



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Soběstačnost klientů domácí péče

Vypracovala: Barbora Motyčáková

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

České Budějovice 2015

Abstrakt

MOTYČÁKOVÁ, B. *Soběstačnost klientů domácí péče*. České Budějovice 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce I. Chloubová.

Klíčová slova: domácí péče; hospitalizace; klient; soběstačnost; všeobecná sestra

Tématem této bakalářské práce je soběstačnost klientů domácí péče. Tato práce pojednává o významu agentur domácí péče a jejího vlivu na soběstačnost klienta v domácím prostředí. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem sestry agentur domácí péče využívají ošetrovatelské intervence k podpoře soběstačnosti jejich klientů. Ke zjištění stanoveného cíle bylo provedeno výzkumného šetření formou dotazníků mezi odbornou veřejností a klienty agentur domácí péče.

Teoretická část je zaměřena především na objasnění termínu domácí péče, a pak na samotného klienta a jeho soběstačnost.

Praktická část je zaměřena na výzkum získaných dotazníků, které byly určeny jak pro sestry z ADP tak pro jejich klienty. Je zde možné si tak ověřit stanovené hypotézy, a to zda-li sestry testují soběstačnost klientů, kteří využívají jejich služeb, jestli používají ke zvyšování úrovně soběstačnosti klientů kompenzační pomůcky a dále pak, zda také zapojují rodinné příslušníky k podpoře jejich soběstačnosti. Na základě dostupných zdrojů informací a literatury je provedena aktuální analýza prostředí.

Získaná data jsou vyhodnocena a zpracována v grafech. První hypotéza ověřovala, zda-li sestry ADP testují a hodnotí soběstačnost svých klientů. Z výzkumného šetření je patrné, že většina sester testuje i hodnotí soběstačnost svých klientů a nejčastějšími metodami, jsou metody pozorování a rozhovoru. Jen malé množství sester používá k hodnocení soběstačnosti testy k tomu určené.

Druhá hypotéza zjišťovala, jestli sestry ADP používají ke zvyšování soběstačnosti klientů kompenzační pomůcky. Výsledky poukazují na to, že pouze polovina klientů používá kompenzační pomůcky a to nejvíce pomůcky pro podporu hybnosti (berle, hole, chodítka, vozíky) a nejmenší využití mají naopak pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při osobní hygieně (protiskluzové podložky, madla, vanové sedačky a křesla do sprchy). Většina sester také uvádí, že kompenzační pomůcky svým klientům nejen doporučují, ale také je učí, jak je správně a efektivně používat.

Poslední hypotézou jsme ověřovali, jestli sestry ADP aktivně zapojují rodinné příslušníky klientů k podpoře jejich soběstačnosti. Z výsledků je zřejmé, že většina sester skutečně rodinné příslušníky do péče o klienta zapojuje, ale zájem o tuto péči ze strany rodinných příslušníků není vždy přívětivý.

Abstract

Self-sufficiency of home care clients.

Key words: home care; hospitalization; client; self-sufficiency; general nurse

The topic of this bachelor thesis is the self-sufficiency of home care clients. This thesis focuses on the importance of home care agencies and their influence on the self-sufficiency of the clients in the home environment. The aim is to find out to what extent the nurses of the home care agencies intervene to help clients achieve self-sufficiency. To reach the aim of my work and gather information, I prepared questionnaires for clients of home care agencies and for professional public.

The theoretical part focuses mainly on the clarifying of the term “home care” and also the client and his or her self-sufficiency.

The practical part is based upon the findings of the questionnaires completed by the nurses of the home care agencies and the clients. Hereby it is also possible to prove the hypothesis, whether the nurses test the self-sufficiency of their home care clients, if they utilise compensatory aids for the clients and also if they involve the other members of the clients’ families to support the clients’ self-sufficiency. On the basis of available information resources and available literature, I attempted to carry out a current analysis of the environment.

The obtained data are evaluated and presented in charts. The first hypothesis was to check whether nurses working for home care agencies test and assess self-sufficiency of their clients. From the results of the research it is visible that most nurses test and assess clients’ self-sufficiency through most frequently used methods of observation and interviews. Only a small number of nurses use specified tests.

Second hypothesis was to find out if compensatory aids are used. The results show that half of the clients use compensatory aids, these are predominantly mobility products (crutches, walking sticks, walking frames and wheelchairs) on the other end of the scale we can find products facilitating clients’ self-sufficiency in personal hygiene (anti-slip mats, handles, bathtub stools and chairs). Most nurses also state they not only encourage their client to use compensatory aids but also instruct clients how to use them most effectively.

Last hypothesis was to find out whether nurses also actively involve other members of the family of the client in the process to be able to support the client's self-sufficiency. From the findings we can see that most nurses actually involve the family of the client in the nursing process but the attitudes of the family members are not always positive.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11. 08. 2015

.....

Barbora Motyčáková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Ivaně Chloubové, a to nejen za odborné vedení a věnovaný čas, ale především za laskavý a tolerantní přístup při tvorbě této bakalářské práce.

Mé díky patří také respondentům, kteří se účastnili mého výzkumu a pomohli mi tak k dosažení informací, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE	11
1.1 Současný stav	11
1.2 Definice domácí péče	12
1.2.1 Integrovaná domácí péče.....	13
1.2.2 Národní centrum domácí péče	13
1.3 Komu je domácí péče určena	14
1.4 Jaké jsou formy domácí péče	14
1.5 Kdo poskytuje domácí péči	16
1.6 Zřizovatelé agentur domácí péče.....	17
1.7 Vedení dokumentace v agenturách domácí péče.....	17
1.8 Zdroje financování komplexní domácí péče	18
1.9 Právní normy upravující poskytování domácí péče	20
1.10 Klient a jeho soběstačnost.....	21
1.10.1 Vymezení pojmu soběstačnost klienta	21
1.10.2 Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti klienta.....	22
1.10.3 Hodnocení soběstačnosti během aktivit denního života.....	22
1.11 Funkce rodiny u klienta v domácí péči	23
1.12 Bezpečí domova.....	24
1.12.1 Kompenzační pomůcky	25
1.13 Ošetrovatelská péče u klienta v domácím prostředí	26
1.14 Zajištění základních potřeb klienta	27
1.14.1 Zajištění příjmu potravy a tekutin	27
1.14.2 Vyprazdňování	27
1.14.3 Osobní hygiena.....	28
1.14.4 Prevence proleženin.....	28
1.15 Hospitalizace versus domácí péče	29
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1 Cíl práce.....	31
2.2 Hypotézy.....	31
3 METODIKA	32
3.1 Metodika práce	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 VÝSLEDKY	33
4.1 Výsledky výzkumu sester pracujících v ADP	33
5 DISKUSE.....	67
6 ZÁVĚR	72
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	74
8 PŘÍLOHY	79

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – activities of daily living (aktivity denního života)

ADP – agentura domácí péče

ČR – Česká republika

FIM – functional independence measure (funkční míra nezávislosti)

IADL – instrumental activities of daily living (instrumentální aktivity denního života)

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SZŠ – střední zdravotnická škola

PZT – pomůcky zdravotně technické

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Domácí péče je řazena do systému moderní ošetrovatelské péče v České republice již od počátku 90. let 20. století.

Musela projít dlouhou, a ne příliš snadnou cestou, aby si našla své místo v dnešním zdravotnictví. Domácí péče je, dalo by se říci, symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků. Pokud si uvědomíme, že kdysi neexistovala žádná zdravotnická zařízení a bylo běžné pečovat o své nejbližší doma, v prostředí nám nejvíce blízkém, tak nás to nutí přemýšlet. Ne nadarmo se říká, všude dobře, doma nejlépe. Doma se cítíme být v bezpečí, jsme obklopeni našimi nejbližšími, kteří nám dodávají sílu a pocit určité jistoty. Pomáhají nám v obdobích, kdy to nejvíce potřebujeme, jako je nemoc, úraz nebo stáří. Nemoc je pro většinu z nás velmi náročnou životní situací, kterou často vnímáme jako obtížně zvladatelnou. Jedná se o situace, které vyžadují změnu obvyklého způsobu života, nejen pro klienta, ale i pro jeho rodinu. Zejména pokud se rozhodnou pro domácí hospitalizaci. Ta je určena klientům, kteří se nacházejí v takové zdravotní situaci, kdy nestačí laická péče, ale zároveň není nutné, aby nemocný byl hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Domácí péče je pro tyto klienty plnohodnotnou alternativou k hospitalizaci.

Léčbu v domácím prostředí ročně absolvují statisíce klientů, a to na základě svého přání v kombinaci s ošetřujícím lékařem. Jak už jsem se zmínila, je zapotřebí, aby klient byl o této možnosti informován a sám měl zájem těchto služeb využít. Nesmíme ani opomenout fakt, že zájem musí mít právě i jeho rodina, která bude zajišťovat tu laickou část péče a klient bude mít zajištěné i vhodné sociální prostředí. V opačném případě nemá domácí péče smysl. Domnívám se, že léčení v domácím prostředí nemá pouze blahodárný vliv na psychiku nemocného, ale také podporuje jeho soběstačnost a návrat do běžného života. Jednak proto, že se nachází v prostředí, které je mu tak moc dobře známé a jednak chce být co možná v nejmenší míře „na obtíž“ svým blízkým.

1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE

První agentury domácí péče začaly vznikat v březnu roku 1990, kdy zahajuje provoz první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. Ministerstvo zdravotnictví povoluje tento dvouletý experiment a zajišťuje pro něj státní dotaci ve výši 28 miliónů korun.

Roku 1991 provozuje Česká katolická charita celkem 26 středisek, které poskytují péči 1459 klientům a zaměstnávají 451 zaměstnanců. V roce 1992 stále stoupá počet nově založených agentur, zejména v oblastech ohrožených nezaměstnaností. Zřizovateli jsou nejčastěji jednotlivci a to zdravotní sestry, ale řadí se mezi ně i první lékaři. Celkem v tomto roce existuje 68 agentur domácí péče, která poskytuje péči 6 742 klientům. V polovině tohoto roku vzniká skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice, která se zabývá projekty spojenými s problematikou domácí péče. O rok později nastává prudký rozvoj agentur domácí péče zejména díky vysoké informovanosti. Vznikají nové agentury i při fakultních nemocnicích. Počet agentur v tomto roce činní 179 zařízeních. V březnu 1993 vzniká Asociace domácí péče ČR, která sdružuje všeobecné sestry, lékaře, sociální pracovníky a další personál poskytující domácí péči. Roku 1994 zahajuje svou činnost Pracovní skupina pro podporu primární péče, jejímž prvotním úkolem je rozšířit informovanost do škol a do výuky a nabízí spolupráci SZŠ v celé České republice. I aktivity Asociace domácí péče nezůstávají v pozadí. Ty zahajují průzkum o spokojenosti klientů s agenturami domácí péče a výsledky jsou jednoznačně pozitivní. Proto v červenci téhož roku zakládají Národní centrum domácí péče. Roku 1995 existuje 375 agentur domácí péče. O rok později je Česká republika reprezentována na I. Světovém kongresu domácí péče, která je jednou ze sedmi zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče se sídlem ve Washingtonu D. C.. Mnoha legislativních změn, článků, interview, televizních, rozhlasových pořadů, seminářů, apelů na politické strany a zastupitelstva přinesly své ovoce. Podařilo se získat podporu ze strany laické veřejnosti i profesionálů a domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci. (Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

1.1 Současný stav

Komplexní domácí péče je nedílnou součástí primární péče, doplňující ambulantní lékařskou péči o komponenty ošetrovatelské péče, sociální péče a laické

pomoci. Základním principem a smyslem těchto agentur je aktivní pomoc a péče poskytnutá člověku v nesnázích, které jsou spojeny se stavem jeho těla, duše a prostředí. Cílem komplexní domácí péče je kvalitní, humánní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta v rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu se zaměřením na kvalitu, odbornost a efektivnost péče. Péče, jak zdravotní, tak i sociální je zajišťována multidisciplinárním týmem odborníků, mezi něž řadíme nejenom všeobecné sestry a lékaře, ale i rodinné příslušníky, přátele, sousedy nebo dobrovolníky.

Agentury domácí péče procházel postupným vývojem. Zprvu opatrný postoj klientů a jejich ošetřujících lékařů byl vystřídan respektem a začleněním systému domácí péče mezi plnohodnotné formy zdravotní péče. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

1.2 Definice domácí péče

Domácí péče je propojenou formou zdravotní (mezinárodní termín Home Care) a sociální péče (mezinárodní termín Home Help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v jeho vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Česká asociace sester ve svém návrhu koncepce domácí zdravotní péče prezentuje domácí péči jako zvláštní ambulantní péči a nedílnou součást zdravotní péče, která zabezpečuje komplexní ošetrovatelskou péči jednotlivcům v přirozeném sociálním prostředí jejich vlastních domovů, a to od začátku života až do jeho konce. (Jarošová, 2006, 110 s.)

Dle WHO je domácí péče jakákoliv forma péče poskytované v domovech klientů a to v takovém rozsahu, aby docházelo k hospitalizaci a umístění pacienta do ústavů pouze v případech nezbytně nutných a pokud to již nedovolí klientův zdravotní stav. Tato péče má za úkol zabývat se uspokojováním potřeb v oblasti fyzické (základní životní podmínky klienta), psychické, sociální (předcházet příčinám vzniku a zhoršování poruch psychického a sociálního stavu, zabránit izolovanosti) a spirituální. (Gingerich., Ondeck, 2009)

Komplexní domácí péče se zabývá podporou zdraví, prevencí a léčbou nemocí, rehabilitací a resocializací. Domácí péče je poskytována v rozsahu jako základní domácí péče (zajištění osobní hygieny, prevence a léčba dekubitů, podávání obkladů, zábalů, příprava léků, kontrola pitného režimu). Dále jako odborná domácí péče (hodnocení celkového stavu klienta, odběr biologického materiálu, zavádění sond a katétrů). A v neposlední řadě i jako paliativní domácí péče (zvládání léčby bolesti a doprovodných symptomů onemocnění). (Šamánková, 2006)

1.2.1 Integrovaná domácí péče

Většina agentur domácí péče již nezajišťuje svým klientům pouze péči ošetrovatelskou a léčebnou, ale i sociální. To znamená, že je schopna zajistit péči i sociálně potřebným klientům, kterou zajišťují odborní pracovníci ve vlastním sociálním prostředí klienta. Jedná se především o ty občany, kteří se neobejdou bez pomoci dalších osob, a kteří ji potřebují vzhledem ke ztrátě soběstačnosti z důvodu zdravotního stavu nebo věku, nebo z důvodů vrozeného snížení schopností. Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou, kterou poskytují, organizují a zajišťují orgány státní správa a samosprávy. Tato služba je poskytována za plnou, nebo částečnou úhradu klientem. Samozřejmě je vždy přihlíženo k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům klienta a jeho rodinných příslušníků. Sociální potřebnost klienta stanovuje sociální pracovník, který také určuje, v jakém rozsahu bude pečovatelská služba poskytována. Mimi jiné také uvede výši finanční úhrady, na které se klient bude podílet. Mezi nejčastěji poskytované služby za finanční spoluúčasti klienta můžeme jmenovat: dopomoc při podávání jídla a pití, příprava snídaně, svačiny, oběda, večeře, dopomoc při oblékání, přesouvání z lůžka na vozík a obráceně, doprovod na WC, hygiena prostředí a práce spojené s udržováním a chodem domácnosti, praní, žehlení, doprovod na vyšetření, nákupy, ale i masáž, pedikúra, nebo stříhání a úprava vlasů. Důležité je zmínit, že zajišťování nezbytně důležitých potřeb, jako je celková koupel, je zcela bezplatná. (Misconiová, 95s.)

1.2.2 Národní centrum domácí péče

Národní centrum domácí péče České republiky je dobrovolná, samosprávná, nepolitická, profesní, odborná a stavovská organizace s právní subjektivitou. Poskytuje potřebné informace, zajišťuje koordinaci a edukaci profesionální i laické veřejnosti. Bylo založeno Asociací domácí péče v červenci roku 1994. Národní centrum pořádá

řadu odborných seminářů pro profesionální veřejnost, na národní i regionální úrovni tak, aby novinky z oboru ošetřovatelství i dalších oborů kontinuálně obohacovali odbornou činnost sester i lékařů v domácí péči. Mimo odborné semináře pořádá řadu akcí pro podporu a rozvoj domácí péče na území celé České republiky. Ty jsou orientovány zejména na rozšíření informací o komplexní domácí péči zejména mezi laickou veřejností. Informovanost zajišťuje spoluprací s médii, vydáváním plakátů, brožur, videokazet a samolepek s problematikou domácí péče. (Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

1.3 Komu je domácí péče určena

Domácí péče je určena všem klientům, kteří se nacházejí v takové životní situaci, kdy dochází ke změně zdravotního stavu, kterou již nelze zvládnout laickou péčí a je nutné zahájit poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí.

Domácí péče je indikována zejména u klientů, kteří jsou plně nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby, u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče, nebo doléčení z důvodu chronického i akutního onemocnění. Součástí aktivit domácí péče o duševní zdraví a resocializace klientů s duševním onemocněním. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Domácí péči mohou využívat klienti pouze na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře. To může být praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé nebo lékař specialista (kardiolog, diabetolog, gynekolog, geriatr, urolog a další). Z toho vyplývá, že domácí péče je určena všem klientům bez omezení věku i druhu onemocnění. Je určena jak dětem, tak lidem v produktivním věku i seniorům. Úkolem ošetřujícího lékaře je odpovědně posoudit celkový stav klienta, a to tak, aby rozhodnutí o poskytování domácí péče bylo pro stav klienta skutečným přínosem. Při rozhodování má zásadní vliv odbornost a zkušenost lékaře a schopnost chápat člověka v souladu s jeho vlastním sociálním prostředím. (Misconiová, 95s.)

1.4 Jaké jsou formy domácí péče

Mezi základní formy domácí péče řadíme domácí hospitalizaci, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči a domácí hospicovou péči.

V rámci komplexní domácí péče poskytují agentury domácí péče i služby nadstandardní. Nadstandardní péče je péče, která nemůže být agentuře proplacena ze zdravotního nebo sociálního pojištění klienta. (Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Domácí hospitalizace je specializovaná péče určená klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato forma domácí péče je vhodná také pro klienty s kardiovaskulárním onemocněním a neurologickým onemocněním, včetně imunodeficitů. Specifickou skupinou jsou děti, u kterých dochází v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi klientů v domácí péči k zjevně rychlejší rekonvalescenci. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Domácí hospitalizace je poskytována v rozsahu dnů i týdnů. Dokumentace zůstává v bytě klienta pro případné nahlédnutí jinými odborníky, např. lékaři záchranné služby, u ošetřujícího lékaře a také ji má k dispozici agentura domácí péče. (Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se jedná o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, klienty s plným i částečným ochrnutím, nebo o klienty se závažným duševním onemocněním, či chronickou bolestí. Tato forma domácí péče zajišťuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru a bývá poskytována v rozsahu několika měsíců i let. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006; *Agentura HOME CARE, 2015*)

Preventivní domácí péče je určena všem skupinám klientů, u nich doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné změny ihned signalizují ošetřujícímu lékaři. Tato forma domácí péče je poskytována v takové frekvenci, jakou určí lékař. Často to bývá týdně či měsíčně. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Domácí hospicová péče zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stádiu života. Tato forma domácí péče je obvykle poskytována klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců. Péče je dle stavu klienta a situace poskytována několikrát denně, nebo kontinuálně. Posláním domácí hospicové

péče je v první řadě zmírnit psychické utrpení umírajícího i jeho blízkých. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

1.5 Kdo poskytuje domácí péči

Komplexní domácí péče je poskytována týmem odborníků, jako jsou lékaři, všeobecné sestry, sociální pracovníci, psychologové, rehabilitační pracovníci, ale i duchovní, rodinní příslušníci, přátelé a sousedé. Kvalifikovaná část týmu působící v domácí péči je většinou organizována v agentuře domácí péče. Každá agentura je vybavena telefonem a záznamníkem pro rychlý a účinný kontakt s klientem, ale i s ošetřujícím lékařem. Telefonáty přijímá členka týmu, často zkušená všeobecná sestra, která po přijetí zprávy s lékařem rozhoduje o přidělení klienta odborníkovi (sociální pracovník, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník a další). Po přidělení klienta odborník prostuduje veškeré informace o klientovi a společně s ošetřujícím lékařem zpracují krátkodobý a dlouhodobý ošetrovatelský plán, který je v průběhu léčby aktuálně přizpůsobován dle stavu klienta. Důležitou roli v poskytování péče mají, již zmínění, rodinní příslušníci, známí nebo dobrovolníci. Role rodiny je nepostradatelná. Klient nejen že může být ve svém sociálním zařízení, ale je i obklopen svými nejbližšími, což má velmi pozitivní vliv zejména na psychiku klienta. To může vést ke zlepšení motivace ve spolupráci a ke zlepšení schopnosti klienta v sebeobsluze. Rodinní příslušníci mohou také zastoupit po řádném zaučení kvalifikovaný personál, při provádění ošetrovatelských postupů, kteří tím získávají přehled o vývoji onemocnění a pocit možného ovlivnění dalšího stavu klienta. Nesmíme opomenout ani péči o duchovní stránku. Každý věřící klient by měl tuto skutečnost nahlásit své koordinátorce, aby tato potřeba byla nadále uspokojována. Sestra poradkyně pomáhá pacientovi rozpoznat psychické (stresové) a sociální problémy, se kterými se musí posléze vyrovnat. Dalším cílem je snaha rozvíjet lepší mezilidské vztahy, poskytovat citovou, intelektovou a psychickou podporu (Dlugošová a Tkáčová, 2012, s. 29).

Dalším nepostradatelným odborníkem v týmu je sociální pracovník, který bude klientovi poskytovat sociální péči a sociální pomoc (péče o hygienu, stravu, pečovatelskou službu a jiné služby). Dále můžeme zmínit rehabilitační pracovníky, ať už se jedná o fyzioterapeuty, či ergoterapeuty, kteří také velkou měrou přispívají k začlenění klienta do společnosti. Další úlohu v agenturách domácí péče plní lékaři, ať

už jako zřizovatelé nebo aktivní zaměstnanci. Všem klientům agentur domácí péče je zajištěna komplexní a kvalitní péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

1.6 Zřizovatelé agentur domácí péče

Agentury domácí péče jsou zřizovány nejen samostatnými fyzickými, či právníckými osobami, ale i státními institucemi, organizacemi nebo obcemi. Mezi nejčastější zřizovatele agentur patří zdravotní sestry, následují humanitární a charitativní organizace a lékaři. Agentury jsou obvykle nestátními zdravotnickými zařízeními, to znamená, že jsou vystaveny velkému konkurenčnímu prostředí, ale také tomu, jakým způsobem je nastavena zdravotní politika státu, jakým způsobem k nim přistupují zdravotní pojišťovny, jak je nastavena úhrada za poskytnutou zdravotní péči, jakým způsobem se vyvíjí komunální politika v daných obcích, které je mají svěřené do své působnosti a mnoha jiných aspektů. Každý jedinec, či organizace, která chce poskytovat domácí péči, musí být zaregistrována u příslušné zdravotní rady, která zhodnotí, zda subjekt odpovídá všem předpokladům, což se týká personálního, materiálního, hygienického a věcného vybavení. V případě, že jsou všechny předpoklady splněny, získává daná osoba registraci a může zahájit provoz agentury. Ale nesmíme opomenout ani navázání smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou, díky které dochází k vyplácení financí za poskytnutou zdravotní péči ordinovanou ošetřujícím lékařem v domácím prostředí. (Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

1.7 Vedení dokumentace v agenturách domácí péče

Agentura domácí péče je povinna prostřednictvím svých odborných pracovníků průběžně zaznamenávat údaje o zahájení, průběhu a ukončení domácí péče. Dokumentace musí být k dispozici nejen v bytě klienta, ale i v ordinaci ošetřujícího lékaře. V domácím prostředí musí být uložena na snadno dostupné a přehledné místo, aby byla k dispozici všem, kteří se na péči o klienta podílejí. Kvalita, přehlednost, srozumitelnost a dostupnost dokumentace pro všechny členy domácí péče, rozhoduje o dalších léčebných a ošetrovatelských intervencích, které v případě akutních změn na celkovém stavu klienta, mohou mít rozhodující vliv na jeho další kvalitu života. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Dokumentace by také mimo jiné měla uvádět důvod vázání klienta na domácí prostředí a míru jeho fyzického omezení, či postižení. Dále do plánu péče se zaznamenávají veškeré lékařské diagnózy, neboť klient může trpět několika chorobami a potřebuje zajistit více druhů péče. Vždy u lékařských diagnóz zaznamenáváme datum propuknutí obtíží, u ošetrovatelských diagnóz, či problémů i datum plánu ošetrovatelské péče. Nezapomínáme zaznamenat ani veškeré služby, které klientovi byly poskytnuty a které vyžadují profesionální péči všeobecné sestry. Do plánu uvádíme také časové rozpětí, v němž bude péče poskytována, například dvakrát až třikrát týdně nebo méně, v závislosti na obtížích a typu pojištění klienta. Každá poznámka by měla obsahovat konkrétní informace o tom, proč byla návštěva u klienta nutná a jak se jeho stav nadále vyvíjí. Další záznam informací se odvíjí od každého konkrétního klienta a jeho potíží. Například se může jednat o poučení o podávaných lécích, či léčebných dietách, která se klientovi při jednotlivých návštěvách připomínají. Po ukončení péče se vyplňuje tzv. výstupní ošetrovatelský záznam, s identifikačními údaji klienta, ve kterém se hodnotí průběh ošetřování a stav klienta po ukončení domácí péče. (Marková, 2010, 128 s.)

1.8 Zdroje financování komplexní domácí péče

V současné době náklady na zdravotnickou péči neustále stoupají. Proto se hledají různé alternativy, které by nebyly pro stát tak finančně náročné. Jednou z alternativ je právě domácí péče, která vede ke snižování nákladu za hospitalizaci, a s tím souvisí i zkrácení délky hospitalizace. (Marková, 2010, 128 s.)

V rámci komplexní domácí péče je poskytována péče v rozsahu, která vychází z aktuálních potřeb klienta. Mezi oblasti této komplexní péče řadíme péči zdravotní, sociální, laickou a nadstandartní.

Jednotlivé oblasti vychází z různých zdrojů financování.

