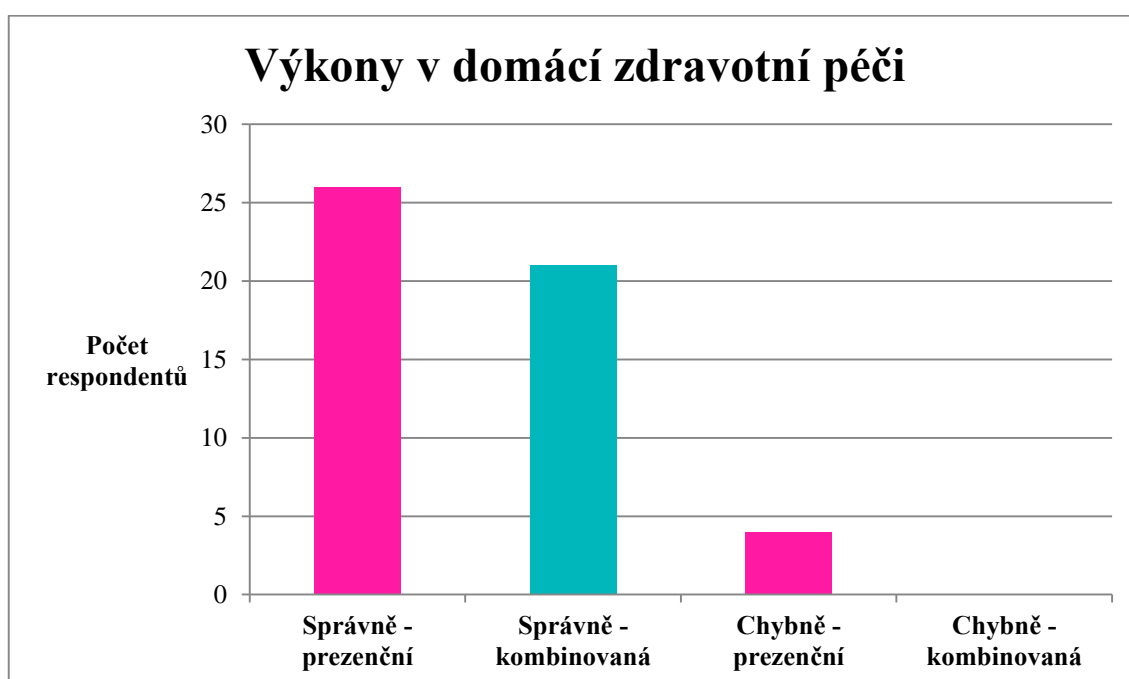


Graf č. 12 – Poskytování domácí zdravotní péče

Z výše zaznamenaných údajů v tabulce a grafu vyplývá, že 80 % (24 respondentů) studentů prezenční formy studia odpovídalo správně a 20 % (6 studentů) chybně. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali v 57 % (12 studentů) správně a v 43 % (9 studentů) chybně. Tato otázka měla více správných odpovědí, konkrétně pět ze šesti uvedených. Kritériem pro určení otázky za správně zodpovězenou, byly alespoň tři správně zaškrtnuté odpovědi. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 13 – Výkony v domácí zdravotní péči

Otázka č. 13	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	26	87 %	21	100 %
Chybně	4	13 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	21	100 %



Graf č. 13 – Výkony v domácí zdravotní péči

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že 87 % (26 respondentů) studentů prezenční formy studia odpovědělo správně a 13 % (4 studenti) chybně. Z kombinované formy studia odpovědělo 100 % (21 studentů) studentů správně a 0% (žádný student) chybně. Respondenti měli napsat alespoň pět výkonů. Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné byly alespoň tři správné výkony prováděné v domácí zdravotní péči. U této otázky byla zaznamenána 100 % odpověď (51 studentů).

Tabulka č. 14 – Pečovatelská služba

Otázka č. 14	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	18	60 %	14	66 %
Ne	12	40 %	7	34 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

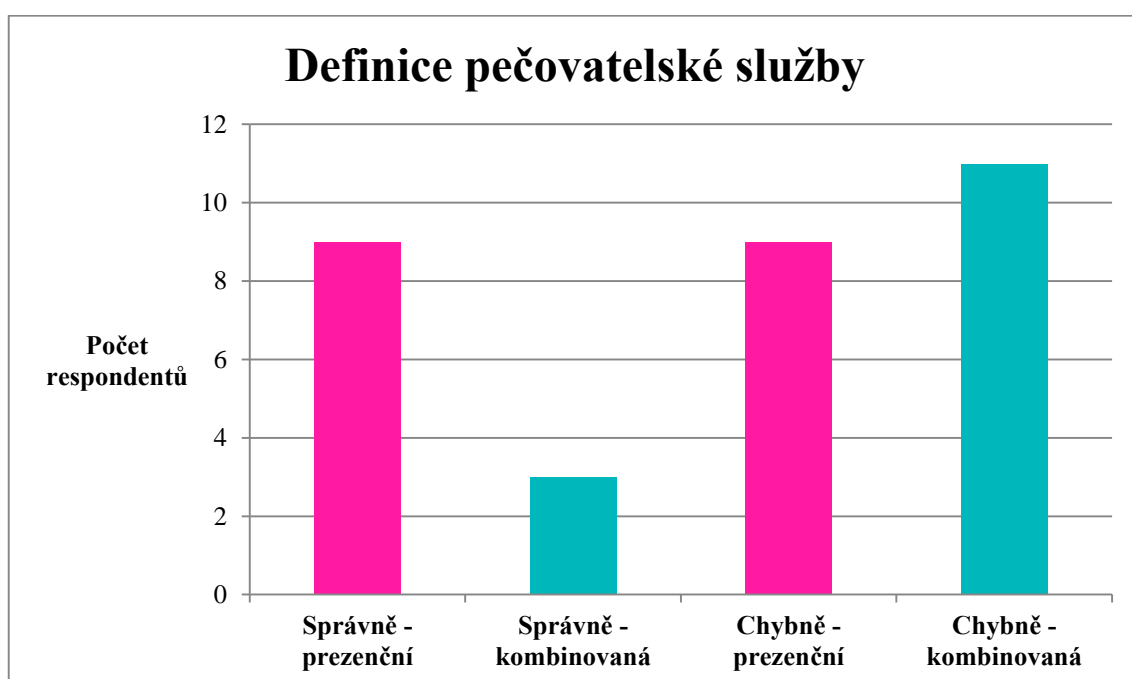


Graf č. 14 – Pečovatelská služba

Ze znázorněné tabulky a grafu je zřetelně, že studenti prezenční formy studia v 60 % (18 studentů) odpověděli kladně a v 40 % (12 studentů) záporně. Naopak studenti kombinované formy studia odpověděli v 66 % (14 studentů) kladně a v 34 % (7 studentů) záporně. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 15 – Definice pečovatelské služby

Otázka č. 15	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	9	50 %	3	21 %
Chybně	9	50 %	11	79 %
Celkem	18	100 %	14	100 %

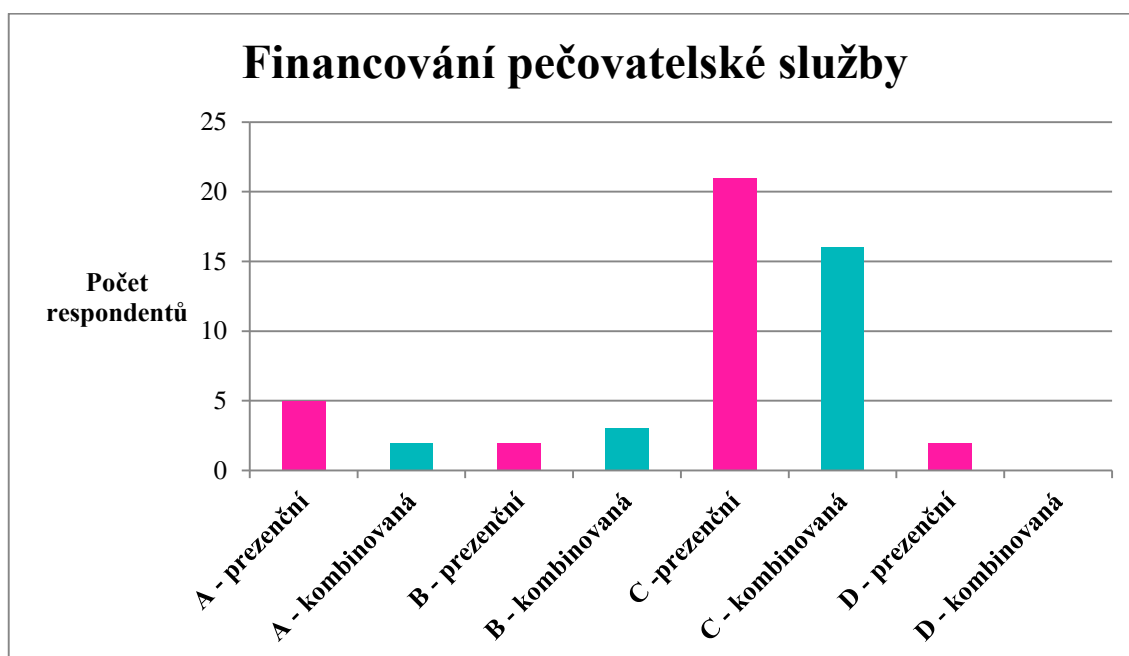


Graf č. 15 – Definice pečovatelské služby

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že studenti prezenční formy studia odpověděli v 50 % (9 studentů) správně a taktéž v 50 % (9 studentů) chybně. Naopak studenti kombinované formy studia odpověděli v 21 % (3 studenti) správně a v 79 % (11 studentů) chybně. Studenti měli definovat pojem pečovatelská služba. Bylo stanoveno kritérium pro určení odpovědi jako správné. Konkrétně se jednalo o slovní spojení „sociální služba“. Pokud se toto spojení v nějaké části definice popsané respondentem objevilo, odpověď byla uznaná jako správná. Na tuto otázku odpovídalo 32 studentů (63 % respondentů).

Tabulka č. 16 – Financování pečovatelské služby

Otázka č. 16	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	5	16 %	2	10 %
Odpověď B	2	7 %	3	14 %
Odpověď C	21	70 %	16	76 %
Odpověď D	2	7 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

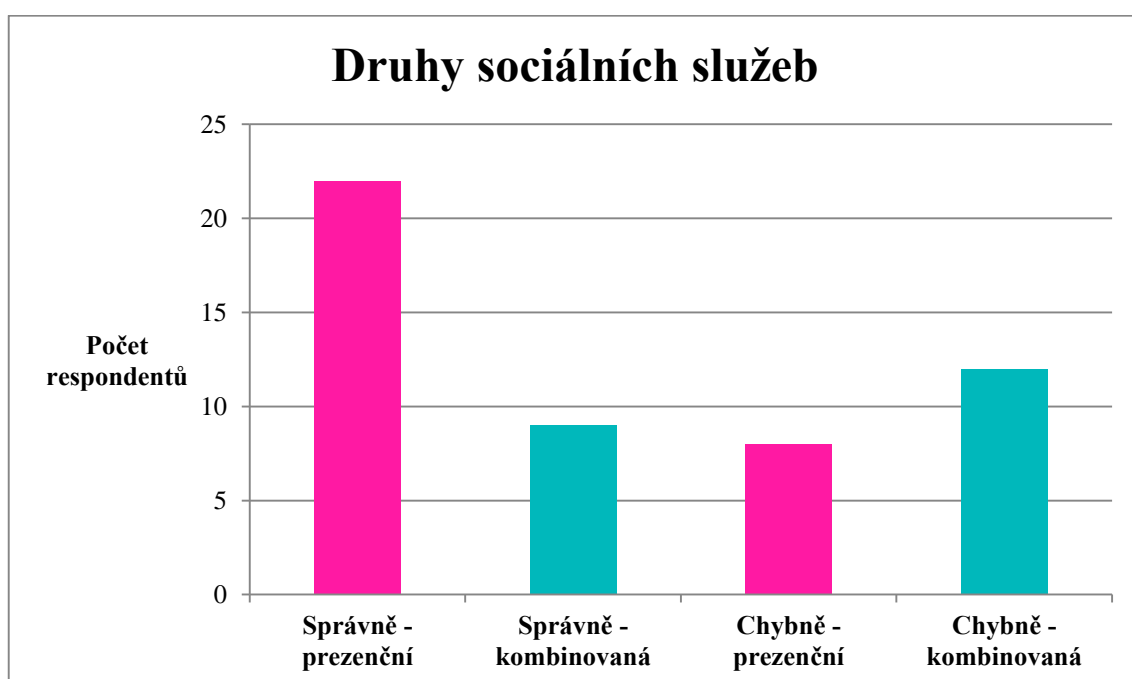


Graf č. 16 – Financování pečovatelské služby

Tabulka a graf znázorňují odpovědi respondentů prezenční a kombinované formy studia. Respondenti prezenční formy studia zaškrtili v 16 % (5 studentů) odpověď A, v 7 % (2 studenti) odpověď B, v 70 % (21 studentů) odpověď C a v 7 % (2 studenti) odpověď D. Naopak studenti kombinované formy studia zaškrtili v 10 % (2 studenti) odpověď A, v 14 % (3 studenti) odpověď B, v 76 % (16 studentů) odpověď C a žádný z respondentů nezaškrtil odpověď D (0 %). Správnou odpovědí byla odpověď C, v tabulce označena červenou barvou. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 17 - Druhy sociálních služeb

Otázka č. 17	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	22	73 %	9	43 %
Chybně	8	27 %	12	57 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

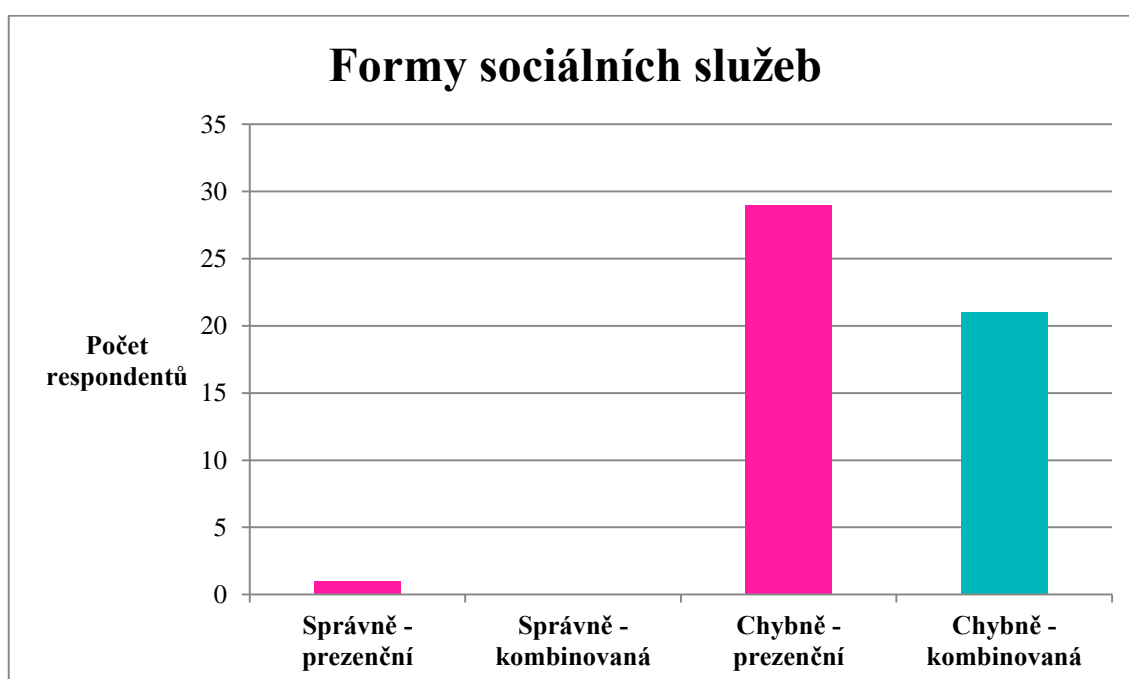


Graf č. 17 – Druhy sociálních služeb

Z výše uvedené tabulky a grafu je zřejmé, že studenti prezenční formy studia odpovídali v 73 % (22 studentů) správně a v 27 % (8 studentů) chybně. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali v 43 % (9 studentů) správně a v 57 % (12 studentů) chybně. Tato otázka měla více správných odpovědí, konkrétně tři ze čtyř uvedených. Kritériem pro uznání odpovědi jako správné bylo zaškrtnutí minimálně dvou správných odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 18 – Formy sociálních služeb

Otázka č. 18	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	1	3 %	0	0 %
Chybně	29	97 %	21	100 %
Celkem	30	100 %	21	100 %

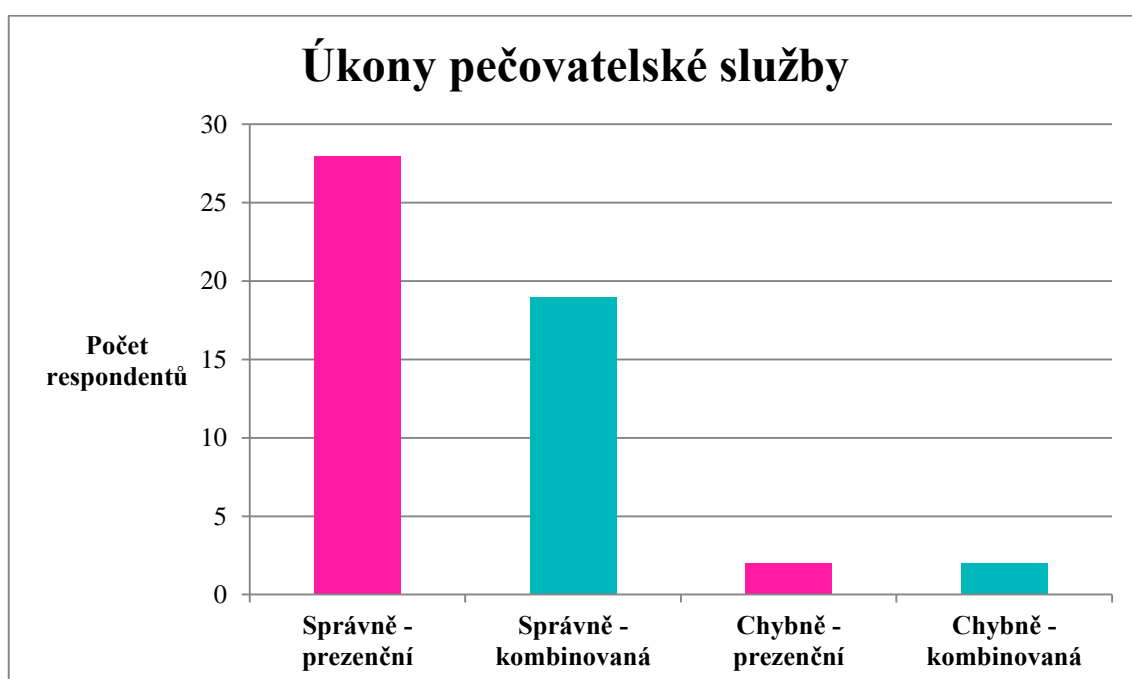


Graf č. 18 – Formy sociálních služeb

Ve výše uvedené tabulce a grafu jsou zobrazeny odpovědi studentů na dotazníkovou otázku číslo 18 týkající se forem sociálních služeb. Literatura uvádí tři formy: terénní, ambulantní a pobytová. Z prezenční formy studia odpověděli na tuto otázku ve 3 % (1 student) správně a v 97 % (29 studentů) špatně. 100 % respondentů (21 studentů) kombinované formy studia odpovídalo chybně. Otázka byla otevřená a kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo vypsání minimálně dvou forem sociálních služeb. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (51 studentů).

Tabulka č. 19 – Úkony pečovatelské služby

Otázka č. 19	Prezenční forma		Kombinovaná forma	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	28	93 %	19	91 %
Chybně	2	7 %	2	9 %
Celkem	30	100 %	21	100 %



Graf č. 19 – Úkony pečovatelské služby

Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že studenti prezenční formy studia odpovídali v 93 % (28 studentů) správně a v 7 % (2 studenti) chybně. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali v 91 % (19 studentů) správně a v 9 % (2 studenti) chybně. Respondenti měli napsat pět úkonů, které pečovatelská služba poskytuje. Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo sepsání alespoň dvou úkonů, které tato služba poskytuje. U této otázky byla zaznamenána 100% odpověď (51 studentů).

5 Analýza výzkumných předpokladů

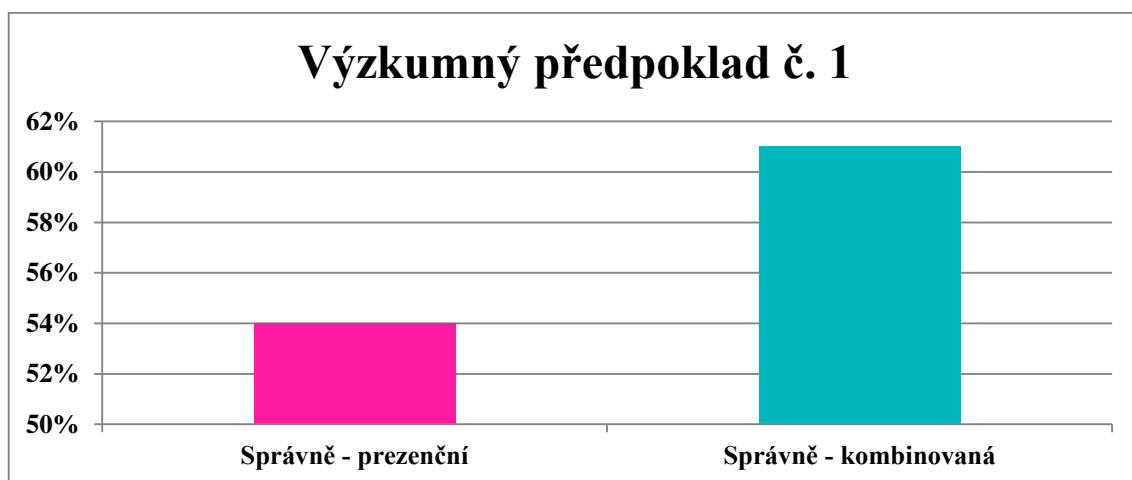
Výzkumné předpoklady byly upraveny na základě pilotní studie.

- 1. Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 40 %.**

K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 9, 10, 12 a 13

Tabulka č. 20 – Výzkumný předpoklad č. 1

Předpoklad č. 1	Prezenční forma					Kombinovaná forma					
	Dotazníkové položky	č. 9	č. 10	č. 12	č. 13	Průměr	č. 9	č. 10	č. 12	č. 13	Průměr
Správně		33 %	14 %	80 %	87 %	54 %	10 %	76 %	57 %	100 %	61 %
Špatně		67 %	86 %	20 %	13 %	46 %	90 %	24 %	43 %	0 %	39 %
Celkem		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



Graf č. 20 – Výzkumný předpoklad č. 1

Procentuální rozdíl ve znalostech studentů prezenční a kombinované formy studia je v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče více než 58 %.

