

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**VLIV DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ KLIENTA NA POSKYTOVÁNÍ
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE AGENTUROU DOMÁCÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Machová, R.N.

2009

Autor práce:

Petra Vonešová

Abstract

Home care in its full extent respects client`s integrity with his/her own social environment. The task of home care is to secure nursing care corresponding to client`s actual needs respecting his/her health condition. Home environment and presence of close people have an immediate impact on human psyche playing a significant role in the healing process. Absence of nosocomial infections is an advantage of providing a client with nursing care in his/her home environment; however, social environment being sometimes unsatisfactory, unwillingness to alter the home environment according to the actual needs and not following the healing regime can be a disadvantage.

The aim of the thesis was to find out the way client`s home environment influences the quality of the nursing care provided by Agentura domácí péče (Home Care Agency). The research was carried out using the method of a qualitative research, by half-standardized interviewing nurses and clients of Agentura domácí péče. Five nurses working for Agentura domácí péče were the first research sample. Four clients being provided with the home care regularly several days per week for a period of several years were the other research sample. Clients` case reports were completed with observation of their own environment while interviewing.

The research suggests that the quality of the provided nursing care is influenced by several factors – mainly by collaboration of the client and his/her family, by the condition of the home environment and by collaboration with the attending physician. Concerning the nurses, their theoretical knowledge and practical skills are of high importance.

Two hypotheses were established based on the results. H1: In order to secure continuous home nursing care, collaboration with family is essential. H2: The quality of the nursing care provided by nurses of home care agency is influenced by the condition of the home environment.

In conjunction with the research, specifications of home care were clarified and possible problems a nurse providing nursing care in the home environment can face were mapped.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 6.5.2009

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Aleně Machové za odborné vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad. Dále děkuji sestřám a klientům domácí péče, kteří se mnou trpělivě a ochotně spolupracovali.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Charakteristika domácí péče	5
1.2 Vývoj domácí péče v České republice.....	6
1.3 Úloha primární a komunitní péče	9
1.3.1 Zaměření domácí péče v komunitě.....	10
1.3.2 Úloha domácí péče v integrovaném systému zdravotní a sociální péče.....	10
1.4 Formy domácí péče.....	11
1.4.1 Akutní domácí péče- domácí hospitalizace	12
1.4.2 Dlouhodobá domácí péče.....	13
1.4.3 Preventivní domácí péče	14
1.4.4 Domácí hospicová péče	15
1.5 Zajištění kvality v domácí péči.....	16
1.6 Financování domácí péče.....	17
1.7 Materiální, technické a personální podmínky	19
1.8 Průběh návštěvy v komplexní domácí péči	20
1.8.1 Činnosti před vlastní návštěvou v domácí péči	22
1.8.2 Vlastní návštěva v domácí péči	23
1.8.3 Činnosti sestry po návštěvě v domácí péči	25
1.8.4 Propuštění pacienta z domácí péče	26
1.9 Vliv rodiny a prostředí.....	27
2. Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumná otázka	30
3. Metodika	31
3.1. Metodika práce	31
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	31
4. Výsledky	33
4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami	33

4.1.1	Kasuistika 1.....	33
4.1.2	Kasuistika 2.....	38
4.1.3	Kasuistika 3.....	41
4.1.4	Kasuistika 4.....	43
4.1.5	Kasuistika 5.....	47
4.1.6	Výsledky rozhovorů se sestrami zpracované do tabulek.....	51
4.2	Výsledky rozhovorů s klienty a pozorování jejich domácího prostředí.....	58
4.2.1	Kasuistika 6.....	58
4.2.2	Kasuistika 7.....	60
4.2.3	Kasuistika 8.....	62
4.2.4	Kasuistika 9.....	64
4.2.5	Výsledky rozhovorů s klienty zpracované do tabulek.....	66
5.	Diskuze.....	70
6.	Závěr.....	77
7.	Seznam použitých zdrojů.....	79
8.	Klíčová slova.....	82
9.	Přílohy.....	83

Úvod

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že jsem jako sestra v agentuře domácí péče dříve pracovala. Chtěla jsem tedy přiblížit problémy, se kterými se sestry domácí péče při provádění ošetrovatelské péče potýkají, a dále jsem se snažila objasnit specifika poskytování zdravotní péče v domácím prostředí klientů.

Domácí ošetrovatelská péče se v posledních desetiletích významně podílí na rozvoji primární péče a stala se nedílnou součástí moderního zdravotního systému. Poskytuje primární, sekundární i terciární péči, zaměřuje se na upevňování, ochranu a návrat zdraví. Důraz péče je kladen na zajištění nezávislosti klienta a minimalizaci následků akutních i chronických onemocnění. Posláním domácí péče je zajistit klientovi kvalitní a dostupnou péči v jeho vlastním sociálním prostředí a v takovém rozsahu, jak vyžaduje jeho aktuální zdravotní stav. Ve většině případů pobyt v domácím prostředí přispívá k dobré psychické pohodě, což se pozitivně odráží v procesu uzdravování a má příznivý vliv i na imunitní systém člověka.