Domácí ošetrovatelská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě vyhlášky MZ ČR č. 331/2007 Sb., ve znění pozdějších předpisů, která vymezuje seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (Vonešová a Machová, 2011)

Zdravotní péče, kterou zajišťují agentury domácí péče, vycházejí z financování zdravotních pojišťoven. Každý občan České republiky je podle zákona povinen si platit zdravotní pojištění. Za děti a občany v důchodu platí povinné zdravotní pojištění stát. U zaměstnanců je část úhrady placena zaměstnancem a část zaměstnavatelem. Každá

agentura, která přejímá do své péče klienta, by se v první řadě měla informovat o typu zdravotní pojišťovny, u které je klient pojištěn. S tou pak následně uzavírá smlouvu, v které je uvedeno, jaký rozsah odborných výkonů je agentura domácí péče oprávněna vykonávat. Jedná se o odborné a specializované výkony, které jsou uvedeny v seznamu diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami.

Sociální péče je také nedílnou součástí služeb, kterou agentury domácí péče poskytují. Vychází z financování ze sociálního pojištění, které jsme povinni ze zákona hradit, tak jako pojištění zdravotní. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky upravuje podmínky a možnosti, za kterých dochází k poskytování i k úhradě sociální péče a sociálních služeb. Tato úhrada není vázána na stávající síť sociálních zařízení, ale zohledňuje zejména kvalitu poskytované sociální péče a služby, ať už ji poskytují státní, či nově vzniklé nestátní subjekty. Každý klient má svobodu volby, který subjekt bude za sociální péči a pomoc určenou jeho osobě, získávat finanční prostředky od sociálního referátu příslušného úřadu.

Laická péče je v ohledu na péči v domácím prostředí nepostradatelná, ať už je poskytována rodinnými příslušníky, sousedy, či dobrovolníky. Všechny agentury domácí péče se vždy snaží o prosazení této formy pomoci, protože je jednak bezplatná a jednak kontakt s těmito lidmi bývá pro klienta často jediným pojítkem s vnějším světem. Dobrovolníci jsou nezastupitelní zejména u klientů dlouhodobě nemocných, osamělých nebo umírajících. Agentury domácí péče jim zajišťují dopravu a pomůcky, které pro svou činnost s klienty potřebují.

Nadstandartní péče je forma takové péče, která nemůže být agentuře proplácena ze zdrojů zdravotního ani sociálního pojištění. Jedná se často o služby, které jsme zvyklí si platit prostřednictvím státních, či soukromých provozoven. Jako je například manikúra, pedikúra, masáže, kadeřnictví a podobně. Pro podobné účely mají agentury domácí péče zpracován fixní Sazebník nadstandartních výkonů, dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Tento sazebník nadstandartních výkonů vzniká na podkladě součtu kalkulací za dopravu, čas a spotřebovaný materiál. Poskytovatel nadstandartní péče je povinen klienta před provedením výkonu seznámit s cenou výkonu a po provedení předložit účtenku s vypsányými položkami, které klientovi byli poskytnuty. (Hanzlíková, 2007, 272s., Jarošová, 2006, 110s.)

1.9 Právní normy upravující poskytování domácí péče

Poskytování domácí péče je od roku 1992 upraveno řadou platných právních norem, které uvádí, pro koho je tato forma péče určena, za jakých podmínek ji lze poskytovat, v jakém rozsahu a kým může být poskytována. Platné právní normy jsou vydávány příslušnými resorty, kterých se poskytování domácí péče týká. Například domácí zdravotní péče je definována v zákonu o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Způsob a výše úhrady domácí zdravotní péče je řešen v seznamu diagnostických a terapeutických výkonů. Kvalifikace a náplň činnosti každého odborného člena týmu i vybavení agentur domácí péče je upraveno platnými právními normami, které přesně definují materiální, věcné a technické vybavení agentur, i rozsah odborné způsobilosti poskytovatelů domácí péče. Sociální péče, která je poskytována jako součást domácí péče je upravena ve znění platné právní normy upravující poskytování sociální péče a pomoci (Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách).

Jak je zjevné z odkazu na platné právní normy, řada souvisejících zdravotních a sociálních problémů klienta je řešena z hlediska platných právních norem odděleně. Proto se i v praxi můžeme setkat s výrazy domácí péče, domácí zdravotní péče nebo komplexní domácí péče. Tady se jedná vždy o věcně správný platný pojem běžně užívaný v právních normách upravující poskytování zdravotní a sociální péče. Dalším, ale již nesprávně užívaným názvem je domácí ošetrovatelská péče. Jedná se o nesprávný výraz, který je spojen s nepochopením filosofie a koncepce domácí péče. Domácí péče, stejně tak jako hospitalizace klienta nebo péče v lůžkových zdravotnických zařízeních je založen na úzké spolupráci lékařů, sester, rehabilitačních pracovníků, logopedů, psychologů a dalších pracovníků v systému zdravotní a sociální péče s klientem a jeho blízkými. Role každého člena týmu je nezastupitelná a její obsah je dán dosaženou mírou kvalifikace v dané odbornosti a délkou praxe. Platné právní normy ukládají odborným zástupcům agentur domácí péče minimálně 5 let praxe v oboru a z toho 2 roky u lůžka. Tato kritéria rozsahu odborné praxe jsou nejpřísnější v celém systému zdravotní péče. Důvodem, který vedl ke stanovení takto přísných kritérií v rozsahu odborné praxe pro poskytovatele domácí péče je skutečnost, že v systému domácí péče mohou působit pouze ti profesionálové, kteří jsou schopni na vysoké odborné úrovni flexibilně reagovat na změny ve zdravotním stavu klienta.

Mezi další nesprávně užívané výrazy patří například terénní ošetrovatelská péče, rodinná sestra, domácí sestra a další. Tyto výrazy nemají svou oporu ve znění platných právních norem a jejich užíváním dochází ke zbytečné desorientaci laické veřejnosti. (Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Správné užívání pojmu domácí péče přispívá k jasnému vymezení její působnosti a ke zlepšení komunikace mezi agenturami domácí péče, ošetřujícími lékaři a klienty.

1.10 Klient a jeho soběstačnost

1.10.1 Vymezení pojmu soběstačnost klienta

Soběstačnost je míra samostatnosti, nebo participace člověka při vykonávání denních aktivit. Seběpéče je samostatné vykonávání denních aktivit, jako je vyprazdňování, oblékání, stravování, hygiena a podobně. Charakteristický rysem denních aktivit je jejich pravidelnost a automaticnost spojená s nějakými rituály. Provádění těchto činností v podstatě odpovídá základním biologickým potřebám člověka. (Trachtová, E. a kol., 2001, 185 s.)

Do kategorie seběpéče se tedy zahrnují základní každodenní činnosti, které pomáhají udržovat zdraví jedince. Zdravý dospělý člověk je při zvládnutí těchto aktivit soběstačný, každodenní činnosti vykonává samostatně, pravidelně, bez pomoci druhé osoby. V průběhu ontogenetického vývoje je rozdílná míra soběstačnosti při zvládnutí každodenních činností. Kojenec je ve svých činnostech zcela závislý na matce, závislost se postupně mění na nezávislost a v období stáří se člověk opět stává více či méně nesoběstačný. Nemocný člověk může mít aktuálně i potencionálně sníženou schopnost soběstačnosti. Aktuálně snížená soběstačnost se může projevit u imobilního člověka například po cévní mozkové příhodě. O potencionálně snížené soběstačnosti mluvíme u klienta, který se například připravuje na operační výkon. (Trachtová et al., 2001, 186 s.)

Klienti se sníženou soběstačností, neschopností provádět běžné denní činnosti, prožívají tento stav velmi emocionálně a negativně.

Z hlediska soběstačnosti můžeme klienty rozdělit do čtyř skupin. První skupinou jsou klienti zcela soběstační, nezávislý na pomoci druhé osoby. Do druhé skupiny řadíme klienty částečně soběstační, schopní sebeobsluhy i mimo lůžko, avšak vyžadují pomoc druhé osoby, či okolí. Třetí skupinou jsou klienti zcela či částečně soběstační, avšak

upoutaní na lůžko, často psychicky dekompenzovaní, vyžadující pomoc druhé osoby. A poslední čtvrtou skupinou jsou klienti nesoběstační, upoutaní na lůžko, psychicky dekompenzovaní, popřípadě i lidé v bezvědomí, jsou zcela fyzicky i psychicky závislí na pomoci jiných osob. (Staňková, 2001, 55 s.)

1.10.2 Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti klienta

Soběstačnost klienta je ovlivňována dvěma faktory. Prvním faktorem je funkční zdatnost člověka a to jak po stránce tělesné, tak i psychické, včetně jeho potřebných dovedností a znalostí, které chybějí např. nemocným se syndromem demence. A druhým faktorem myslíme náročnost prostředí.

V úvahu je potřeba brát vždy oba faktory a je chybou považovat zdatnost organismu za záležitost zdravotnickou a náročnost prostředí pouze za záležitost sociální. Povaha konkrétního domácího prostředí daného klienta, jeho náročnost a bezpečnost, určuje zaměření a rozsah ucelené rehabilitace, podílí se na potřebě a spotřebě ústavní péče ať akutní nemocniční, nebo tzv. následné a dlouhodobé. Soběstačnost lze zachovat či obnovit často, např. po cévní mozkové příhodě, spíše úpravami prostředí než normalizací funkční zdatnosti klienta. Mnozí nemocní jsou přes svá postižení plně soběstační v kvalitním bydlení vyšší kategorie (výtah, dálkové topení), či dokonce v bezbariérovém prostředí, ale významně závislí v prostředí náročném (bydlení na samotě, ve vyšších patrech bez výtahu), které může být nakonec hlavním důvodem umístění člověka v dlouhodobé ústavní péči. Také posouzení použitelnosti a účelnosti kompenzačních pomůcek je možné pouze se znalostí nejen funkčního deficitu, ale také kompenzačních schopností nemocného a konkrétní podoby prostředí, v němž se klient pohybuje, např. velikost koupelny, umístění vany, či šířka dveří.

1.10.3 Hodnocení soběstačnosti během aktivit denního života

Koncept hodnocení aktivit každodenního, běžného, všedního života, označovaných obecně jako **ADL** (Activities of daily living) vychází z přesvědčení, že u klientů především se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. rozsahu pohybu či samostatné svalové síly. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Proto se také hovoří o ucelené rehabilitaci, která zahrnuje nejen vlastní deficit ale také podpůrné faktory tělesné, psychosociální souvislosti a charakteristiky. Není zaměřena na poruchu, nýbrž na znevýhodnění a na tělesné a sociální fungování. Původní index nezávislosti

v každodenních aktivitách vytvořil v roce 1964 S. Katz. Test prošel několika zjednodušujícími úpravami a způsoby hodnocení. Je zkráceně označován jako **Katzův index ADL**. Tento šesti položkový index sjednocuje pohled na křehkého klienta v úrovni sebeobsluhy. Hodnotí přemísťování (přesun z lůžka do křesla, chůze kolem lůžka), používání toalety, kontinence, koupání, schopnost samostatně jíst a oblékání (viz příloha č. 1). Původní hodnocení má podobu „ANO / NE“ (6 bodů = úplná nezávislost, 4 body = lehčí závislost, 2 body = těžká závislost, 0 bodů = úplná závislost). Kvalifikaci provádějí sami respondenti či jim blízké osoby v rámci řízeného rozhovoru či dotazníkovou formou.

Alternativní formou je **Barthelův index ADL** (viz. příloha č. 2). Zahrnuje navíc hodnocení upravenosti, chůze a stoupaní do schodů. Hodnocení je posuzováno z trojúrovňového skórování – provede sám, provede s dopomocí, neprovede. Pokud klient získá 0 - 40 bodů, je vysoce závislý v běžných denních činnostech, 45 - 60 bodů je středně závislý a pokud dosáhne více jak 60 bodů, jedná se o závislost lehčího stupně.

Jinou modifikací, využívající i grafické zpracování, je tzv. **funkční míra nezávislosti FIM** (*functional independence measure*). FIM (viz. příloha č. 4) je mezinárodně uznávané hodnocení nezávislosti zachycující základní schopnosti jedince v oblasti základních aktivit denního života. Využívá sedmistupňovou stupnici s přesně definovaným manuálem členění do stupňů míry funkčního postižení a hodnotí v základní sestavě 18 položek, např. příjem jídla, osobní hygienu, oblékání, funkci močení, funkci střev, přesuny, chůzi, zdolávání schodů apod. Míru FIM je možno uplatnit ve zdravotnictví i v sociální oblasti, neboť umožňuje kontinuálně sledovat postup změny funkčních schopností pacienta. V České republice je tato metoda bohužel málo rozšířená a používaná.

K popisu funkčního postižení můžeme využít také **Lawtonovu škálu IADL** (viz. příloha č. 3). Ta je zaměřena na složitější činnosti, které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost: nakupování, vaření, běžný úklid, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi, telefonování. (Kalvach, 2008, 336 s.)

1.11 Funkce rodiny u klienta v domácí péči

Funkce rodiny se vyvíjela v souvislosti se společenskými změnami, které ovlivňovali postavení rodiny ve společnosti i vztahy uvnitř rodiny. Moderní rodina

pozbyla některé ze svých dřívějších funkcí. Jiné funkce ztratily na důležitosti. Uvádíme čtyři základní funkce. Funkce reprodukční, funkce materiální, která měla v minulosti významnější místo než nyní, protože funguje systém sociálních podpor, a slabší členové rodiny nejsou tolik závislí na silnějších. Dále funkce výchovná, kdy rodina poskytuje dítěti základní orientaci v okolním světě, funguje jako regulátor nežádoucích činností. A funkce emocionální, kdy v této oblasti plní rodina funkci jedinečnosti a nezastupelnosti.

Pokud je rodina dysfunkční, je právě tato oblast nejvíce zraňující. Rodina poskytuje všem svým členům uspokojení řady potřeb. Mezi jinými potřebu podpory, pomoci a přijetí, potřeby společných rituálů, společných plánů, apod.. (Šimková a Kubičková, 2015)

Onemocnění člena rodiny zasáhne téměř vždy celou jeho rodinu. S onemocněním člena rodiny se spojuje termín „nemocná rodina“. (Marková, 2009)

Spolupráce s rodinou v oblasti domácí péče je nenahraditelná, i když navázání spolupráce nebývá často jednoduché. Členové rodiny mívají obavy, aby svou pomocí nepůsobili ještě větší zhoršení zdravotního stavu. Na druhé straně ve snaze pomoci také mnohdy způsobují nesnáze v léčebném režimu, např. nedodržením dietního opatření, či klidu na lůžku. Důležitou roli plní zejména v oblasti zlepšování úrovně soběstačnosti a sebezpěče a v oblasti psychosociální. Je důležité najít si čas na nejbližší členy rodiny a seznámit je s individuálním plánem péče. Vše musí mít svůj řád a pravidla. Ošetrovatelská péče je vždy týmová a sladit požadavky a očekávání jednotlivých členů týmu je mnohdy velmi obtížné. Podstatné je, že středem zájmu musí zůstat sám klient a jeho souhlas se stanoveným plánem. Rozhovorem s rodinou zjistíme, jaký motivační postoj členové rodiny mají a zda spolupráci vítají. Nezapomínáme na to, že často nemají žádné zkušenosti s péčí o nemocného. Nevědí, jak mají svého blízkého posadit, pomoci mu nadzvednout se, upravit mu lůžko, usnadnit pohyb na lůžku a podobně. Příbuzní potřebují vědět, jaká omezení klient má, v čem mohou být užiteční a jak pomoc vykonávat. Je obtížné respektovat to, že sám klient někdy není ochoten přijímat pomoc od svých příbuzných. Někdo mívá pocit, že své příbuzné příliš zatěžuje, a proto přijímá péči raději od profesionálů. (Kleťetová a Dlabalová, 2008, 208 s.)

1.12 Bezpečí domova

Nedílnou součástí je popis náročnosti prostředí, v němž se klient pohybuje. V zahraničí fungují tzv. mobilní ergoterapeuti, kteří provádějí zhodnocení domácího

prostředí a navrhuji kompenzační pomůcky. Zhodnocení domácího prostředí je placený zdravotnický výkon, který v České republice doposud není prostřednictvím domácí zdravotní péče plně realizován. První cílené projekty tohoto typu, nad rámec doporučení praktických lékařů při běžných návštěvách, se objevily v polovině 80. let 20. století a přednostně se věnovaly prostředí, do něhož se vraceli nemocní po zlomenině krčku femuru. Přehledy kontrolovaných prvků, respektive protokoly domácích návštěv, vznikly rovněž především ve druhé polovině 80. let. Přes 50 % nalezených problémů a možných zlepšení se týkalo koupelny. V protokolech se pozornost věnuje především úpravě bydlení, schodištím, protiskluzové úpravě podlahy, bariérám, vybavení koupelny, instalaci madel, osvětlení, vytápění, výšce sedaček a podobně.

Uvádíme některé pomůcky a zařízení pro bezpečnou domácnost. Velmi důležité bývá dostatečné osvětlení, aby klient měl možnost v noci rozsvítit lampičku. Dále je vhodné barevné rozlišení vypínačů a jejich dostupnost, stabilní uspořádání místnosti, vhodný nábytek, zvýšené lůžko a židle, nácvik nových způsobů změn polohy v souvislosti s onemocněním a soběstačností klienta (hrazdička u lůžka, zvedací panel horní části lůžka, přenosné podložky pro přesun imobilních, měkké materiály k vypodložení rizikových bolestivých a ohrožených tělesných partií a také ke stimulaci motorických receptorů, různé druhy židlí a stoliček k sezení při přípravě jídla). Pro lepší sebeobsluhu v oblasti stravování je nutné vhodné nádobí např. speciální umělohmotné talíře s držákem, uzpůsobené příbory a nože s úchopovou částí, různé nádoby podle druhu postižení. Dále pomůcky pro snadnější oblékání a obouvání, jako je navlékač ponožek, dlouhé obouvátko, zapínač knoflíků, podavač pro sběr předmětů ze země, apod. Dále pomůcky pro usnadnění hygieny, jako jsou madla v koupelně a na WC, sedačka do vany, protiskluzová podložka, zvýšená záchodová mísa nebo nástavec na WC, speciální židle na WC, nafukovací umyvadlo nebo lůžko do postele (u imobilních klientů). Dále jsou to ochranné krémy na ohrožená místa těla, pomůcky pro usnadnění pohybu, různé druhy chodítek (s kolečky, s posunem, s košíkem, brzdou), francouzské berle, hůl, nejlépe s protiskluzovou gumovou ochranou a v neposlední řadě je důležitá i vhodná plná obuv a ponožky bez stahovacích gumiček. (Klevetová a Dlabalová, 2008, 208 s.)

1.12.1 Kompenzační pomůcky

Jedná se o pomůcky, které kompenzují, tedy dorovávají či nahrazují. Pomáhají při nedostatečnosti různých funkcí lidského těla, které jsou změněny v důsledku onemocnění. Pomůcky předepisuje odborný či praktický lékař, který by měl mít

k dispozici Číselník PZT (pomůcky zdravotně technické). V tomto číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny, který je alespoň dvakrát do roka aktualizován, jsou zaneseny kompenzační pomůcky s přiřazenými číselnými kódy. Kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny se číselníkem řídí i ostatní zdravotní pojišťovny. Pokud se klient rozhodne pořídit si některou z kompenzačních pomůcek, měl by si zjistit a ověřit potřebné informace. Pro získání více informací lze doporučit nejprve návštěvu prodejny zdravotnických potřeb. Dnes je výběr se zdravotnickými potřebami opravdu veliký, proto je vhodné ověřit si firmy, které pomůcky distribuují a v jakých cenových rozdílech se pohybují. V těchto prodejnách bychom měli získat informace o jednotlivých pomůckách a jejich vhodnosti, pod jakým číslem je pomůcka uvedena v Číselníku PZT, jakou měrou je pomůcka hrazena zdravotní pojišťovnou (plně, částečně nebo vůbec), který lékař pomůcku předepisuje (ortoped, neurolog, praktický lékař, atd.) a zda je potřeba souhlasu revizního lékaře.

Zapůjčování či pronájem kompenzačních pomůcek lze uplatnit pouze za podmínek, pokud má pomůcka svůj kód v katalogu pojišťoven a doporučí ji ošetřující lékař a revizní lékař napíše na pojišťovnu žádost. Vyřízení této žádosti trvá obvykle 2 - 3 měsíce. Ceny za pronájem pomůcky se odvíjí od jejího typu. Například polohovací postel s antidekubitární matrací je možné pronajmout za 1430 Kč / měsíčně, firma se postará i její dopravu a instalaci za poplatek 340 Kč. Za 30 měsíců již považuje firma lůžko za odkoupené.

Další možností pro získání kompenzační pomůcky je zaslání žádosti na sociální odbor obce s rozšířenou působností. Výčet pomůcek, na něž se příspěvek poskytuje, tvoří přílohu k zákonu č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. V případě, že došlo k využití všech možností, jak dosáhnout příspěvků od státu a od zdravotní pojišťovny a peníze stále chybí, je možné ji získat také žádostí u některých z nadací (např. Nadace Charity 77, Výbor dobré vůle, atd.), či formou sponzorského daru.

1.13 Ošetřovatelská péče u klienta v domácím prostředí

Péče v domácím prostředí blahodárně působí na nemocného a přínosem může být i pro pečující rodinu, na pečující však klade určité nároky. Po měsíce někdy i léta bude nemocný určovat rytmus a styl života celé rodiny. Ne každý je připraven převzít

odpovědnost a úkoly související s péčí o nemocné blízké. Je to velká fyzická i psychická zátěž, a proto je nutné, aby ti co pečují, pečovali též o sebe sama.

Pro klienta, který je léčen v domácím prostředí je velmi důležité podporovat a udržovat jeho soběstačnost na co nejvyšší úrovni. Je úkolem sestry, aby poučila samotného klienta, ale i jeho blízké o postupech sloužících k podpoře v péči o sebe sama. Sestra vyrozumí klienta a jeho rodinu, aby přizpůsobili domov tak, aby klient mohl provádět co nejvíce činností samostatně. Dále poučí rodinu, aby pomáhala klientovi jen tolik, kolik je opravdu zapotřebí a nechala ho, aby se podílel na plánování osobní péče. (Nežádal, 1998, 105 s.)

1.14 Zajištění základních potřeb klienta

1.14.1 Zajištění příjmu potravy a tekutin

Potřeba stravy a tekutin se mění podle aktuálního zdravotního stavu klienta. Někdy, pokud je klient nucen do jídla, dochází ke zbytečnému zatěžování organismu a mohou nastat potíže s vyprazdňováním. Doporučují se připravovat lehká, snadno požitelná a stravitelná jídla a to v malém množství, častěji za den. Je spíše důležité dbát na dostatečný příjem tekutin, aby nedocházelo k dehydrataci a tím i k dalším komplikacím.

Sestry v domácí péči by také měly, mimo jiné, sledovat stravovací návyky klientů. Zejména pak seniorů, kde hrozí riziko malnutrice. Měly by sledovat, zda-li dodržují pitný režim a posuzovat výběr potravin vzhledem k řadě onemocnění, které stáří provázejí. Je vhodné předat klientovi, či jeho rodině vhodné materiály, kde je uvedeno složení zdravé výživy a konzultovat sním a s jeho rodinou vhodné potraviny a tekutiny se správným složením pro jeho stávající potřeby. Je velmi důležité vyšetřit i nutriční stav klienta. Mimo jiné i z těch důvodů, aby ošetřovatelské intervence nebyly promarněné jen proto, že výživa klienta je nedostačující a má podíl na tom, že se jeho stav nelepší. (Klevetová, Dláblová, 2008, 208s.)

1.14.2 Vyprazdňování

Pravidelnost vyprazdňování má také vliv na celkový stav nemocného. Nejčastější komplikací, která nastává je zácpa. Ať už vzniká vlivem působení některých léků, nedostatkem pohybu či nesprávným stravováním, můžeme ji často předcházet. A to podáváním jídla bohatého na vlákninu, dostatečným příjmem tekutin a v případě

potřeby podáváním projímadel. Pokud klient dostává opiáty (tablety, injekce, náplasti), je obvykle nutné jejich užívání. A to již jako prevence zácpy, nikoliv až po týdnu od zahájení léčby. Musí se brát v potaz i to, jaké množství potravy klient přijímá. Pokud téměř nejí, není nutné se znepokojovat tím, že nechodí často na stolicí.

Při inkontinenci moči či stolice se doporučují používat speciální pomůcky, jako jsou savé podložky, pleny nebo plenkové kalhoty.

1.14.3 Osobní hygiena

Hygienickou péči řadíme mezi základní činnosti ošetrovatelské péče. Úloha sestry v rámci poskytování hygienické péče se odvíjí od úrovně soběstačnosti klienta. Hygienická péče spočívá v systematickém poskytování rad, v koordinaci s vykonáváním postupů vedoucích k uspokojení potřeby čistoty, ale také vedou k odhalení nedostatků a nesprávných návyků v oblasti hygieny a jejich nápravě. Během provádění hygieny si sestra všímá celkového stavu pacienta a může odhalit podstatné skutečnosti pro plánování péče (míra soběstačnosti kožní defekty, známky infekce atd.).

Provádění hygieny je závislé na aktuálním stavu klienta. Je-li schopen přepravy do koupelny, může se eventuálně za pomoci různých kompenzačních pomůcek vykoupat či osprchovat. Pokud je nemocný slabý a jeho přeprava do koupelny není možná, provádíme hygienu na lůžku. Použijeme mýdlo, žínku, ručníky a různé kosmetické přípravky (např. zdravotní kosmetika pro citlivou pokožku, ochranné a masážní krémy). Po umytí ošetříme pokožku (promazáním, masáží) a oblékneme čistou košili. Vyměníme podložku, dle potřeby i prostěradlo či povlečení. (Mastiliáková, 2003, 143s.)

1.14.4 Prevence proleženin

Klient upoutaný na lůžko je vážně ohrožen vznikem dekubitů. K proleženinám dochází zejména v místech, kde je na těle nejméně svalové hmoty a pokožka bezprostředně naléhá na kost či kloub. Nejohroženějšími místy jsou v poloze na zádech zejména paty, lokty a záda v krajině bederní a křížové. V poloze na boku se jedná o rameno, kyčel, hřeben pánevní kosti, žebra, loket, kotník. (CESTA DOMŮ, z.ú., 2015)

V polosedě mezi ohrožená místa řadíme lopatky, obratle a křížovou oblast. Při péči o klienta bereme v úvahu možnost vznik dekubitů a snažíme se jejich vzniku předcházet, a to zejména polohováním, kdy klient v určitých intervalech mění polohu těla (poloha na pravém či levém boku, poloha na zádech, poloha vsedě, atd.). Poloha se

mění nejčastěji ve dvouhodinových intervalech, dle aktuálního stavu a individuálních požadavků můžeme tuto dobu upravit. Polohu těžko pohyblivého klienta zajistíme pomocí polštářů nebo molitanových podložek. Dalším důležitým atributem je péče o pokožku a úpravu lůžka, aby nevznikaly na kůži opruzeniny a proleženiny. Dbáme na to, aby pokožka byla čistá a suchá. Zajistíme přístup vzduchu na ohrožená místa. Pokud je kůže suchá, je náchylnější k drobným záděrám a poraněním. Proto dbáme na dostatečné promazávání. Lůžko musí být suché a čisté, prostěradlo či podložka bez skladů a nerovností, aby nedošlo k otlacení a poranění pokožky (CESTA DOMŮ, z.ú., 2015). Dále můžeme provádět jemné masáže, kdy jemným masírováním podporujeme prokrvení tkáně. Používáme jemně mentolové mazání (CESTA DOMŮ, z.ú., 2015). A používáme antidekubitární pomůcky, jako jsou antidekubitární matrace, podložky, věnečky pod paty, hlavu, použitím tunelů pod dolní končetiny, kdy tunel brání zevní rotaci a vzniku dekubitů na patě, apod.).