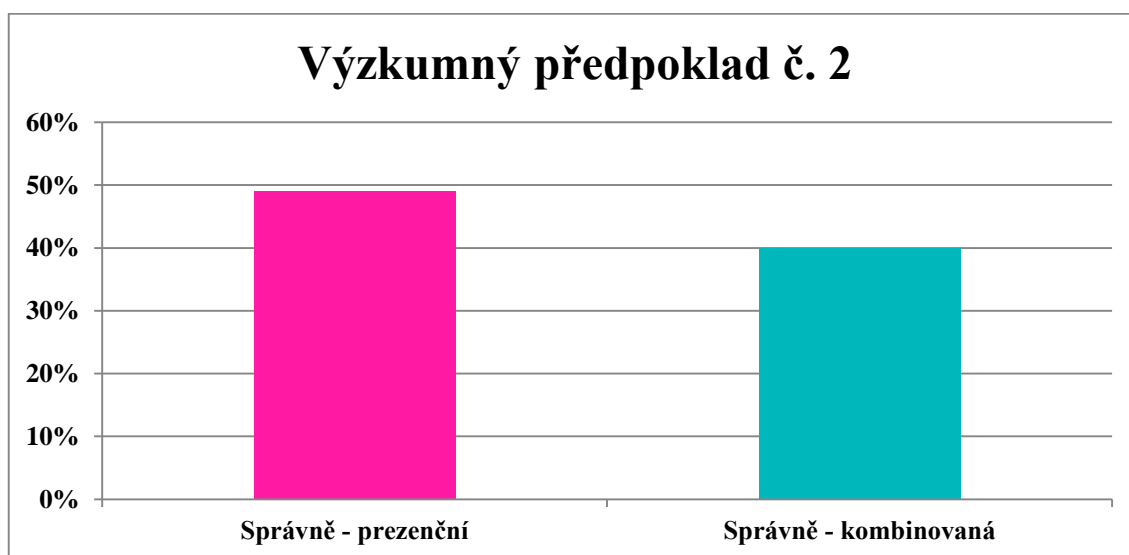
Výzkumný předpoklad tedy je v souladu s výsledky výzkumného šetření.

2. Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 29 %.

K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 16, 17 a 18

Tabulka č. 21 – Výzkumný předpoklad č. 2

Předpoklad č. 2	Prezenční forma				Kombinovaná forma			
	č. 16	č. 17	č. 18	Průměr	č. 16	č. 17	č. 18	Průměr
Dotazníkové položky								
Správně	70 %	73 %	3 %	49 %	76 %	43 %	0 %	40 %
Špatně	30 %	27 %	97 %	51 %	24 %	57 %	100 %	60 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



Graf č. 21 – Výzkumný předpoklad č. 2

Procentuální rozdíl ve znalostech studentů prezenční a kombinované formy studia v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby je více než 45 %.

Výzkumný předpoklad tedy je v souladu s výsledky výzkumného šetření.

3. Předpokládáme, že rozdílnost ve schopnosti definovat pojem terénní ošetrovatelská péče je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 57 %.

K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 6, 7, 8 a 11

Tabulka č. 22 – Výzkumný předpoklad č. 3

Předpoklad č. 3	Prezenční forma					Kombinovaná forma				
	č. 6	č. 7	č. 8	č. 11	Průměr	č. 6	č. 7	č. 8	č. 11	Průměr
Správně	83 %	88 %	90 %	33 %	74 %	86 %	89 %	95 %	62 %	83 %
Špatně	17 %	12 %	10 %	67 %	26 %	14 %	11 %	5 %	38 %	17 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



Graf č. 22 – Výzkumný předpoklad č. 3

Procentuální rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní ošetrovatelská péče je mezi studenty prezenční a kombinované formy studia více než 79 %.

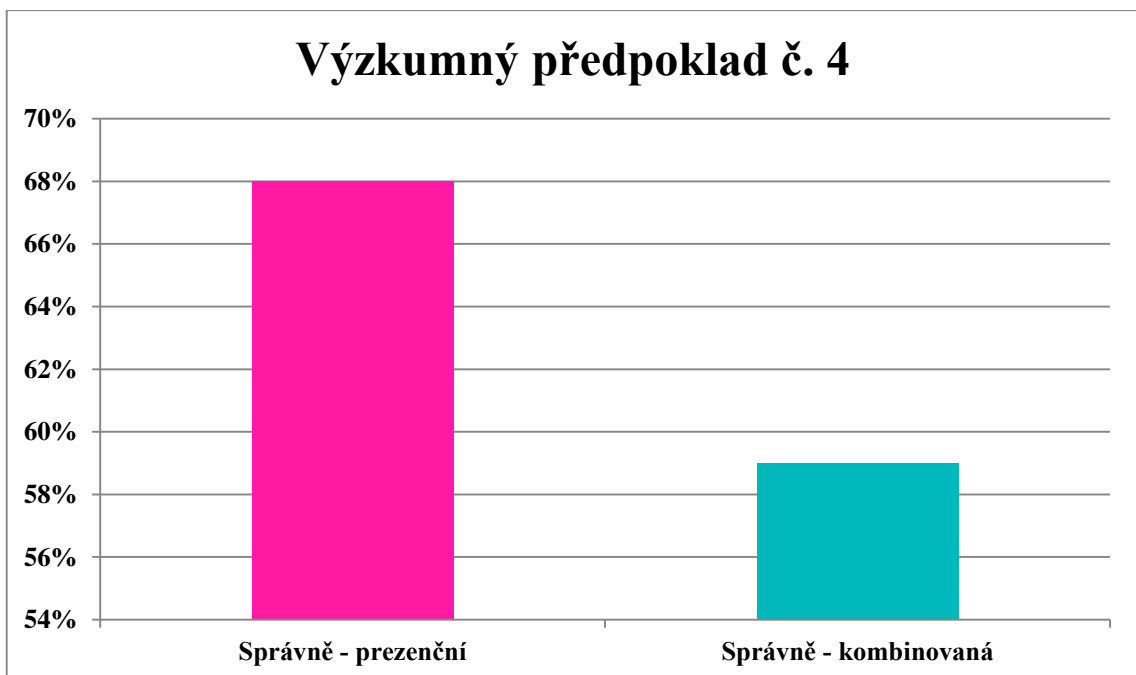
Výzkumný předpoklad je tedy v souladu s výsledky výzkumného šetření.

4. Předpokládáme, že rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní pečovatelská služba je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 63%.

K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 14, 15 a 19

Tabulka č. 23 – Výzkumný předpoklad č. 4

Předpoklad č. 4	Prezenční forma				Kombinovaná forma				
	Dotazníkové položky	č. 14	č. 15	č. 19	Průměr	č. 14	č. 15	č. 19	Průměr
Správně		60 %	50 %	93 %	68 %	66 %	21 %	91 %	59 %
Špatně		40 %	50 %	7 %	32 %	34 %	79 %	9 %	41 %
Celkem		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



Procentuální rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní pečovatelská služba je mezi studenty prezenční a kombinované formy studia více než 64%.

Výzkumný předpoklad je tedy v souladu s výsledky výzkumného šetření.

6 Diskuze

Zdravotní i sociální služby jsou v dnešní době na velkém rozmachu. Prezidentka Asociace domácí péče v České republice Bc. Blanka Misconiová tvrdí, že na základě indikace lékařů je každým rokem tato péče poskytována mnoha občanům všech věkových skupin. Povětšinou se jedná právě o pacienty, kteří by bez pomoci agentur domácí péče, museli být hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních. (19) Proto je důležité, aby i studenti tuto problematiku ovládali a na základě svých znalostí dokázali pacienta správně edukovat, pokud projeví o tyto služby zájem. Pro účely této práce byly stanoveny čtyři cíle a k nim čtyři výzkumné předpoklady a to na základě pilotní studie a odborné literatury. Důraz byl kladem především na charakteristiku terénní ošetrovatelské péče a terénní pečovatelské služby. Výstupem této bakalářské práce je studijní opora do odborných předmětů Ošetrovatelská péče v komunitní a domácí péči a Ošetrovatelská péče v geriatrici, dále poster, kde jsou shrnuty nejdůležitější informace o již zmíněných službách. Oba tyto výstupu mohou studentům pomoci lépe pochopit tuto problematiku.

Výzkumná část této práce probíhala na Ústavu zdravotnických studií v Liberci, na studentech třetího ročníku, studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční a kombinované formy studia, kteří již mají absolvované odborné předměty Ošetrovatelská péče v komunitní a domácí péči a Ošetrovatelská péče v geriatrici. Výzkum byl realizován na základě schváleného protokolu o výzkumu. (viz. Příloha č. 1)

Celému výzkumu předcházela pilotní studie (viz. Příloha č. 2), která probíhala od 15. 2. 2016 do 22. 2. 2016 na vzorku deseti respondentů třetího ročníku, studijního oboru Všeobecná sestra. Pět z nich studovalo prezenční formu studia, pět kombinovanou formu. Respondentům byl rozdán dotazník o dvaceti otázkách (viz. Příloha č. 3), z nichž pět bylo sociodemografických a zjišťovaly pohlaví respondentů, jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání, formu a ročník studia. Zbylé otázky byly zařazeny k výzkumným předpokladům. Na základě výsledků předvýzkumu byl upraven dotazník. Kdy jedna otázka byla zcela vyřazena. Jednalo se o otázku, která pojednávala o vzdělání sester pracujících v agenturách domácí péče. Jelikož byla otázka chybně postavena a respondenty tudíž nepochopena, bylo nutné ji odstranit. K malým úpravám došlo v otázkách č. 8, 12 a 17. V původním znění nebylo pro respondenty zřetelné, zdali právě tyto otázky mají jednu či více správných odpovědí. Proto byla tato informace přidána v popisku do závorky.

Finální výzkumné šetření probíhalo od března do dubna roku 2016 na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Původně měl celý výzkum skončit nejdéle v březnu, ale kvůli nedostižitelnosti studentů kombinované formy studia se o měsíc prodloužil. Respondentům byl tentokrát předložen dotazník o devatenácti otázkách (viz. Příloha č. 4), z nichž pět bylo sociodemografických, a zbylé byly opět zařazeny k jednotlivým výzkumným předpokladům.

Bylo osloveno 51 respondentů, z toho padesát žen (98 %) a jeden muž (2 %). Z celkového počtu respondentů studovalo třicet (59 %) prezenční formu studia a 21 (41 %) formu kombinovanou. Všichni respondenti (100 %) navštěvovali třetí ročník studia. V dotazníkovém šetření byla nejvíce zastoupena věková skupina od 20 do 25 let a to celkem třiceti respondenty (59 %). Ve věkovém rozmezí 26-30 let se nacházelo šest respondentů (12 %). Jeden respondent (2 %) se objevil ve věkové hranici 31-35 let a deset respondentů (19 %) se nacházelo v rozmezí 36-40 let. Věkovou skupinu 41-45let tvořili celkem čtyři respondenti (8 %). Věkové kategorie 46-50 let a 51 a více let nebyly zastoupeny žádným respondentem (0 %). Čtyřicet dva (82 %) respondentů mělo střední školu s maturitou, 9 respondentů (18 %) vyšší odbornou školu a v tomto dotazníkové šetření se neobjevil žádný respondent (0 %) s vysokoškolským vzděláním.

Výzkumný předpoklad č. 1: ***Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 40 %***, zahrnoval dotazníkové otázky č. 9, 10, 12 a 13. Otázka č. 9 se týkala forem domácí péče. Z prezenční formy studia odpovědělo správně deset studentů (33 %) a z formy kombinované dva studenti (10 %). Jarošová ve své knize Úvod do komunitního ošetrovatelství popisuje pět forem domácí péče: akutní, dlouhodobou, preventivní, domácí hospicovou a domácí péči ad hoc. (3) Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo, aby respondenti vypsali alespoň dvě formy. Nejčastěji zaznamenanou odpovědí byly formy dlouhodobé domácí péče a péče ad hoc. Otázka č. 10 zjišťuje, zdali studenti mají povědomí o platnosti domácí péče dle tiskopisu 06. Otázka byla uzavřená a respondentům byly nabídnuty tři možnosti odpovědi, z nichž pouze jedna byla správná. Tu označili z prezenční formy studia čtyři studenti (14 %) a z formy kombinované 16 studentů (76 %). Zde vidíme, že procentuální rozdíl ve znalostech mezi studijními obory je více než 60 %. Můžeme to připsat faktu, že studenti kombinované formy studia jsou již zaměstnaní ve zdravotnických zařízeních a tudíž se s tímto tiskopisem mohli za svou praxi setkat. Otázka č. 12 se týkala

pracovníků, kteří poskytují domácí zdravotní péči. Respondenti měli na výběr z šesti položek, z nich pět bylo správných. Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo zaškrtnutí minimálně tří správných odpovědí. Z prezenční formy studia to tak učinilo 24 respondentů (80 %) a z formy kombinované 12 studentů (57 %). Lze tedy říci, že rozdíl ve znalostech v této konkrétní otázce není mezi studenty prezenční a kombinované formy studia až tak markantní. Poslední otázka spadající do výzkumného předpokladu č. 1 je dotazníková otázka č. 13, která zjišťuje, zdali respondenti dokáží vypsát alespoň pět výkonů, které domácí zdravotní péče pacientům poskytuje. Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo sepsání minimálně tří výkonů. Toto kritérium splnilo a správně odpovědělo z prezenční formy studia 26 studentů (86 %) a z formy kombinované 21 studentů (100 %). Rozdíl ve znalostech studentů opět není až tak zdrcující. Bc. Blanka Misconiová na svých internetových stránkách Národního centra domácí péče České republiky uvádí, že seznam výkonů obsahuje například – dohled na parenterální výživu, klyzma, zavedení a ošetření PMK, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí a infuzí, ošetření stomií, lokální ošetření ran, aplikace inzulinu a edukace či reedukace pacienta. (22)

Výzkumný předpoklad č. 2: *Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 29 %*. K tomuto předpokladu byly zařazeny dotazníkové otázky č. 16, 17 a 18. Dotazníková otázka č. 16 pojednává o financování pečovatelské služby. Otázka byla uzavřená a studenti měli možnost výběru ze čtyř odpovědí, z nichž pouze jedna byla správná. Z prezenční formy studia odpovědělo správně 21 studentů (70 %) a z formy kombinované 16 studentů (76 %). Opět zde není až tak markantní rozdíl ve znalostech. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí si pečovatelskou službu hradí sám klient a výše úhrady závisí na podmínkách poskytovatele, který se ovšem musí řídit platným předpisem a to konkrétně předpisem č. 55/2006 Sb. - **Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně**. (26) Dotazníková otázka č. 17 zjišťuje, zdali studenti znají druhy sociálních služeb. Otázka byla opět uzavřená a respondenti měli na výběr ze čtyř odpovědí, z nichž tři byly správné. Kritériem pro uznání odpovědi jako správné bylo zaškrtnutí minimálně dvou správných odpovědí. Toto kritérium splnilo z prezenční formy studia 22 studentů (73 %) a z formy kombinované pouze 9 studentů (57 %). Zde vidíme, že studenti prezenční formy studia disponují oproti studentům

kombinované formy studia obsáhlejšími znalostmi. Poslední dotazníkovou otázkou vztahující se k tomuto výzkumnému předpokladu je otázka č. 18 pojednávající o formách sociálních služeb. Malíková Eva ve své knize Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních uvádí tři formy sociálních služeb dle místa poskytování, a to terénní, ambulantní a pobytové. (9) Tato otázka byla otevřená a kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo vypsání minimálně dvou forem sociálních služeb. Z prezenční formy studia vyhověl tomuto kritériu pouze jeden respondent (3 %) a z formy kombinované ani jeden respondent (0%). Překvapením bylo, že tato otázka dopadla v celém výzkumném šetření nejhůře ze všech. Nejčastěji zaznamenanými odpověďmi byly domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou a denní stacionáře, V tomto případě už se ale jedná o pobytová sociální zařízení, což je jedna z forem poskytování sociálních služeb, ale nejedná se o jejich základní dělení.

Výzkumný předpoklad č. 3: ***Předpokládáme, že rozdílnost ve schopnosti definovat pojem terénní ošetrovatelská péče je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 57 %.*** K tomuto výzkumnému předpokladu byly zařazeny dotazníkové položky č. 6, 7, 8 a 11. Dotazníková otázka č. 6 zjišťuje, zdali studenti umějí definovat pojem domácí zdravotní péče. Z prezenční formy studia odpovědělo kladně 25 studentů (83 %) a z formy kombinované 18 studentů (86 %). Na dotazníkovou otázku č. 6 navazovala otázka č. 7, kterou vyplňovali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 6, zaškrtili odpověď ano. V položce č. 7 měli studenti vypsát definici domácí zdravotní péče. Jako správná odpověď k této otázce byla stanovena definice domácí péče, která je popsána ve Věstníku a taktéž je uvedena v teoretické části bakalářské práce. Stanoveno bylo kritérium pro určení správnosti odpovědi a to konkrétně, že definice popsaná respondentem musí obsahovat minimálně větu: „Péče poskytovaná v domácím prostředí“. Tomuto kritériu vyhovělo 22 studentů (88%) prezenční formy studia a 16 studentů (89 %) kombinované formy studia. Bylo velkým překvapením, že více jak polovina studentů z prezenční i kombinované formy studia, dokáže správně a přesně definovat již zmíněný pojem domácí zdravotní péče. Dotazníková otázka č. 8 pojednává o financování domácí zdravotní péče. Domácí péči hradí ve většině případů zdravotní pojišťovna a to v plné výši. Výkony prováděné domácí péčí ovšem musí korespondovat s výkony, které je schopna daná zdravotní pojišťovna proplatit. Pokud tomu tak není a pacient si vybere výkon, který jeho zdravotní pojišťovna nepodporuje, musí si konkrétní službu zafinancovat sám. (20) Otázka

byla uzavřená a obsahovala tři možnosti odpovědí, z nichž dvě byly správné. Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo zaškrtnutí minimálně jedné správné odpovědi, a to odpovědi B (péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění). Tomuto kritériu vyhovělo z prezenční formy studia 27 studentů (90 %) a z formy kombinované 20 studentů (95 %). Zde můžeme říci, že studenti mají povědomí o financování domácí zdravotní péče. Podobnému výzkumu se ve své diplomové práci věnovala Bc. Lucie Večeřová, která zkoumala informovanost laické veřejnosti o agenturách domácí péče. Respondentů se ptala, zdali si myslí, že ošetrovatelskou péčí poskytovanou od agentur domácí péče si hradí pacienti sami. Šedesát respondentů (40, 5 %) ze 148 dotazovaných ji odpovědělo, že si toto nemyslí, tudíž byla odpověď zaznamenaná jako správná. Ovšem 88 respondentů (59, 5 %) si myslí, že si pacienti tyto služby hradí ze svého finančního rozpočtu. (31) Dotazníková otázka č. 11 zjišťuje, zdali studenti vědí, jaký je rozsah indikace domácí zdravotní péče u odborných lékařů. Bc. Blanka Misoniová, prezidentka Asociace domácí péče v ČR uvádí, že doba trvání domácí péče je stanovena maximálně na 3 měsíce, poté musí být prodloužena její platnost, na základě praktického lékaře. (22) Otázka byla uzavřená a nabízela studentům tři možnosti odpovědí, z nichž pouze jedna byla správná. Správně z prezenční formy studia odpovědělo na tuto otázku 10 studentů (33 %) a z formy kombinované 13 studentů (63 %). Zde můžeme vidět, že studenti kombinované formy studia v této oblasti disponují oproti studentům prezenční formy studia obsáhlejšími znalostmi. Opět se může jednat o fakt, že studenti kombinované formy studia jsou již zaměstnaní ve zdravotnických zařízeních a tudíž se s pacientem, který vyžadoval domácí péči, a kterého museli správně edukovat, mohli setkat.

Výzkumný předpoklad č. 4: ***Předpokládáme, že rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní pečovatelská služba je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 63 %.*** Tento výzkumný předpoklad zahrnoval dotazníkové položky č. 14, 15 a 19. Dotazníková položka č. 14 zjišťuje, zdali studenti umějí definovat pojem pečovatelská služba. Kladně na tuto otázku z prezenční formy studia odpovědělo 18 studentů (60 %) a z kombinované formy 14 studentů (66 %). Na tuto otázku navazovala dotazníková položka č. 15, ve které studenti měli vypsát konkrétní definici pečovatelské služby. Bylo stanoveno kritérium pro určení odpovědi jako správné. Konkrétně se jednalo o slovní spojení „sociální služba“. Pokud se toto spojení v nějaké části definice popsané respondentem objevilo, odpověď byla uznaná jako správná. Kritérium splnilo 9 studentů

(50 %) prezenční formy studia a 3 studenti (21 %) kombinované formy studia. Z této otázky je patrné, že studenti nedokáží správně definovat pojem pečovatelská služba. Může se jednat o fakt, že tyto služby nejsou tolik propagované a tudíž o nich studenti nemají až tak velké povědomí. Poslední dotazníkovou položkou řadící se k výzkumnému předpokladu č. 4 je otázka č. 19, kde měli respondenti vypsát alespoň pět úkonů, které pečovatelská služba poskytuje. Veškeré náležitosti, které musí být dodržovány při poskytování sociálních služeb, včetně pečovatelské služby, jsou zahrnuty ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., O sociálních službách. Vyhláška rozděluje úkony do následujících kategorií: pomoc při běžných denních činnostech v péči o sebe sama, pomoc při hygienické péči, pomoc při stravování či obstarání stravy, pomoc v domácnosti a navázání kontaktu s vlastním sociálním prostředím. (29) Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo sepsání alespoň dvou úkonů, které tato služba poskytuje. Správně odpovědělo z prezenční formy studia 28 studentů (93 %) a z formy kombinované 19 studentů (91 %).

Z výzkumného šetření vyplývá, že studenti prezenční formy studia mají určité znalostní rezervy ve formách domácí péče, v platnosti poskytování domácí péče dle tiskopisu 06, v definici pečovatelské služby a ve formách poskytování sociálních služeb. Oproti tomu u studentů kombinované formy studia byly zjištěny znalostní rezervy také ve formách domácí péče, v definici pečovatelské služby a ve formách poskytování sociálních služeb. K doplnění chybějících znalostí může studentům pomoci studijní opora a poster, které jsou zároveň i výstupy z této práce.

7 Návrh doporučení pro praxi

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou. Jak již z výzkumného šetření vyplývá, byly zaznamenány určité znalostní rezervy v této problematice. Proto byla v rámci výstupu z této práce vytvořena studijní opora (viz. Příloha č. 5), ze které mohou studenti v rámci svého studia čerpat informace. Výčet stručnějších informací týkajících se této problematiky naleznou studenti v dalším výstupu z této práce, a to konkrétně v posteru (viz. Příloha č. 6), který jim danou problematiku také může přiblížit.