1.15 Hospitalizace versus domácí péče

Při hospitalizaci klienta do lůžkových zařízení dochází nejčastěji k psychickým změnám, které mohou mít velmi negativní vliv na celkové uzdravování. Jedinec se najednou ocitá v neznámém prostředí s neznámými lidmi. Každý člověk tuto situaci zvládá jiným způsobem, záleží na jeho adaptačních schopnostech a podpoře jeho nejbližších. Dlouhé pobyty v nemocnici mohou způsobit, že chování klienta změněné v průběhu choroby se stává do jisté míry naučeným, fixuje se a nemocný si uchovává změněné chování i tehdy, kdy se uzdravuje a nemá k tomu důvod. Často to můžeme pozorovat u malých dětí a starších občanů, kteří se vyžívají ve starostlivějším přístupu ze strany rodičů nebo blízkých. Dalším problémem při hospitalizaci je nedostatečná stimulace ze strany ošetřujícího personálu k tomu, aby klient zůstal co nejvíce soběstačný. Tím dochází k velmi rychlé závislosti a nakonec i spokojenosti s tím, že je ošetřen, má pohodlí a nemusí překonávat potíže a překážky, se kterými se setkával doma (oblékání, mytí, obstarávání jídla a podobně). Dalším negativem hospitalizace je vznik nozokomiálních nákaz, které vznikají v příčinné souvislosti s pobytem klientů ve zdravotnických zařízeních. Finanční náklady, které jsou spojeny s léčbou nozokomiálních nákaz jsou natolik vysoké, že cílem všech moderních systémů zdravotní péče je minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních.

(Kodejšková, 2009, 112 s.; Misconiová, Národní centrum domácí péče České republiky, 2006)

Za uplynulých dvacet let klesla podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky průměrná ošetrující doba na polovinu. V roce 1986 si klient poležel ve zdravotnických zařízeních déle než 14 dní, zatímco minulý rok už jen v průměru 7,8 dne. Nejsilnějším motorem postupného snižování délky pobytu v nemocnici je sám klient. Snad až na výjimky si nikdo nepřeje pobýt na nemocničním lůžku déle, než je nutné. Díky emancipaci klientů i lepší komunikaci s lékaři roste jejich informovanost, stávají se partnery a spolu s lékařem se, pokud to zdravotní stav dovoluje, mohou dohodnout na optimální délce hospitalizace a spoluprací s praktickým lékařem i na využití služeb agentur domácí péče. (Křivohlavý, 2002, 198 s.)

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zjistit, jakým způsobem sestry agentur domácí péče využívají ošetrovatelské intervence k podpoře soběstačnosti klientů.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry agentur domácí péče testují soběstačnost klientů, kteří využívají jejich služby.

Hypotéza 2: Sestry agentur domácí péče používají ke zvyšování soběstačnosti klientů kompenzační pomůcky.

Hypotéza 3: Sestry agentur domácí péče aktivně zapojují rodinné příslušníky klientů k podpoře soběstačnosti.

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

K naplnění stanoveného cíle bylo zvoleno kvantitativního výzkumného šetření mezi odbornou veřejností a klienty agentur domácí péče. Sběr dat byl proveden formou dotazníků. Dotazník obsahuje několik základních výzkumných otázek, jimiž si ověřuji užitečnost této práce.

1. dotazník byl určen pro sestry z agentur domácí péče a obsahoval celkem 20 otázek. Otázky byly uzavřené a polouzavřené typu. Dotazníky byly rozdány v náhodně vybraných agenturách, v lokalitě jižních Čech.

2. dotazník byl určen pro klienty, kteří využívají služeb agentur domácí péče. Dotazník obsahoval celkem 25 uzavřených a polouzavřených otázek. Dotazníky byly rozdány v agenturách v lokalitě jižních Čech.

U otázek, kde mohou respondenti vybírat z odpovědí, jsou výstupní hodnotou statistické grafy, které přiblíží představu o dané problematice. Odpovědi z dotazníku, které byly volně psány respondenty, řeším jednotlivě. Pořadí grafů odpovídá strukturou jednotlivým otázkám z dotazníkového šetření.

V metodice dále provádím analýzu situačního průzkumu na základě rozboru dostupných zdrojů informací, rešerše literatury. Využívám též metod syntézy a komparace.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

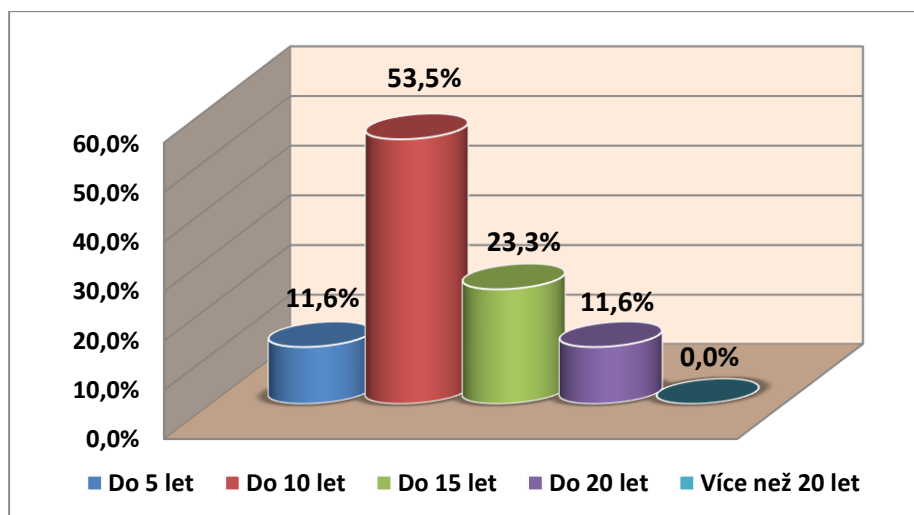
První výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími v agenturách domácí péče v lokalitě jižních Čech a to konkrétně z měst: České Budějovice, Soběslav, Tábor, Kaplice, Týn nad Vltavou a okolí, Pacov, Pelhřimov, Blatná, Písek a Protivín. Rozdáno bylo celkem 60 dotazníků (100 %), ze kterých návratnost činila 43 (72 %).

Druhým výzkumným souborem se stali klienti, kteří využívají služby, které agentury domácí péče nabízejí. Rozdáno bylo celkem 60 dotazníků a jejich návratnost činila 52 (87 %). Dotazníky byly rozdány klientům v Českých Budějovicích, Týně nad Vltavou a jeho okolí.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky výzkumu sester pracujících v ADP

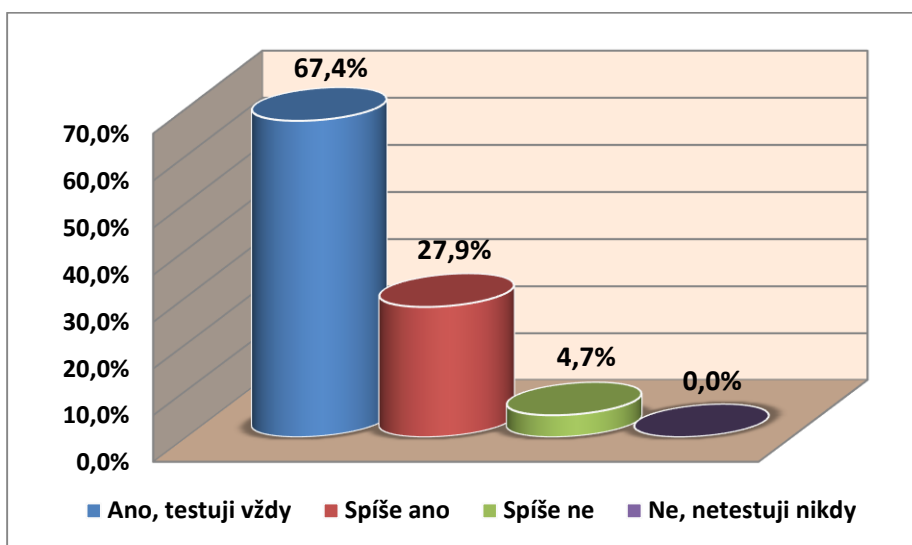
Graf č. 1 - Zastoupení sester podle délky odpracovaných let v ADP



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1 znázorňuje zastoupení sester podle délky odpracovaných let. Ze 43 (100 %) zdravotních sester jich 23 (53,5 %) pracuje v ADP v délce 6 – 10 let, 10 sester (23,3 %) 11 – 15 let, 5 sester (11,6 %) stejně v délce 0 – 5 let i 16 – 20 let, více než 20 let nemá odpracováno žádná (0 %) z dotazovaných sester.

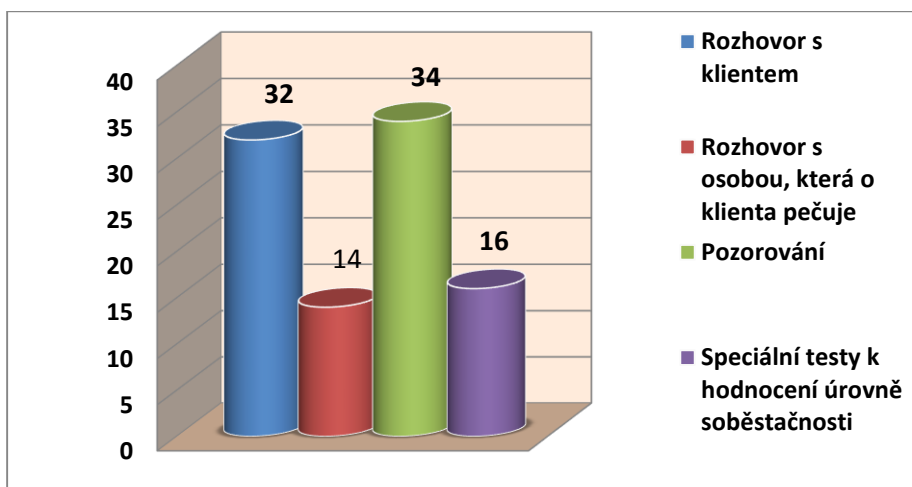
Graf č. 2 - Testování a hodnocení úrovně soběstačnosti klientů sestrami z ADP



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 2, zda-li sestry z ADP hodnotí a testují úroveň soběstačnosti svých klientů, uvedlo 29 sester (67,4 %), že ano, a testují jí vždy u každého klienta, 12 sester (27,9 %) odpovědělo, že spíše ano, 2 sestry (4,7 %), že spíše ne, ale žádná ze sester (0 %) neuvědla, že by úroveň soběstačnosti u klientů netestovala nikdy.

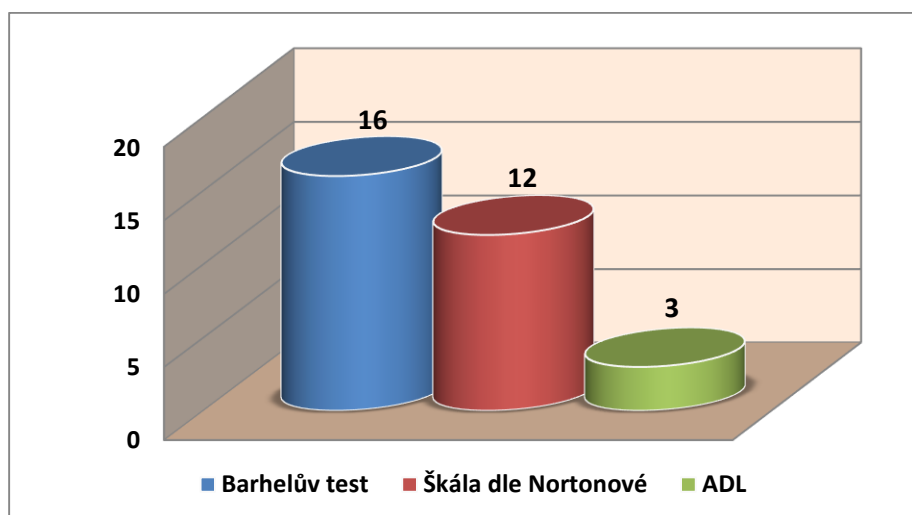
Graf č. 3 - Metody využívané sestrami, k testování a hodnocení úrovně soběstačnosti klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 znázorňuje metody, které sestry používají při hodnocení úrovně soběstačnosti u svých klientů. Sestry měly formou dotazníku možnost zaškrtnout více odpovědí, proto grafické znázornění ukazuje počet odpovědí, nikoliv procenta. Celkový počet odpovědí byl 96. Z grafu vyplývá, že sestrami nejvíce používanými metodami, jsou metody pozorování (34 odpovědí) a rozhovoru s daným klientem (32 odpovědí), dále k hodnocení úrovně soběstačnosti využívají speciálních testů k tomu určené – např. Barthelův test (16 odpovědí) a nejmenší počet odpovědí získala metoda rozhovoru s osobou, která o klienta pečuje (14 odpovědí).

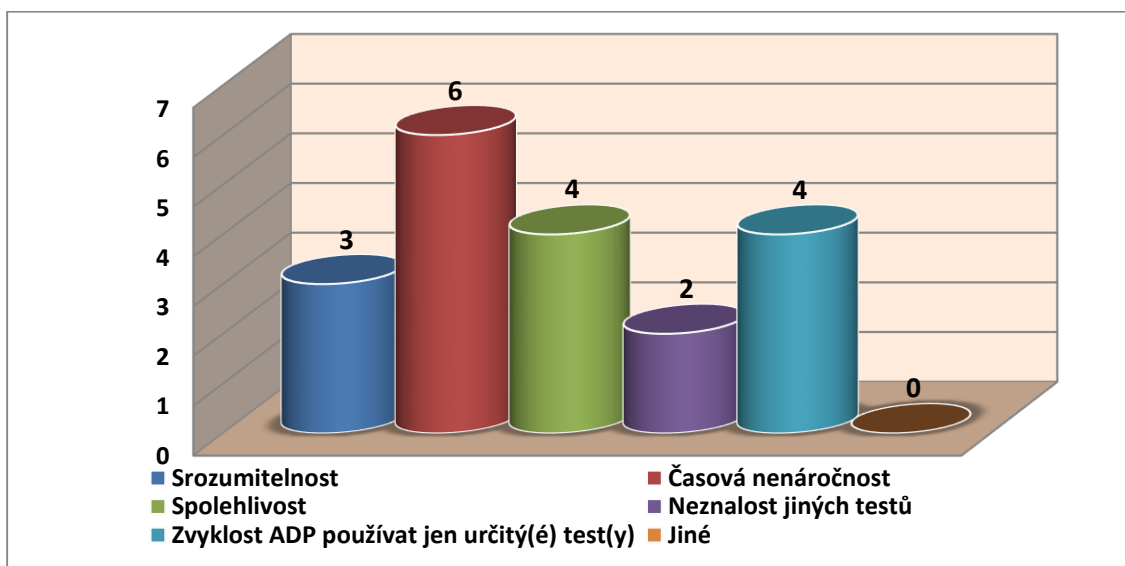
Graf č. 4 - Testy používané sestrami, k hodnocení úrovně soběstačnosti klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 zobrazuje nejvíce používané testy k hodnocení úrovně soběstačnosti klientů sestrami z ADP. Formou otevřené otázky měly sestry uvést alespoň 1 test. Z celkového počtu 16 sester, které testy používaly, všechny uvedly, že soběstačnost hodnotí pomocí Barthelova testu (16 odpovědí), 12 sester ještě uvedla bodovou škálu dle Northonové k hodnocení rizika vzniku dekubitů (12 odpovědí) a 3 sestry test ADL, který slouží k hodnocení aktivit běžného, všedního života (3 odpovědi).

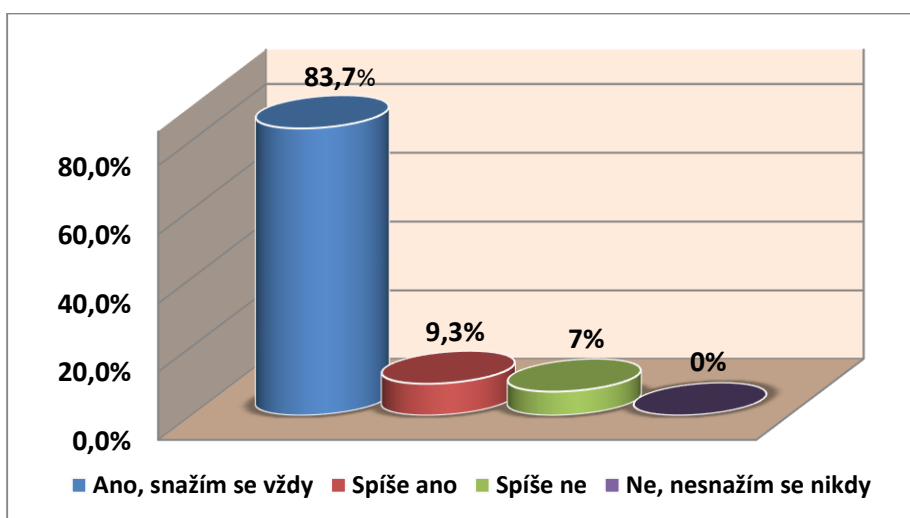
Graf č. 5 - Faktory podstatné pro výběr, sestrami používaného testu k hodnocení úrovně soběstačnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 poukazuje na faktory, které ovlivňují sestry z ADP při výběru testu/ů pro hodnocení úrovně soběstačnosti klienta. Z výsledků vyplynulo, že z 16 sester, které testy používají, je pro ně nejdůležitější časová nenáročnost testu (6 odpovědí), spolehlivost (4 odpovědi) a srozumitelnost (3 odpovědi), dále sestry přiznávají používání určitého testu jen „ze zvyku“ (3 odpovědi) a z neznalosti testů jiných (2 odpovědi).

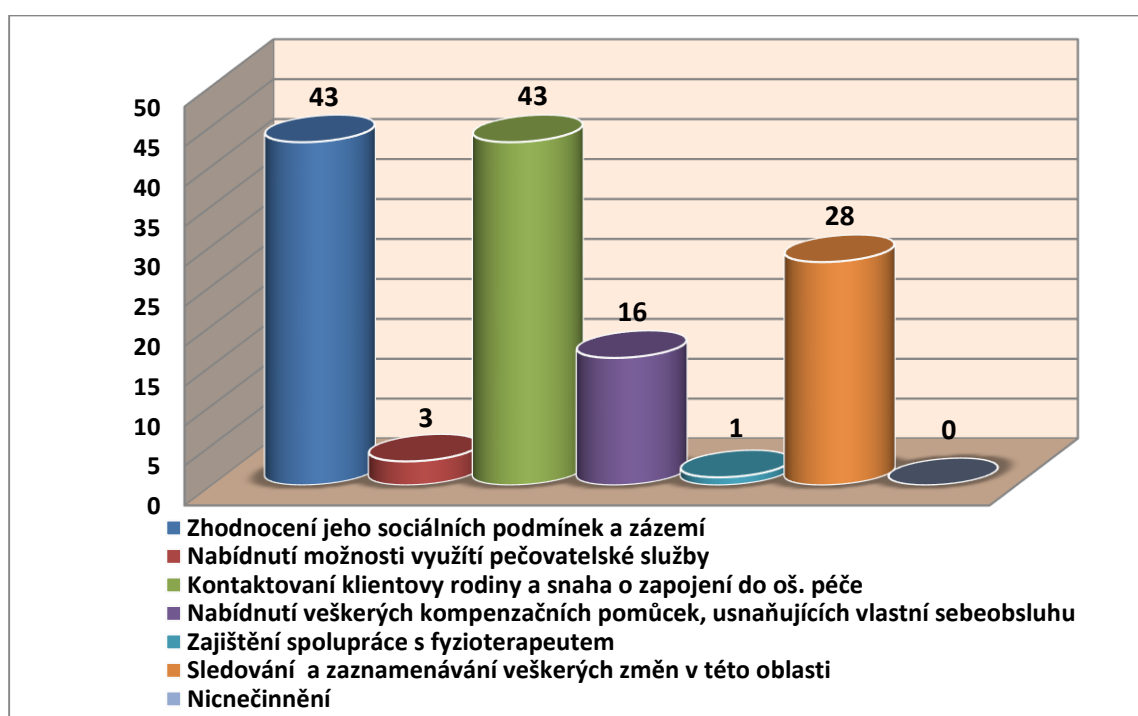
Graf č. 6 - Snaha sester o zvyšování, či alespoň udržování soběstačnosti klienta na stejné úrovni



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6 zjišťovala, zda-li se sestry snaží u svých klientů se sníženou úrovní soběstačnosti pomáhat k jejich plnému či částečnému navrácení nebo alespoň k udržení na stejné úrovni. Ze 43 dotazovaných sester (100 %) téměř většina, tedy 36 sester (83,7 %) odpověděla, že ano, a že se snaží vždy u těch klientů, u kterých došlo k ztrátě či poklesu vlastní soběstačnosti, 4 sestry (9,3 %) zvolily z nabízených variant odpověď „spíše ano“ a 3 sestry (7 %) uvedly, že spíše ne, nulový počet sester (0 %) přiznává, že by se o to nepokusila nikdy.

Graf č. 7 - Postupování sester při zjištění snížené úrovně soběstačnosti klienta

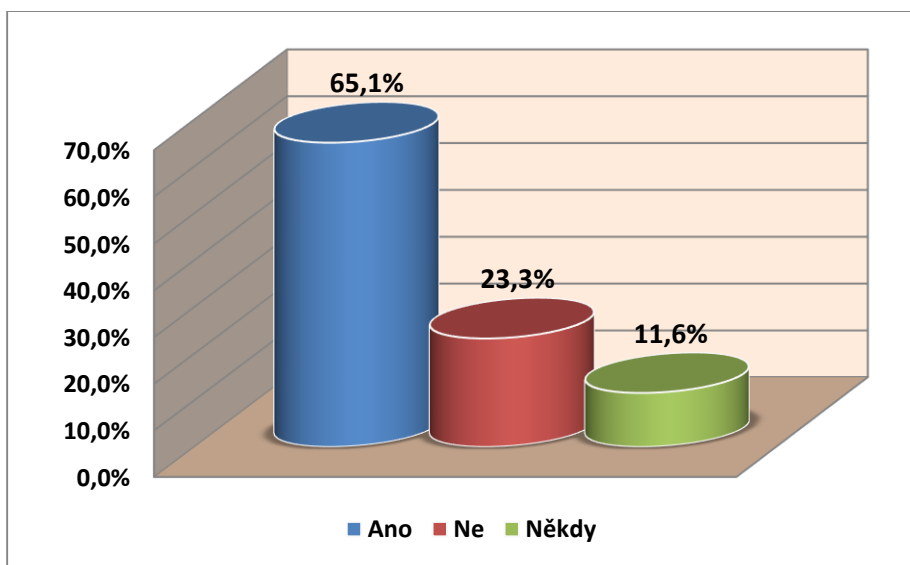


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7 vyhodnocuje otázku, která zjišťovala postupy sester v případě diagnostiky zhoršené úrovně soběstačnosti u klienta. Otázka nabízela sestrám možnost zaškrtnout více odpovědí najednou. Celkový počet činil 134 odpovědí. Z grafu vyplývá skutečnost, že všechny sestry volily odpověď (43 odpovědí) pro zhodnocení klientových sociálních podmínek, v jakých se aktuálně nachází a zázemí, ve kterém žije, stejným počtem (43 odpovědí) hodnotily sestry také potřebu zkontaktovat klientovu rodinu a snažit se jí zapojit do ošetrovatelské péče, ve snaze zlepšit jeho úroveň soběstačnosti, dále z grafu vyplývá četnost zvolených odpovědí (v počtu 28 odpovědí), které vytváří nutnost sester sledovat a zaznamenávat veškeré změny v oblasti soběstačnosti. Dále je z grafu zřejmé,

že nabídka kompenzačních pomůcek, která pomáhá klientovi v lepší sebeobsluze, není sestrami příliš významnou složkou k podpoře vlastní soběstačnosti. Ze všech dotazovaných sester, které vyplňovaly dotazník, volila praktiky s kompenzačními pomůckami jen část sester. Celkový počet činil 16 odpovědí. Nejmenší počet odpovědí zajistila spolupráce sestry s fyzioterapeutem, která byla v počtu všech odpovědí zvolena pouze jako jedna jediná. Nulový počet odpovědí patří praktikám nicnedělání.

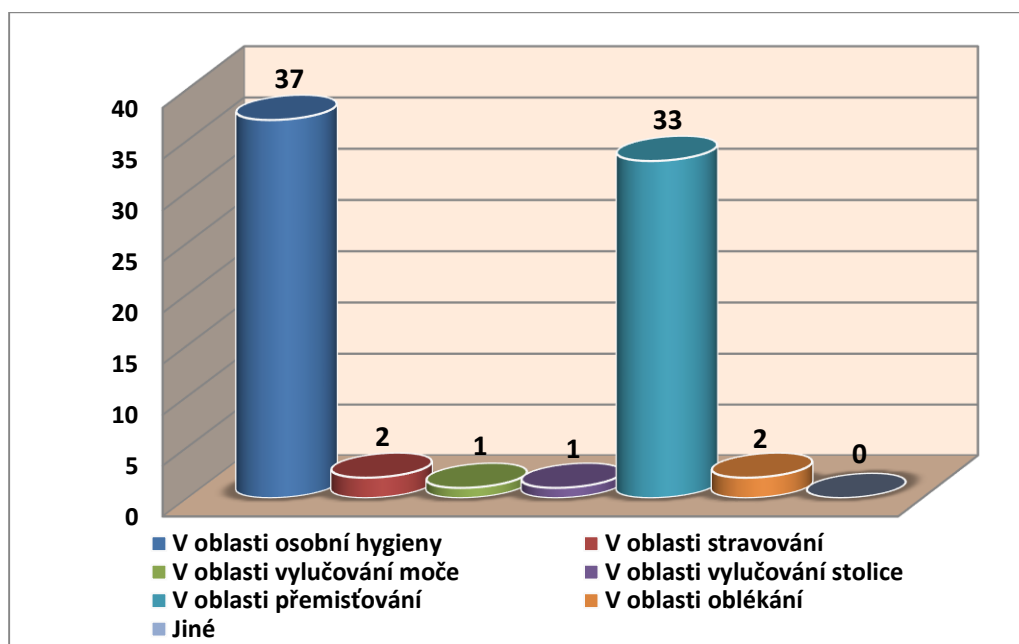
Graf č. 8 - Schopnost sestry pomoci klientovi v oblasti sebepéče



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 8 vyplývá, že více než polovina, tedy 28 sester (65,1 %) pomáhá svým klientům v oblasti sebepéče vždy, 10 sester (23,3 %) nepomáhá svým klientům vůbec a 5 sester (11,6 %) pouze někdy.

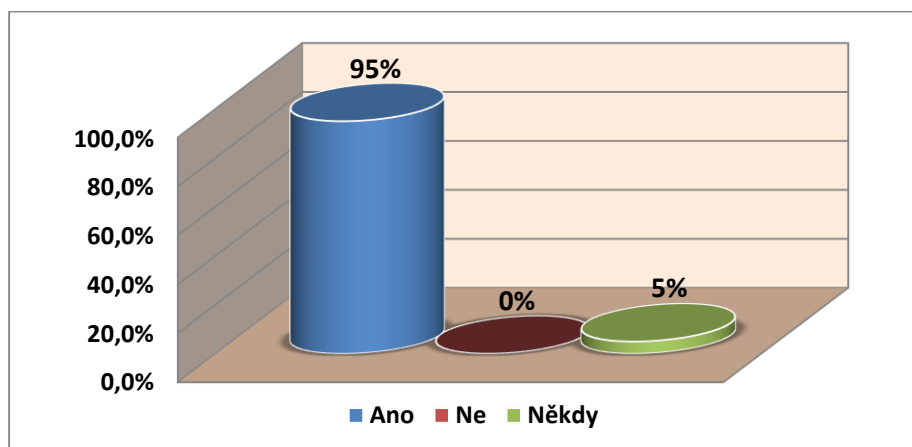
Graf č. 9 - Oblasti sebepěče, ve které pomáhají sestry svým klientům



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9 zjišťovala oblasti sebepěče, ve které pomáhají sestry z ADP svým klientům nejvíce. Sestry mohly zvolit vícero odpovědí. Z tohoto grafu je tedy zřejmé, že sestry pomáhají svým klientům nejvíce v oblasti osobní hygieny (37 odpovědí z celkového počtu 76 odpovědí) a v oblasti přemístování klienta (celkem 33 odpovědi). V oblasti stravování a oblékání pomáhají sestry svým klientům jen velmi málo (pouze 2 odpovědi) a taktéž v oblasti vylučování moče a vyprazdňování stolice (jen 1 odpověď). Žádná ze sester nezvolila možnost pomoci v jiné oblasti sebepěče.

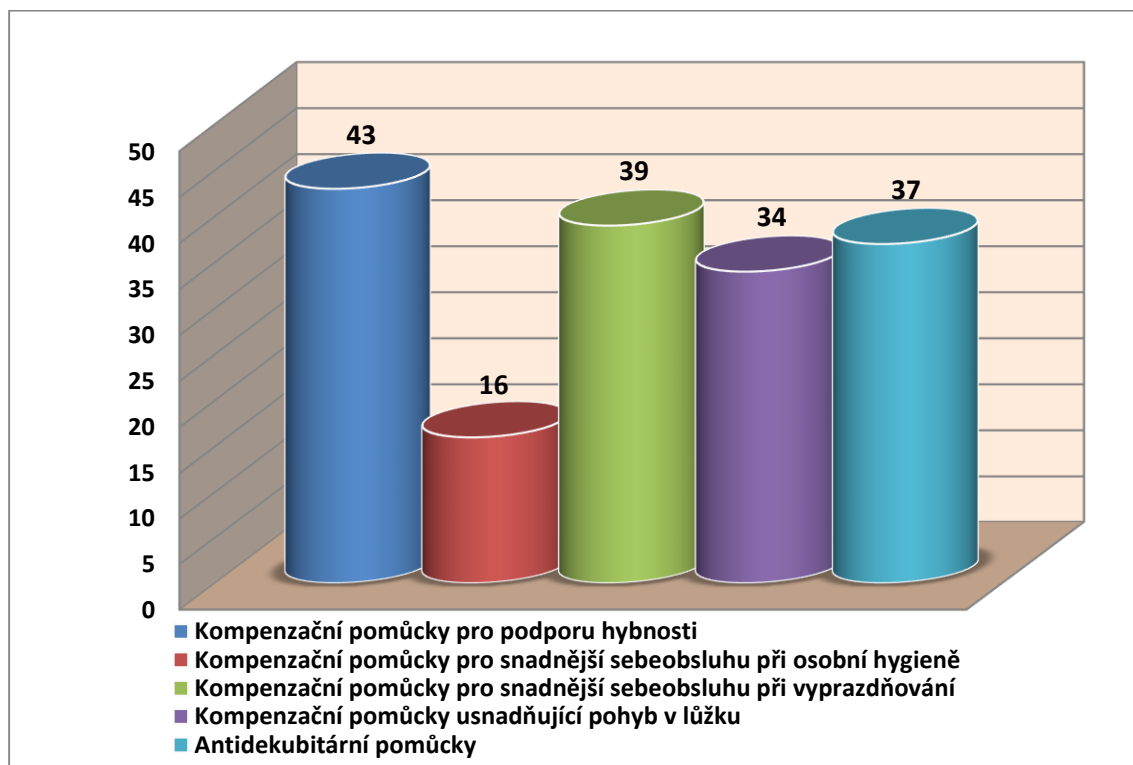
Graf č. 10 - Doporučování kompenzačních pomůcek klientům, sestrami z ADP, pro jejich lepší sebeobsluhu



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda-li sestry nabízejí svým klientům k jejich lepší sebeobsluze kompenzační pomůcky odpovědělo celkem 43 sester (100 %), z toho 41 sester (95 %) zvolilo odpověď, že ano, tedy nabízejí kompenzační pomůcky svým klientům, 2 sestry (5 %) nabízejí pouze někdy a nula počet sester (0 %) nenabízí nikdy.

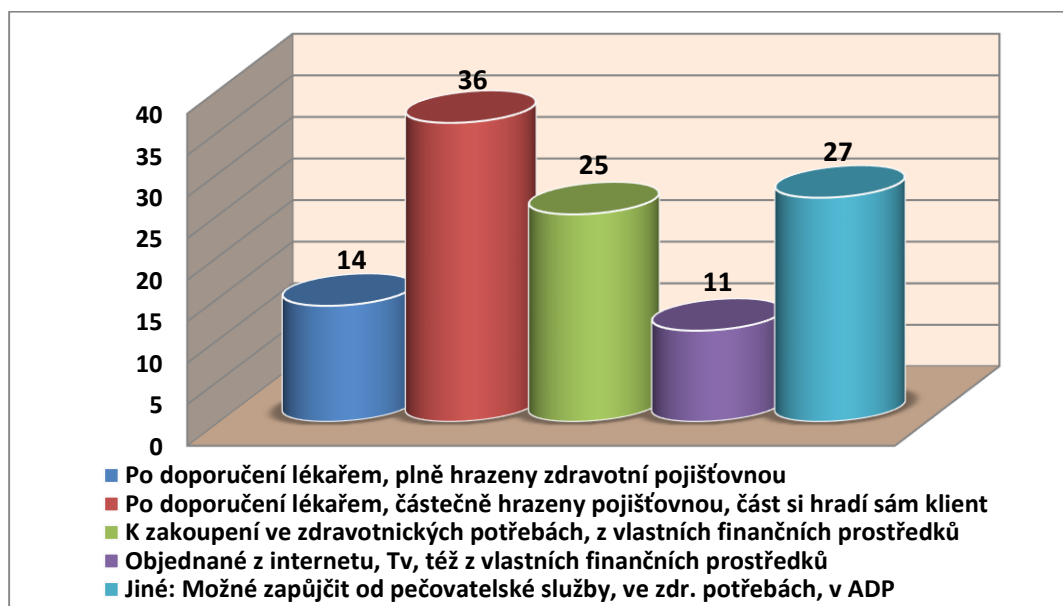
Graf č. 11 - Kompenzační pomůcky, o které mají klienti ADP největší zájem



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 zobrazuje kompenzační pomůcky, o které mají klienti, dle sester z ADP největší zájem. Sestry mohly zvolit vícero odpovědí, proto grafické znázornění není uvedeno v procentech, ale v počtech odpovědí. Celkový počet odpovědí činil 169. Nejvíce sestry volily kompenzační pomůcky pro podporu hybnosti - berle, hole, chodítka, vozíky (celkem 43 odpovědí), dále kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při vyprazdňování - pojízdné WC křeslo, nástavce na WC, madla a podpěry na WC (39 odpovědí), antidekubitární pomůcky - lůžka, matrace, podložky, věnečky (37 odpovědí), dále pak kompenzační pomůcky pro usnadnění pohybu v lůžku - polohovatelná postel, hrazdička, žebříček (34 odpovědí) a nejméně sestry volily kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při osobní hygieně - protiskluzové podložky, madla, vanové sedačky, židle do sprchy (16 odpovědí).

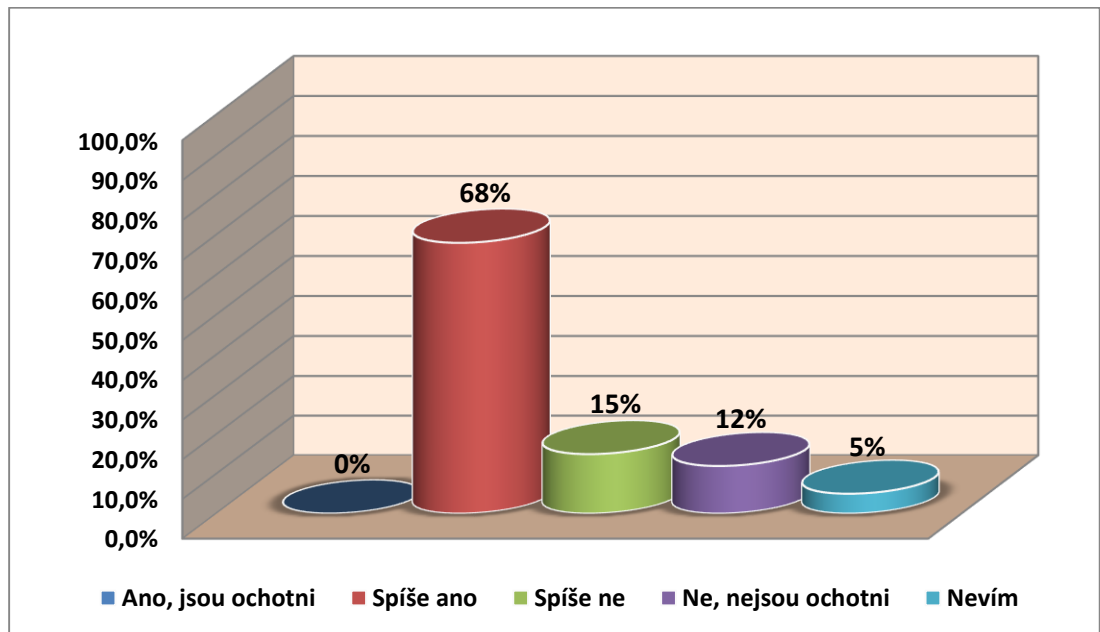
Graf č. 12 - Kompenzační pomůcky nabízené sestrami z ADP



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 12 vyplývá, že největší počet kompenzačních pomůcek, které sestry nabízejí svým klientům jsou po doporučení lékařem částečně hrazeny zdravotní pojišťovnou a zbytek doplácí sám klient (celkem 36 odpovědí) z celkového počtu 113 odpovědí. 27 odpovědí bylo pro jiné, kde sestry udávaly možnosti zapůjčení si pomůcek od pečovatelské služby, či ve zdravotnických prodejnách, nebo přímo v ADP. Dále sestry volily možnost zakoupení kompenzačních pomůcek ve zdravotnických potřebách z vlastních finančních prostředků (25 odpovědí). Kompenzační pomůcky, které by byly plně hrazeny zdravotní pojišťovnou volilo jen menší počet sester (pouze 14 odpovědí) a nejméně sester volí možnost zakoupení pomůcky z internetu, či TV, též z vlastních finančních prostředků klienta (11 odpovědí). Sestry měly možnost v této otázce opět označit vícero odpovědí.

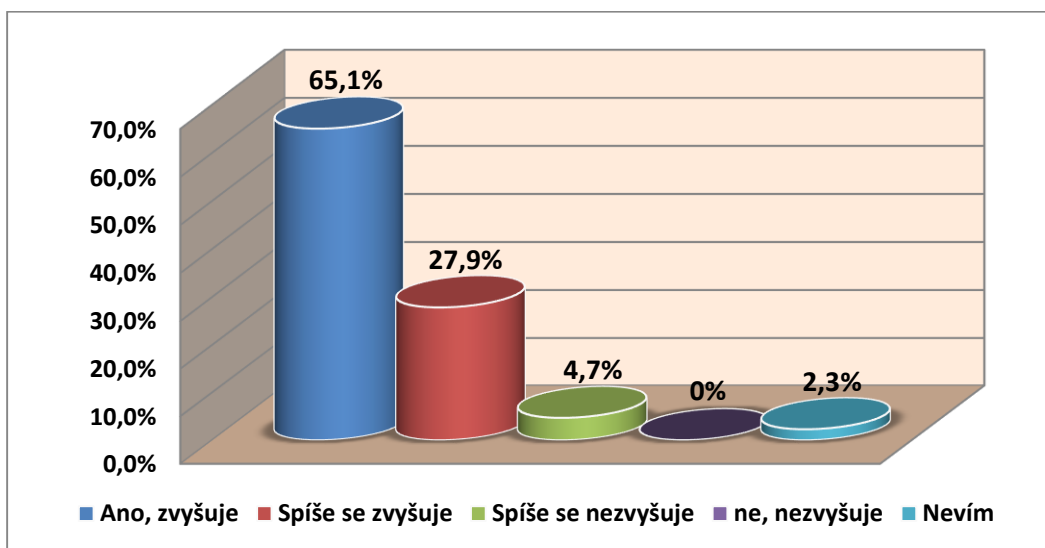
Graf č. 13 - Ochota klientů k zakoupení kompenzační pomůcky z vlastních finančních prostředků



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13 zjišťovala, zda-li jsou klienti ochotni investovat své peníze za kompenzační pomůcky v případě, že není možné jejich zapůjčení, či nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Z grafu vyplývá, že většina sester, z celkového počtu 43 sester (100 %) odpovědělo, že spíše ano. Tedy 29 sester (68 %) se domnívá, že spíše jsou klienti ochotni si kompenzační pomůcku zakoupit. 7 sester (15 %) volilo odpověď spíše ne, 5 sester (12 %) si myslí, že klienti nejsou ochotni si pomůcky zakoupit vůbec a 2 sestry (5 %) odpověděly, že neví. Žádná z dotazovaných sester si nemyslí, že by klienti byli ochotni si kompenzační pomůcku zakoupit (0 %).

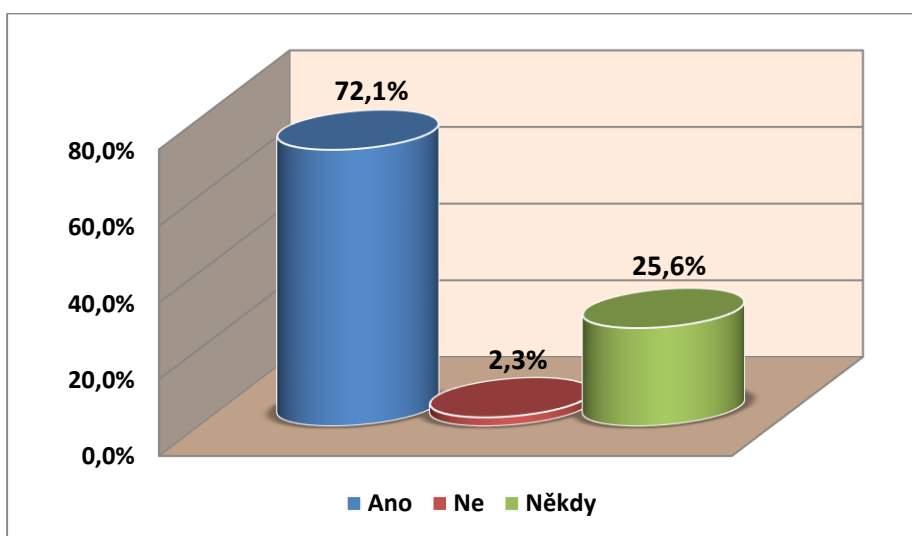
Graf č. 14 - Názor sester, na zvyšování úrovně soběstačnosti klientů, vlivem používání kompenzačních pomůcek



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 14 je patrné, že 28 sester (65,1 %) z počtu 43 sester (100 %) se domnívá, že používáním kompenzačních pomůcek se zvyšuje úroveň soběstačnosti jejich klientů, 12 sester (27,9 %) odpovědělo, že se úroveň soběstačnosti spíše zvyšuje, 2 sestry si myslí, že se úroveň soběstačnosti tím spíše nezvyšuje, 1 sestra (2,3 %) odpověděla, že neví a žádná ze sester si nemyslí, že by se tím úroveň soběstačnosti klientů nezvyšovala vůbec.

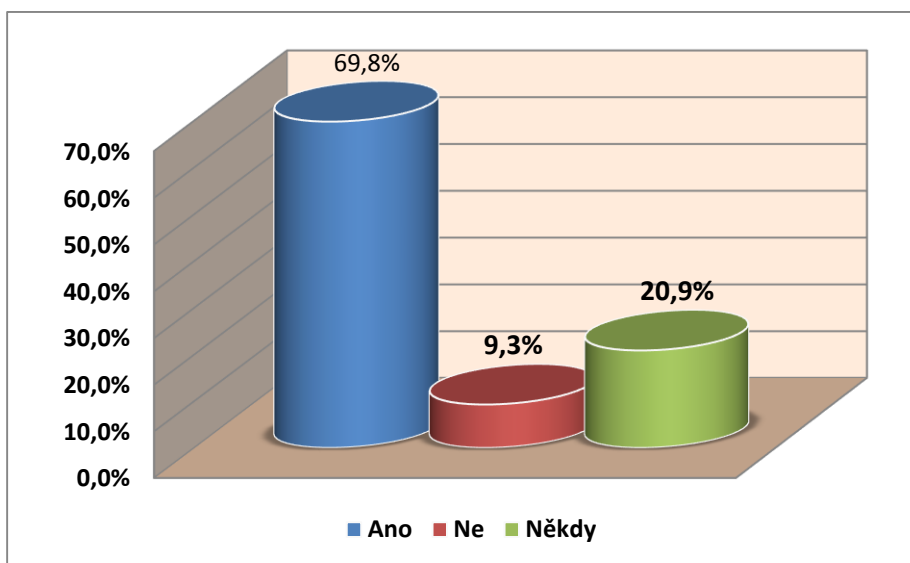
Graf č. 15 - Edukace klientů sestrami z ADP, o technikách správného používání kompenzačních pomůcek



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda-li učí sestry své klienty kompenzační pomůcky správně používat odpovědělo všech 43 sester (100 %). Z grafu vidíme, že 31 sester (72,1 %) učí své klienty kompenzační pomůcky správně používat, pouze 1 sestra (2,3 %) je to neučí vůbec a 11 sester (25,6 %) odpovědělo, že je to učí jen někdy.

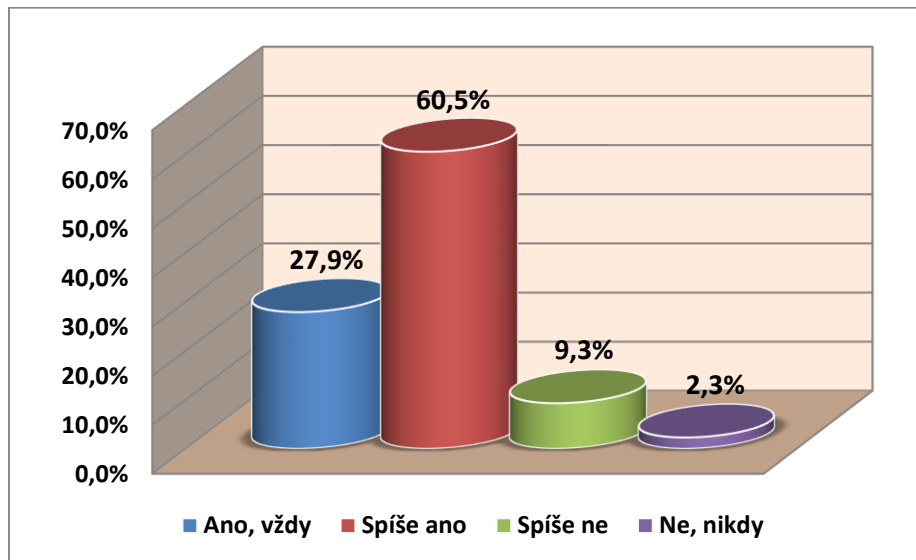
Graf č. 16 - Snaha sester o zapojování rodinných příslušníků do péče o klienta v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní výzkum

Zda-li se sestry snaží zapojovat do ošetrovatelské péče o své klienty také jejich rodinné příslušníky, to zjišťovala otázka č. 16. 30 sester (69,8 %) odpovědělo, že ano, 4 sestry (9,3 %) odpověděly, že ne a 9 sester (20,9 %) jen někdy.

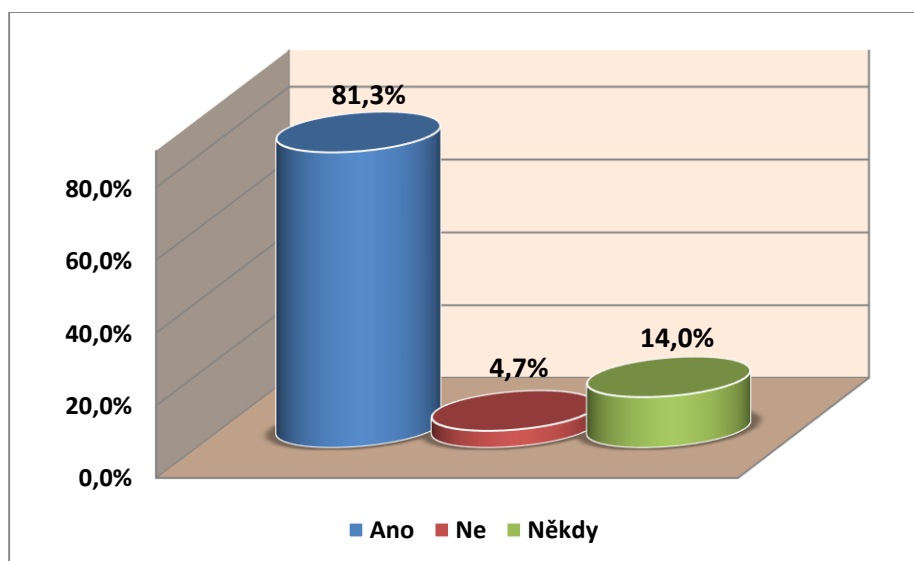
Graf č. 17 - Zájem rodinných příslušníků o péči klienta v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17 poukazuje na zájem rodinných příslušníků v péči o klienta. 26 sester (60,5 %) se domnívá, že spíše zájem mají, 12 sester (27,9 %) odpovědělo, že zájem mají vždy, 4 sestry (9,3 %) si myslí, že spíše zájem nemají a pouze 1 sestra (2,3 %) odpověděla, že nemají zájem nikdy.

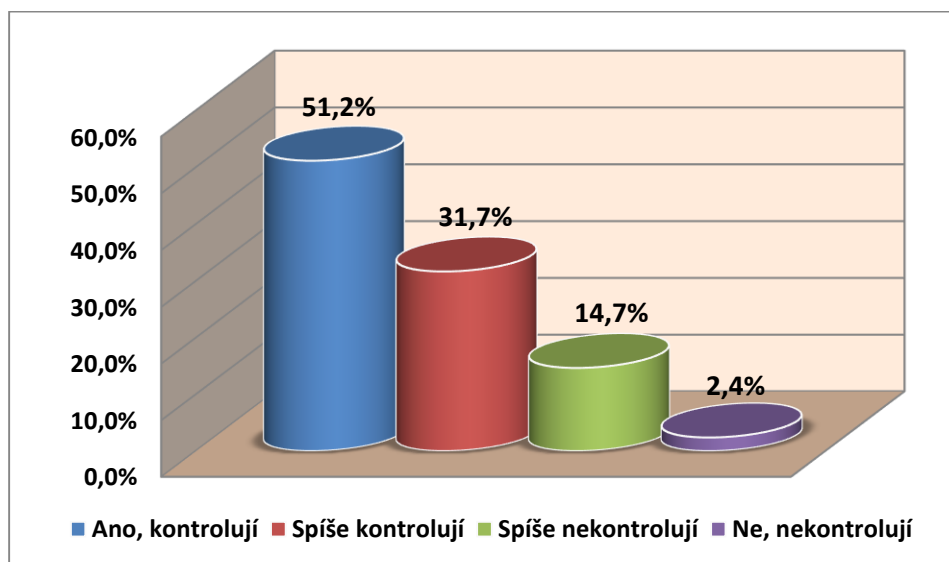
Graf č. 18 - Edukace rodinných příslušníků, sestrami z ADP, o postupech vhodných při péči klienta v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že většina, tedy 35 sester (81,3 %) učí rodinné příslušníky postupy, jak o klienta správně pečovat, pouze 2 sestry (4,7 %) uvedly, že ne a 6 sester (14 %) jen někdy.