Taktéž by bylo vhodné provést podobný výzkum v jiných odborných předmětech a zjistit tak úroveň znalostí studentů i v ostatních důležitých sférách zdravotnictví.

IV. Závěr

Tématem bakalářské práce bylo ověření znalostí studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou. Celá práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část se zabývá podstatou domácí péče a péče sociální, konkrétně pečovatelské služby. Veškeré informace, které byly v teoretické části použity, jsou převzaty z odborné literatury. Na začátku teoretické části se objevuje zmínka o komunitě, komunitní péči v České republice a její historii, o obecných principech komunitní péče, o komunitní sestře, jejím vzdělání, jejich kompetencích a o ošetrovatelském procesu v komunitní péči. Další kapitola je zaměřena na domácí péči, její historii, formy, financování, vzdělání pracovníků, odborné výkony prováděné agenturami domácí péče a ošetrovatelství v domácí péči. Třetí velká kapitola v této bakalářské práci je věnována sociálním službám. Konkrétně jejich základnímu dělení, formám, financování a vzdělání zaměstnanců pracujících v sociálních službách. Poslední, čtvrtou kapitolou této práce je pečovatelská služba. V této kapitole je zmínka o roli pečovatele, o poskytování základních úkonů, které pečovatelská služba klientovi nabízí a o individuálním plánování pečovatelské služby.

Praktická část je věnována výzkumnému šetření. Výzkumu předcházela pilotní studie, která probíhala od 15. 2. 2016 do 22. 2. 2016 na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Na základě pilotní studie byly upraveny výzkumné předpoklady. Finální výzkum probíhal od března do dubna 2016. Výzkum byl zaměřen na studenty třetího ročníku, studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia, kteří již mají absolvované předměty Ošetrovatelská péče v geriatрии a Ošetrovatelská péče v komunitní a domácí péči. Veškeré otázky, které byly do dotazníku zařazeny, byly probírány v již zmíněných odborných předmětech. Výzkum probíhal dotazníkovou formou, dotazník obsahoval otevřené i uzavřené otázky. Otázek bylo celkem devatenáct a měly jednu či více správných odpovědí.

Celá tato práce a hlavně její výstupy (studijní opora a poster) mohou pomoci studentům lépe pochopit problematiku domácí péče a pečovatelské služby.

V. Seznam použité literatury

1 Monografie

- 1) MARKOVÁ, Marie et al. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN: 978-80-7013-499-3.
- 2) HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.
- 3) JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 4) GENET, Nadine et al. *Home care across Europe. Current structure and future challenges*. United Kingdom: World Health Organization, 2012. ISBN 978 92890 02882.8.
- 5) BUKÁČKOVÁ, Jitka. Domácí péče u nás. *Ošetrovatelská péče*, 2011, roč. 2011, č. 6, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.
- 6) KAINRÁTHOVÁ, Renata. Domácí péče - smysl, výhody a nový koncept. *Ošetrovatelská péče*, 2011, roč. 2011, č. 6, s. 6-7. ISSN: 2336-1603.
- 7) ČERNOCKÁ, Alena. Agentury domácí péče: Formy domácí péče a její pozitivita. *Ošetrovatelská péče*, 2013, roč. 2013, č. 4, s. 4-5. ISSN: 2336-1603.
- 8) VONEŠOVÁ, Petra a Alena MACHOVÁ. Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 4, s. 48-49. ISSN: 1210-0404.
- 9) MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 10) ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5147-4.
- 11) MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 12) HALÁSKOVÁ, Renáta. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2013. ISBN 978-80-7416-118-6.
- 13) HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

- 14) MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 1. díl*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
- 15) MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185.
- 16) MARKOVÁ, Marie a Jana MIKULOVÁ. Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní péče v České republice. *Sestra*. 2009, č. 9, s. 16. ISSN: 1210-0404.
- 17) ČECHOVÁ, Soňa. Komunitní sestra - chiméra, nebo klíčový aktér?. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 5, s. 18-20. ISSN: 1210-0404.

2 Internetové zdroje

- 18) Koncepce domácí péče. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [online]. 2006 [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>
- 19) MISCONIOVÁ, Blanka. Systém domácí péče - informace pro klienty. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [online]. 2006 [cit. 2015-09-25]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>
- 20) O domácí péči. *Cassdp*. [online]. 2008 [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
- 21) Organizace domácí péče (home-care). *Asociace domácí péče ČR o. s.* [online]. [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/574/organizace-domaci-pece/>
- 22) MISCONIOVÁ, Blanka. Metodika vykazování domácí péče. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [online]. 2006 [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/metodika-vykazovani-domaci-pece>
- 23) Sociální práce a sociální služby. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
- 24) Sociální služby. *Sociální revue*. [online]. [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-sluzby>
- 25) Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. *Sociální revue*. [online]. [cit. 2015-12-30]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich-sluzbach>
- 26) Odbor 22. Pečovatelská služba. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 27. 1. 2014 [cit. 2015-09-30]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368>

3 Vyhlášky a zákony

- 27) ČESKO: Vyhláška č. 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20. ISSN 1211-1244.
- 28) ČESKO: Předpis č. 55/2006 Sb., Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 23/2006. ISSN 1211-1244.
- 29) ČESKO: Vyhláška č. 505/2006 Sb., O sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164/2006. ISSN 1211-1244.
- 30) ČESKO: Věstník č. 12/2004., In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 12. ISSN 1211-1244.

4 Kvalifikační práce

- 31) VEČEŘOVÁ, Lucie. *Laická veřejnost a agentury domácí péče*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

Seznam příloh

- 1) Příloha č. 1 – Protokol o výzkumu
- 2) Příloha č. 2 – Pilotní studie
- 3) Příloha č. 3 – Dotazník pilotní studie
- 4) Příloha č. 4 – Konečný dotazník
- 5) Příloha č. 5 – Studijní opora
- 6) Příloha č. 6 – Poster

Příloha č. 1 – Protokol o výzkumu



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KRISTÝNA JUŘIČKOVÁ	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta Z 13000064	Ročník 3.
Téma práce	ZNALOSTI STUDENTŮ ÚSTAVU ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ V LIBERCI O ROZDÍLECH MEZI DOHLEDEM PEČI A PÉČOVATELSKOU SLUŽBOU	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. KATEŘINA MAŽANOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>Mažanová</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Mažanová</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>25.1.2016</i> <i>Jurčiková</i>	
Datum zahájení výzkumu	LEDEN 2016	
Datum ukončení výzkumu	BŘEZEN 2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	STUDENTŮ 50 respondentů	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V LIBERCI dne 14. 1. 2016

Kristýna Jurčiková

podpis studenta

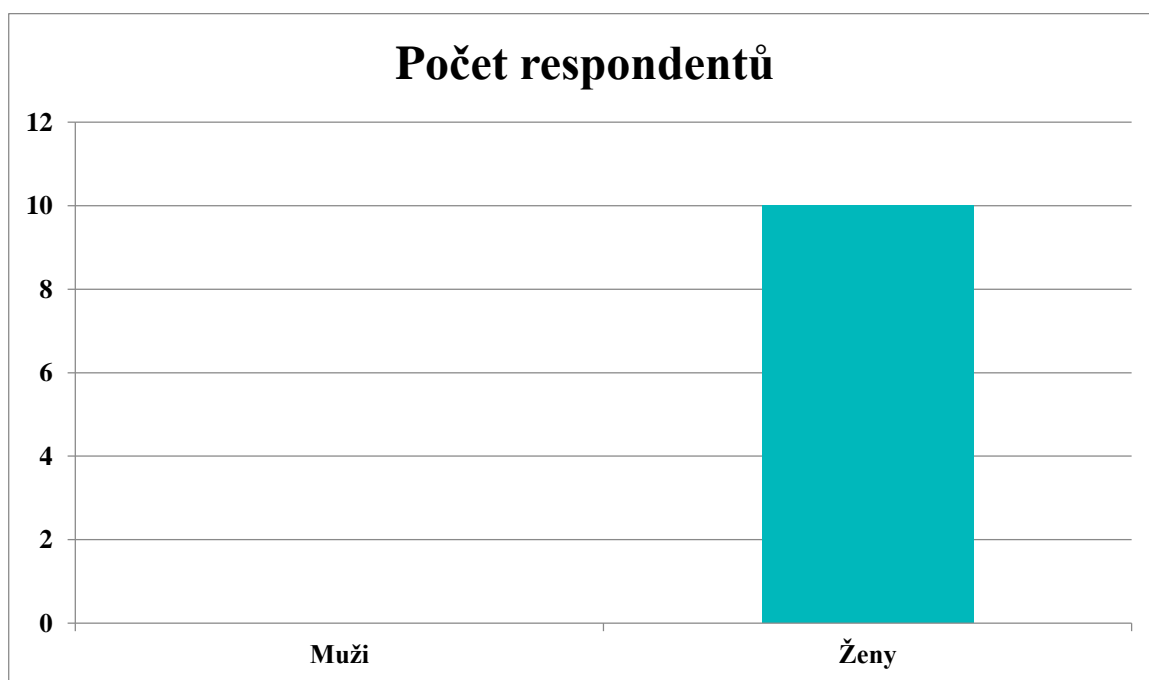


Příloha č. 2 – Pilotní studie

Prezentace výsledků pilotní studie

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muži	0	0 %
Ženy	10	100 %
Celkem	10	100 %

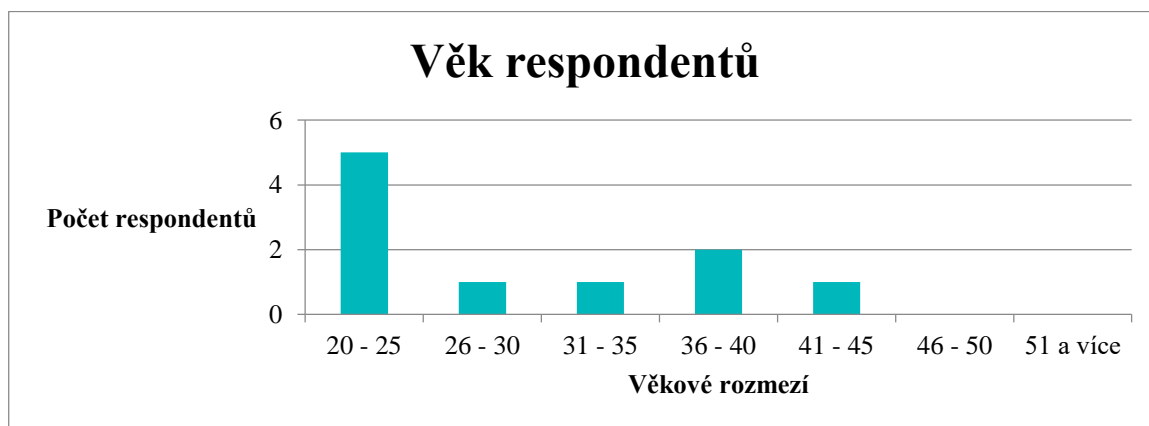


Graf č. 1 – Počet respondentů

Tabulka a graf představují počet všech respondentů, kteří byli zapojeni do pilotní studie. Z obou vyplývá, že se průzkumu zúčastnilo 10 žen (100 %) a žádný muž (0 %). Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti (100 %).

Tabulka č. 2 – Věk respondentů

Věkové rozmezí	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
20 – 25 let	5	50 %
26 – 30 let	1	10 %
31 -35 let	1	10 %
36 – 40	2	20 %
41 – 45 let	1	10 %
46 – 50 let	0	0 %
51 a více	0	0 %
Celkem	10	100 %

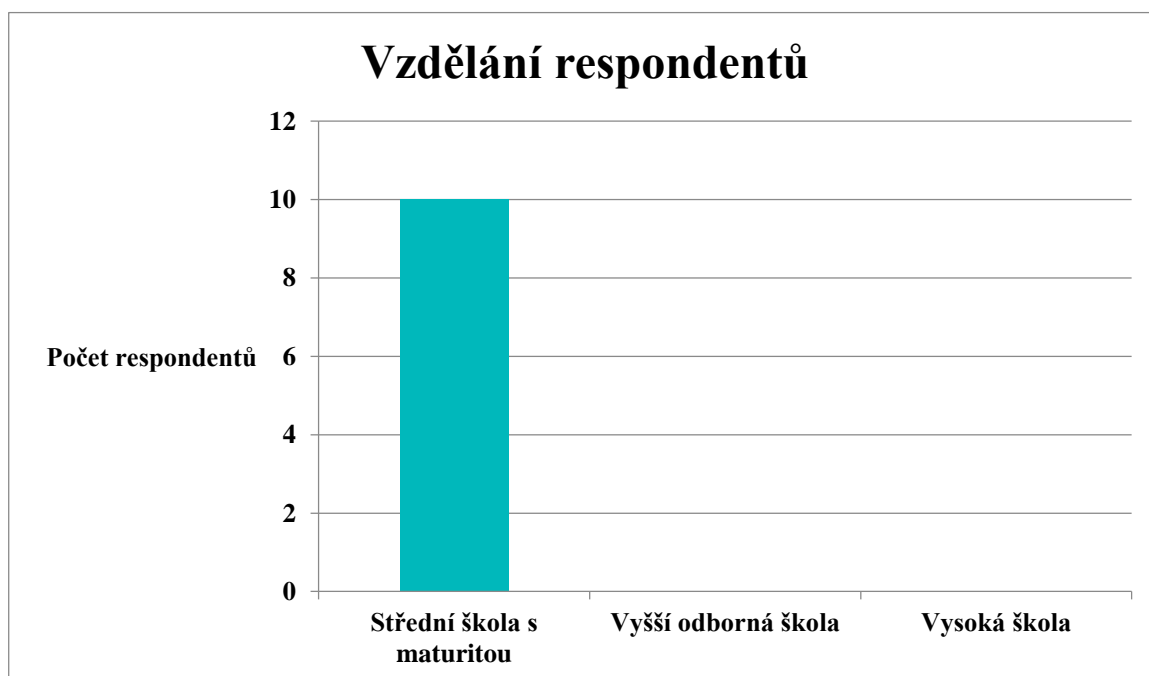


Graf č. 2 – Věkově rozmezí

Tabulka a graf zobrazují věkové rozmezí respondentů. Je zřetelné, že nejvíce zastoupení jsou respondenti ve věku 20 – 25 let. Jejich celkový počet je 5 (50 %). Dále se dva respondenti (20 %) objevují ve věkovém rozmezí 36 – 40 let. Respondenti ve věku 26 – 30 let se objevují v 10 % (1 respondent). Stejně procentuální zastoupení je ve věkovém rozmezí 31 – 35 (1 respondent) a 41 – 45 let (jeden respondent). Pilotní studie se nezúčastnil žádný respondent starší 45 let (0 %). Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů.

Tabulka č. 3 – Vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Střední škola s maturitou	10	100 %
Vyšší odborná škola	0	0 %
Vysoká škola	0	0 %
Celkem	10	100 %

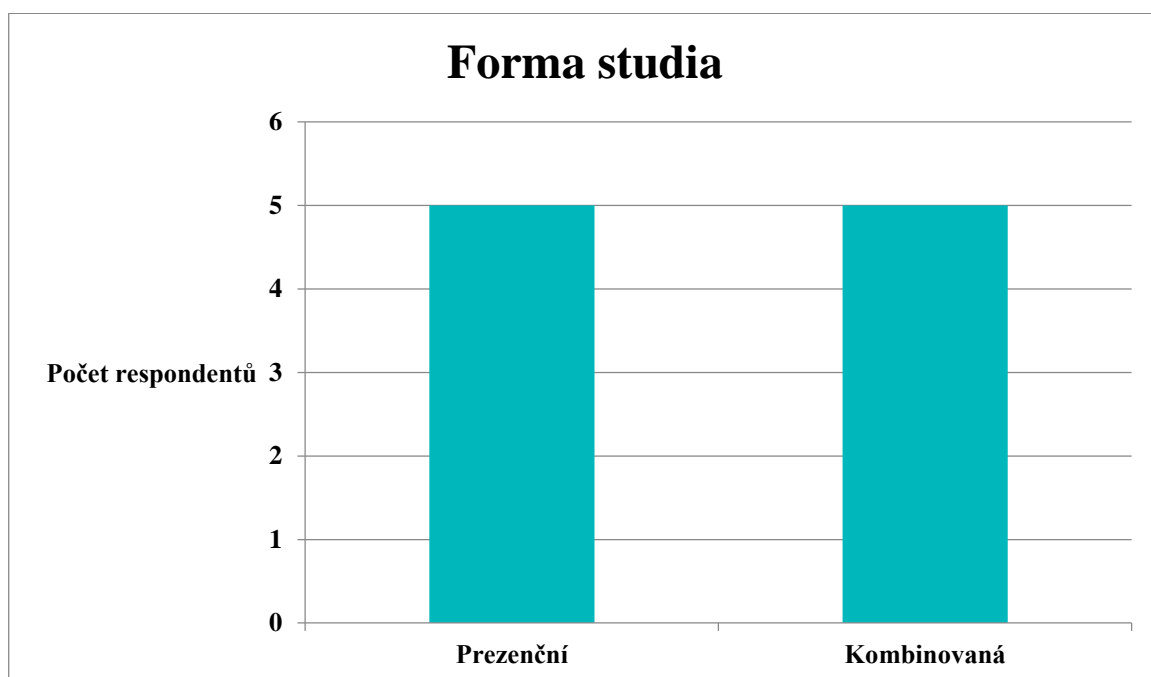


Graf č. 3 – Vzdělání respondentů

Z tabulky a grafu vyplývá, že všichni respondenti (100 %) jsou středoškolsky vzdělání a mají maturitu. Otázku zodpověděli všichni respondenti, tudíž byla zaznamenána 100 % odpověď.

Tabulka č. 4 – Forma studia

Forma studia	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Prezenční forma studia	5	50 %
Kombinovaná forma studia	5	50 %
Celkem	10	100 %

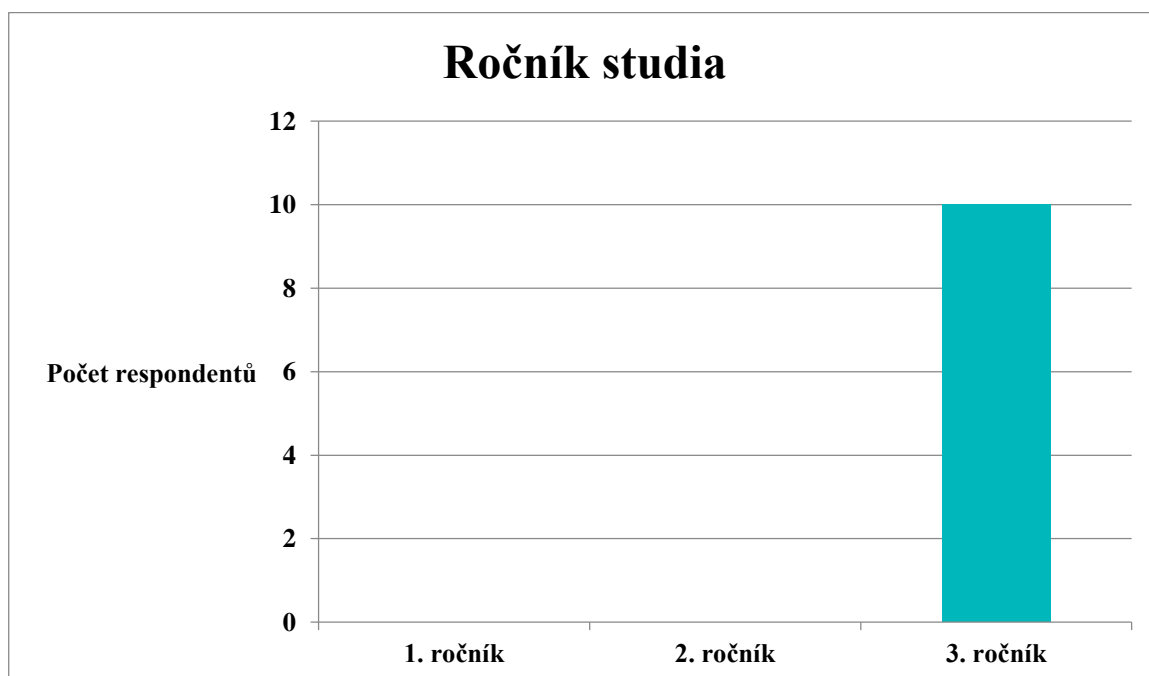


Graf č. 4 – Forma studia

Z následující tabulky a grafu je patrné, že 50% respondentů (5 studentů) studuje prezenční formu studia na Ústavu zdravotnických studií v Liberci a zbylých 50% (5 studentů) absolvuje studium ve formě kombinované. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů.

Tabulka č. 5 – Ročník studia

Ročník studia	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1. Ročník	0	0 %
2. Ročník	0	0 %
3. Ročník	10	100 %
Celkem	10	100 %



Graf č. 5 – Ročník studia

Tabulka a graf znázorňují ročník studia, který respondenti studují na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Z 10 respondentů všichni (100 %) studují 3. ročník studia. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů.