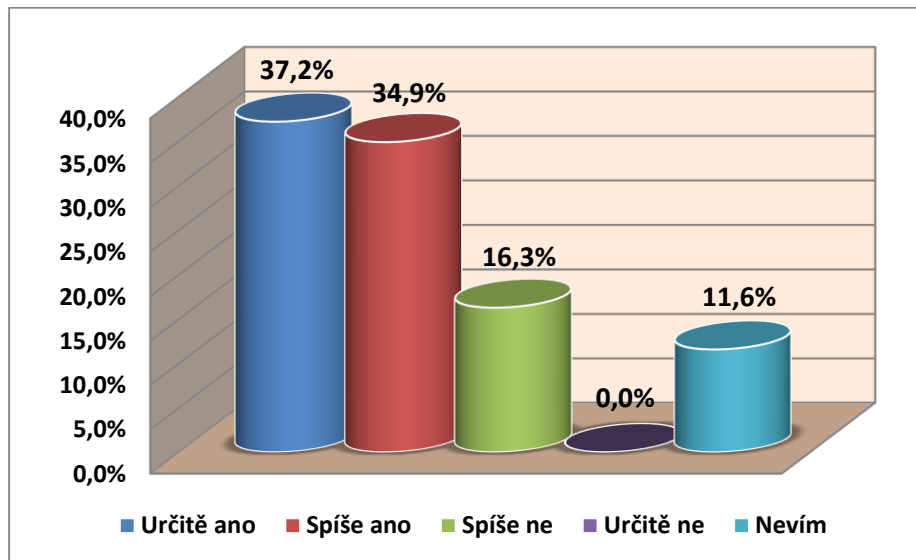
Graf č. 19 - Kontrola dodržování naučených postupů, sestrami z ADP, při péčování o klienta, rodinnými příslušníky, v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 19 směřovala k tomu, zda-li sestry, které učí rodinné příslušníky, jak o klienta správně pečovat, také zpětně kontrolují, zda-li jsou zachovány postupy, které se od nich naučili. Z celkového počtu 41 sester (95,3 %), jich 21 (51,2 %) odpovědělo, že je kontrolují vždy, 13 sester (31,7 %) je spíše kontrolují, 6 sester (14,7 %) spíše nekontrolují a 1 ze sester (2,4 %) je nekontroluje vůbec.

Graf č. 20 - Názor sester z ADP, na možné zlepšování úrovně soběstačnosti klienta vlivem dodržování správnosti postupů v péči o klienta

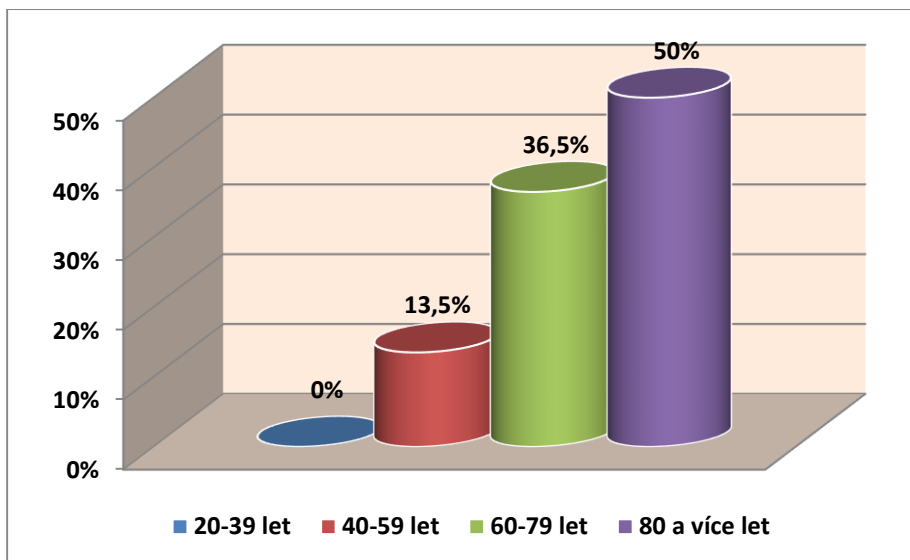


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 20 zobrazuje, zda-li dodržování správných postupů při ošetřování klienta má vliv na zvyšování jejich úrovně soběstačnosti. Z počtu 43 sester (100 %) se jich 16 (37,2 %) domnívá, že určitě ano, 15 sester (34,9 %) odpovědělo spíše ano, 7 sester (16,3 %) si myslí, že spíše ne a 5 sester zvolilo odpověď nevím. Odpověď určitě ne, nezvolila žádná z dotazovaných sester (0 %).

4.2 Výsledky výzkumu klientů využívající služby ADP

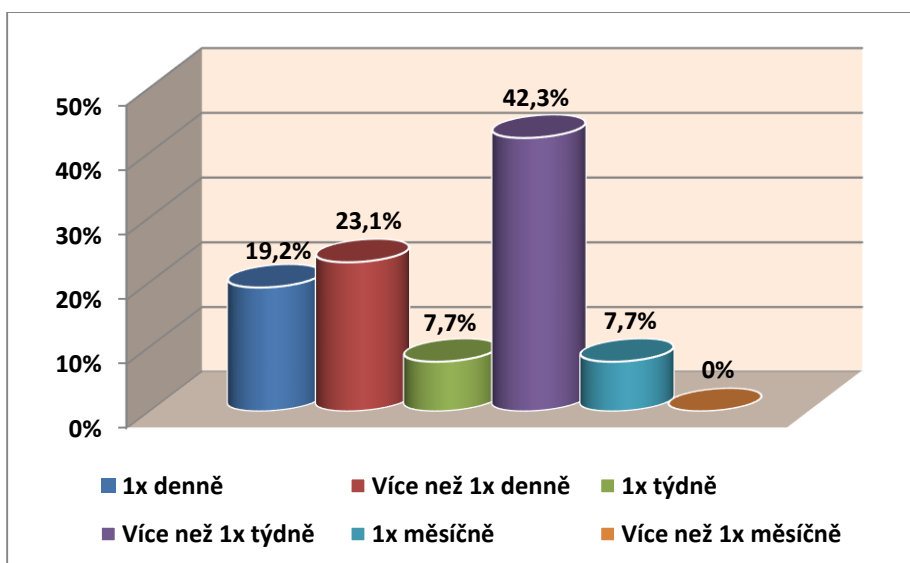
Graf č. 21 - Věková struktura respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 21 znázorňuje věkovou skupinu respondentů. Z celkového počtu 52 klientů (100 %) byla nejčastěji zastoupena věková kategorie 80 a více let (50 %), 19 klientů (36,5 %) zastupuje věkovou kategorii od 60 - 79 let, 7 klientů (13,5 %) bylo ve věku od 40 - 59 let a ve věkové kategorii od 20 - 39 let byl nulový počet respondentů.

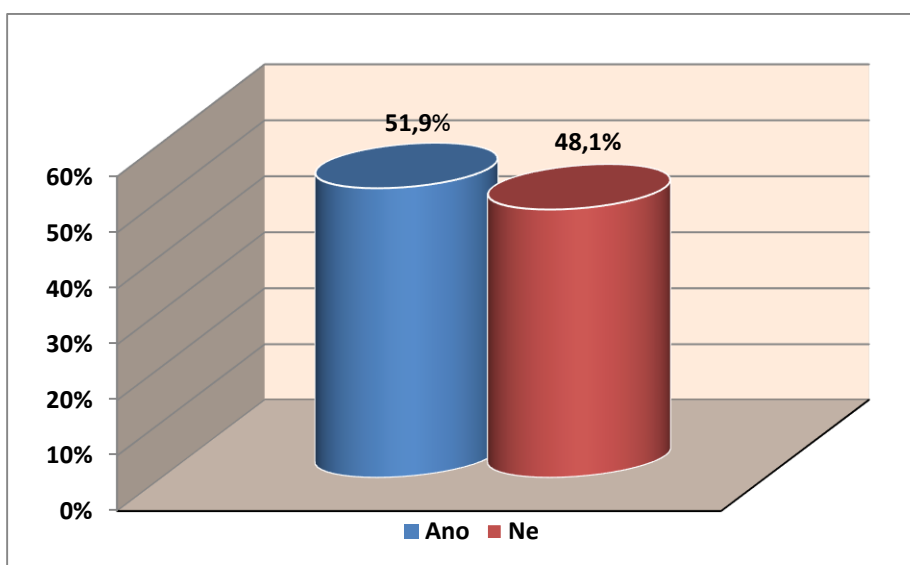
Graf č. 22 - Intenzita návštěvnosti klientů sestrami z ADP



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 22 znázorňuje četnost návštěvnosti klientů sestrami z ADP. Z výsledků vyplývá, že z celkového počtu 52 klientů (100 %) potřebují nejvíce klienti péči sester v intervalu více než 1x týdně a to v počtu 22 klientů (42,3 %), 12 klientů (23,1 %) využívají jejich služby více než 1x denně, 10 klientů (19,2 %) 1x denně a 4 klienti (7,7 %) potřebují péči sester 1x týdně a 1x měsíčně. Více než 1x měsíčně odpovědělo 0 počet klientů.

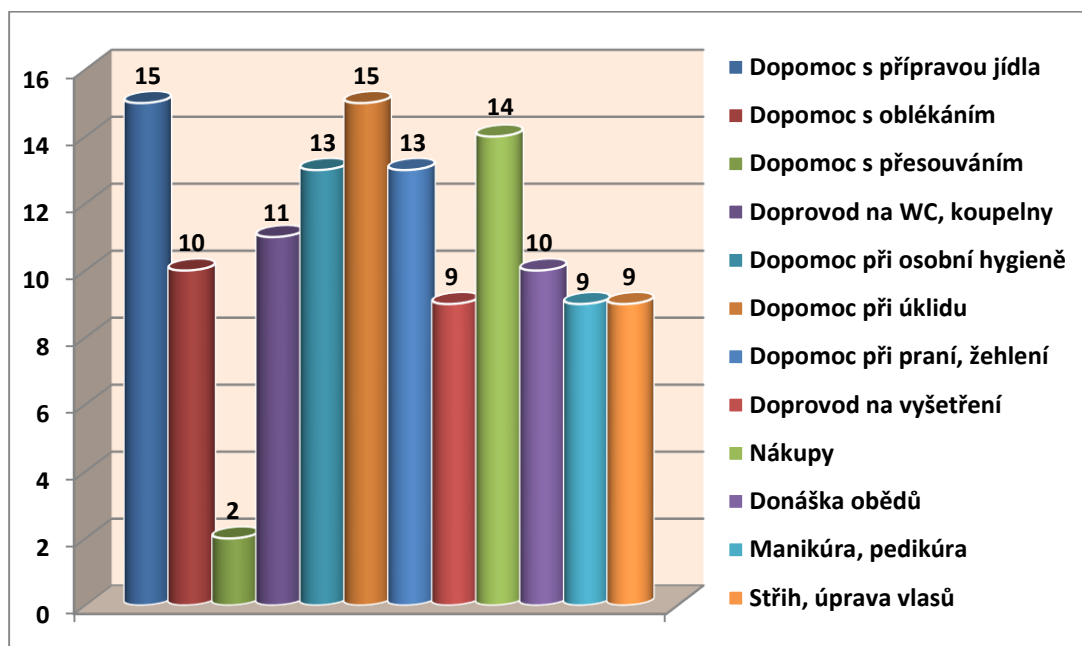
Graf č. 23 - Využívanost služeb pečovatelské služby



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 23 vyplývá, že pečovatelskou službu využívá více než polovina klientů, a to 27 klientů (51,9 %) z celkového počtu 52 respondentů (100 %). 25 klientů (48,1 %) odpovědělo, že pečovatelskou službu nevyužívá.

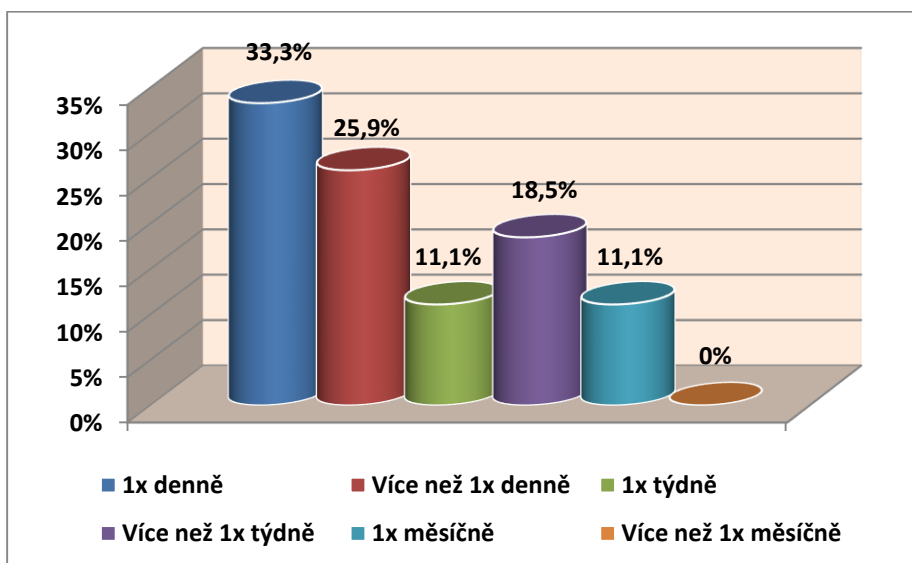
Graf č. 24 - Četnost využívaných služeb nabízených pečovatelskou službou



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 24 zobrazuje četnost služeb, které klienti využívají v rámci pečovatelské služby. Klienti měli možnost označit více odpovědí, proto grafické znázornění ukazuje počet odpovědí nikoli procenta. Z počtu 27 klientů, kteří využívají pečovatelskou službu, bylo celkem 130 odpovědí. Z grafu je patrné, že klienti nejvíce potřebují pomoc s přípravou jídla a s úklidem (15 odpovědí), s nákupy (14 odpovědí), osobní hygienou, praním a žehlením (13 odpovědí), doprovodem na toaletu, či do koupelny (11 odpovědí). Donášku obědů využívá celkem 10 klientů (10 odpovědí). Doprovod na vyšetření, manikúru, pedikúru, střih a úpravu vlasů zvolilo 9 klientů (9 odpovědí). A nejmenší počet klientů potřebuje dopomoc s přesouváním z lůžka na křeslo a naopak (pouze 2 odpovědi).

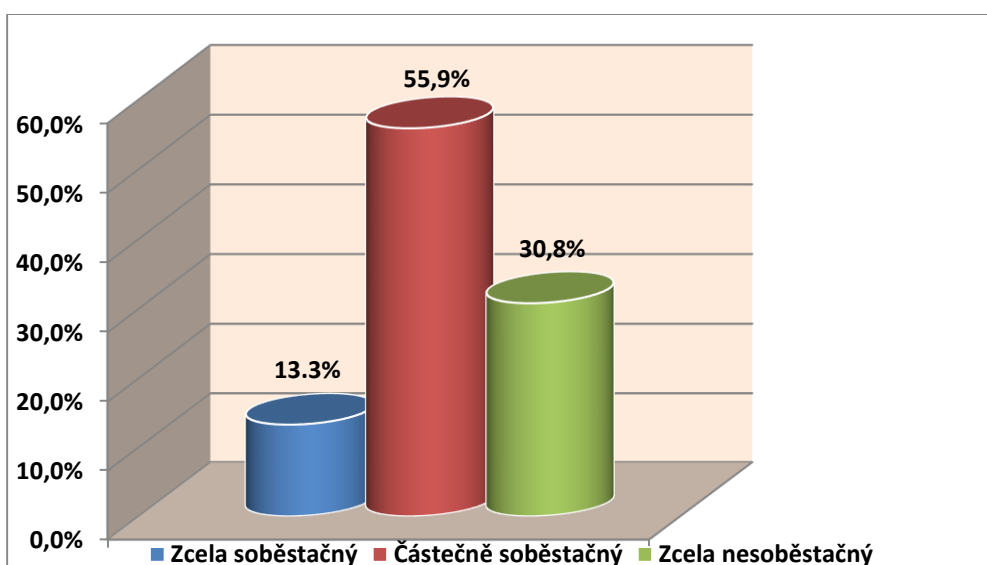
Graf č. 25 - Četnost využívání pečovatelské služby



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 25 je patrné, že z počtu 27 klientů (100 %), kteří využívají pečovatelskou službu, jich 19 (33,3 %) vyžaduje služby v intervalu 1x denně, 7 klientů (25,9 %) více než 1x denně, 5 klientů (18,5 %) více než 1x týdně a 3 klienti (11,1 %) využívají službu 1x týdně a 1x měsíčně. Více než 1x měsíčně neodpověděl žádný z dotazovaných klientů.

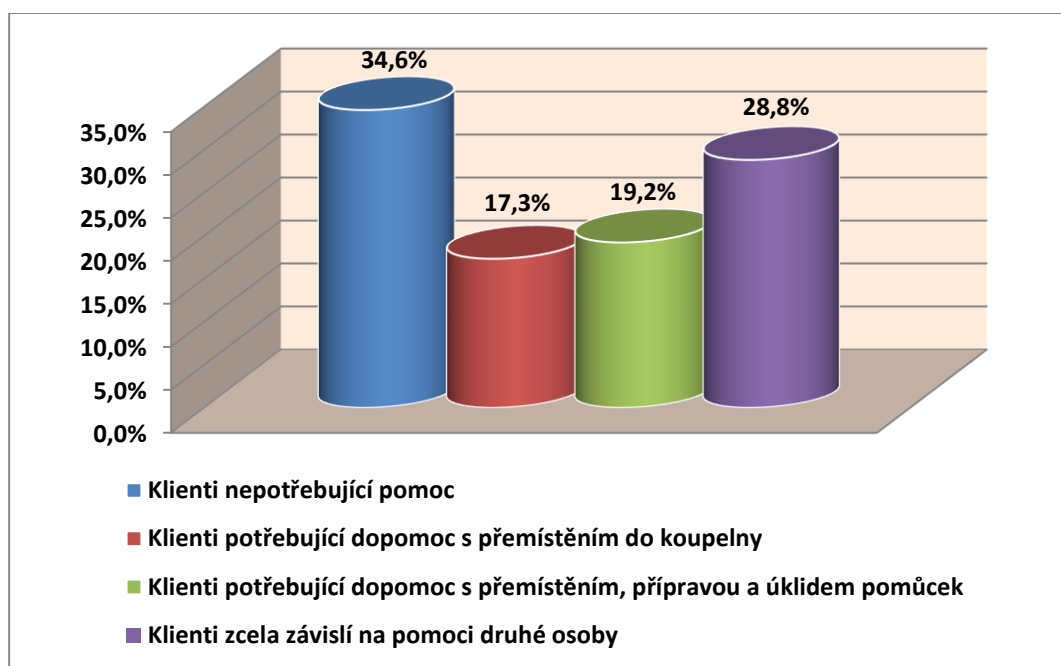
Graf č. 26 - Úroveň soběstačnosti dotazovaných klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka zjišťovala, jak klienti sami hodnotí úroveň své soběstačnosti. Z grafu je zřejmé, že největší zastoupení mají klienti částečně soběstační, kteří potřebují pomoc druhé osoby, celkem 29 klientů (55,9 %) z celkového počtu 52 klientů (100 %). Druhé největší zastoupení měli klienti zcela nesoběstační, závislí na pomoci druhé osoby a to v počtu 16 klientů (30,8 %). 7 klientů (13,3 %) odpovědělo, že jsou zcela soběstační, nezávislí na pomoci druhé osoby.

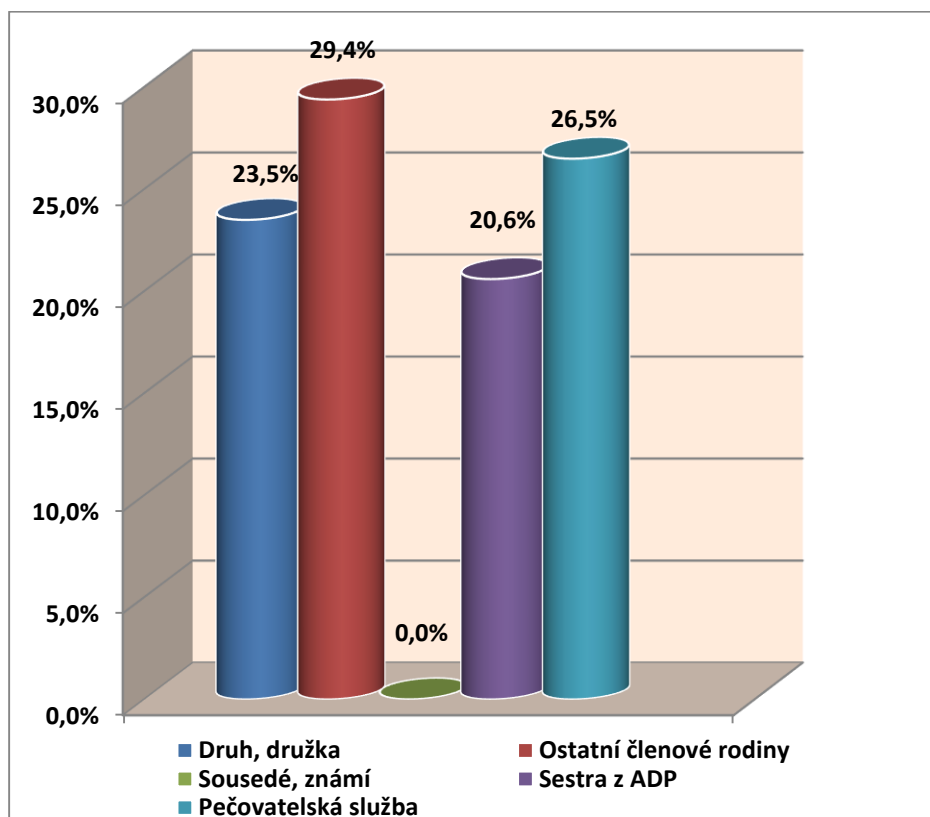
Graf č. 27 - Míra potřeby pomoci klientů při osobní hygieně



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, do jaké míry potřebují klienti pomoci v oblasti osobní hygieny, odpovědělo všech 52 respondentů (100 %). Z grafu č. 27 vyplývá, že 18 klientů (34,6 %) nepotřebuje pomoc vůbec, 15 klientů (28,8 %) je zcela závislých na pomoci druhé osoby a osobní hygienu sami neprovedou, 10 klientů (19,2 %) potřebují pomoc s přemístěním, přípravou a úklidem pomůcek a 9 klientů (17,3 %) potřebují pomoc pouze s přemístěním do koupelny.

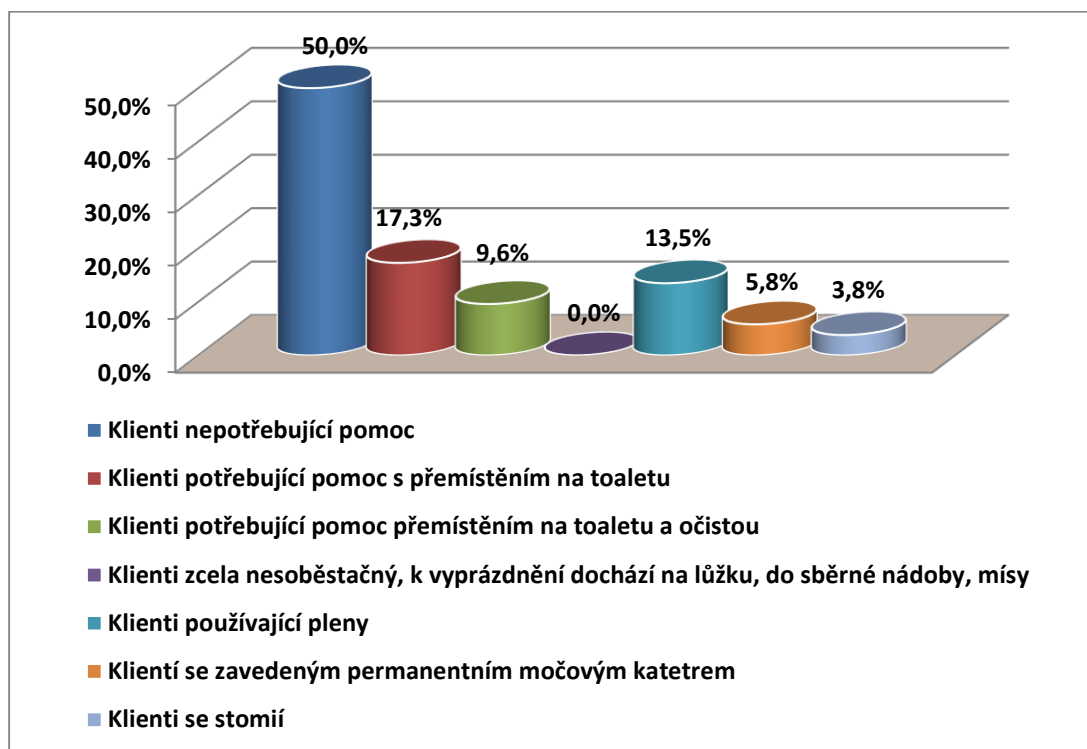
Graf č. 28 - Kdo pomáhá klientům v oblasti osobní hygieny



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, kdo pomáhá klientům v oblasti osobní hygieny, odpovědělo celkem 34 klientů z celkového počtu 52 (100 %). Z grafu č. 28 je zřejmé, že klientům v této oblasti nejvíce pomáhají ostatní členové rodiny. Tuto odpověď zvolilo celkem 10 klientů (29,4 %), 9 klientům pomáhá v oblasti osobní hygieny pečovatelská služba, 8 klientům (23,5 %) pomáhá druh, družka, 7 klientům (20,6 %) sestra z ADP a žádný z klientů (0 %) nezvolil odpověď sousedé, známí.

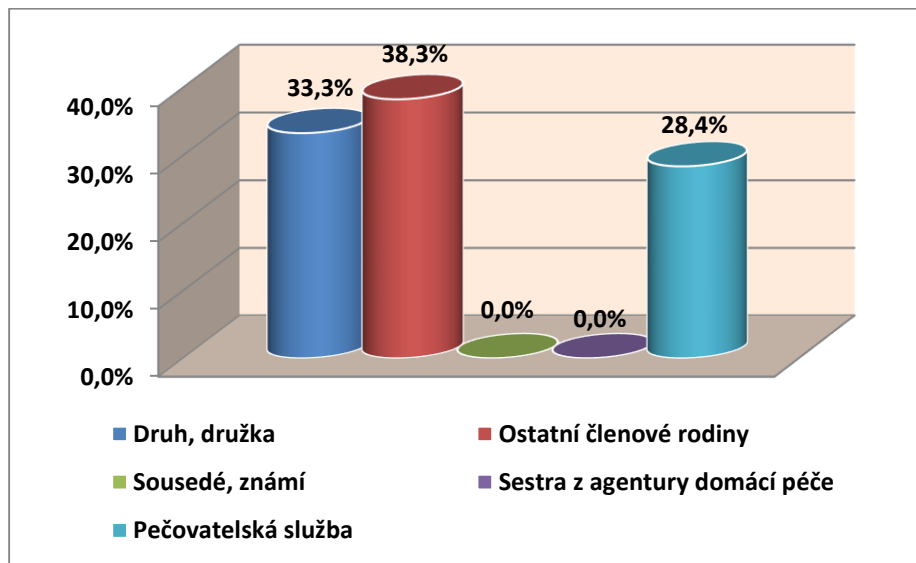
Graf č. 29 - Míra potřeby pomoci klientů v oblasti vyprazdňování moči



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9 zjišťovala, do jaké míry potřebují klienti pomoc v oblasti vyprazdňování moči. Z grafu vyplývá, že polovina, tedy 26 klientů (50 %), z celkového počtu 52 klientů (100 %) nepotřebují v této oblasti pomoc vůbec, 9 klientů (17,3 %) potřebuje pomoc s přemístěním na toaletu, 7 klientů (13,5 %) používá pleny, 5 klientů (9,6 %) potřebuje pomoc nejen s přemístěním na toaletu, ale zároveň i s následnou očištěm, 3 klienti mají zavedený permanentní močový katetr, 2 klienti (3,8 %) mají stomii a u žádného z klientů (0 %) nedochází k vyprázdnění moče na lůžku a to do sběrné nádoby, či mísy.

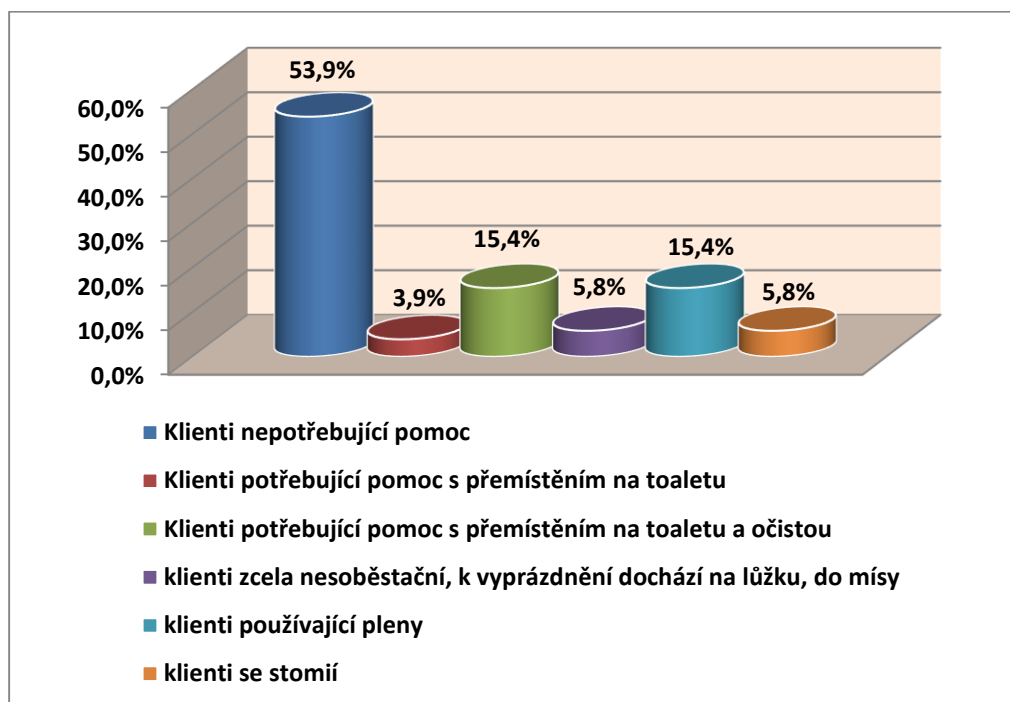
Graf č. 30 - Kdo pomáhá klientům v oblasti vyprazdňování moči



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, kdo pomáhá klientům v oblasti vyprazdňování moči, odpovědělo celkem 26 klientů, z celkového počtu 52 (100 %). Z grafu č. 30 je patrné, že největší zastoupení v této oblasti mají opět ostatní členové rodiny. Tuto odpověď zvolilo 10 klientů (38,3 %). 9 klientů (33,3 %) volilo odpověď druh, družka a 7 klientů (28,4 %) pečovatelská služba. Žádnému z dotazovaných klientů (0 %) nepomáhá v oblasti vyprazdňování moče sestra z ADP ani sousedé a známí.

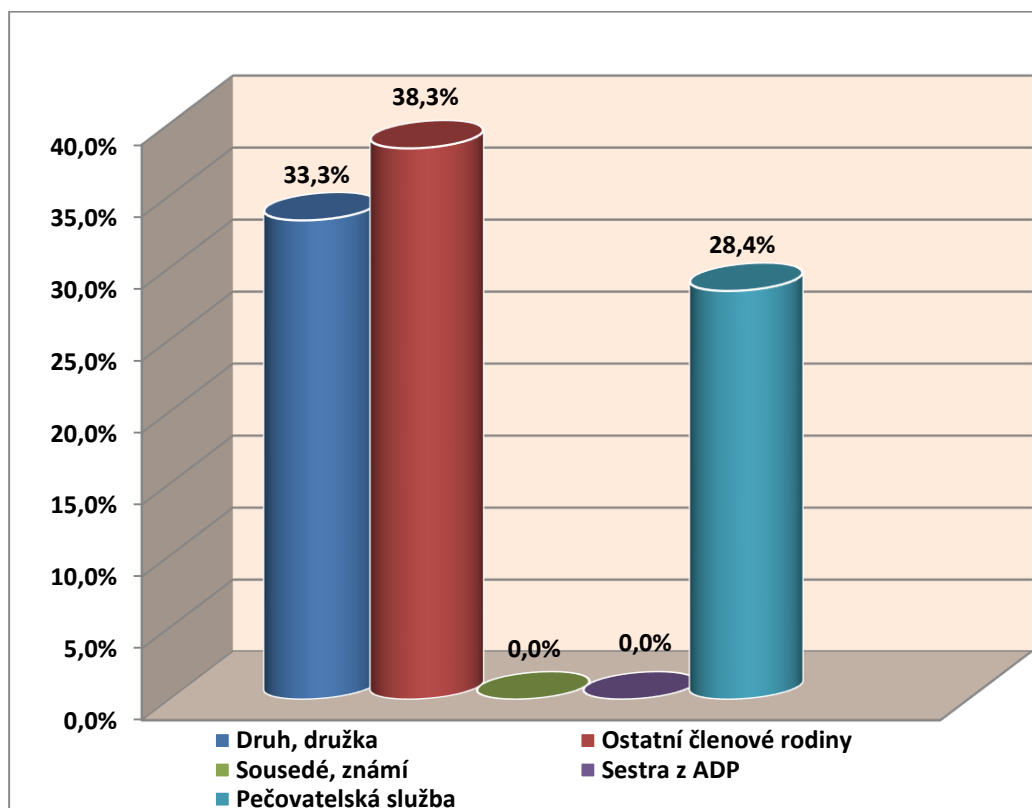
Graf č. 31 - Míra potřeby klientů v oblasti vyprazdňování stolice



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11 zjišťovala, do jaké míry potřebují klienti pomoci v oblasti vyprazdňování stolice. Z 52 klientů (100 %) je 28 klientů (53,9 %) v této oblasti zcela soběstačných, nepotřebující pomoc. 8 klientů (15,4 %) potřebuje pomoc s přemístěním na toaletu a očištěm a stejný počet klientů používá pleny. 3 klienti (5,8 %) odpověděli, že jsou v této oblasti zcela nesoběstační a k vyprázdnění dochází na lůžku a stejný počet klientů má zavedenou stomii. Nejmenší počet klientů, tedy 2 klienti (3,9 %) potřebují pomoc pouze s přemístěním na toaletu.

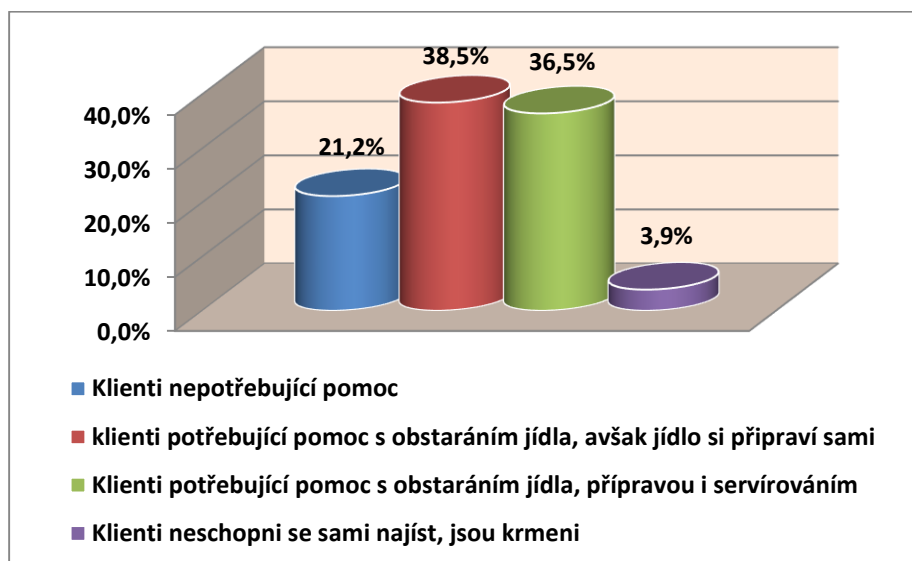
Graf č. 32 - Kdo pomáhá klientům v oblasti vyprazdňování stolice



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, kdo pomáhá klientům v oblasti vyprazdňování stolice, odpovědělo celkem 28 klientů, z celkového počtu 52 (100 %). Z grafu č. 32 vidíme, že největší zastoupení v této oblasti mají opět ostatní členové rodiny. Tuto odpověď zvolilo 11 klientů (38,3 %). 9 klientů (33,3 %) volilo odpověď druh, družka a 8 klientů (28,4 %) pečovatelská služba. Žádnému z dotazovaných klientů (0 %) nepomáhá v oblasti vyprazdňování stolice sestra z ADP ani sousedé a známí.

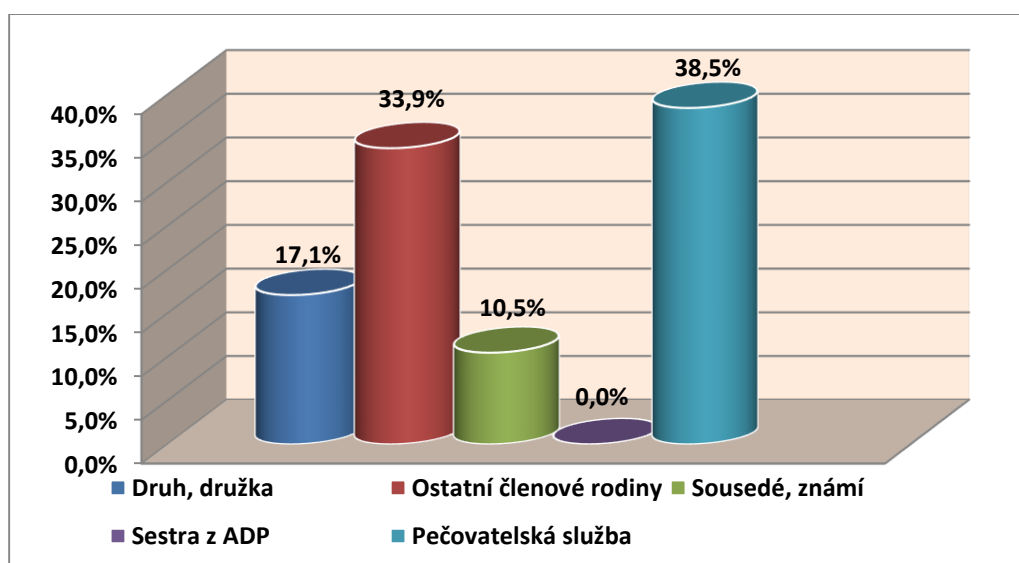
Graf č. 33 - Míra potřeby pomoci klientům v oblasti stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 33 zobrazuje míru potřeby klientů v oblasti stravování. Z 52 klientů (100 %) jich 20 (38,5 %) potřebuje pomoc s obstaráním jídla, avšak jídlo si připraví sami, 19 klientů (36,5 %) potřebuje pomoc s obstaráním jídla, přípravou i servírováním, 11 klientů (21,2 %) nepotřebují pomoc vůbec a 2 klienti (3,9 %) nejsou schopni sami se najíst vůbec, jsou krmeni.

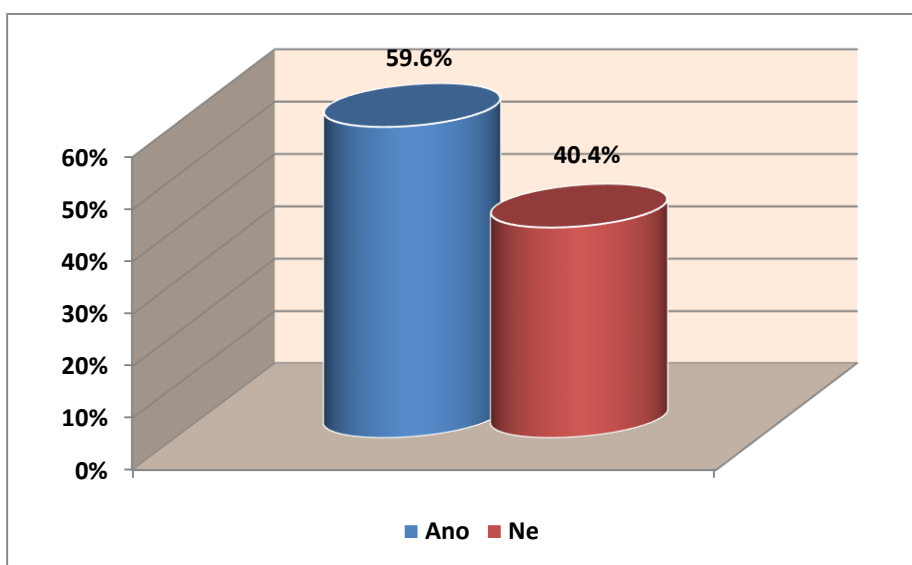
Graf č. 34 - Kdo pomáhá klientům v oblasti stravování



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 41 klientů, kteří potřebují pomoc v oblasti stravování, je patrné, že nejvíce klientům v této oblasti pomáhá pečovatelská služba. Celkem tuto odpověď zvolilo 16 klientů (38,5 %), dále 14 klientů (33,9 %) odpovědělo, že v oblasti stravování jim pomáhají ostatní členové rodiny, 7 klientům (17,1 %) pomáhá druh, družka, 4 klientům (10,5 %) sousedé, či známí a sestry z ADP nepomáhají svým klientům v této oblasti vůbec (0 %).

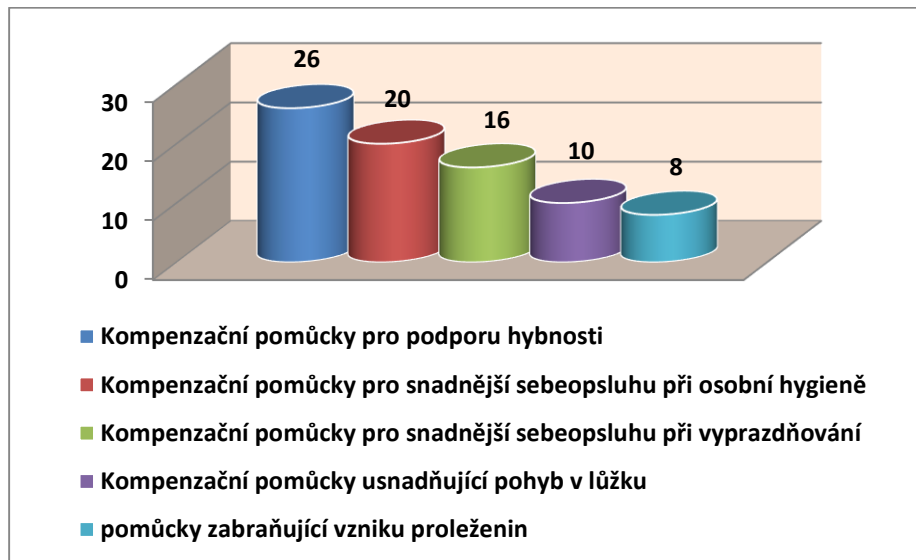
Graf č. 35 - Používání kompenzačních pomůcek k lepší sebeobsluze klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15 zjišťovala, zda-li klienti používají k lepší sebeobsluze kompenzační pomůcky. Z 52 klientů (100 %) jich 31 (59,6 %) odpovědělo, že ano a kompenzační pomůcky používají a 21 (40,4 %) nikoliv.

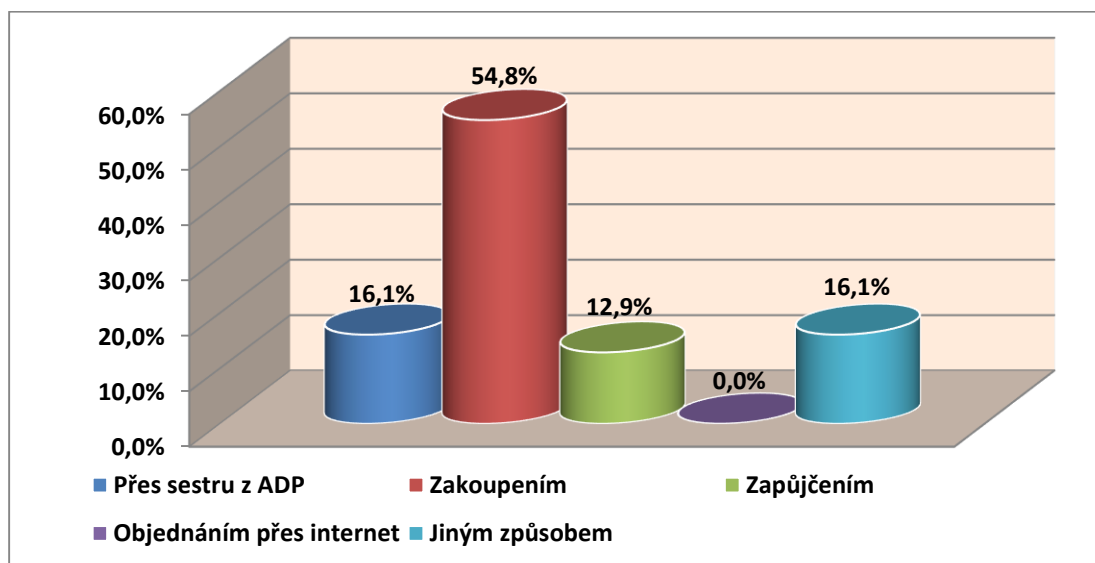
Graf č. 36 - Druhy kompenzačních pomůcek, které klienti používají k lepší sebeobsluze



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16 zjišťovala, jaké kompenzační pomůcky klienti používají. Klienti měli možnost označit více odpovědí, proto grafické znázornění ukazuje počet odpovědí nikoli procenta. Z počtu 31 klientů, kteří kompenzační pomůcky používají, bylo celkem 80 odpovědí. Z grafu je patrné, že klienti nejvíce používají kompenzační pomůcky pro podporu hybnosti - berle, hole, chodítka, invalidní vozíky (celkem 26 odpovědí), dále kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při osobní hygieně - protiskluzové podložky, madla, sedačky, pojízdná křesla a židle do sprchy (celkem 20 odpovědí), kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při vyprazdňování - pojízdné WC křeslo, nástavce na WC, madla a podpěry na WC (celkem 16 odpovědí), kompenzační pomůcky usnadňující pohyb v lůžku - polohovatelná postel, hrazdička, žebříček (celkem 10 odpovědí) a kompenzační pomůcky zabraňující vzniku proleženin, např. speciální lůžka, matrace, podložky, věnečky (celkem 8 odpovědí).

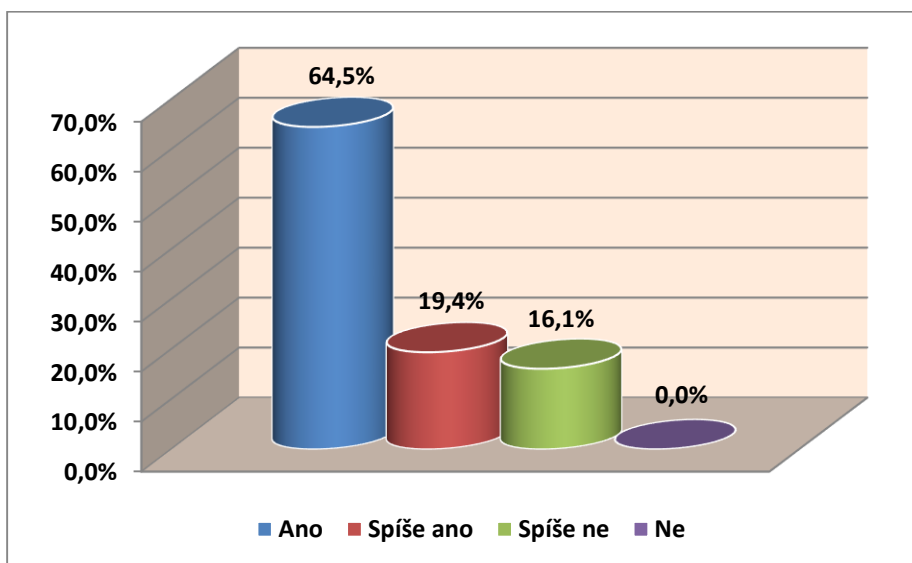
Graf č. 37 - Způsob obstarávání si kompenzačních pomůcek



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jakým způsobem si klienti kompenzační pomůcku(y) obstarávají, odpovědělo 31 klientů, z celkového počtu 52 (100 %). Z grafu č. 37 je zřejmé, že více jak polovina, tedy 17 klientů (54,8 %) si kompenzační pomůcku(y) zakoupilo, 5 klientů (16,1 %) ji získalo přes sestru z ADP, stejný počet klientů zvolilo možnost jiným způsobem. Z toho 2 klienti doplnili, že kompenzační pomůcku získali při propuštění z nemocnice a byla jim plně hrazena pojišťovnou a 3 klienti ji získali od praktického lékaře. Dále 4 klienti (12,9 %) si kompenzační pomůcku(y) zajistili zapůjčením. Žádný z klientů (0 %) nevedl, že by si pomůcku(y) obstaral objednááním přes internet.

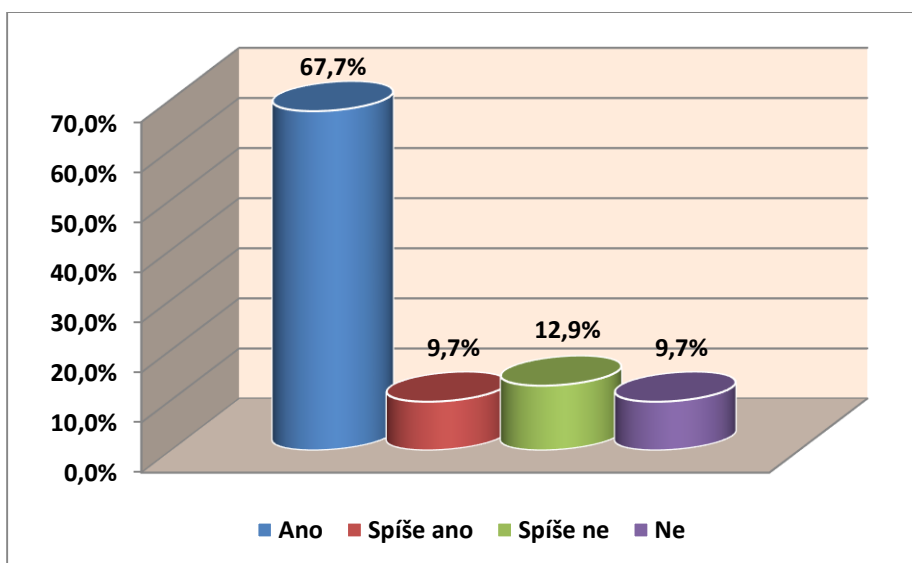
Graf č. 38 - Edukace klientů, sestrami z ADP, o technikách správného používání kompenzačních pomůcek



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18 zjišťovala, zda-li sestry z ADP poučují klienty, jak kompenzační pomůcku(y) správně a efektivně používat. Z grafu vidíme, že více jak polovina klientů, kteří kompenzační pomůcku(y) používají, odpovědělo, že ano, a to v počtu 20 klientů (64,5 %). 6 klientů (19,4 %) odpovědělo spíše ano a 5 klientů (16,1 %) spíše ne. 0 počet klientů (0 %) odpovědělo, že ne.

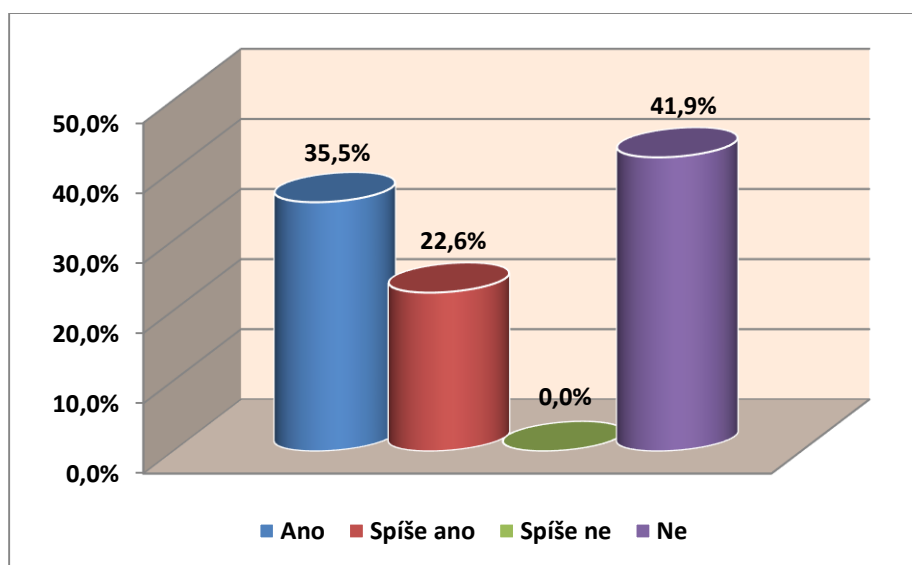
Graf č. 39 - Zapojování rodinných příslušníků, sestrami z ADP, do edukace o správném a efektivním používání kompenzačních pomůcek



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 39 vyplývá, že 21 klientů (67,7 %), z celkového počtu 31 klientů, se domnívá, že sestry z ADP zapojí do edukace o správném a efektivním používání kompenzačních pomůcek také jejich rodinné příslušníky. 5 klientů (12,9 %) se domnívá, že spíše ne. 3 klienti (9,7 %) odpověděli, že je spíše zapojují a stejný počet klientů zvolilo odpověď, že ne.