Tabulka č. 6 – Domácí zdravotní péče (odpovědi prezenčního studia)

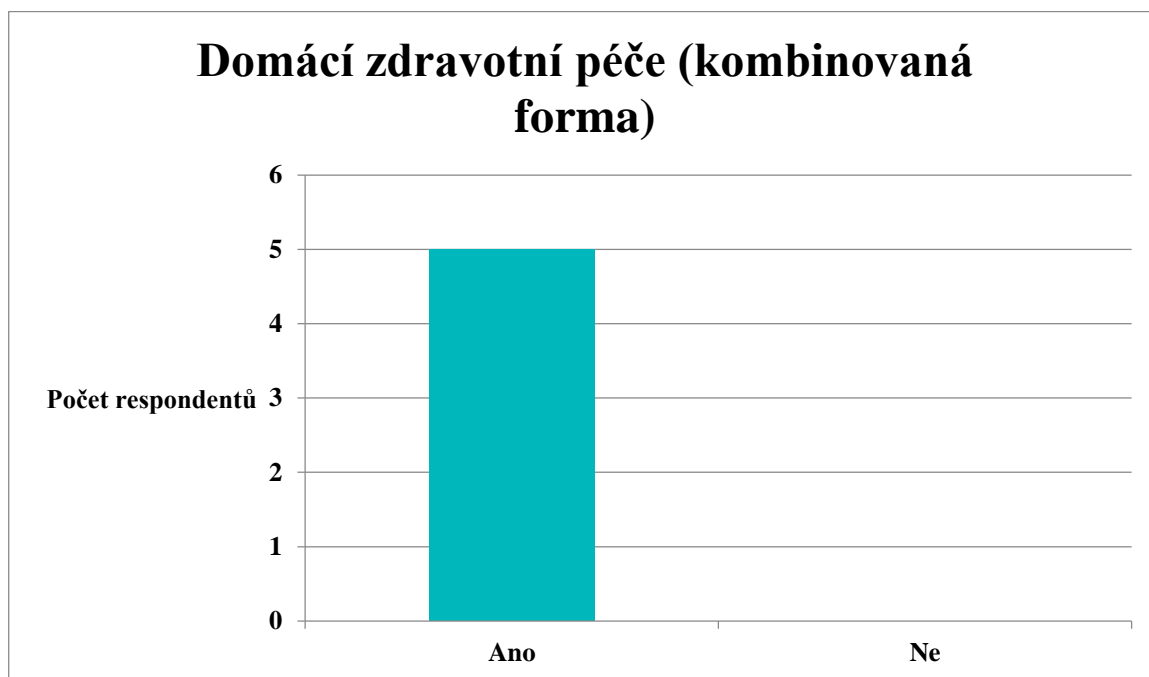
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	5	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 6 – Domácí zdravotní péče (prezenční forma)

Tabulka č. 7. Domácí zdravotní péče (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	5	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	5	100 %

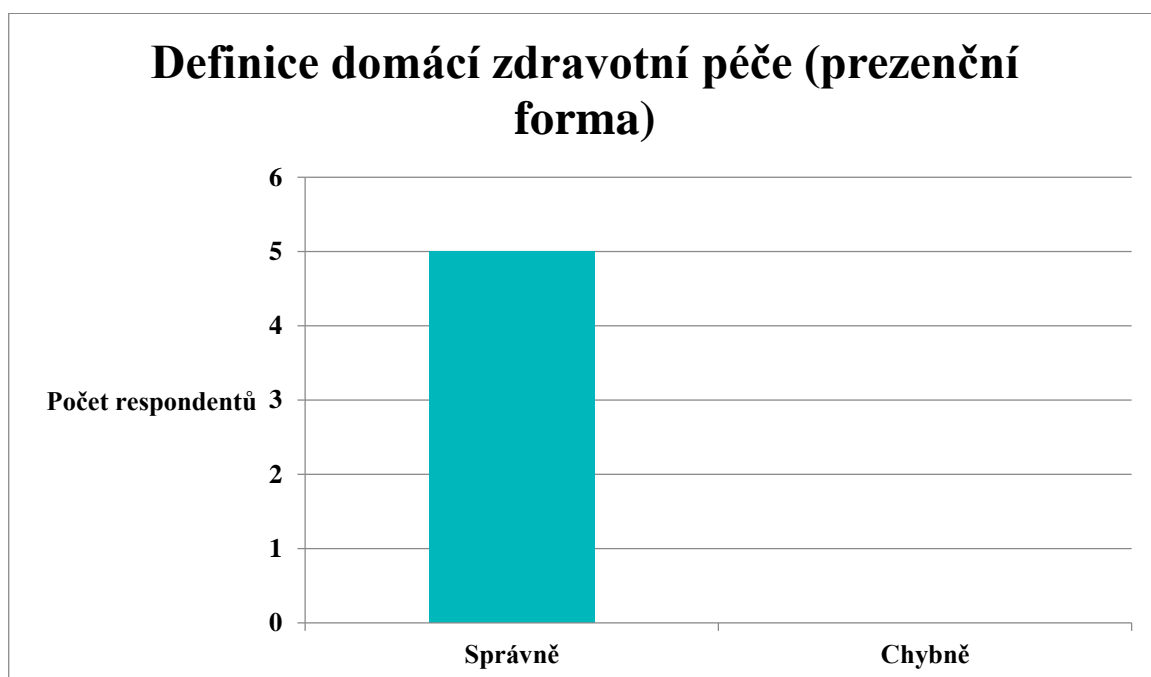


Graf č. 7 – Domácí zdravotní péče (kombinovaná forma)

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že 100% studentů (5 studentů) prezenční formy studia uvedlo, že umějí definovat pojem domácí zdravotní péče. Taktéž 100% studentů (5 studentů) kombinované formy studia zaškrtnulo kladnou odpověď. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti (100%).

Tabulka č. 8 – Definice domácí zdravotní péče (odpovědi prezenčního studia)

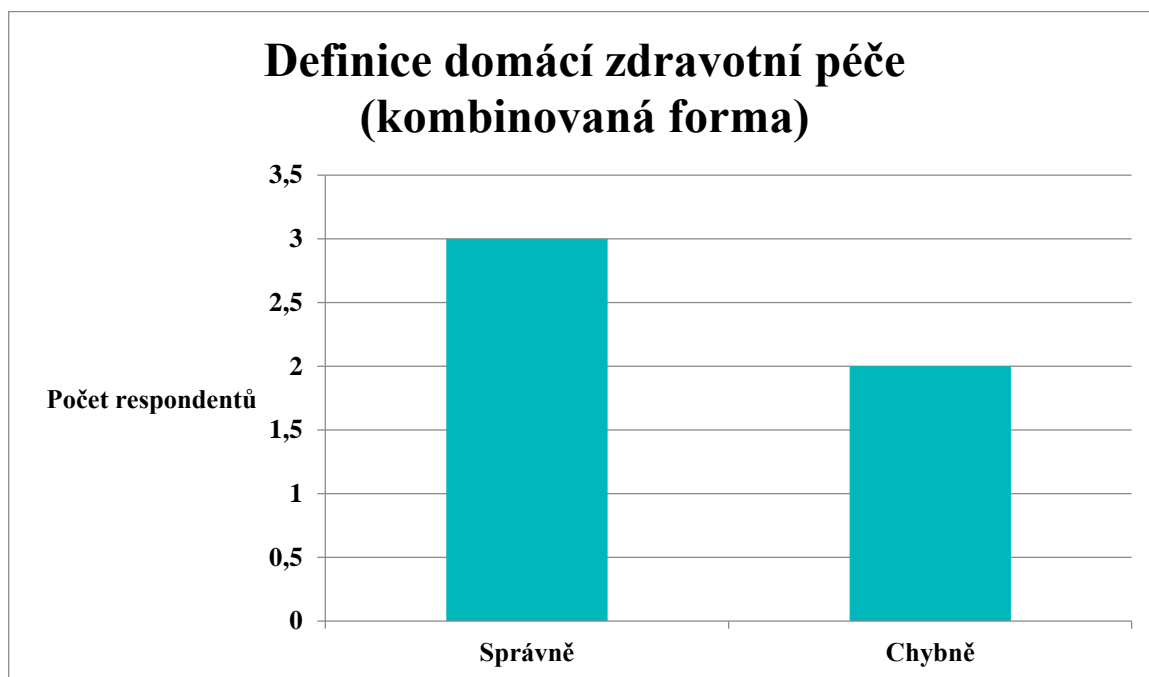
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná definice	5	100%
Chybná definice	0	0%
Celkem	5	100%



Graf č. 8 – Definice domácí zdravotní péče – prezenční forma studia

Tabulka č. 9 – Definice domácí zdravotní péče (odpovědi kombinované formy studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná definice	3	60%
Chybná definice	2	40%
Celkem	5	100%

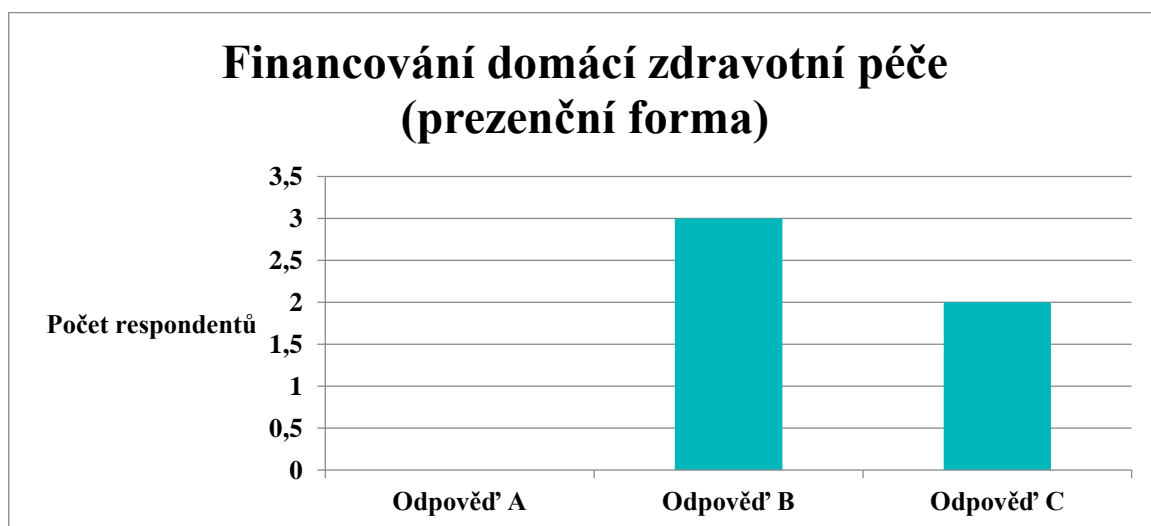


Graf č. 9 – Definice domácí zdravotní péče – kombinovaná forma studia

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že studenti prezenční formy studia v 100 % (5 studentů) uměli napsat správnou definici domácí zdravotní péče. Studenti kombinované formy studia v 60 % (3 studenti) napsali správnou definici, ovšem 40 % (2 studenti) napsalo definici chybně. Jako správná odpověď k této otázce byla stanovena definice domácí péče, která je popsána ve Věstníku a taktéž je uvedena v teoretické části bakalářské práce. Bylo stanoveno kritérium pro určení správnosti odpovědi a to konkrétně, že definice popsána respondentem musí obsahovat minimálně větu: „Péče poskytovaná v domácím prostředí“. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti (10 studentů) a byla tudíž zaznamenaná 100 % odpověď.

Tabulka č. 10 – Financování domácí zdravotní péče (odpovědi prezenčního studia)

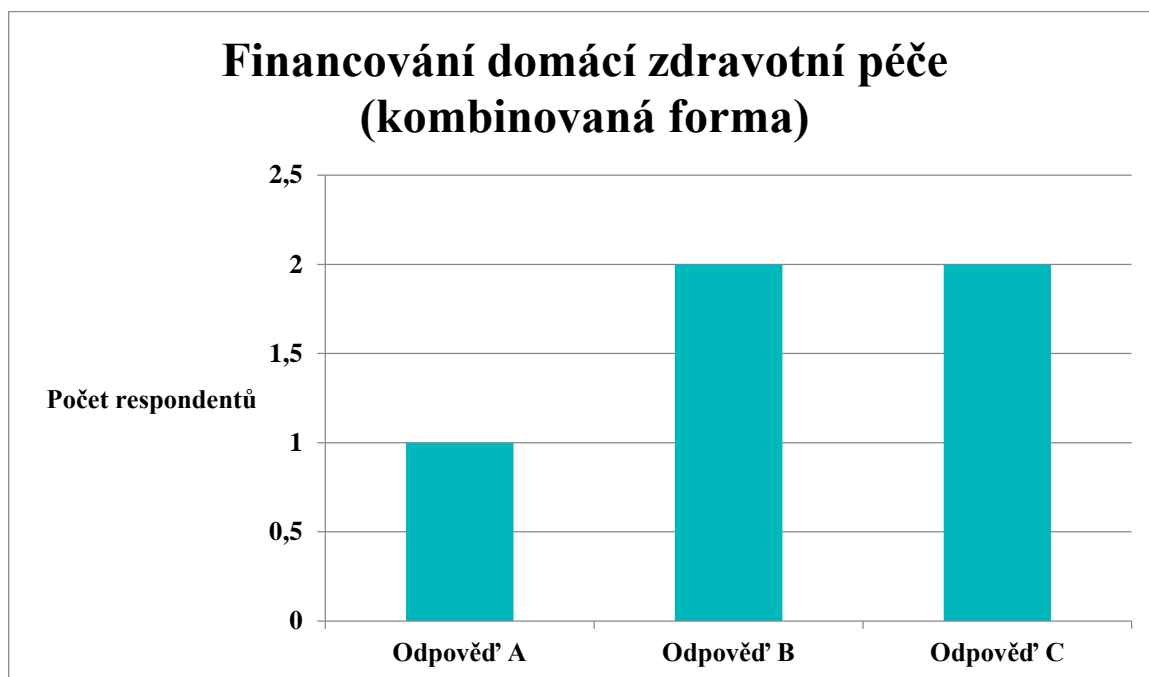
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	0	0 %
Odpověď B	3	60 %
Odpověď C	2	40 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 10 – Financování domácí zdravotní péče – prezenční forma

Tabulka č. 11 – Financování domácí zdravotní péče (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	1	20 %
Odpověď B	2	40 %
Odpověď C	2	40 %
Celkem	5	100 %

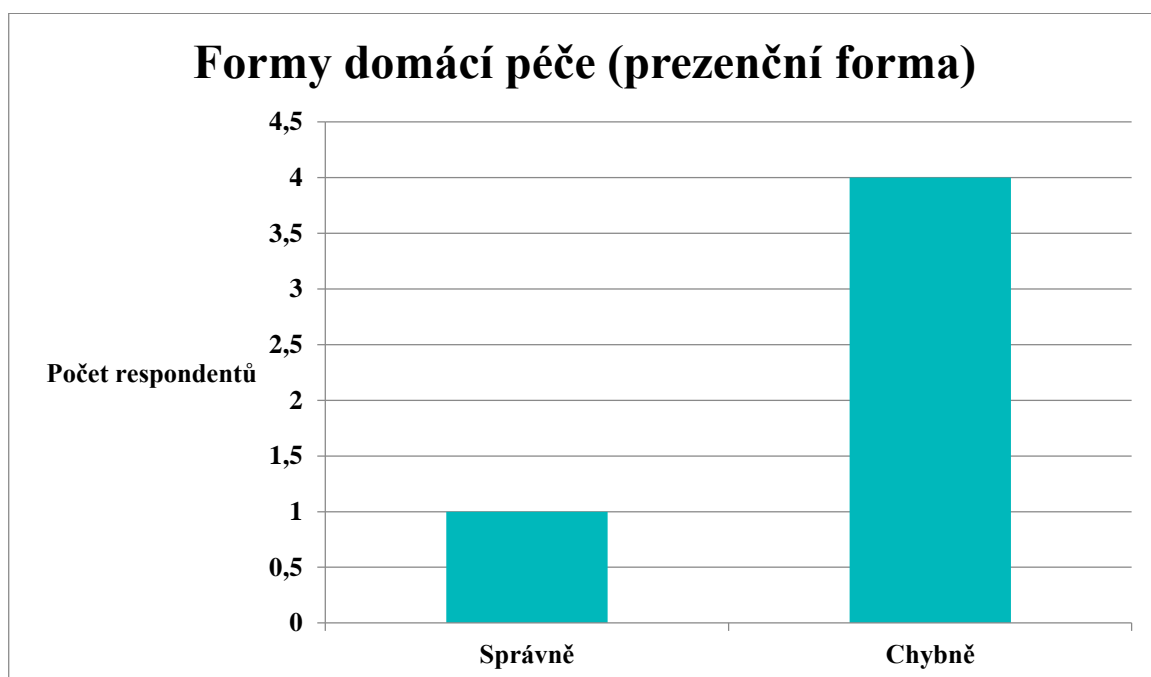


Graf č. 11 – Financování domácí zdravotní péče – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že studenti prezenční formy studia zaškrtili v 60 % (3 studenti) otázku B a ve zbylých 40 % (2 studenti) otázku C. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali ve 20 % (1 student) otázkou A, v 40 % (2 studenti) otázkou B a taktéž ve 40 % (2 studenti) otázkou C. Tato otázka má více správných odpovědí (B, C). Ani jeden respondent (0 %) nezaškrtil dvě správné odpovědi. K hodnocení otázky jako správné museli respondenti zaškrtnout minimálně odpověď B. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů.

Tabulka č. 12 – Formy domácí zdravotní péče (odpovědi prezenčního studia)

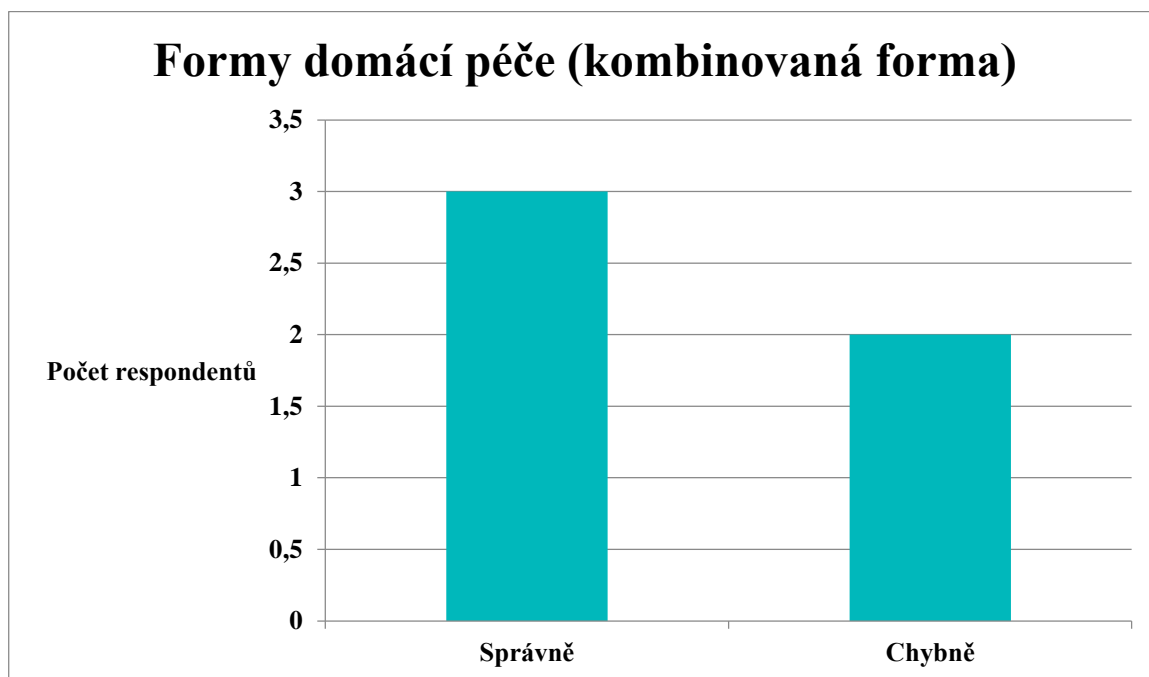
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	1	20 %
Chybná odpověď	4	80 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 12 – Formy domácí péče – prezenční forma studia

Tabulka č. 13 – Formy domácí zdravotní péče (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	3	60%
Chybná odpověď	2	40%
Celkem	5	100%

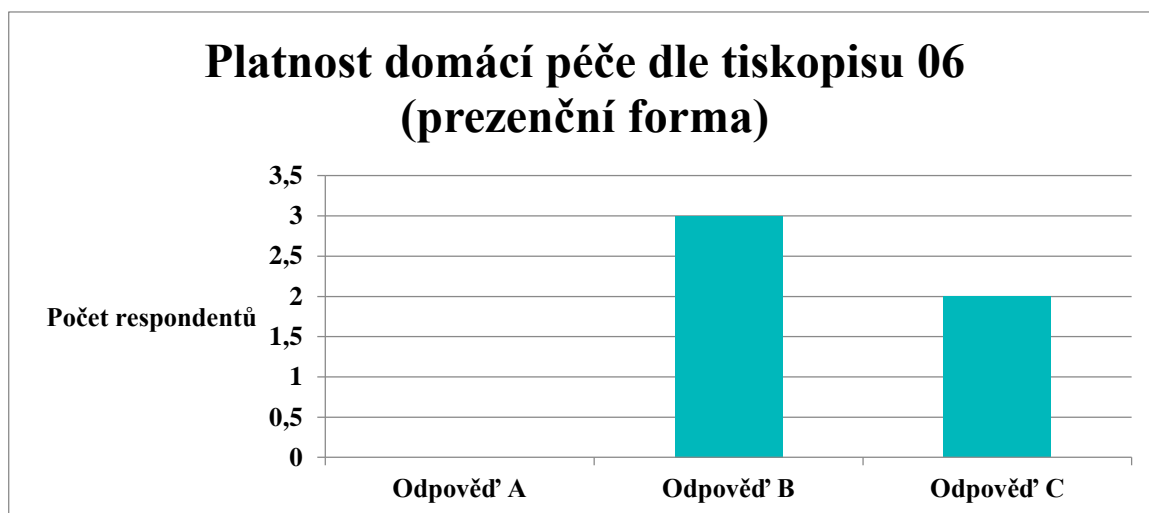


Graf č. 13 – Formy domácí péče – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že 20 % (1 student) respondentů prezenční formy studia odpovědělo na otázku správně a 80 % (4 studenti) chybně. Studenti kombinované formy studia odpověděli na otázku v 60 % (3 studenti) správně a v 40 % (2 studenti) chybně. Existuje pět forem domácí zdravotní péče. Kritériem pro hodnocení otázky jako správné byly alespoň dvě formy. Nejčastější odpovědi: dlouhodobá domácí péče, domácí péče ad hoc. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů (10 studentů)

Tabulka č. 14 – Platnost domácí zdravotní péče dle tiskopisu 06 (odpovědi prezenčního studia)

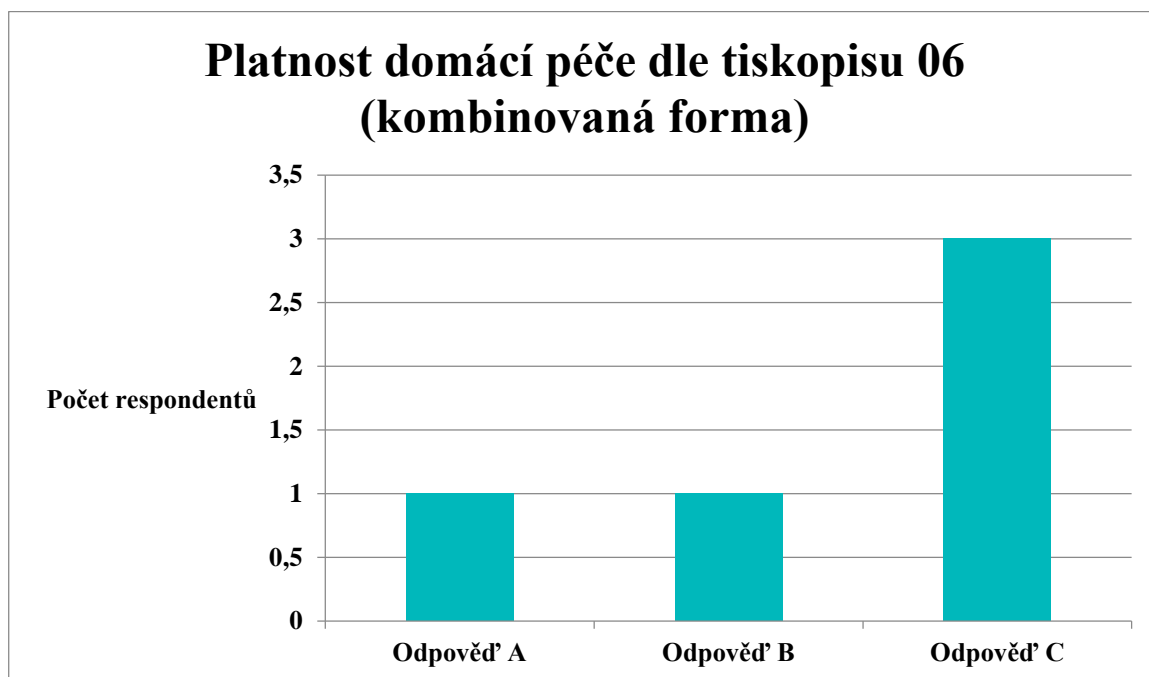
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	0	0 %
Odpověď B	3	60 %
Odpověď C	2	40 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 14- Platnost domácí péče dle tiskopisu 06

Tabulka č. 15 – Platnost domácí zdravotní péče dle tiskopisu 06 (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	1	20%
Odpověď B	1	20%
Odpověď C	3	60%
Celkem	5	100%

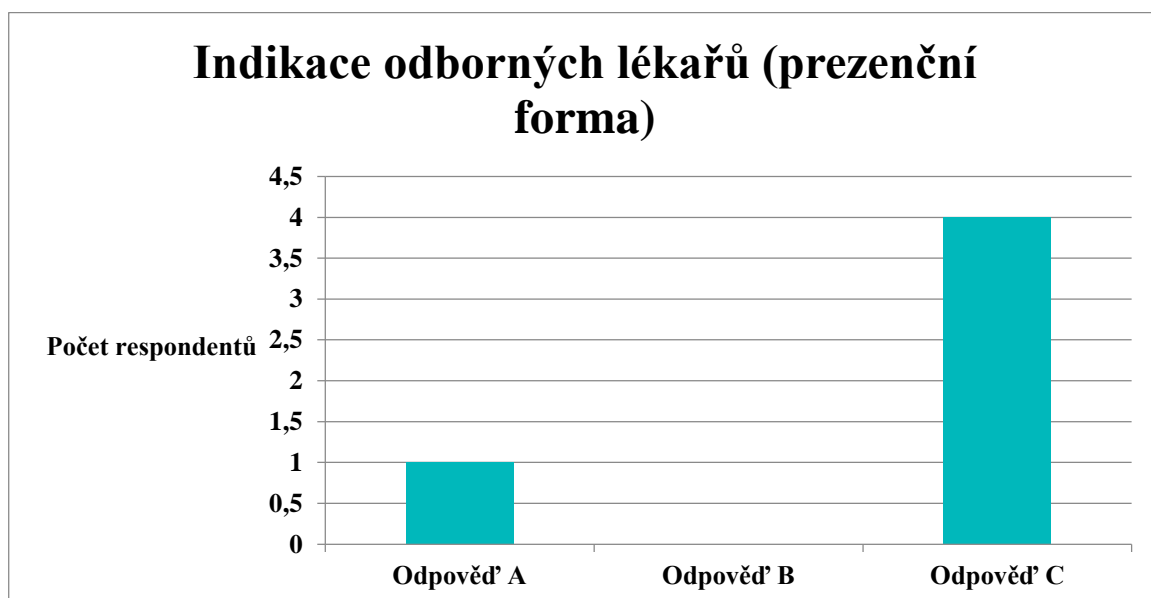


Graf č. 15- Platnost domácí péče dle tiskopisu 06 – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že studenti prezenční formy studia odpověděli na tuto otázku v 60 % (3 studenti) odpověď B a v 40 % (2 studenti) odpověď C. Naopak studenti kombinované formy studia se v 60 % (3 studenti) shodli na odpovědi C, ve 20 % (1 student) na odpovědi B a taktéž ve 20 % (1 student) na odpovědi A. Ani jeden respondent (0 %) z prezenční formy studia neodpověděl na otázku správně. Z kombinované formy studia odpověděl správně jeden respondent (20 %). U této otázky byla zaznamenána 100 % odpověď (10 studentů).

Tabulka č. 16 – Indikace odborných lékařů (odpovědi prezenčního studia)

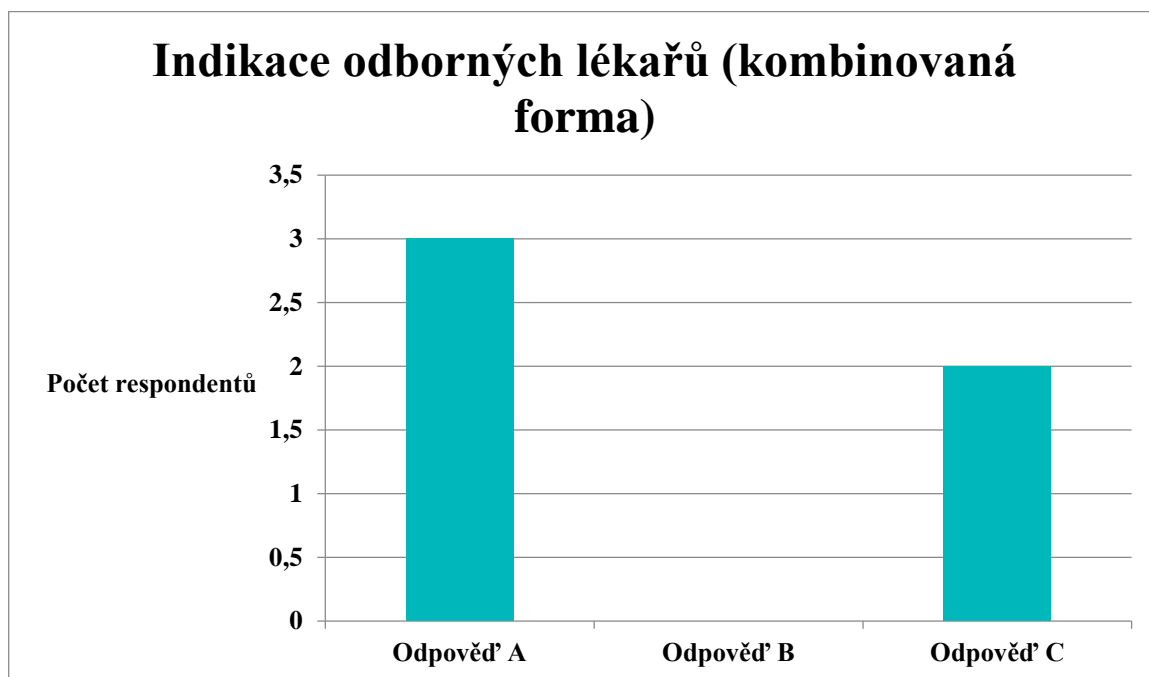
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	1	20 %
Odpověď B	0	0 %
Odpověď C	4	80 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 16 – Indikace odborných lékařů – prezenční forma

Tabulka č. 17 – Indikace odborných lékařů (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	3	60 %
Odpověď B	0	0 %
Odpověď C	2	40 %
Celkem	5	100 %

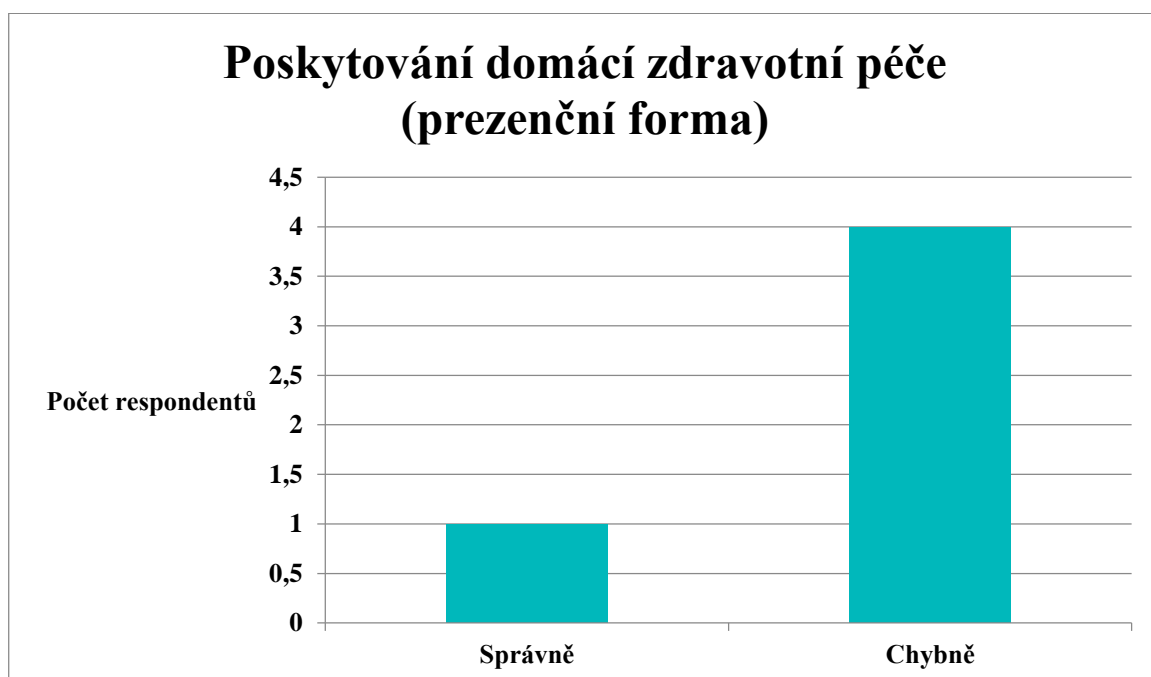


Graf č. 17 – Indikace odborných lékařů – prezenční forma

V tabulkách a grafech je uvedeno, jak studenti prezenční a kombinované formy studia odpovídali na tuto otázku. Prezenční forma studia zaškrtnla v 80 % (4 studenti) odpověď C a v 20 % (1 student) odpověď A. Kombinovaná forma naopak odpovídala v 40 % (2 studenti) C a v 60 % (3 studenti) A. Ani jeden respondent (0 %) nezaškrtnl správnou odpověď (B). Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (10 studentů).

Tabulka č. 18 – Poskytování domácí zdravotní péče (odpovědi prezenčního studia)

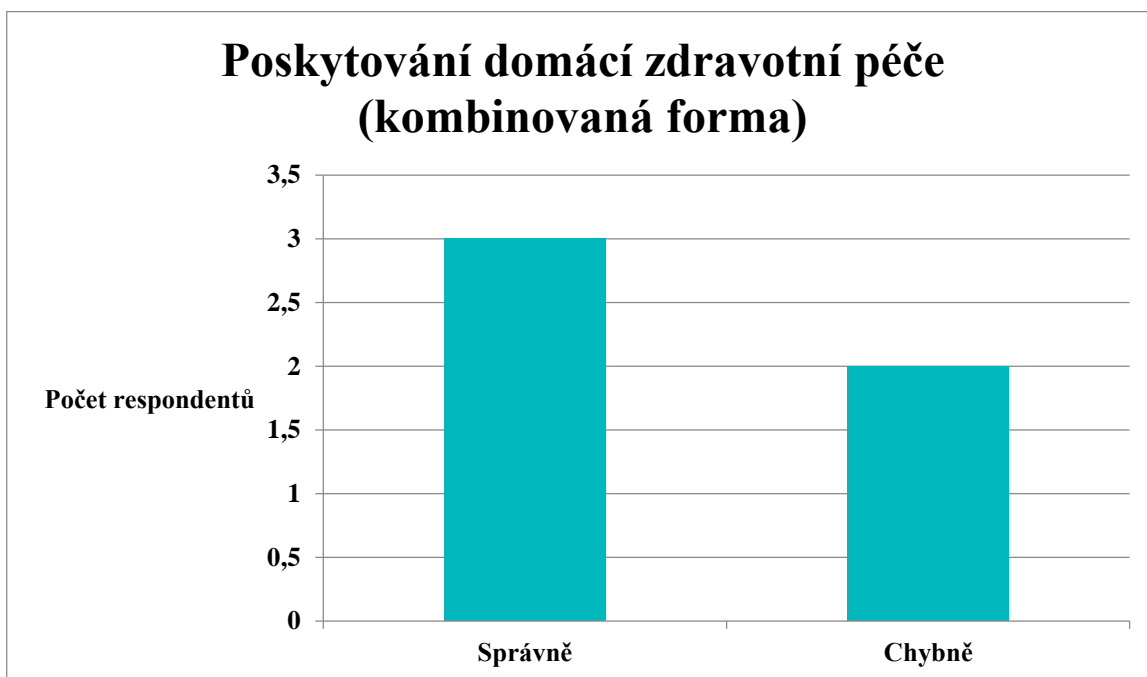
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	1	20 %
Chybná odpověď	4	80 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 18 – Poskytování domácí zdravotní péče – prezenční forma

Tabulka č. 19 – Poskytování domácí zdravotní péče (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	3	60 %
Chybná odpověď	2	40 %
Celkem	5	100 %

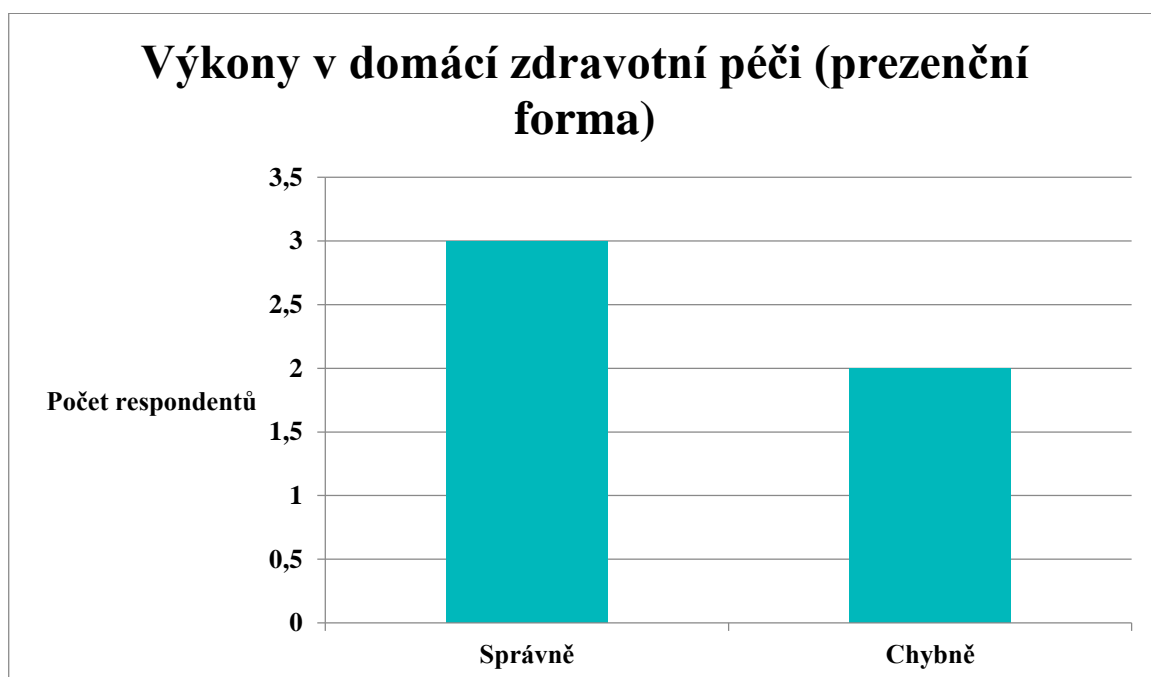


Graf č. 19 – Poskytování domácí zdravotní péče – kombinovaná forma

Z výše zaznamenaných údajů v tabulkách a grafem vyplývá, že 20 % (1 respondent) studentů prezenční formy studia odpovídalo správně a 80 % (4 studenti) chybně. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali v 60 % (3 studenti) správně a v 40 % (2 studenti) chybně. Tato otázka měla více správných odpovědí, konkrétně pět ze sedmi uvedených. Kritériem pro určení otázky za správně zodpovězenou byly alespoň tři správně zaškrtnuté odpovědi. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (10 studentů).

Tabulka č. 20 – Výkony v domácí zdravotní péči (odpovědi prezenčního studia)

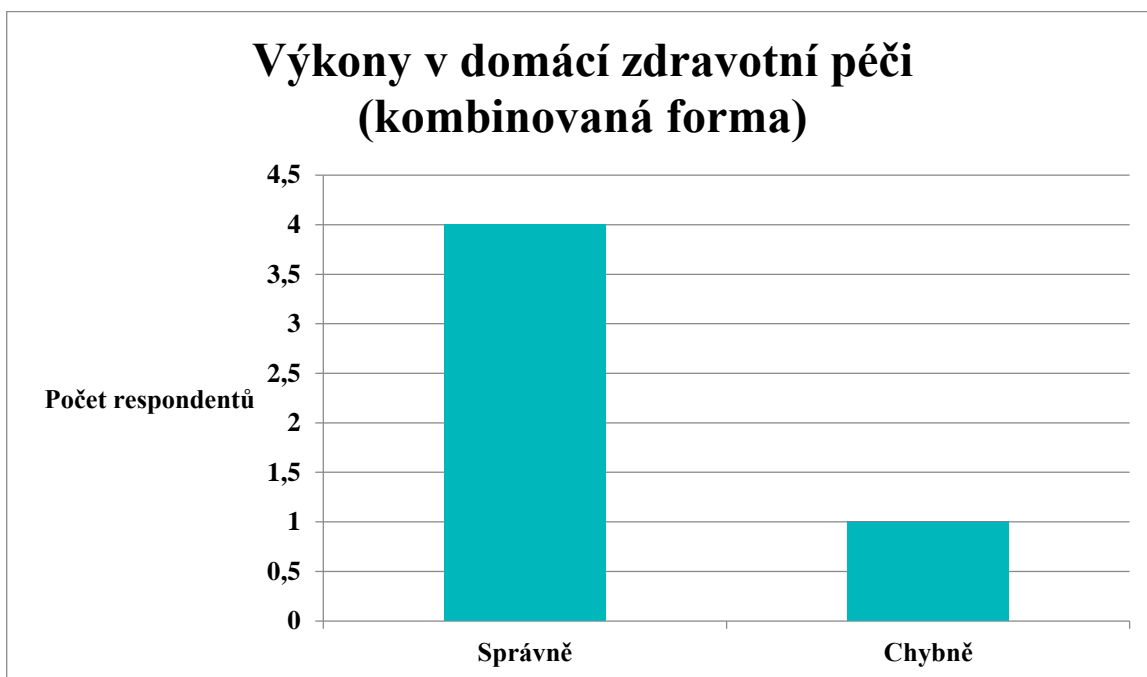
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	3	60 %
Chybná odpověď	2	40 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 20 – Výkony v domácí zdravotní péči – prezenční forma

Tabulka č. 21 – Výkony v domácí zdravotní péči (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	4	80 %
Chybná odpověď	1	20 %
Celkem	5	100 %

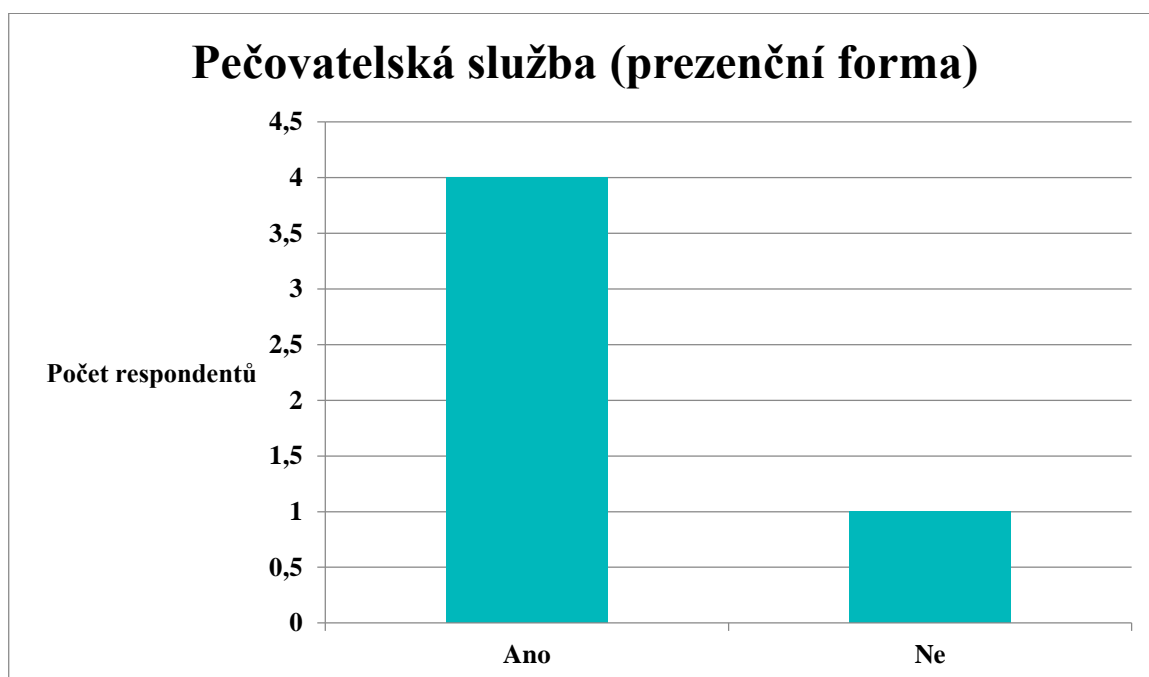


Graf č. 21 – Výkony v domácí zdravotní péči – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že 60 % (3 studenti) studentů prezenční formy studia odpovědělo správně a 40 % (2 studenti) chybně. Z kombinované formy studia odpovědělo 80 % (4 studenti) studentů správně a 20 % (1 student) chybně. Respondenti měli napsat alespoň pět výkonů. Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné byly alespoň tři správné výkony prováděné v domácí zdravotní péči. U této otázky byla zaznamenaná 100% odpověď (10 studentů).