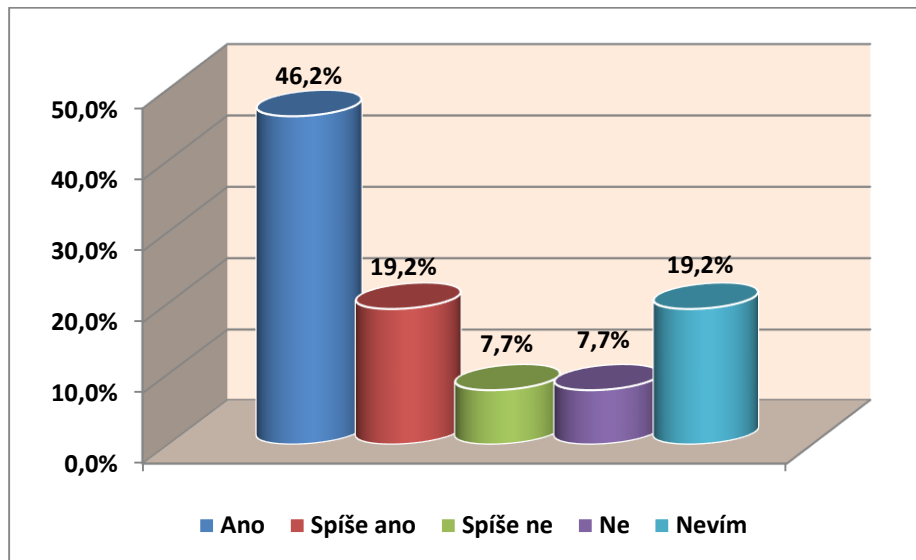
Graf č. 40 - Navrhují sestry z ADP svým klientům i jiné kompenzační pomůcky



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20 zjišťovala, jestli sestry z ADP navrhnou svým klientům i jiné kompenzační pomůcky, které by mohly pomoci ke zvyšování jejich soběstačnosti. Z grafu je patrné, že 13 klientů (41,9 %) se domnívá, že ne. 11 klientů (35,5 %), že ano a 7 klientů si myslí, že spíše ano. Možnost odpovědi spíše ne, nezvolil žádný z dotazovaných klientů (0 %).

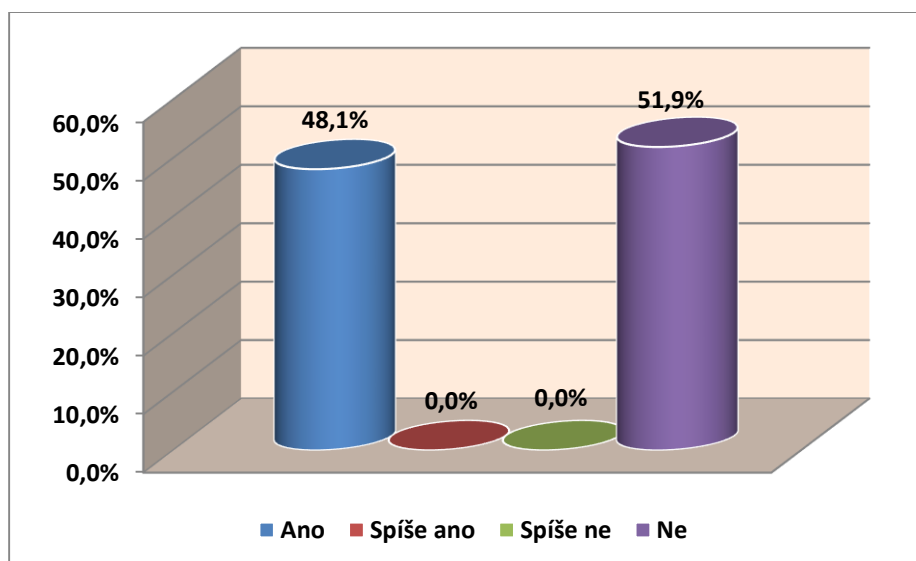
Graf č. 41 - Zájem rodinných příslušníků na zvyšování úrovně soběstačnosti klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda-li mají rodinní příslušníci zájem na tom, aby se zvyšovala úroveň jejich soběstačnosti odpovědělo celkem 52 klientů (100 %). 24 klientů (46,2 %) si myslí, že ano a zájem mají, 10 klientů (19,2 %) se domnívá, že spíše zájem mají. Stejný počet klientů odpovědělo, že neví. 4 klienti volili odpověď ne a spíše ne.

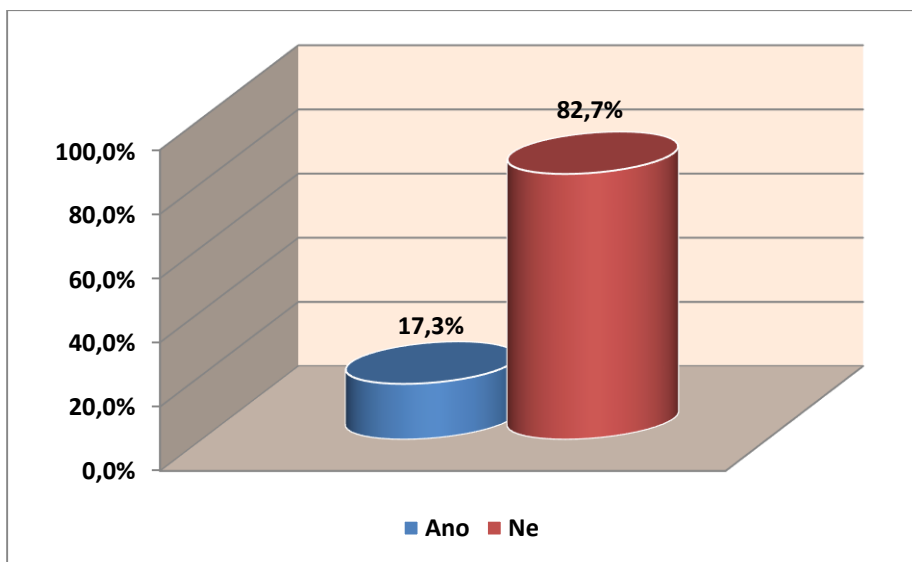
Graf č. 42 - Četnost vykonávání rehabilitačního cvičení klientů, sestrami z ADP



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 22 zjišťovala, jestli sestry z ADP vykonávají s klienty také rehabilitační cvičení. 25 klientů (48,1 %) odpovědělo, že ano a 27 klientů (51,9 %), že ne. Odpověď spíše ano a spíše ne, zvolilo 0 počet klientů (0 %).

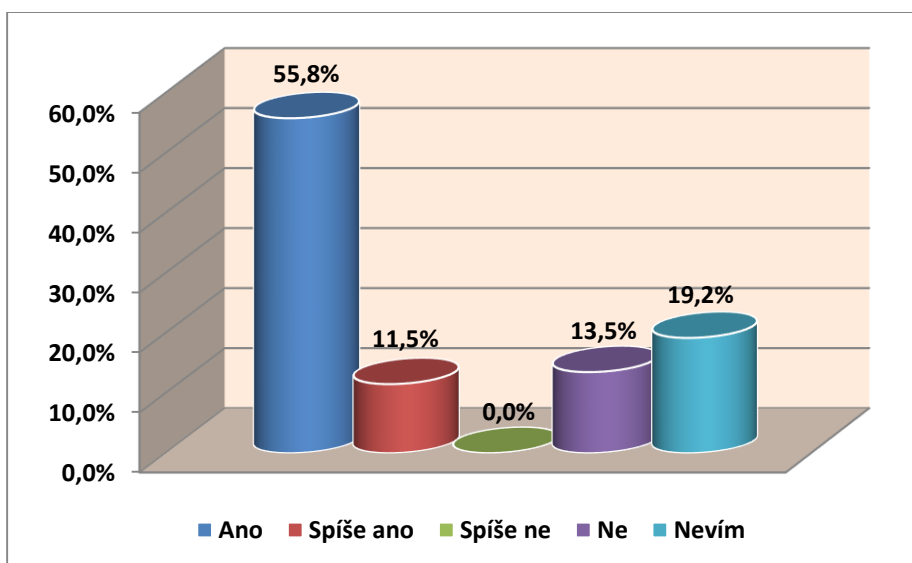
Graf č. 43 - Návštěvnost klientů rehabilitačními pracovníky



Zdroj: Vlastní výzkum

Zda-li dochází ke klientům také mimo sester z ADP rehabilitační pracovník, či pracovnice, to zjišťovala otázka č. 23. Ne odpovědělo celkem 43 klientů (82,7 %). Ano celkem 9 klientů (17,3 %).

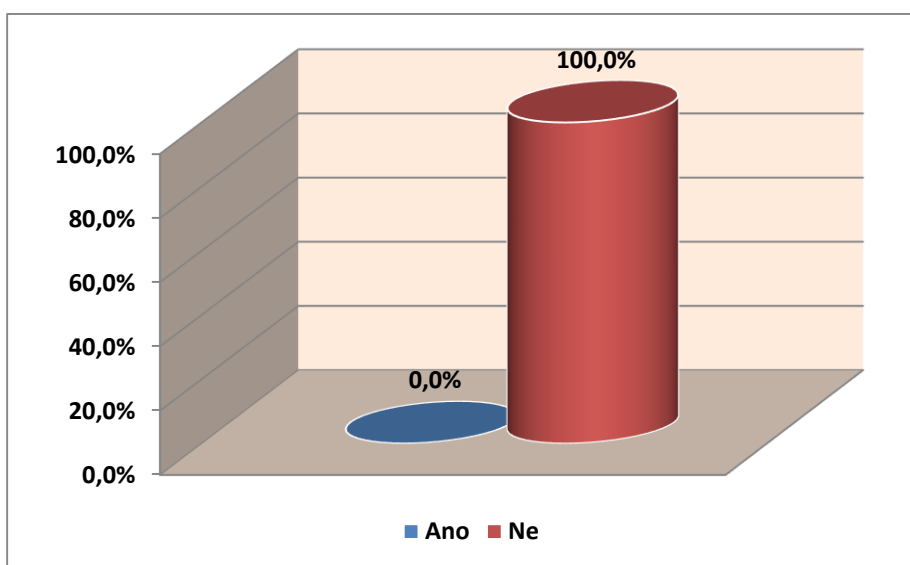
Graf č. 44 - Hodnocení úrovně soběstačnosti klientů, sestrami z ADP



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 24 měla zjistit, jestli sestry z ADP hodnotí úroveň soběstačnosti jejich klientů (např. testy k tomu určenými, rozhovorem apod.). Z grafu vyplývá, že více než polovina, a to 29 klientů (55,8 %) se domnívá, že ano. 10 klientů (19,2 %) odpovědělo, že neví. 7 klientů (13,5 %) si myslí, že ne a nehodnotí jejich úroveň soběstačnosti, 6 klientů si myslí, že spíše hodnotí a spíše nehodnotí si myslí 0 počet klientů (0 %).

Graf č. 44 - Zájem klientů o služby, které jejich ADP nenabízí



Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední otázka měla zjistit, zda-li by klienti měli zájem i o jiné služby, než jejich ADP nabízí. Z grafu jednoznačně vyplývá, že ne. Celkem 52 odpovědí (100 %). 0 počet odpovědí pro ano (0 %).

5 DISKUSE

V bakalářské práci jsem se zaměřila na soběstačnost klientů domácí péče. Jsem ráda, že jsem mohla zpracovat práci na toto téma z toho důvodu, že je mi velmi blízké, protože jsem sama pracovala v nemocničních zařízeních, poskytujících služby dlouhodobě nemocným a nevléčitelným klientům, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých. Zajímala mě zejména problematika, jak je postaráno o klienty v případech, že jsou v domácím prostředí a nevyužívají služeb domovů pro seniory. Aby byla výzkumná práce v souladu s metodikou, využila jsem dotazníků pro odbornou veřejnost a rovněž pro klienty užívajících služeb agentur domácí péče. Při získávání informací jsem měla možnost nahlédnout formou exkurze do uvedeného prostředí a objektivně se tak přesvědčit, zda kvalita odpovídá standardu, o kterém jsem měla představu, když jsem si práci připravovala. Protože se mi podařilo získat většinu předložených dotazníků zpět, mohla jsem pracovat s množstvím informací, které jsou pro druh této kvalifikační práce dle mého názoru dostatečné. Vyhodnocení výsledků a jejich porovnání s odbornou literaturou, zejména pak s kvalifikačními pracemi na příbuzné téma jsem prováděla tak, aby bylo možné v závěru objektivně napsat, zda byly ověřeny hypotézy a cíl práce. Zcela totožný druh práce jsem z dostupných zdrojů nikde nenašla.

V praktické části této práce jsme zjišťovali, jakým způsobem sestry agentur domácí péče využívají ošetrovatelské intervence k podpoře soběstačnosti klientů. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly určeny jak pro sestry z ADP, tak pro jejich klienty, abychom mohli danou problematiku hodnotit nejen z pohledu sester, ale i klientů. Naším cílem bylo zjistit, zda-li sestry agentur domácí péče testují soběstačnost klientů, kteří využívají jejich služby. Zda-li používají ke zvyšování soběstačnosti klientů kompenzační pomůcky a v neposlední řadě, zda-li také zapojují jejich rodinné příslušníky do péče o klienta. Mimo jiné jsme se také snažili zjistit, jaké je věkové zastoupení klientů, kteří využívají služeb ADP, v jaké frekvenci navštěvují sestry ADP své klienty, jak dlouho pracují v ADP, jaká je celková úroveň soběstačnosti dotazovaných klientů a využívají-li klienti také pečovatelskou službu.

Na otázku jak dlouho sestry pracují v ADP odpovědělo všech 43 sester. Tato otázka nás zajímala zejména z hlediska náročnosti této práce. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že více než polovina sester (53,5 %) pracuje v agentuře v délce 6 - 10 let. Neztotožňuji se zde s výsledky práce Nely Šindelářové (2010), která ve své diplomové práci uvádí, že více než polovina sester pracuje v ADP pouze od 0 - 3 let. Přisuzuje to

tomu, že práce sester v ADP je velmi náročná a sestry musejí mít potřebnou kvalifikaci. Dle zákona č. 96/2004 Sb. je podmínkou, aby sestra měla odpracováno 5 let praxe a z toho 2 roky u lůžka. Jak uvádí i ve své publikaci Blanka Misconiová, na sestry v ADP jsou kladeny velmi vysoké nároky. Vyplývá to ze specifického prostředí a podmínek, ve které je domácí péče poskytována. Sestra musí být schopna udržet si profesionální nadhled, musí se chovat asertivně, musí umět zvládat velké množství konfliktních situací, být schopna efektivní komunikace za všech okolností, být schopna trvale a samostatně se rozhodovat a to na ni klade velmi vysoké nároky.

Také nás zajímalo, jak často sestry ADP navštěvují své klienty a na jaké úkony je jejich činnost zaměřena. 65 % sester na otázku, zda-li pomáhají svým klientům v oblasti sebek péče (v oblasti osobní hygieny, vyprazdňování, stravování) odpovědělo, že ano a pomáhají vždy, ale zajímavé je, že když jsme se na jednotlivé oblasti sebek péče dotazovali samotných klientů, zjistili jsme, že sestry pomáhají klientům pouze v oblasti hygieny. A to pouze 7 klientům (20,6 %) z celkového počtu 52 respondentů. Jak je zřejmé z grafického zobrazení, v oblasti vyprazdňování moče, stolice a stravování jim sestry nepomáhají vůbec. Tyto činnosti zastávají nejvíce rodinní příslušníci a pečovatelská služba. Prakticky chybí pomoc i ze stran sousedů a známých, což se shodujeme i s výsledky diplomové práce Pavlína Brímové (2010). Můžeme se domnívat, že důvodem je zhoršování stavu vrstevníků a tedy i snižování jejich vlastní soběstačnosti a na pomoc jednoduše už sami nestačí.

Domácí péče je dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky formálně evidována jako odbornost 925, což znamená domácí zdravotní péče poskytovaná vlastním prostředím klienta. A i když jsou klienti o rozsahu služeb ADP informováni, často chtějí i donášku obědů, nákupy apod.. Je zřejmé, že laická veřejnost často zaměňuje domácí péči s pečovatelskou službou. Šindelářová (2011) ve své práci uvádí, že klienti často vyžadují od sester práci, která není v jejich pracovní náplni. Je zřejmé, že zde dochází k záměně sestra - pečovatel. A klienti, či jejich rodinní příslušníci, nejsou vždy ochotni si tuto službu zajistit a zaplatit, protože se jedná o tzv. služby nadstandartní a ty stojí peníze. Jak uvádí i ve své práci Rabenseiferová (2009), více než polovina sester (58,8 %) nenabízí svým klientům nadstandartní služby, mezi které patří i pečovatelská služba a to z toho důvodu, že se domnívají, že by o tyto služby nebyl zájem, protože jsou placené. Také uvádí, že sestry nabízejí výhradně ošetrovatelské služby, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Z tohoto zjištění mě o to více překvapilo, že z našeho dotazníkového šetření vyplynulo, že více než polovina

klientů (51,9 %) pečovatelskou službu využívá a to nejčastěji ve frekvenci jedenkrát denně a 25,9 % klientů ji využívá i několikrát za den. Jejich činnost, dle počtu získaných odpovědí, je nejvíce zaměřena na dopomoc v oblasti stravování, úklidu, dopomoc s nákupy, dopomoc při osobní hygieně a pomoc při praní a žehlení prádla. Dle mého názoru právě pečovatelky mají velký vliv na zvyšování úrovně soběstačnosti klientů, jelikož právě ony vykonávají u klienta ošetrovatelské činnosti v oblasti sebezpečí a v menší, či větší míře je mohou zapojovat do samotného procesu.

Také jsme zjistili, že největší zastoupení klientů, kteří využívají služeb ADP, je ve věku 80 a více let a je částečně soběstačných (55,9 %) a 30,8 % je zcela nesoběstačných. Zajímavé je, že míra soběstačnosti v základních všedních činnostech je závislá na pohlaví, jak uvádí ve své publikaci Zavázalová (1996). Ta se domnívá, že je to dáno důsledkem vyššího výskytu chronických onemocnění u žen a také jejich vyššího výskytu disability.

Dalšími otázkami v dotazníku, jsme zjišťovali, jak sestry ADP testují a hodnotí úroveň soběstačnosti svých klientů a jaké prostředky k tomu používají. V první hypotéze jsme ověřovali předpoklad, že sestry ADP testují soběstačnost svých klientů a zjišťovali jsme, jaké metody k tomu používají. Z výzkumu vyplývá, že více než polovina sester i klientů se shodli na tom, že sestry testují a hodnotí úroveň soběstačnosti svých klientů. Celkem 95,3 % sester odpovědělo na tuto otázku ano a spíše ano. A ze strany klientů jich odpovědělo ano a spíše ano 67,3 %. Z dalšího šetření vyšlo najevo, že nejvíce používanými technikami jsou metody pozorování a rozhovoru. Pouze část sester používá k hodnocení soběstačnosti testy k tomu určené. Myslím si, že je to velká škoda, protože zejména pomocí těchto testů můžeme nejlépe mapovat a hodnotit míru zlepšení či zhoršení soběstačnosti svých klientů. Zjistili jsme také, že sestry znají a používají jen malé množství testů, které se k hodnocení používají. Dle mého názoru, je to dáno tím, že nechtějí narušovat zaběhlý systém a používají právě to, co je v jejich agenturách zvykem. Nemyslím si, že by to byla chyba sester, ale spíše vedoucích pracovníků, kteří by měli sledovat a zavádět nové metody do praxe. Jak uvádí Zahradnická (2004), v zahraničí je velmi rozšířený a oblíbený test funkční míry nezávislosti (FIM). Jedná se o rozšířenou modifikaci Barthelova testu, ale jak je zřejmé, u nás ho prakticky nikdo nezná a v praxi se nepoužívá.

K ověření druhé hypotézy bylo cílem zjistit, jestli sestry používají a nabízejí svým klientům ke zvyšování jejich soběstačnosti kompenzační pomůcky. Jak uvádí ve své publikaci Bártlová a Matulay (2009), pro klienty se sníženou úrovní soběstačnosti

představují kompenzační pomůcky nedílnou součást jejich života. Díky těmto pomůckám jsou schopni zlepšovat či alespoň udržovat svou soběstačnost na takové úrovni, která jim dovolí se o sebe v co největší míře postarat, bez pomoci druhé osoby. Je důležité, aby klienti věděli, které pomůcky jsou pro ně vhodné a chápali důležitost bezpečnosti domácího prostředí, ve kterém žijí. Touto problematikou se zabývala ve své publikaci Klevetová a Dlabalová (2008), která poukazuje na jisté rezervy v oblasti mapování bezpečnosti domácího prostředí a s ním spojené používání kompenzačních pomůcek. Klevetová a Dlabalová uvádí, že v zahraničí fungují tzv. mobilní ergoterapeuti, kteří provádějí zhodnocení domácího prostředí a navrhnou vhodné kompenzační pomůcky. Zhodnocení domácího prostředí je placený zdravotnický výkon, který v České republice doposud není prostřednictvím domácí zdravotnické péče plně realizován. Což je velká škoda, protože se domnívám, že mnoho klientů či jejich rodinných příslušníků, by obdobnou službu uvítalo. V této oblasti u nás tuto úlohu plní sestry ADP, které ale přece jen nejsou v této oblasti takovými odborníky. S tím možná souvisí i fakt, že z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že pouze polovina klientů používá kompenzační pomůcky. Toto zjištění mě velmi překvapilo, jelikož 30,8 % z dotazovaných klientů bylo zcela nesoběstačných a 55,9 % klientů soběstačných jen částečně. Zjistila jsem také, že největší zájem je o využití kompenzačních pomůcek pro podporu hybnosti (berle, hole, chodítka, vozíky) a nejmenší využití naopak mají pomůcky pro snadnější sebeobsahu při osobní hygieně (protiskluzové podložky, madla, vanové sedačky, křesla a vany do sprchy). Je to zřejmě dáno tím, že právě v této oblasti se klientům dostává největší pomoci od druhé osoby (65,4 %), tudíž kompenzační pomůcky nepotřebují. Většina sester (83,9 %) také uvedla, že kompenzační pomůcky svým klientům nejen doporučují, ale také je učí pomůcky správně používat. A neučí to jen samotné klienty, ale i jejich rodinné příslušníky, aby dohlíželi nad jejím efektivním používáním (77,4 %). Souhlasíme s Dvořákovou (2007), která píše, že je široká škála kompenzačních pomůcek nabízených mnoha firmami, ale často klient netuší, jak pomůcky získat ani si není vědom, jak by mu mohli pomoci ke zvyšování soběstačnosti a úloha sestry je v tomto směru nepostradatelná.

Posledními otázkami jsme ověřovali hypotézu, jestli sestry agentur domácí péče aktivně zapojují do péče o klienta také jejich rodinné příslušníky. Rodina plní v oblasti domácí péče nepostradatelnou úlohu. Na této teorii se shodují Bukáčková (2006) a Možný (1999). Bukáčková uvádí, že pokud rodina nefunguje a klient zůstane na všechno sám, izolovaný od okolního světa, výhoda pozitivního vlivu na psychiku a rychlost

uzdravování rychle vymizí. Někteří nemocný nechtějí také přijímat pomoc od svých nejbližších záměrně, a to z prostého důvodu, nechtějí jim být zkrátka „na obtíž“. Což může mít, dle mého názoru, také velmi pozitivní vliv na udržování soběstačnosti klienta, který se rozhodne pro domácí péči. V domácí péči hraje klientova rodina nenahraditelnou úlohu a myslím, že bez její aktivní účasti by neměla ani takový význam. Práce sester ADP je velmi náročná a spočívá nejen v péči o klienta, ale i o tzv. „pečovatele“. Bývají to právě nejčastěji rodinní příslušníci, které musí sestra podporovat a učit je postupy, jak o klienta správně pečovat. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že více než polovina sester (69,8 %) skutečně rodinné příslušníky do péče o klienta zapojuje. 81,3 % sester také uvedlo, že edukují rodinné příslušníky, jak dodržovat správné postupy v péči o klienta a zpětně kontrolují, zda-li jsou tyto postupy dodržovány (51,2 %). Na rozdíl od klientů, kteří na otázku, zda-li mají jejich rodinní příslušníci zájem na zvyšování úrovně soběstačnosti, odpovědělo kladně jen necelá polovina klientů (46,2 %). Zájem o tuto péči ze strany rodinných příslušníků má tedy necelá polovina, což je velice subjektivní názor a zkoumaný vzorek je dle mého příliš malý ke stanovení obecného závěru. Obdobných výsledků dosáhla také Štěpánová (2012), která také zjišťovala, zda-li sestry ADP zapojují rodinu do péče o klienta. Sestry uvedly, že vždy informují rodinu o možnosti zapojení do péče a to hned při první návštěvě u klienta doma, a přestože by se z morálního hlediska dala očekávat plná spolupráce, nebývá tomu příliš často.

6 ZÁVĚR

Trend dnešní doby vyžaduje, aby ošetrovatelská péče byla prováděna více jak komfortním způsobem. V některých případech však nelze některá očekávání klientů zcela naplnit. Je to způsobeno zejména systémovým podfinancováním zdravotních služeb, dále pak nedostatečnou úhradou za jednotlivé výkony ze strany zdravotních pojišťoven, omezeným množstvím zkušeného kvalifikovaného personálu a časově limitovanou péčí. I přesto jsem se sama přesvědčila o tom, že v České republice poskytují agentury domácí péče služby na dostatečné úrovni, a to i bez rozdílu zda je zajišťuje stát nebo soukromý sektor. Agentur domácí péče je však na trhu velké množství a každá může mít trochu rozdílný způsob fungování. Jedinou regulací tak může být jasně a přesně stanovený zákon o zdravotních či sociálních službách, který bude zaručovat péči nastavenou bez jakýchkoliv rozdílů a dále pravidelně vykonávanou kontrolní činnost ze strany správních orgánů.

Agentury domácí péče jsou vhodnou alternativou pro ty, kteří nejsou plně odkázáni na pomoc druhých a nevyžadují 24-hodinovou péči. Protože však klientů agentur stále přibývá, v budoucnu by bylo vhodné takovýto nepřetržitý režim zajistit ve všech regionech. V přímé souvislosti se lze obávat následného stavu, kdy se sestra pro nadměrnou vytíženost nebude moci plně věnovat klientovi a jeho rodině a nebude se stejně tak moci zajímat o efektivnost poskytované péče. Nevýhodami domácí péče z pohledu všeobecné sestry je zodpovědnost, kterou má za velký počet klientů a chybné rozhodnutí může přivodit nedozírné následky. Nutná je dostatečná spolupráce všeobecné sestry a příslušného praktického lékaře, aby byla péče poskytována v rozsahu lege artis. Další nevýhodou této práce je předpokládaná fyzická zdatnost, protože sestry jsou často při poskytování péče samy bez další pomoci. Zdravotnický personál se setkává s klienty na sklonku života a je tedy nutné hledat význam této práce. Avšak pokud ji vykonává svědomitě, myslím si, že odměnou je spokojenost klienta a jeho vděčnost, což je mnohem větší motivace než-li finanční odměna.