Tabulka č. 22 – Pečovatelská služba (odpovědi prezenčního studia)

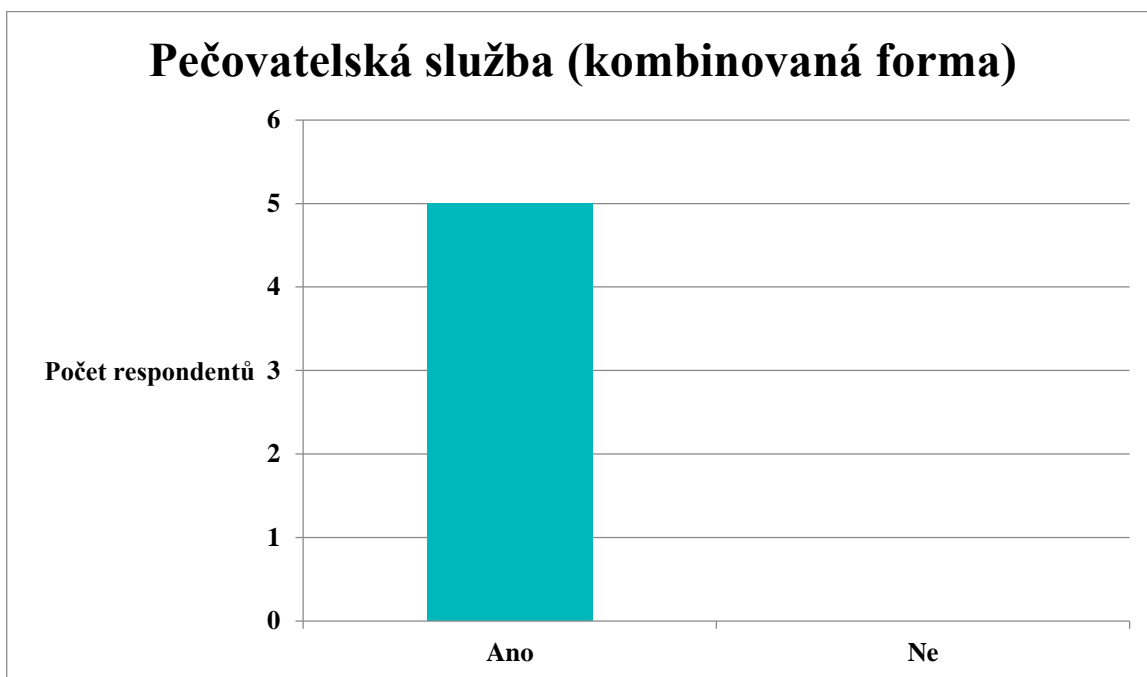
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	4	80 %
Ne	1	20 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 22 – Pečovatelská služba – prezenční forma

Tabulka č. 23 Pečovatelská služba (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	5	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	5	100 %

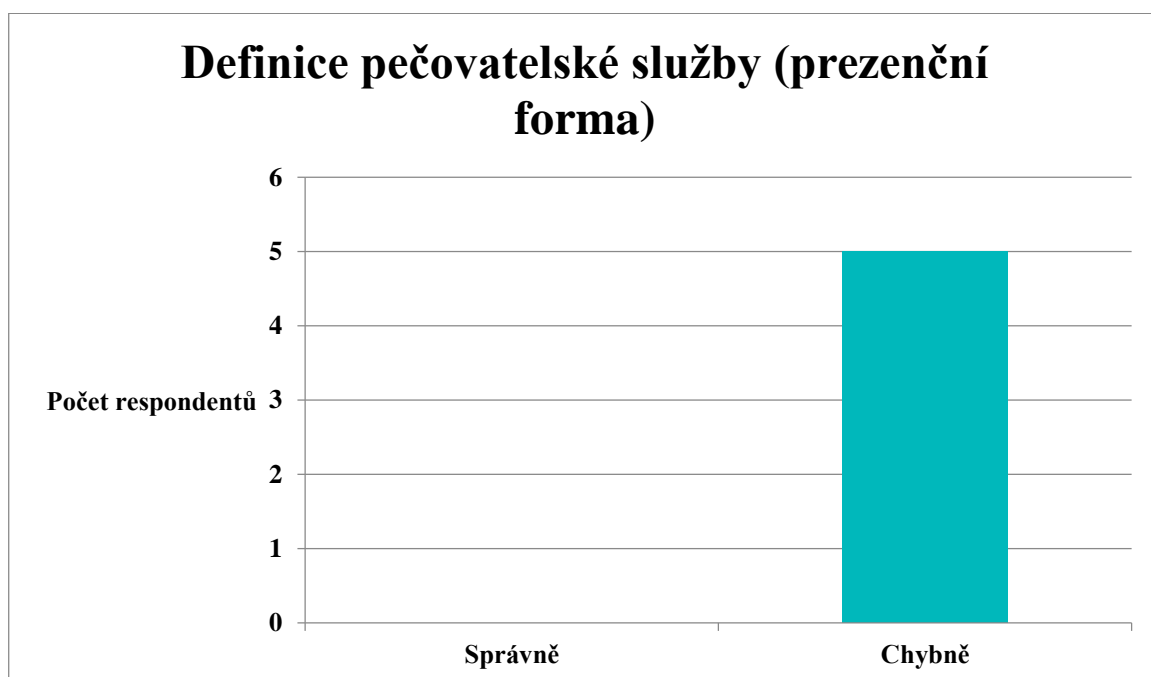


Graf č. 23 - Pečovatelská služba – kombinovaná forma

Ze znázorněných tabulek a grafů je zřetelně, že studenti prezenční formy studia v 80 % (4 studenti) odpověděli kladně a v 20 % (1 student) záporně. Naopak studenti kombinované formy studia odpověděli ve 100 % (5 studentů) kladně. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (10 studentů).

Tabulka č. 24 – Definice pečovatelské služby (odpovědi prezenčního studia)

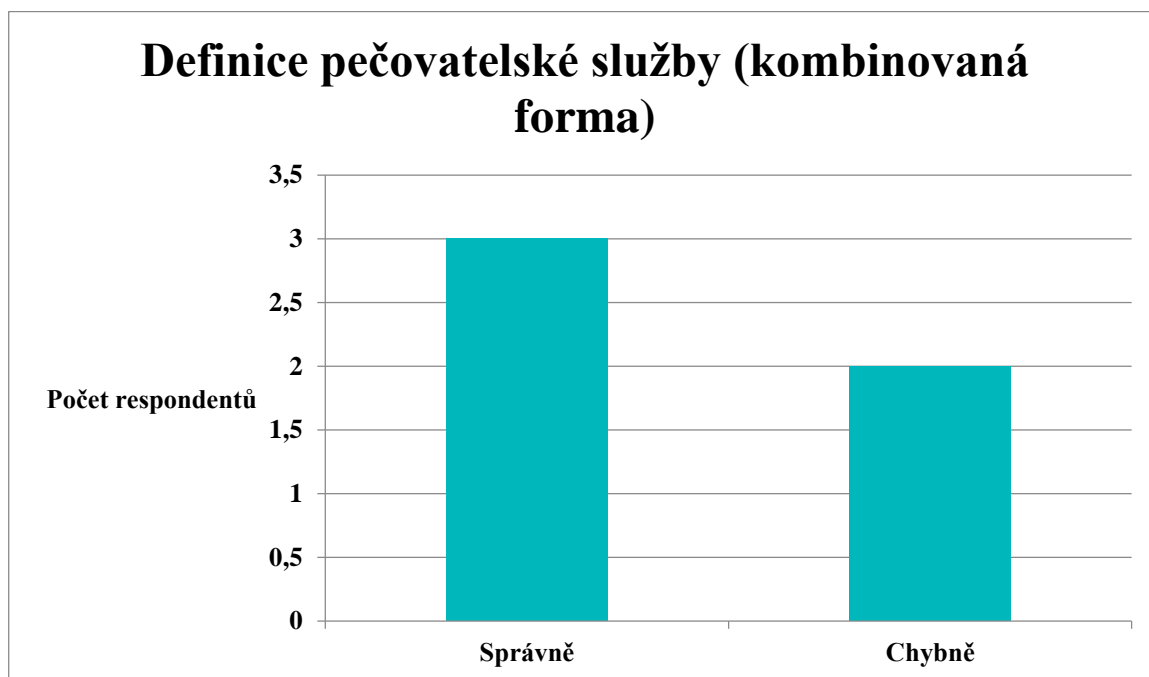
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná definice	0	0 %
Chybná definice	5	100 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 24 – Definice pečovatelské služby – prezenční forma

Tabulka č. 25 – Definice pečovatelské služby (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná definice	3	60 %
Chybná definice	2	40 %
Celkem	5	100 %

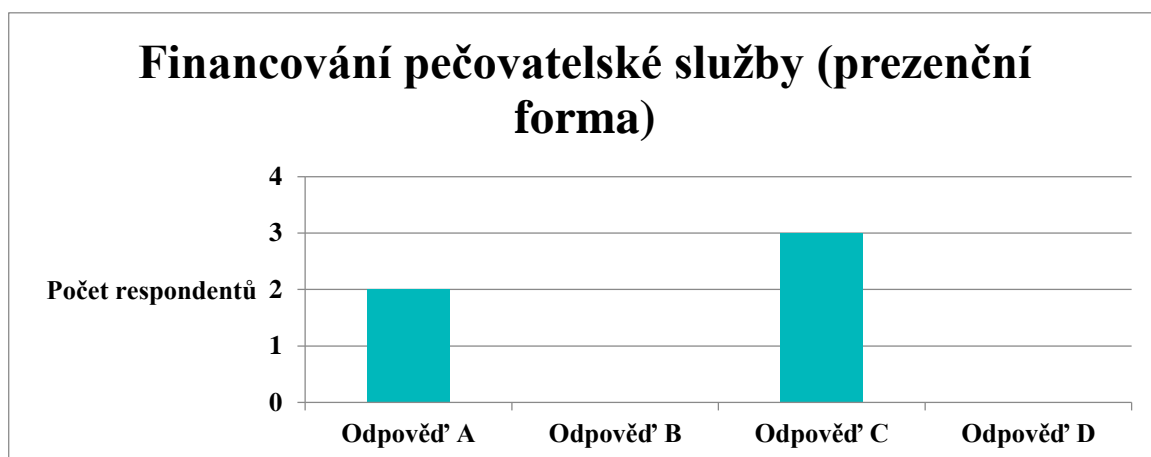


Graf č. 25 – Definice pečovatelské služby – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že studenti prezenční formy studia odpověděli v 100 % (5 studentů) chybně. Naopak studenti kombinované formy studia odpověděli v 60 % (3 studenti) správně a v 40 % (2 studenti) chybně. Studenti měli definovat pojem pečovatelská služba. Bylo stanoveno kritérium pro určení odpovědi jako správné. Konkrétně se jednalo o slovní spojení „sociální služba“. Pokud se toto spojení v nějaké části definice popsané respondentem objevilo, odpověď byla uznaná jako správná. Na tuto otázku odpovídalo 80 % respondentů (9 studentů).

Tabulka č. 26 – Financování pečovatelské služby (odpovědi prezenčního studia)

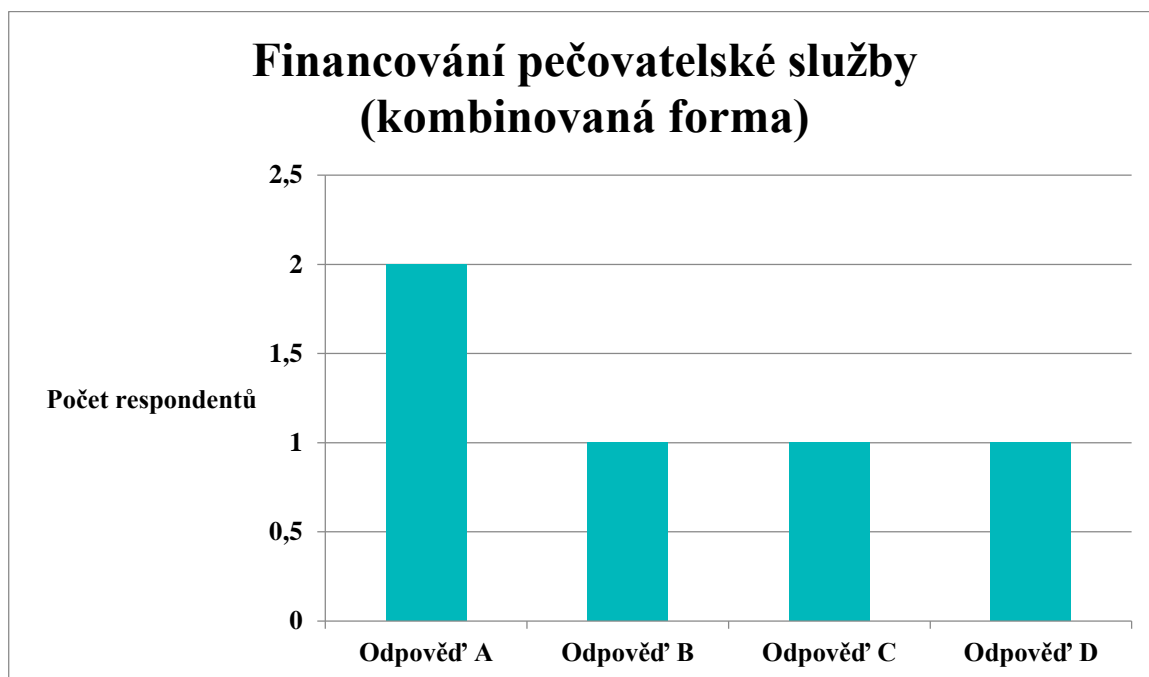
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	2	40 %
Odpověď B	0	0 %
Odpověď C	3	60 %
Odpověď D	0	0 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 26 – Financování pečovatelské služby – prezenční forma

Tabulka č. 27 – Financování pečovatelské služby (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odpověď A	2	40 %
Odpověď B	1	20 %
Odpověď C	1	20 %
Odpověď D	1	20 %
Celkem	5	100 %

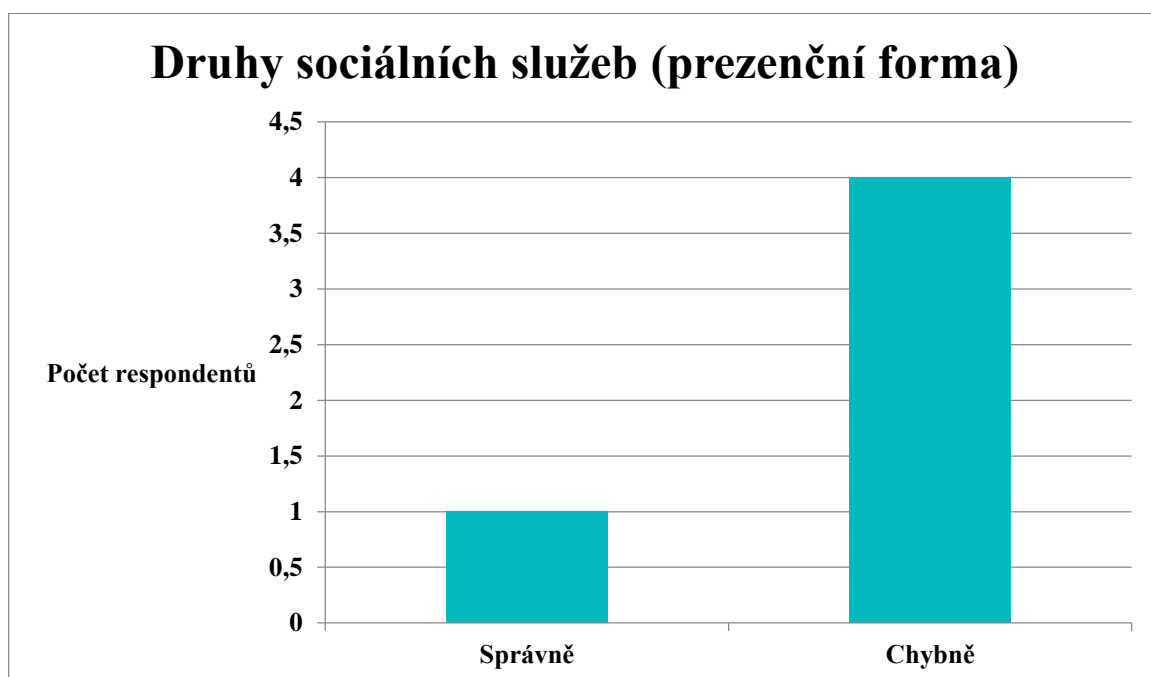


Graf č. 27 – Financování pečovatelské služby – kombinovaná forma

Tabulky a grafy znázorňují odpovědi respondentů prezenční a kombinované formy studia. Respondenti prezenční formy studia zaškrtnuli v 60 % (3 studenti) odpověď C a v 40 % (2 studenti) odpověď A. Naopak studenti kombinované formy studia zaškrtnuli v 40 % (2 studenti) odpověď A, v 20 % (1 student) odpověď B, v 20 % (1 student) odpověď C a taktéž v 20 % (1 student) odpověď D. Správnou odpovědí byla odpověď C. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů (10 studentů).

Tabulka č. 28 - Druhy sociálních služeb (odpovědi prezenčního studia)

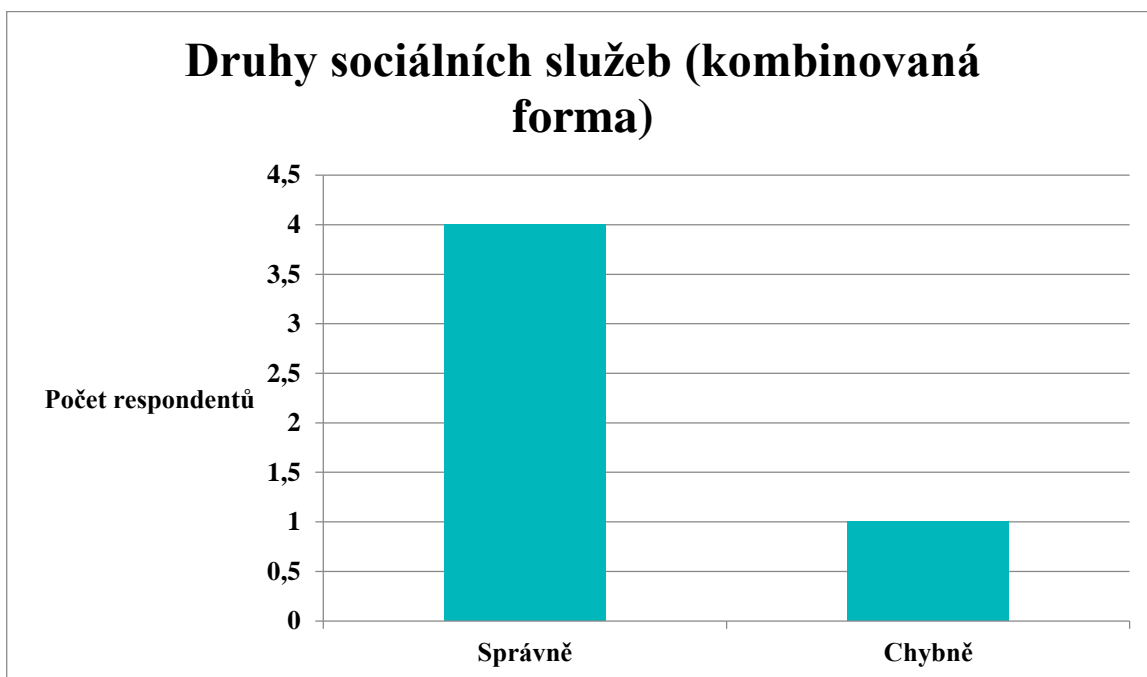
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	1	20 %
Chybná odpověď	4	80 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 28 – Druhy sociálních služeb – prezenční forma

Tabulka č. 29 – Druhy sociálních služeb. (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	4	80 %
Chybná odpověď	1	20 %
Celkem	5	100 %

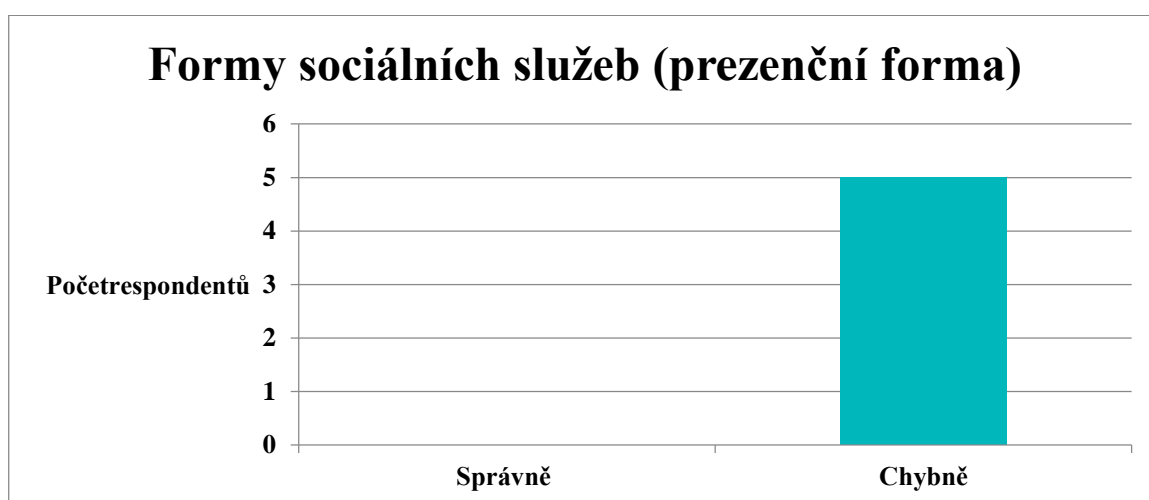


Graf č. 29 – Druhy sociálních služeb – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů je zřetelné, že studenti prezenční formy studia odpovídali v 80 % (4 studenti) chybně a v 20 % (1 student) správně. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali v 80 % (4 studenti) správně a v 20 % (1 student) chybně. Tato otázka měla více správných odpovědí, konkrétně tři ze čtyř uvedených. Kritériem pro uznání odpovědi jako správné bylo zaškrtnutí minimálně dvou správných odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů (10 studentů).

Tabulka č. 30 – Formy sociálních služeb (odpovědi prezenčního studia)

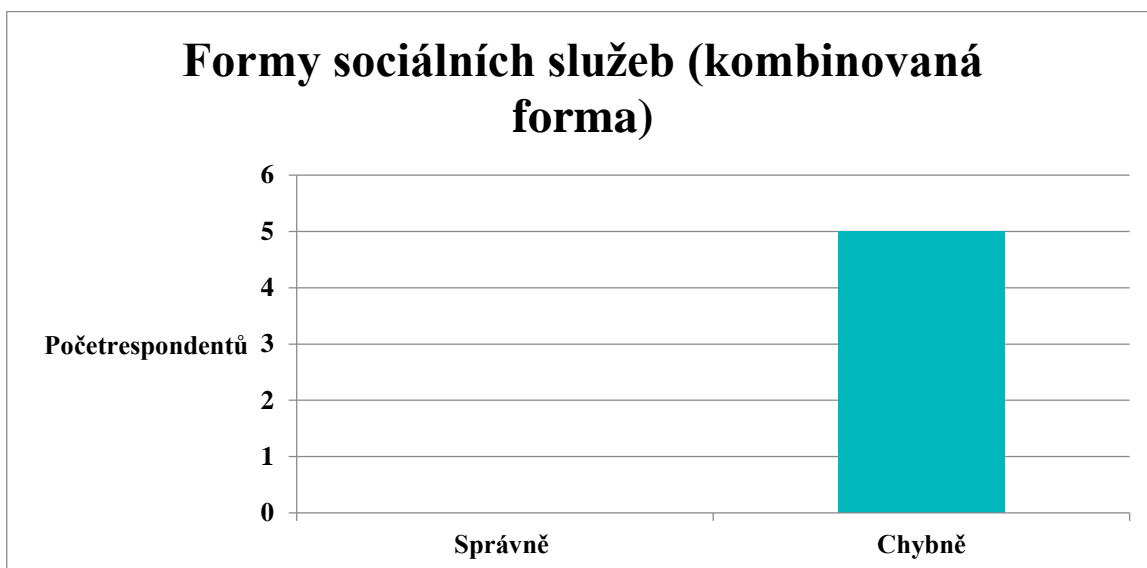
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	0	0 %
Chybná odpověď	5	100 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 30 – Formy sociálních služeb – prezenční forma

Tabulka č. 31 – Formy poskytování sociálních služeb. (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správná odpověď	0	0 %
Chybná odpověď	5	100 %
Celkem	5	100 %

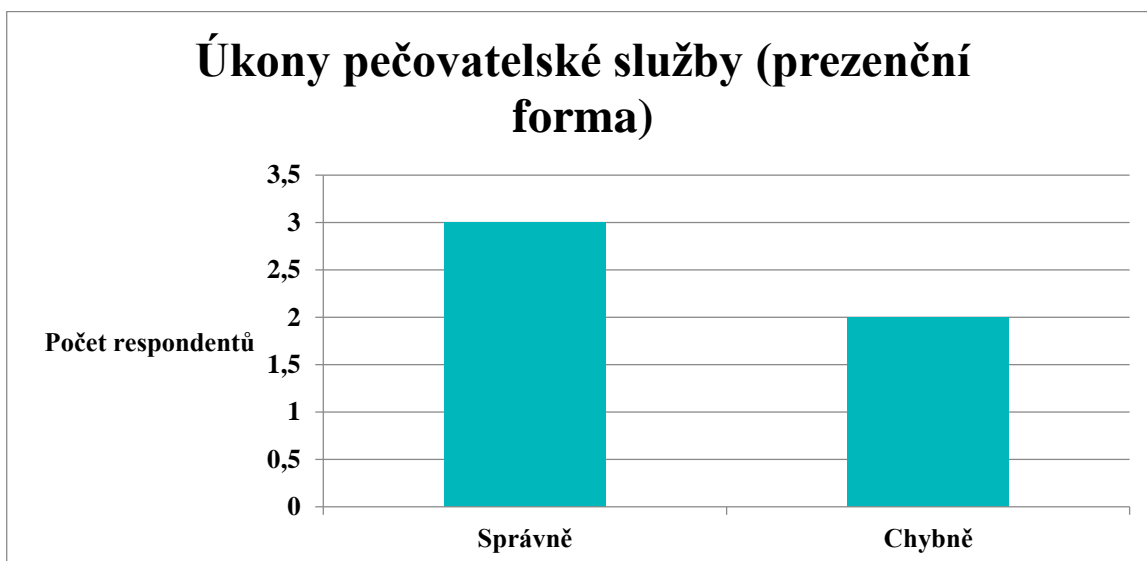


Graf č. 31 – Formy sociálních služeb – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že studenti prezenční formy studia odpovídali na tuto otázku správně v 0 % (0 studentů), tudíž špatně odpovědělo 5 studentů (100 %). V kombinované formě studia byly výsledky totožné, tudíž 0 % respondentů (0 studentů) odpovědělo správně a 5 respondentů (100 %) chybně. Na tuto otázku odpovídalo 100 % respondentů.

Tabulka č. 32 – Úkony pečovatelské služby (odpovědi prezenčního studia)

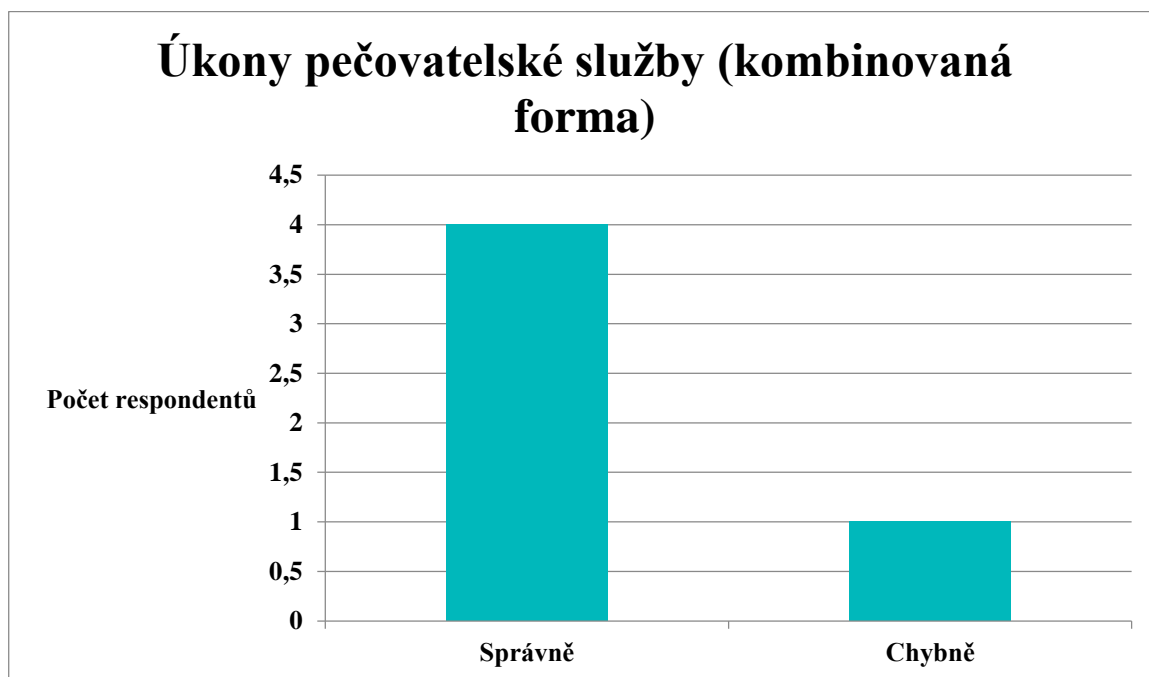
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	3	60 %
Chybně	2	40 %
Celkem	5	100 %



Graf č. 32 – Úkony pečovatelské služby - prezenční forma

Tabulka č. 33 – Úkony pečovatelské služby (odpovědi kombinovaného studia)

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Správně	4	80 %
Chybně	1	20 %
Celkem	5	100 %



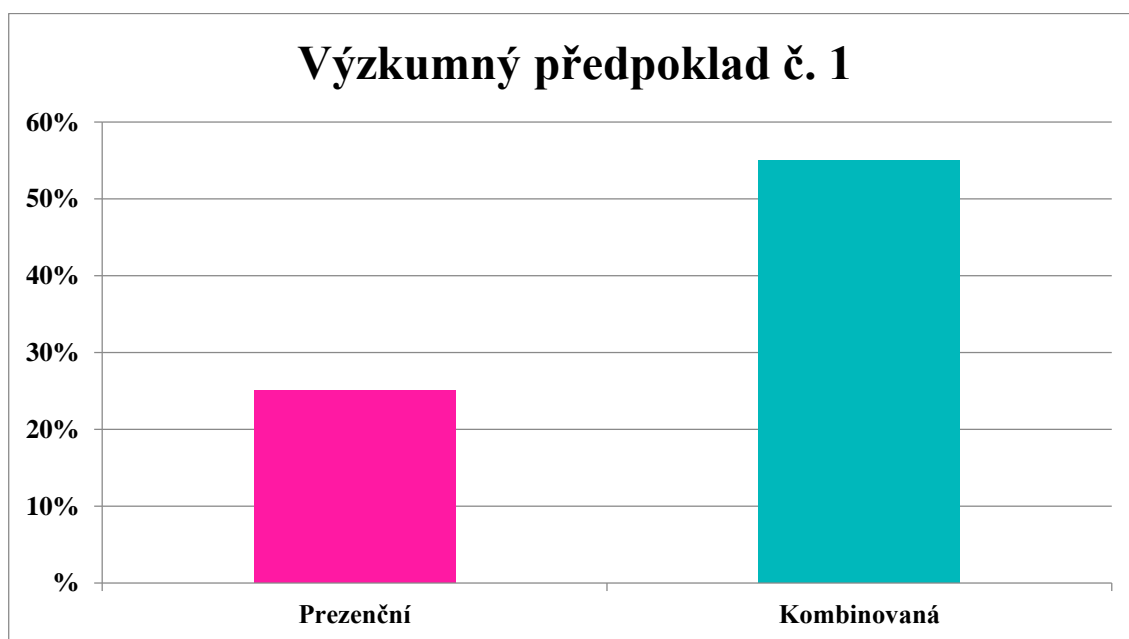
Graf č. 33 – Úkony pečovatelské služby – kombinovaná forma

Z výše uvedených tabulek a grafů vyplývá, že studenti prezenční formy studia odpovídali v 60 % (3 studenti) správně a v 40 % (2 studenti) chybně. Naopak studenti kombinované formy studia odpovídali v 80 % (4 studenti) správně a v 20 % (1 student) chybně. Respondenti měli napsat pět úkonů, které pečovatelská služba poskytuje. Kritériem pro zhodnocení otázky jako správné bylo sepsání alespoň dvou úkonů, které tato služba poskytuje. U této otázky byla zaznamenána 100% odpověď (10 studentů).

Analýza výzkumných předpokladů

- 1. Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní ošetrovatelské péče je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 40 %.*

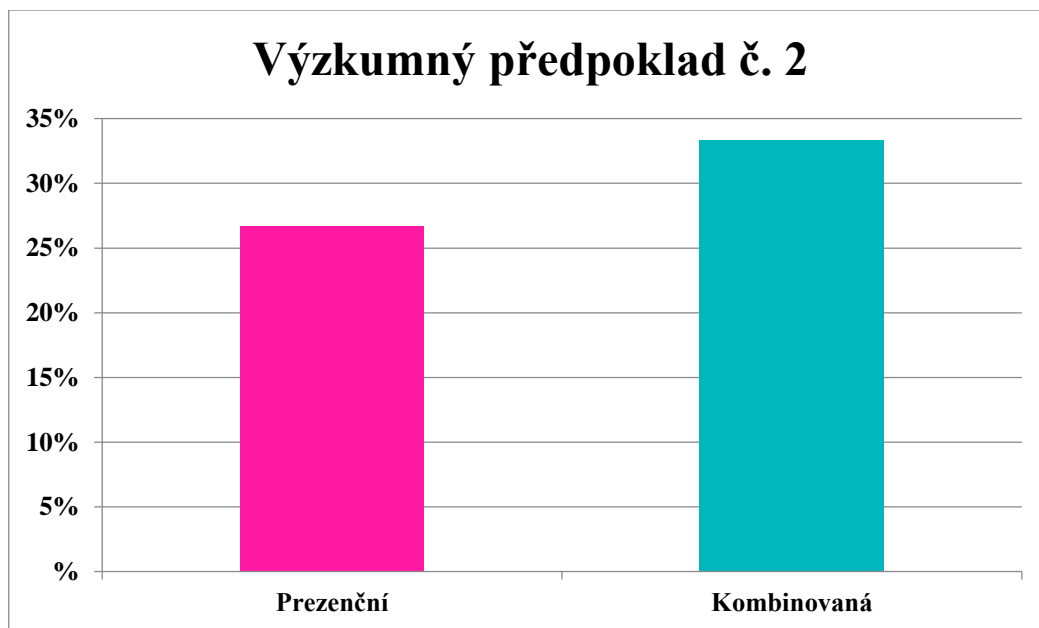
K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 10, 11, 13 a 14



Graf č. 1 – Výše uvedený graf zobrazuje procentuální úspěšnost v odpovědích studentů na dotazníkové otázky č. 10, 11, 13 a 14. V otázce č. 10 měli studenti vypsát formy domácí zdravotní péče. Otázka č. 11 zjišťovala znalosti studentů o délce platnosti domácí zdravotní péče dle tiskopisu 06. Třináctá otázka byla zaměřena na pracovníky poskytující domácí zdravotní péči a v otázce č. 14 studenti vypisovali výkony, které provádí agentury poskytující domácí zdravotní péči. Na první pohled je zřejmé, že v těchto oblastech studenti kombinované formy (55 %), disponují obsáhlejšími znalostmi než studenti prezenční formy (25 %).

2. Předpokládáme, že rozdíl ve znalostech studentů studijního oboru Všeobecná sestra v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby je mezi prezenční a kombinovanou formou studia více než 29 %.

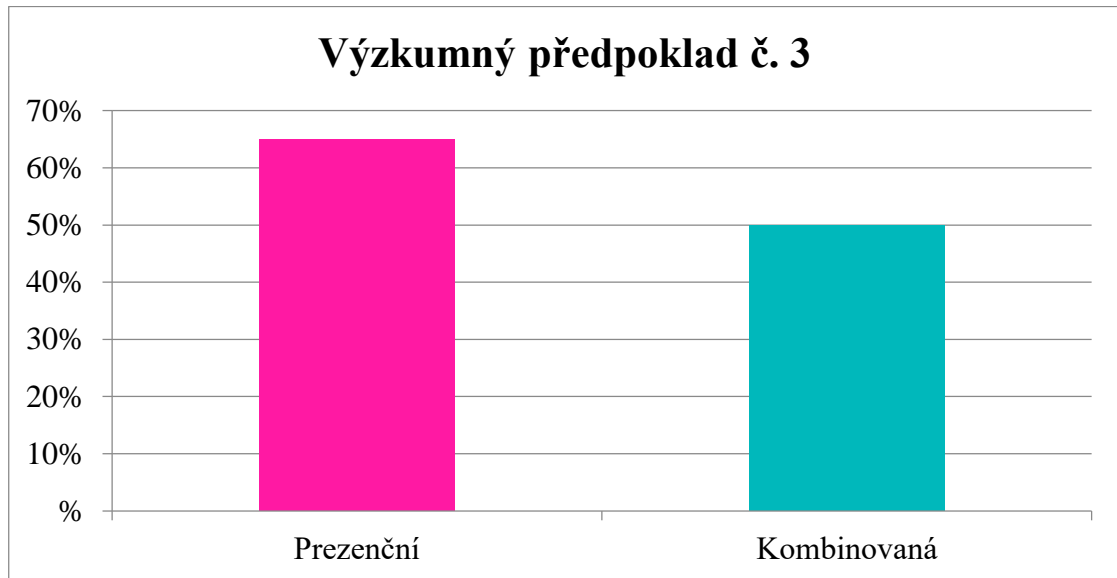
K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 17, 18 a 19



Graf č. 2 – Následující graf shrnuje dotazníkové otázky č. 17, 18 a 19. Otázka č. 17 pojednávala o financování pečovatelské služby. Otázka č. 18 se týkala druhů sociálních služeb a v otázce č. 19 měli studenti vypsát formy poskytování sociálních služeb. Kombinována forma odpovídala správně v 33 % a prezenční forma v 26 %.

3. Předpokládáme, že rozdílnost ve schopnosti definovat pojem terénní ošetrovatelská péče je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 57 %.

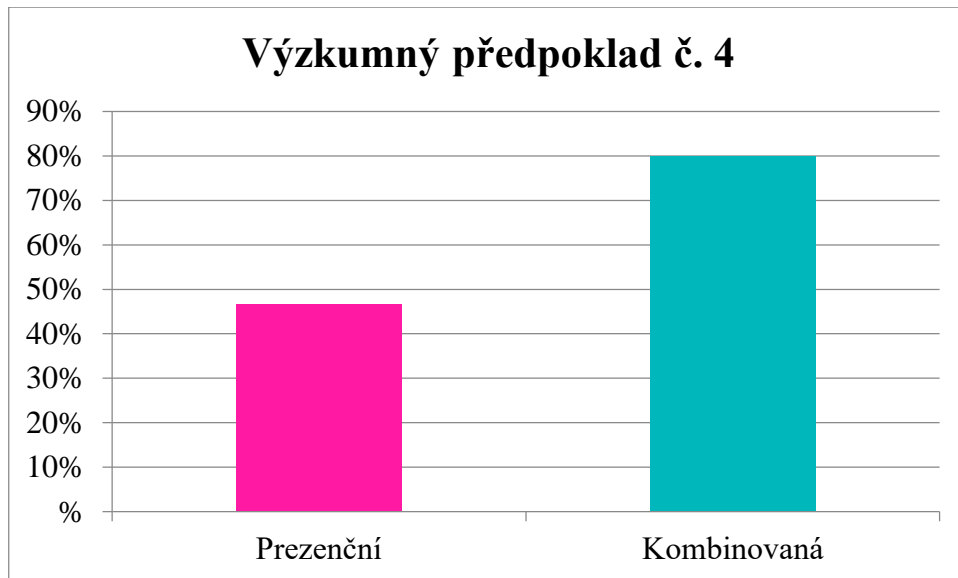
K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 6, 7, 9 a 12



Graf č. 3 – Do tohoto grafu jsou zahrnuty dotazníkové otázky č. 6, 7, 9 a 12. Otázka č. 6 zkoumá, zda studenti umí definovat pojem domácí zdravotní péče. Na tuto dotazníkovou otázku navazuje otázka č. 7, jež se týkala pouze studentů, kteří v otázce 6 zaškrtnuli odpověď ano. V ní měli studenti vypsát správnou definici domácí zdravotní péče. Otázka č. 9 pojednává o financování domácí zdravotní péče a otázka č. 12 zjišťuje, zda studenti mají přehled o rozsahu indikace domácí zdravotní péče u odborných lékařů. Prezenční forma odpovídala správně v 65 % a kombinovaná forma v 50 %.

4. Předpokládáme, že rozdíl ve schopnosti definovat pojem terénní pečovatelská služba je mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia více než 63 %.

K jeho analýze byly použity dotazníkové otázky č. 15, 16 a 20



Graf č. 4 – Poslední graf zahrnuje dotazníkové otázky č. 15, 16 a 20. Otázka č. 15 zjišťuje, zda studenti umí definovat pojem pečovatelská služba. Na tuto otázku navazuje dotazníková otázka č. 16, která se týkala pouze studentů, kteří v otázce č. 15 zaškrtnuli odpověď ano. Zde studenti měli vypsát správnou definici pojmu pečovatelská služba. Poslední otázka č. 20 zjišťuje, zda studenti znají konkrétní úkony, které pečovatelská služba poskytuje. Zde měli studenti vypsát minimálně pět úkonů. Z grafu je patrné, že studenti kombinované formy (80 %) disponují většími znalostmi než studenti prezenční formy (46 %).

Zdroj: Autor

Příloha č. 3 – Dotazník pilotní studie

Milí studenti,

jsem studentka třetího ročníku, studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční formy studia na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci a obracím se na vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako šetření k bakalářské práci na téma: „*Znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou*„. Celý dotazník je anonymní, proto bych vás chtěla požádat o pravdivé a co nejpřesnější odpovědi. Správné odpovědi prosím zakroužkujte a otázky na vypisování pište prosím čitelným písmem.

Za projevenou ochotu Vám moc děkuji!

Kristýna Juříčková

1. Jakého jste pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik je vám let?

- a) 20 – 25 let
- b) 26 – 30 let
- c) 31 – 35 let
- d) 36 – 40 let
- e) 41 – 45 let
- f) 46 – 50 let
- g) 51 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední škola s maturitou
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola

4. Jakou formu studia studujete na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci?

- a) Prezenční forma studia
- b) Kombinovaná forma studia

5. Jaký ročník studia studujete na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci?

- a) 1. ročník
- b) 2. ročník
- c) 3. ročník

6. Umíte definovat pojem domácí zdravotní péče?

- a) Ano
- b) Ne

7. Vypište definici pojmu domácí zdravotní péče.
(Vyplňujete pouze v případě, že jste v otázce číslo 6, zaškrtnuli odpověď ANO.)

8. Jaké minimální vzdělání musí mít sestra v domácí zdravotní péči?

- a) Středoškolské vzdělání s maturitou
- b) Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)
- c) Středoškolské s výučním listem
- d) Vyšší odborné vzdělání (Dis.)
- e) Speciální kurz pro pracovníky v domácí zdravotní péči
- f) Základní vzdělání s absolvovaným kurzem pro pracovníky v domácí zdravotní péči

9. Jak je domácí zdravotní péče financována?

- a) Veškeré výkony si pacient hradí sám na základě předem stanovené smlouvy
- b) Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění
- c) Přímou platbou pacienta (pokud pacienti nejsou pojištěni nebo si žádají výkon, u kterého nemá jejich pojišťovna smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči)

10. Vypište typy domácí zdravotní péče?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

11. Jak dlouhá je platnost poskytované domácí zdravotní péče dle tiskopisu 06?

- a) Maximálně na tři měsíce
- b) Maximálně na šest měsíců
- c) Neomezenou dobu podle potřeb pacienta

12. Jaký je maximální rozsah indikace domácí zdravotní péče u odborných lékařů?
(pacient po hospitalizaci nebo po jednodenním zákroku)

- a) Tři týdny
- b) Dva týdny
- c) Jeden měsíc

13. Kdo se podílí na poskytování domácí zdravotní péče?

- a) Sanitářky
- b) Všeobecné sestry, diplomované sestry, zdravotničtí asistenti
- c) Psychologové
- d) Lékaři
- e) Fyzioterapeuti
- f) Komunitní manažer

14. Vypište alespoň pět výkonů, které provádí agentury poskytující domácí zdravotní péči.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

15. Umíte definovat pojem pečovatelská služba?

- a) Ano
- b) Ne

16. Vypište správnou definici pojmu pečovatelská služba.
(Vyplňujete pouze v případě, že jste v otázce číslo 15, zaškrtnli odpověď ANO.)

17. Jak je pečovatelská služba financována?

- a) Na základě pacientova zdravotního pojištění
- b) Ze státního rozpočtu
- c) Pacient si úkony hradí sám
- d) Úkony jsou hrazeny organizací, která pečovatelskou službu poskytuje

18. Vyberte základní druhy sociálních služeb.

- a) Sociální poradenství
- b) Služby zdravotní péče
- c) Služby sociální péče
- d) Služby sociální prevence

19. Vypište formy poskytování sociálních služeb.

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

20. Vypište alespoň pět úkonů, které klientovi může poskytovat pečovatelská služba.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Zdroj: Autor

Příloha č. 4 – Konečný dotazník

Milí studenti,

jsem studentka třetího ročníku, studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční formy studia na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci a obracím se na vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako šetření k bakalářské práci na téma: „*Znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou* „. Celý dotazník je anonymní, proto bych vás chtěla požádat o pravdivé a co nejpřesnější odpovědi. Správné odpovědi prosím zakroužkujte a otázky na vypisování pište prosím čitelným písmem.