Ze strany klienta se dá za nevýhodu předpokládat časová omezenost služeb a přesto že v nočních hodinách je poskytuje pouze minimum agentur, je to právě doba, kdy je klient vystaven největšímu riziku, pokud je v domácím prostředí sám. Ostatní činnosti agentur lze již bezesporu považovat za výhodné a pro klienta přínosné.

Stáří člověka je pro většinu klientů smutnou kapitolou života. Je to proto, že mnoho lidí zůstává samostatně bez rodiny, jsou odkázáni na pomoc druhých a nechtějí

tak být na obtíž jiných a rovněž se ve stařeckém věku přidávají různá onemocnění, zhoršující kvalitu života. Hlavním úkolem agentur domácí péče je nejenom eliminovat nežádoucí psychické rozpoložení klienta, ale pomoc najít mu novou cestu do života. Na závěr mé práce bych ráda citovala biblický verš “Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí“ (Talmud).

Domnívám se, že tato práce po jejím odborné zpracování bude přínosem nejenom pro mě, ale i pro odbornou veřejnost, případně pomůže dalším studentům v budoucnu při získávání dostupných informací na podobné téma.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AGENTURA HOME CARE PLZEŇ BORY. *Agentura HOME CARE – Domácí péče* [online]. [cit. 2015-04-09].

Dostupné také z WWW: <<http://www.homecareplzen.cz/>>.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009, 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BRÍMOVÁ, Pavlína. *Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života*. Brno, 2010, Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová.

BUKÁČKOVÁ, J., Domácí péče u nás. Ošetrovatelská péče. 2011. č. 6, s. 4. ISSN 2336-1603

CESTA DOMŮ, z.ú. *Umírání.cz* [online]. Vizus, 2015 [cit. 2015-04-09].

Dostupné také z WWW: <<http://www.umirani.cz/>>.

DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra*. č. 10. Praha : Mladá fronta, 2012. str. 29 – 30. ISSN 1210-0404.

DVOŘÁKOVÁ, Anna. *Kompenzační pomůcky užívané seniorem a úpravy bytu s tím spojené*. Praha, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Bc. Soňa Blodigová.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osvěta, 2007. 272s. ISBN 978-80-9063-257-1

FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin : Osveta, 2006, 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

GINGERICH, Barbara Stover a Deborah Anne ONDECK. *Pocket guide for the home care aide*. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2009, xix, 272 p. ISBN 07-637-5566-4.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

KODEJŠKOVÁ, Dana. *Kvalita života pacienta na domácí umělé plicní ventilaci – životní příběh paní L. B.* Hradec Králové, 2009. 112 s. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ. Vedoucí práce Michaela Schneiderová.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MARKOVÁ, Marie. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 152 s. ISBN 978-80-7013-499-3.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003, 143 s. ISBN 80-246-0429-9.

MISCONIOVÁ, Blanka. *Komplexní domácí péče 94* . Praha: Asociace domácí péče – Národní centrum domácí péče, rok vydání neuveden. 95 s. ISBN neuvedeno

MISCONIOVÁ, Blanka. Národní centrum domácí péče České republiky. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. 2006 [cit. 2015-04-09].

Dostupné také z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/>>.

MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 251 s. Základy sociologie. ISBN 80-85850-75-3.

NEŽÁDAL, K. *Terénní sociální služby pro staré a těžce zdravotně postižené*. 1. vyd. Praha : Institut pro státní správu, 1998. 105 s. ISBN nevedeno.

RABENSEIFEROVÁ, Zuzana. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 55 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3323-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠIMKOVÁ, M., KUBIČKOVÁ, A.. INSTITUTE OF APPLIED PSYCHOLOGY, s.r.o. *Role otce v rodině jako činitele ovlivňujícího vývoj dítěte: RODINA - DEFINICE* [online]. 2015 [cit. 2015-04-09]. Dostupné také z WWW: <<http://www.psychometry.cz/>>.

ŠINDLEROVÁ, Nela. *Výzvy v práci sestry domácí péče*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Marie Hledíková.

ŠTĚPÁNOVÁ, Hana. *Efektivita spolupráce rodiny a agentury domácí péče v ošetrovatelské péči o seniora v období po propuštění z nemocnice*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová.

TRACHTOVÁ, E., MASTILIAKOVÁ, D., FOJTOVÁ, G. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

VONEŠOVÁ, P., MACHOVÁ A. Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. č. 4 [online]. Praha : Mladá fronta, 2011. ISSN 1210-0404. [cit. 2015-04-09]. Dostupné také z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-domaciho-prostredi-klienta-naposkytovani-oseetrovatelske-pece-459334>>.

ZAHRADNICKÁ, Ilona. Hodnocení soběstačnosti. *Sestra* [online]. 2004, (2) [cit. 2015-08-11]. ISSN 1210-0404.

Dostupné z: http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Česko. Vyhláška č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2007, částka 105. Dostupné také z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-331>>.

Česko. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1997, částka 16. Dostupné také z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>>.

Česko. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 115. Dostupné také z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>>.

Česko. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131. Dostupné také z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.

Česko. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37.

Dostupné také z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>.

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života (Katz ADL)

Příloha č. 2 – Barthelův index základních všedních činností (Barthel ADL)

Příloha č. 3 – Lawtonova škála hodnocení IADL

Příloha č. 4 – Obecný diagram funkční míry nezávislosti (FIM)

Příloha č. 5 – Dotazník pro výzkum

Příloha č. 6 – Dotazník pro klienty ADP

Příloha č. 1 – Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života (Katz ADL)

Aktivita	Nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) 1 bod	Závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) 0 bodů
Koupání (bathing)	Myje se sám či dopomoc jen s jednou částí těla (např. záda či ochrnutá končetina)	Dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí
Oblékání (dressing)	Vyndá oblečení ze skříní a zásuvek, obleče se kompletně včetně kabátu a zapínání; možná výpomoc s ponožkami či punčochami	Pomoc při oblékání či pasivní oblečení
Používání toalety (toileting)	Dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. očistit genitál	Pomoc s přemístěním na toaletu, s očistou nebo užívání podložní mísy či „gramofonu“
Přemísťování (transferring)	Přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence; mechanické pomůcky jsou možné	Potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování
Kontinence (continence)	Kompletní kontrola vyměšování; možná je stresová inkontinence žen	Úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice
Jezení (feeding)	Vkládání stravy z talíře od úst bez dopomoci; přípravu jídla může zajistit jiná osoba	Částečná či kompletní pomoc s jezením či pasivním krmením

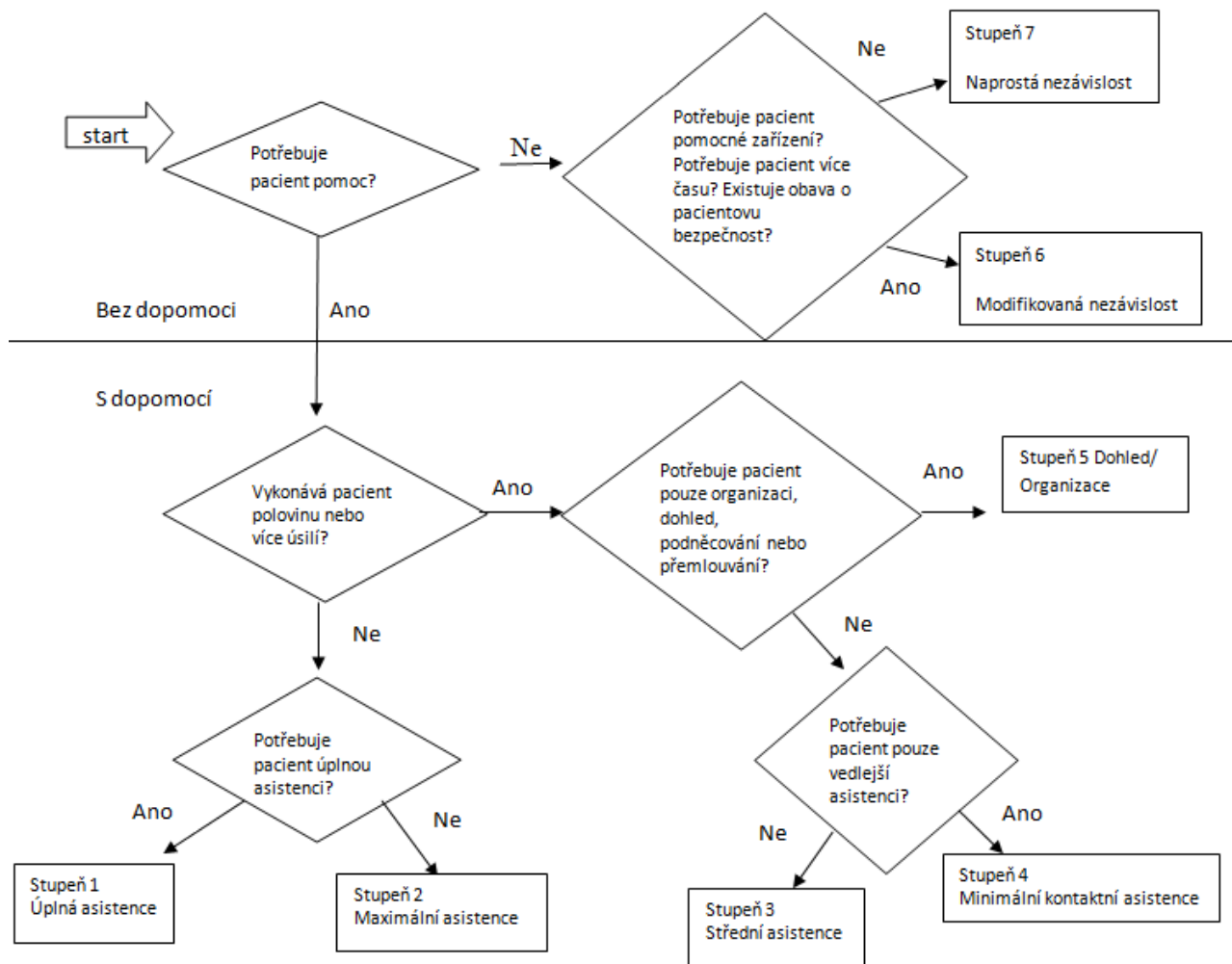
Příloha č. 2 – Barthelův index základních všedních činností (Barthel ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
Hodnocení stupně závislosti:		
0 – 40 bodů vysoce závislý		
45 – 60 bodů závislost středního stupně		
65 – 95 bodů lehká závislost		
96 – 100 bodů nezávislý		

Příloha č. 3 – Lawtonova škála hodnocení IADL – Philadelphia Geriatric Center IADL Scale (Lawton aj., 1969); v každé kategorii zakroužkujte jedinou položku, která nejvíce odpovídá pacientově současné výkonnosti (fungování – functioning)

Činnost	Body	Činnost	Body
Telefonování		Praní	
Ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí číslo	1	Zcela zajistí praní osobních věcí	1
Vytočí několik dobře známých čísel	1	Přepere drobné věci jako ponožky či punčochy	1
Zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáhne čísla	1	Veškeré praní musí zajistit jiní	0
Není schopen telefon užívat	0		
Nakupování		Způsob dopravy, cestování	
Postará se samostatně o všechny potřebné nákupy	1	Cestuje samostatně veřejnou dopravou či řídí automobil	1
Zvládá samostatně jen drobné nákupy	0	Zajišťuje si vlastní dopravu taxíkem, ale jinak veřejnou dopravu neuzívá	1
Potřebuje doprovod na každý nákup	0	Cestuje veřejnou dopravou s asistencí či s doprovodem	1
Není schopen (a) nakupovat	0	Doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem	0
		Necestuje vůbec	0
Příprava jídla, vaření		Užívání léků	
Plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně	1	Zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách	1
Připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience	0	Sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách	0
Ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu	0	Není schopen užívat vlastní medikaci	0
Vyžaduje uvaření a servírování jídla	0		
Vedení domácnosti		Nakládání s penězi	
Vede domácnost sám (a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce)	1	Obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky)	1
Provádí lehké domácí úkoly jako stlání, mytí nádobí	1	Zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji, apod.	1
Provádí lehké denní úkoly, ale není schopen (a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty	1	Není schopen (a) nakládat s penězi	0
Potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi	1		
Nepodílí se vůbec na domácích pracích	0		

Příloha č. 4 – Obecný diagram funkční míry nezávislosti (FIM)



Zdroj: UNIFORM DATE SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION. *The FIM System Clinical Guide: Version 5.2*. New York: Uniform Date System for Medical Rehabilitation, 2009. 183 s.

Příloha č. 5 – Dotazník pro výzkum

Vážené sestřičky,

jmenuji se Barbora Motyčáková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat, pokud možno, o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Soběstačnost klientů domácí péče“. Dotazník je anonymní a poslouží pouze pro účely této práce. Pokud není uvedeno jinak, zvolte vždy jen jednu, Vámi nejvíce vyhovující, odpověď.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

1) *Jak dlouho pracujete v ADP?*

1. 0 – 5 let
2. 6 – 10 let
3. 11 – 15 let
4. 16 – 20 let
5. Více než 20 let

2) *Testujete a hodnotíte úroveň soběstačnosti svých klientů?*

1. Ano, testuji vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne, netestuji nikdy

Pokud jste odpověděla na tuto otázku „NE“, otázky 3 – 4 vynechte. Pokračujte otázkou číslo 5.

3) *Jakými metodami testujete úroveň soběstačnosti svých klientů?*

1. Rozhovorem s klientem
2. Rozhovorem s osobou, která o klienta pečuje
3. Pozorováním
4. Pomocí speciálních testů k tomu určených (např. Barthelův test soběstačnosti)

4) *Používáte-li k hodnocení úrovně soběstačnosti svých klientů testy k tomu určené, vypište prosím jaké. (uved'te alespoň 3)*

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

5) *Uved'te důvod, proč používáte právě tyto testy?*

(Možno zakroužkovat více odpovědí)

1. Jsou srozumitelné
2. Jsou časově nenáročné
3. Jsou spolehlivé
4. Jiné neznám
5. V naší ADP jiné nepoužíváme
6. Jiný důvod:.....

6) *Snažíte se u svých klientů se sníženou úrovní soběstačnosti pomoci k jejich plnému či částečnému navrácení nebo alespoň udržení na stejné úrovni?*

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne, nikdy

7) *Jak se zachováte, pokud zjistíte u klienta, sníženou úroveň soběstačnosti?*
(možno zakroužkovat více odpovědí)

1. Zhodnotím jeho sociální podmínky a zázemí – Kde a s kým žije? Jaký je jeho domov, je pro klienta bezpečný? Má rodinu nebo někoho kdo by se o něj postaral nebo mu pomáhal?
2. Nabídnou možnost využívání pečovatelské služby
3. Kontaktuji klientovu rodinu a snažím se jí zapojit do ošetrovatelské péče
4. Nabídnou klientovi veškeré kompenzační pomůcky, které by mu usnadnili vlastní sebeobsluhu
5. Zajistím spolupráci s rehabilitační sestrou
6. Při každé další návštěvě klienta sleduji veškeré změny v této oblasti
7. Neudělám nic

8) *Pomáháte svým klientům v některých oblastech sebeděle?*

(v oblasti osobní hygieny, vyprazdňování, stravování, pohybu,...)

1. Ano
2. Ne
3. Někdy

Pokud jste odpověděla na tuto otázku „NE“, otázku číslo 9 vynechte. Pokračujte otázkou číslo 10.

9) *Ve které oblasti sebeděle vyžadují vaši klienti nejčastěji pomoc?*

(možno zakroužkovat více odpovědí)

1. V oblasti osobní hygieny
2. V oblasti stravování
3. V oblasti vylučování moče
4. V oblasti vyprazdňování stolice
5. V oblasti přemísťování
6. V oblasti oblékání
7. V jiné oblasti:.....

10) *Nabízíte svým klientům pro lepší sebeobsluhu využívat kompenzační pomůcky?*

1. Ano
2. Ne
3. Někdy

Pokud jste odpověděla na tuto otázku „NE“, otázky 11 – 15 vynechte. Pokračujte otázkou číslo 16.

11) *O jaké kompenzační pomůcky mají vaši klienti největší zájem?*

(možno zakroužkovat více odpovědí)

1. Kompenzační pomůcky pro podporu hybnosti (berle, hole, chodítka, invalidní vozík,...)
2. Kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při osobní hygieně (protiskluzové podložky, madla, vanové sedačky, pojízdná křesla a židle do sprchy,...)
3. Kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při vyprazdňování (pojízdné WC křeslo, nástavce na WC, madla a podpěry na WC,...)
4. Kompenzační pomůcky usnadňující pohyb v lůžku (polohovatelná postel, hrazdička, žebříček,...)
5. Antidekubitární pomůcky (speciální antidekubitární lůžka, matrace, podložky, věnečky,...)

12) *Kompenzační pomůcky, které nabízíte svým klientům jsou:*

(možno zakroužkovat více odpovědí)

1. Plně hrazeny zdravotní pojišťovnou
2. Částečně hrazeny zdravotní pojišťovnou, část si hradí sám klient
3. K zakoupení ve zdravotnických potřebách z vlastních finančních prostředků
4. Objednané z internetu, či TV, též z vlastních finančních prostředků
5. Jiné:.....

13) *Jsou klienti ochotni si kompenzační pomůcku zakoupit, pokud není možné její zapůjčení, nebo daná pomůcka není hrazena zdravotní pojišťovnou?*

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne, nikdy
5. Nevím

14) *Domníváte se, že používáním kompenzační pomůcky se zvyšuje úroveň soběstačnosti vašich klientů?*

1. Ano, zvyšuje
2. Spíše se zvyšuje
3. Spíše se nezvyšuje
4. Ne, nezvyšuje
5. Nevím

15) *Učíte klienty jak kompenzační pomůcky správně používat?*

1. Ano
2. Ne
3. Někdy

16) *Zapojujete do ošetrovatelské péče svých klientů jejich rodinné příslušníky?*

1. Ano
2. Ne
3. Někdy

17) *Mají rodinní příslušníci zájem o péči o klienta?*

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne, nikdy

18) *Učíte je postupy, jak o klienta správně pečovat?*

(při hygieně, vyprazdňování, přesunech z lůžka na židli a obráceně, stravování,...)

1. Ano
2. Ne
3. Někdy

Pokud jste odpověděla na tuto otázku „NE“, otázku číslo 19 vynechte. Pokračujte otázkou číslo 20.

19) *Kontrolujete je, zda-li zachovávají a dodržují správnost postupů, které jste je naučila?*

1. Ano, kontroluji
2. Spíše kontroluji
3. Spíše nekontroluji
4. Ne, nekontroluji

20) *Myslíte si, že dodržování správných postupů při ošetřování klienta má vliv na zvyšování jejich úrovně soběstačnosti?*

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Určitě ne
5. Nevím

DOTAZNÍK PRO KLIENTY ADP

1. Kolik je Vám let?

- 0-19
- 20-39
- 40-59
- 60-79
- 80 a více

2. Kdo Vám pomáhá při vykonávání běžných denních činností? (příprava jídla, úklid, nákup, osobní hygiena, apod.)

- Nikdo
- Soused, sousedka
- Ostatní členové rodiny
- Známi, přátelé
- Pečovatelská služba
- Sestra z ADP
- Někdo jiný.....

Pokud jste odpověděl(a) na otázku číslo 2 odpovědí, že NIKDO, otázku číslo 3 vynechte.

3. Pokud by Vám nikdo nepomáhal, která oblast sebepéče by Vám činila největší obtíže?

Možno označit více odpovědí.

- Najedení, napití
- Oblékání
- Koupání
- Osobní hygiena
- Vyprazdňování moči
- Vyprazdňování stolice
- Použití WC
- Přesun lůžko-židle
- Chůze
- Jiné.....

4. Využíváte také služeb pečovatelské služby?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděla na otázku číslo 4, odpovědí, že NE, otázku číslo 5 vynechte.

5. Jaké služby využíváte nejvíce?

Možno označit více odpovědí.

- Dopomoc s přípravou jídla
- Dopomoc s oblékáním
- Dopomoc s přesouváním (z lůžka na křeslo, z křesla na lůžko)
- Doprovod na WC, koupelny
- Dopomoc při osobní hygieně
- Dopomoc při úklidu
- Dopomoc při praní, žehlení
- Doprovod na vyšetření
- Nákupy
- Masáže
- Manikúra, pedikúra
- Střih, úprava vlasů
- Jiné služby.....

6. Do jaké míry jste soběstačný(á) v plnění běžných denních činností?

(osobní hygiena, vyprazdňování, oblékání, stravování, domácí práce, apod.)

- Zcela soběstačný, nezávislý na pomoci druhé osoby
- Částečně soběstačný, schopen (schopna) sebeobsluhy i mimo lůžko, avšak potřebuji pomoc druhé osoby
- Částečně soběstačný, avšak upoutaný na lůžko, potřebuji asistenci druhé osoby
- Zcela nesoběstačný, upoutaný na lůžko, závislý na pomoci druhé osoby

7. Do jaké míry potřebujete pomoc při osobní hygieně?

- Nepotřebuji pomoc, osobní hygienu provedu sám (sama)
- Potřebuji dopomoc s přemístěním do koupelny, jinak osobní hygienu provedu sám (sama)
- Potřebuji dopomoc s přemístěním, přípravě a úklidu pomůcek při osobní hygieně
- Osobní hygienu neprovedu, jsem závislý(á) na pomoci druhé osoby

Pokud jste na otázku číslo 7 odpověděl(a), že NEPOTŘEBUJETE POMOC V OBLASTI OSOBNÍ HYGIENY, otázku číslo 8 vynechte.

8. Kdo Vám pomáhá v oblasti osobní hygieny?
- Druh, družka
 - Ostatní členové rodiny
 - Sousedé, známí
 - Sestra z ADP
 - Pečovatelská služba
9. Do jaké míry potřebujete pomoc při vyprazdňování moči?
- Nepotřebuji pomoc, vyprazdňování moči zvládnu sám (sama)
 - Potřebuji dopomoc s přemístěním na toaletu
 - Potřebuji dopomoc s přemístěním na toaletu a s očištěním
 - Jsem zcela nesoběstačný, k vyprázdnění dochází na lůžku, do sběrné nádoby, mísy
 - Jsem inkontinentní

Pokud jste na otázku číslo 9 odpověděl(a), že NEPOTŘEBUJETE POMOC PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI, otázku číslo 10 vynechte.

10. Kdo Vám pomáhá v oblasti vyprazdňování moči?
- Druh, družka
 - Ostatní členové rodiny
 - Sousedé, známí
 - Sestra z ADP
 - Pečovatelská služba

11. Do jaké míry potřebujete pomoc při vyprazdňování stolice?
- Nepotřebuji pomoc, vyprazdňování stolice zvládnu sám (sama)
 - Potřebuji dopomoc s přemístěním na toaletu
 - Potřebuji dopomoc s přemístěním na toaletu a s očištěním
 - Jsem zcela nesoběstačný, k vyprázdnění dochází na lůžku, do mísy
 - Jsem inkontinentní

Pokud jste na otázku číslo 11 odpověděl(a), že NEPOTŘEBUJETE POMOC PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE, otázku číslo 12 vynechte.

12. Kdo Vám pomáhá v oblasti vyprazdňování stolice?
- Druh, družka
 - Ostatní členové rodiny
 - Sousedé, známí
 - Sestra z ADP
 - Pečovatelská služba
13. Do jaké míry potřebujete pomoc při stravování?
- Nepotřebuji pomoc, jídlo si obstarám i připravím sám (sama)
 - Potřebuji pomoc s obstaráním jídla, avšak jídlo si připravím a najím se sám (sama)
 - Potřebuji dopomoc s obstaráním jídla, přípravou a servírováním
 - Nenajím se, jsem krmen(a)

Pokud jste na otázku číslo 13 odpověděl(a), že NEPOTŘEBUJETE POMOC PŘI STRAVOVÁNÍ, otázku číslo 14 vynechte.

14. Kdo Vám pomáhá v oblasti stravování?
- Druh, družka
 - Ostatní členové rodiny
 - Sousedé, známí
 - Sestra z ADP
 - Pečovatelská služba

15. Používáte k lepší sebeobsluze kompenzační pomůcky?

- Ano
- Ne

Pokud jste na otázku číslo 15 odpověděl(a), že NE, otázku číslo 16 a 19 vynechte.

16. Jaké používáte kompenzační pomůcky?

- Kompenzační pomůcky pro podporu hybnosti (berle, hole, chodítko, invalidní vozík,...)
- Kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při osobní hygieně (protiskluzové podložky, madla, vanové sedačky, pojízdná křesla a židle do sprchy,...)
- Kompenzační pomůcky pro snadnější sebeobsluhu při vyprazdňování (pojízdné WC křeslo, nástavce na WC, madla a podpěry na WC,...)
- Kompenzační pomůcky usnadňující pohyb v lůžku (polohovatelná postel, hrazdička, žebříček,..)
- Antidekubitární pomůcky (speciální antidekubitární lůžka, matrace, podložky, věnečky,...)

17. Jakým způsobem jste si kompenzační pomůcky obstaral(a)?

- Přes sestru z ADP
- Zakoupením
- Zapůjčením
- Objednáním přes internet
- Jiným způsobem

.....

18. Poučila Vás sestra z ADP, jak kompenzační pomůcku(y) správně a efektivně používat?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

19. Zapojuje sestra z ADP do edukace o správnosti používání kompenzačních pomůcek také Vaše rodinné příslušníky?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

20. Mají Vaši rodinní příslušníci zájem na tom, aby se zlepšovala úroveň vaší soběstačnosti?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

21. Navrhla, či navrhuje Vám sestra z ADP i jiné kompenzační pomůcky, které by mohli pomoci ke zvyšování Vaší soběstačnosti?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

22. Vykonává s Vámi sestra také rehabilitační cvičení?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Dochází k Vám, mimo sestry z ADP, také rehabilitační pracovník, pracovnice?

- Ano
- Ne

24. Hodnotí sestry z ADP úroveň Vaší soběstačnosti? (např. testy k tomu určenými, rozhovorem)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

25. Jste spokojena s prací sester z ADP?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Pokud NE, uveďte prosím důvod Vaší nespokojenosti

.....

.....

.....