Za projevenou ochotu Vám moc děkuji!

Kristýna Juříčková

1. Jakého jste pohlaví?

- c) Žena
- d) Muž

2. Kolik je vám let?

- h) 20 – 25 let
- i) 26 – 30 let
- j) 31 – 35 let
- k) 36 – 40 let
- l) 41 – 45 let
- m) 46 – 50 let
- n) 51 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- d) Střední škola s maturitou
- e) Vyšší odborná škola
- f) Vysoká škola

4. Jakou formu studia studujete na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci?

- c) Prezenční forma studia
- d) Kombinovaná forma studia

5. Jaký ročník studia studujete na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci?

- d) 1. ročník
- e) 2. ročník
- f) 3. ročník

6. Umíte definovat pojem domácí zdravotní péče?

- c) Ano
- d) Ne

7. Vypište definici pojmu domácí zdravotní péče.

(Vyplňujete pouze v případě, že jste v otázce číslo 6, zaškrtnuli odpověď ANO.)

8. Jak je domácí zdravotní péče financována? (více správných odpovědí)

- d) Veškeré výkony si pacient hradí sám na základě předem stanovené smlouvy
- e) Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění
- f) Přímou platbou pacienta (pokud pacienti nejsou pojištěni nebo si žádají výkon, u kterého nemá jejich pojišťovna smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči)

9. Vypište formy domácí zdravotní péče?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

10. Jak dlouhá je platnost poskytované domácí zdravotní péče dle tiskopisu 06?

- d) Maximálně na tři měsíce
- e) Maximálně na šest měsíců
- f) Neomezenou dobu podle potřeb pacienta

11. Jaký je maximální rozsah indikace domácí zdravotní péče u odborných lékařů?
(pacient po hospitalizaci nebo po jednodenním zákroku)

- d) Tři týdny
- e) Dva týdny
- f) Jeden měsíc

12. Kdo se podílí na poskytování domácí zdravotní péče? (více správných odpovědí)

- g) Sanitářky
- h) Všeobecné sestry, diplomované sestry, zdravotničtí asistenti
- i) Psychologové
- j) Lékaři
- k) Fyzioterapeuti
- l) Komunitní manažer

13. Vypište alespoň pět výkonů, které provádí agentury poskytující domácí zdravotní péči.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

14. Umíte definovat pojem pečovatelská služba?

- c) Ano
- d) Ne

15. Vypište správnou definici pojmu pečovatelská služba.

(Vyplňujete pouze v případě, že jste v otázce číslo 14, zaškrtnli odpověď ANO.)

16. Jak je pečovatelská služba financována?

- e) Na základě pacientova zdravotního pojištění
- f) Ze státního rozpočtu
- g) Pacient si úkony hradí sám
- h) Úkony jsou hrazeny organizací, která pečovatelskou službu poskytuje

17. Vyberte základní druhy sociálních služeb. (více správných odpovědí)

- e) Sociální poradenství
- f) Služby zdravotní péče
- g) Služby sociální péče
- h) Služby sociální prevence

18. Vypište formy poskytování sociálních služeb.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

19. Vypište alespoň pět úkonů, které klientovi může poskytovat pečovatelská služba.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Zdroj: Autor

Příloha č. 5 – Studijní opora

STUDIJNÍ OPORA

**Ošetrovatelská péče v komunitní a domácí péči
Ošetrovatelská péče v geriatrici**

**Kristýna Juříčková
LIBEREC 2016**

Použité symboly a jejich význam



Cíl studijní opory



Doba ke studiu



Obsah



Klíčová slova



Odborná terminologie



Výklad



Multimediální přednáška



Souhrn



Kontrolní otázky, cvičení, úkoly



Poznámky



Použitá literatura

Seznam zkratek

ADP – Agentura domácí péče

Apod. – a podobně

Č. – číslo

DP – Domácí péče

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. – například

PMK – permanentní močový katetr

S. – strana

Sb. – sbírka

Tzv. – tak zvané

Domáci péče a pečovatelská služba


Úvod

- **Po prostudování této kapitoly a příslušné doporučené literatury dokážete:**
 - Po prostudování této kapitoly bude student schopen definovat pojem domácí péče, popsat financování domácí péče, určit formy domácí péče, určit platnost domácí péče, vyjmenovat pracovníky podílející se na poskytování domácí péče shrnout výkony, které agentury domácí péče poskytují. Ze sociální sféry dokáže vyjmenovat druhy sociálních služeb a formy poskytování sociálních služeb. Blíže dokáže definovat pečovatelskou službu, popsat její financování a úkony, které klientovi poskytuje.

 72 hodin



1. Definice domácí péče
2. Cíle domácí péče
3. Formy domácí péče
4. Financování domácí péče
5. Platnost indikace domácí péče
6. Výkony prováděné ADP
7. Definice pečovatelské služby
8. Druhy sociálních služeb
9. Formy poskytování sociálních služeb
10. Financování pečovatelské služby
11. Úkony prováděné pečovatelskou službou

 domácí péče, home care, home help, sociální služba, pečovatelská služba, všeobecná sestra, student

 **Charakterizujte níže uvedené pojmy, popřípadě využijte doporučenou literaturu.**

- „Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ (Věstník - Koncepce domácí péče, 2004, str. 15)
- Pečovatelská služba ve vymezeném čase poskytuje úkony, které si klient na základě předem stanovené smlouvy sám určí. Jedná se např. o pomoc v domácnosti, hygienickou péči, nakupování či žehlení. (Odbor 22. Pečovatelská služba. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. 27. 1. 2014 [cit. 2015-09-30]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368>)



Domácí péče

Definice

- „Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“
- Domácí péči můžeme rozdělit na dva druhy: **Home care a Home help**. Do Home care spadají zdravotnické výkony, na základě předpisu praktického lékaře. Home help je potom péče sociální. Domácí péče je poskytovaná všem věkovým kategoriím, nejvíce ji však využívají senioři.

Cíle domácí péče

- Hlavním cílem domácí péče je podporovat klienta a udržet jeho zdravotní, duševní a sociální pohodu. Pro klienty se snažíme zajistit maximální dostupnost a komplexnost péče, kterou indikuje lékař. Dalším cílem hojně uplatňovaným v domácí péči je udržování soběstačnosti klienta a zachování kvality života. V neposlední řadě dbáme na předcházení nákaz vzniklých v nemocničním zařízení a snažíme se zamezit iatrogennímu a sorigennímu poškození klienta.

Formy domácí péče

- **Akutní domácí péče** – odborná zdravotní péče,
- **Dlouhodobá domácí péče** – poskytována především chronicky nemocným
- **Preventivní domácí péče** - určena klientům, u kterých je nutné sledovat jejich zdravotní či duševní stav
- **Domácí hospicová péče** – poskytována klientům, u kterých bylo dle lékaře stanoveno tzv. terminální stádium.
- **Domácí péče ad hoc** – jednorázová domácí péče

Financování domácí péče

- Domácí péči hradí ve většině případů zdravotní pojišťovna a to v plné výši. Výkony prováděné domácí péčí ovšem musí korespondovat s výkony, které je schopna daná zdravotní pojišťovna proplatit. Pokud tomu tak není a pacient si vybere výkon, který jeho zdravotní pojišťovna nepodporuje, musí si konkrétní službu financovat sám.

Platnost indikace domácí péče

- Platnost je upravena v tiskopisu „06“. Na jiném formuláři nesmí být výkony domácí zdravotnické péče zaznamenány. Pokud je tomu jinak, nejsou platné. Formulář je vždy uložen ve dvou kopiích, originál zůstává praktickému lékaři a kopie je uložena v ošetřovatelské dokumentaci pacienta. Doba trvání domácí péče je stanovena maximálně na 3 měsíce, poté musí být prodloužena její platnost, opět na základě indikace praktického lékaře a opětovným vyplněním tiskopisu.

Výkony poskytované agenturami DP

- Výkony musejí být indikovány praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost nebo ošetřujícím lékařem (na základě hospitalizace,

nejdéle však na 14 dní). Na vykazování výkonů se vztahují přísná pravidla dle vyhlášky **MZ ČR č. 55/2000 Sb.** Společně s tím vydává i bodové ohodnocení jednotlivých zdravotnických výkonů. Seznam výkonů obsahuje například – dohled na parenterální výživu, klyzma, zavedení a ošetření PMK, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí a infuzí, ošetření stomií, lokální ošetření ran, aplikace inzulínu a edukace či reedukace pacienta.

Sociální služby – pečovatelská služba

Definice

- Pečovatelská služba ve vymezeném čase poskytuje úkony, které si klient na základě předem stanovené smlouvy sám určí. Jedná se např. o pomoc v domácnosti, hygienickou péči, nakupování či žehlení. Pečovatelskou službu může dle zákona poskytovat jakákoliv fyzická osoba, firma nebo nezisková organizace. Podmínkou je trestní bezúhonnost, pojištění při vzniklé škodě při provádění úkonů a patřičné vzdělání. Při poskytování pečovatelské služby hovoříme o pojmech podpora a péče. V obou z nich je patřičný rozdíl. Péči poskytuje výhradně pečovatelka na základě předem stanovených úkonů. Pacient se do ní aktivně nezapojuje. Oproti tomu podpora je o aktivním, přístupu klienta. Pečovatelka poskytuje pouze takovou pomoc, která je výslovně nezbytná. Klientovi je poskytnuta podpora při běžných činnostech.

Druhy sociálních služeb

- **Zákon č. 108/2006 Sb.**, O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů rozeznává tři základní druhy sociálních služeb.
 - **Sociální poradenství** - veškeré sociální služby
 - **Služby sociální péče** – pomoc v každodenních aktivitách
 - **Služby sociální prevence** – snaha o prevenci sociálního vyloučení člověka

Formy poskytování sociálních služeb

- Sociální služby se dále dají dělit **dle místa poskytování**.
 - **Terénní** – služby poskytované v klientově domácím prostředí
 - **Ambulantní** – specializovaná centra (denní stacionáře)
 - **Pobytové služby** - služby poskytované v institucích, kde klient určitou dobu bydlí (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením apod.)

Financování sociálních služeb

- Finance sociálních služeb se nezískávají z jednoho zdroje, ale je za potřebí zdrojů několik. K hlavním z nich se řadí samotná úhrada klientem, dotace, příspěvky na péči a financování z veřejného zdravotního pojištění. Pečovatelskou službu si hradí sám klient a výše úhrady závisí na podmínkách poskytovatele, který se ovšem musí řídit platným předpisem a to konkrétně **předpisem č. 55/2006 Sb.** Veškeré dohody mezi klientem a poskytovatelem musí být zahrnuty v předem stanovené a připravené smlouvě.

Úkony prováděné pečovatelskou službou

- Veškeré náležitosti, které musí být dodržovány při poskytování sociálních služeb, včetně pečovatelské služby, jsou zahrnuty ve vyhlášce **MPSV č. 505/2006 Sb.** Vyhláška rozděluje úkony do následujících kategorií: pomoc při běžných denních

činnostech v péči o sebe sama, pomoc při hygienické péči, pomoc při stravování či obstarání stravy, pomoc v domácnosti a navázání kontaktu s vlastním sociálním prostředím.



Domácí zdravotní péče

Home care – zdravotní péče

Péče poskytovaná pacientům na základě **indikace praktického lékaře**, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře v rámci hospitalizace. **Platnost** péče je upravena v **tiskopisu 06** – doba je stanovena maximálně na **3 měsíce**, poté musí být opět cestou praktického lékaře obnovena

Formy:

1. Akutní domácí péče
2. Dlouhodobá domácí péče
3. Preventivní domácí péče
4. Domácí hospicová péče
5. Domácí péče ad hoc

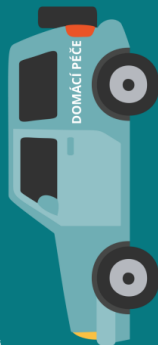
Financování: Ve většině případů hrazena **zdravotní pojišťovnou**, případně přímou platbou pokud pacient není pojištěn, či jeho pojišťovna daný výkon nepodporuje

Výkony poskytované agenturami domácí zdravotní péče: **vyhláška MZ ČR č. 55/2000 Sb.** – stanovuje bodové ohodnocení výkonů a jejich vykazování

Převazy ran a kožních defektů, dohled nad parenterální výživou, klyzma, zavedení a ošetření PMK, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí a infuzí, ošetření stomií, lokální ošetření ran, aplikace inzulinu a edukace či reedukace pacienta

Ošetrovatelská péče:

Primární – prevence, ochrana zdraví, edukace
Sekundární – speciální a komplexní péče ve zdravotnických zařízeních
Terciální – edukace, léčebné a ošetrovatelské výkony, paliativní péče



Pečovatelská služba

Home help – sociální péče

Pečovatelská služba **ve vymezeném čase** poskytuje úkony, které si klient na základě předem **stanovené smlouvy** sám určí

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Dělení sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence

Dělení dle místa poskytování:

1. Terénní – v domácím prostředí klienta
2. Ambulantní – klienti sami dochází do specializovaných center
3. Pobytové – domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením ...

Formy péče o seniory: Rodinná, zdravotní, sociální – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, domovinky, denní stacionáře, týdenní stacionáře a pečovatelská služba

Financování pečovatelské služby: Vlastní úhrada klientem na základě **předpisu č. 55/2006 Sb.** – Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně

Základní úkony: vyhláška č. 505/2006 Sb.

pomoc při běžných denních činnostech v péči o sebe sama – dopomoc při stravování a pití, oblékání, pohybu a přesunu na lůžko či invalidní vozík
pomoc při hygienické péči – osobní hygiena, péče o vlasy a nehty a dopomoc při použití toalety

pomoc při stravování či obstarání stravy – dovoz stravy a dopomoc s její přípravou, dopomoc při její konzumaci a zajištění optimální stravy dle dietního omezení a věkového rozhraní

pomoc v domácnosti – úklid, praní, žehlení, nákupy
navazání kontaktu s vlastním sociálním prostředím – doprovod k lékařři



Zdroj: Kristýna Jurčková © (autor)
CC0. Vyhláška č. 505/2006 Sb., O mezinárodních výkonech a bodových hodnotách in: Sbírka zákonů České republiky, 2016, částka 150, ISSN 1211-1244.
CC0. Vyhláška č. 55/2006 Sb., Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, 2006, částka 31/2006, ISSN 1211-1244.
CC0. Vyhláška č. 108/2006 Sb., O sociálních službách in: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 31/2006, ISSN 1211-1244.
CC0. Vyhláška č. 505/2006 Sb., O mezinárodních výkonech a bodových hodnotách in: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 150/2006, ISSN 1211-1244.

Zdroj: Autor

Σ Domácí ošetrovatelská péče každým rokem poskytnuta statisícům klientů různých věkových skupin. Péče je poskytována na základě indikace praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost a odborného specialisty. Mezi nejčastější klienty domácí ošetrovatelské péče se řadí především ti, kteří by bez její existence museli být hospitalizováni v různých zdravotnických institucích. Oproti tomu pečovatelská služba poskytuje sociální pomoc, jako jsou například pravidelné nákupy, úklid domácnosti, donáška stravy, dopomoc při hygienické péči apod.

- ?
21. Umíte definovat pojem domácí zdravotní péče?
 22. Jak je domácí zdravotní péče financována?
 23. Umíte popsat formy domácí péče?
 24. Jak dlouhá je platnost domácí péče?
 25. Umíte vyjmenovat výkony, které provádějí agentury domácí péče?
 26. Umíte definovat pojem pečovatelská služba?
 27. Jak je pečovatelská služba financovaná?
 28. Umíte vyjmenovat základní druhy sociálních služeb?
 29. Umíte popsat formy poskytování sociálních služeb?
 30. Umíte vyjmenovat úkony, které klientovi pečovatelská služby poskytuje?

- ☰
1. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
 2. BUKÁČKOVÁ, Jitka. Domácí péče u nás. *Ošetrovatelská péče*, 2011, roč. 2011, č. 6, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.
 3. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
 4. HALÁSKOVÁ, Renáta. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2013. ISBN 978-80-7416-118-6.
 5. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9
 6. Koncepce domácí péče. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [online]. 2006 [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>
 7. O domácí péči. *Cassdp*. [online]. 2008 [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
 8. MISCONIOVÁ, Blanka. Metodika vykazování domácí péče. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [online]. 2006 [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/metodika-vykazovani-domaci-pece>
 9. Odbor 22. Pečovatelská služba. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 27. 1. 2014 [cit. 2015-09-30]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368>

10. ČESKO: Předpis č. 55/2006 Sb., Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 23/2006. ISSN 1211-1244.
11. ČESKO: Věstník č. 12/2004., In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 12. ISSN 1211-1244.
12. JUŘÍČKOVÁ, Kristýna. *Znalosti studentů Ústavu zdravotnických studií v Liberci o rozdílech mezi domácí péčí a pečovatelskou službou*. Liberec, 2016. Bakalářská práce. Technická Univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií.



Poznámky

Studijní opora bude uveřejněna v případě, že výše uvedená bakalářská práce bude v roce 2016 obhájena.

Zdroj: Autor

Příloha č. 6 – Poster

Domácí zdravotní péče

Home care – zdravotní péče

Péče poskytovaná pacientům na základě **indikace praktického lékaře**, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrujícího lékaře v rámci hospitalizace. **Platnost** péče je upravena v **tiskopisu 06** – doba je stanovena maximálně na **3 měsíce**, poté musí být opět cestou praktického lékaře obnovena

Formy:

1. Akutní domácí péče
2. Dlouhodobá domácí péče
3. Preventivní domácí péče
4. Domácí hospicová péče
5. Domácí péče ad hoc

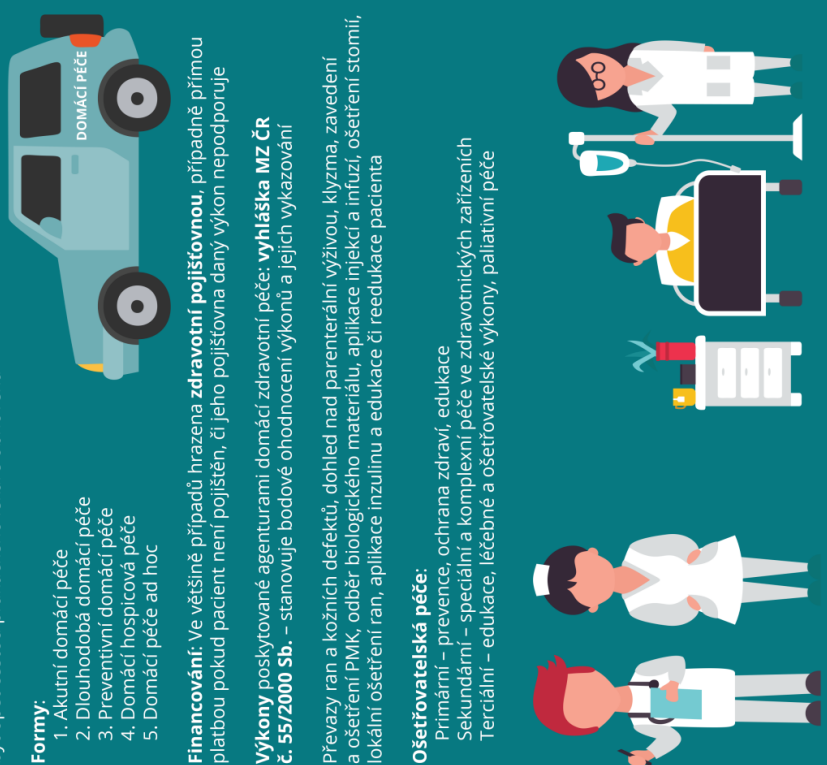
Financování: Ve většině případů hrazena **zdravotní pojišťovnou**, případně přímou platbou pokud pacient není pojištěn, či jeho pojišťovna dany výkon nepodporuje

Výkony poskytované agenturami domácí zdravotní péče: **výhláška MZ ČR č. 55/2000 Sb.** – stanovuje bodové ohodnocení výkonů a jejich vykazování

Převazy ran a kožních defektů, dohled nad parenterální výživou, klyzma, zavedení a ošetření PMK, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí a infuzí, ošetření stomii, lokální ošetření ran, aplikace inzulinu a edukace či reedukace pacienta

Ošetrovatelská péče:

- Primární – prevence, ochrana zdraví, edukace
- Sekundární – speciální a komplexní péče ve zdravotnických zařízeních
- Terciální – edukace, léčebné a ošetrovatelské výkony, paliativní péče



Pečovatelská služba

Home help – sociální péče

Pečovatelská služba ve **vymezeném čase** poskytuje úkony, které si klient na základě předem **stanovené smlouvy** sám určí

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Dělení sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence

Dělení dle místa poskytování:


1. Terénní – v domácím prostředí klienta
2. Ambulantní – klienti sami dochází do specializovaných center
3. Pobytové – domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením ...

Formy péče o seniory: Rodinná, zdravotní, sociální – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, domovinky, denní stacionáře, týdenní stacionáře a pečovatelská služba

Financování pečovatelské služby: Vlastní úhrada klientem na základě **předpisu č. 55/2006 Sb.** – Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně

Základní úkony: vyhláška č. 505/2006 Sb.

- pomoc při běžných denních činnostech v péči o sebe sama** – dopomoc při stravování a pití, oblékání, pohybu a přesunu na lůžko či invalidní vozík
- pomoc při hygienické péči** – osobní hygiena, péče o vlasy a nehty a dopomoc při použití toalety
- pomoc při stravování či obstarání stravy** – dovoz stravy a dopomoc s její přípravou, dopomoc při její konzumaci a zajištění optimální stravy dle dietního omezení a věkového rozhraní
- pomoc v domácnosti** – úklid, praní, žehlení, nákupy
- navázání kontaktu s vlastním sociálním prostředím** – doprovod k lékařři



Zdroj: Kristýna Juričková © (autor)
ČESKO, Vyhláška č. 505/2006 Sb., O rozpracování zdravotních výkonů s bodovým hodnocením, in: Sbírka zákonů České republiky, 2015, částka 150, ISSN 1211-1244, vydáno 15. 12. 2015.
ČESKO, Vyhláška č. 55/2006 Sb., Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně, in: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 372/2006, ISSN 1211-1244, vydáno 22. 12. 2006.
ČESKO, Předpis č. 55/2006 Sb., Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o závaznosti kolektivní smlouvy vyššího stupně, in: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 372/2006, ISSN 1211-1244, vydáno 22. 12. 2006.
ČESKO, Vyhláška č. 505/2006 Sb., O rozpracování zdravotních výkonů s bodovým hodnocením, in: Sbírka zákonů České republiky, 2015, částka 150, ISSN 1211-1244, vydáno 15. 12. 2015.

Zdroj: Autor