Setrvání člověka v domácím prostředí se zdravotními problémy různého rozsahu vyžaduje jeho aktivní spolupráci. Doma je daleko obtížnější zajistit dodržování léčebného a dietního režimu, neboť není pod dohledem 24 hodin, jak je tomu v době hospitalizace či v domovech pro seniory. Velmi těžké je měnit klientovi dlouhodobé zvyklosti a návyky. Je zcela na něm, zda se bude radami sester nebo ošetřujících lékařů řídit.

Domácí péče umožňuje zkrátit délku hospitalizace klienta na dobu nezbytně nutnou, snižuje se i riziko vzniku nozokomiálních nákaz, jejichž léčba je finančně nákladná.

Péče je prováděna individuálně na základě indikace ošetřujícího lékaře a je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Odborná zdravotní péče v domácím prostředí je poskytována všem věkovým skupinám. Je určena dětem, klientům v produktivním věku a seniorům. Nejčastější skupinou klientů jsou právě lidé ve vysokém věku, kteří vyžadují v péči určitá specifika. Mnohdy jsou osamoceni a deprimováni svým zdravotním stavem. Každý klient vyžaduje individuální přístup, je posuzován z bio-psycho- sociálního hlediska a jedná se tedy o holistický přístup.

Sestra pracující v terénu si musí umět poradit s různými překážkami a nástrahami, aby mohla provést kvalitní výkon a ošetření klienta. Ať je to originalita jednotlivých domácností, rozružený domácí hlídač chránící své území, nesjízdnost nebo zasněžené silnice. Setkává se i s velmi nevyhovujícím sociálním prostředím, kde je třeba při splnění povinností velké improvizace.

Kvalitní agentury domácí péče jsou vybaveny přístroji k diagnostickým a terapeutickým výkonům, disponují s jednorázovými pomůckami a sety, půjčují klientům kompenzační pomůcky, a tak zajišťují potřebný komfort poskytované péče.

Ve své práci jsem se snažila zjistit, které faktory domácího prostředí klienta nejvíce ovlivňují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, poskytovanou agenturou domácí péče.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika domácí péče

Domácí péče se ve vyspělých zemích stává rychle se rozvíjejícím sektorem zdravotnictví. Vývoj medicínských oborů a ošetrovatelství umožňuje zajistit klientům kvalitní péči v jejich přirozeném prostředí (8). Vědeckými studiemi je prokázáno, že na vznik a průběh onemocnění má vliv stav našeho fyzického a psychického zdraví. Jsme-li vystaveni stresu a nestabilitě, je narušena i naše obranyschopnost organismu. A právě v těchto chvílích vyhledáváme prostředí, kde cítíme pocit bezpečí. Neznámé prostředí dělá ze soběstačného jedince člověka závislého, plného bezmoci a beznaděje (25).

V rámci komplexní péče je poskytována odborná zdravotní péče, která je indikována ošetřujícím lékařem klienta, dále pak sociální a laická péče. Jde tedy o multidisciplinární obor. Rozsah aktivit je ovlivňován aktuálním zdravotním stavem klienta a stavem sociálního prostředí. Dle Jarošové zdravotní péče tvoří dvě třetiny ze všech výkonů agentur domácí péče. Česká domácí péče tedy charakterem činností odpovídá pojmu Home Care, která je poskytována především ve Spojených státech amerických a v Austrálii. Ve většině států Evropy tvoří jedna třetina výkonů zdravotní péči a dvě třetiny sociální péči. Jedná se spíše o Home Help, tedy domácí pomoc (8).

Cílem domácí péče je pomoci klientovi a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví, zachovat kvalitu života, udržovat a zvyšovat soběstačnost při denních činnostech. Důležité je edukovat klienta a rodinné příslušníky k zodpovědnosti za své zdraví a jednotlivce aktivně zapojit. Dalším cílem je umožnit v terminálním stadiu života umírat v kruhu svých blízkých (8).

Domácí péče je poskytována všem klientům bez omezení věku a druhu onemocnění. Úkolem ošetřujícího lékaře je odpovědně posoudit zdravotní stav a sociální prostředí klienta. Na základě těchto kritérií rozhodne, zda poskytovaná domácí péče bude očekávaným přínosem (25). Nejpočetnější skupinou klientů domácí péče jsou lidé ve vyšším věku.

Kvalita domácí péče je ovlivňována základními principy, které je důležité respektovat, aby nebyla narušena filozofie domácí péče: humanizace zdravotní péče,

orientace na zdravého a nemocného jedince, zlepšení stavu a spokojenost klienta, respektování základních lidských práv, komplexnost, standardizace ošetrovatelských činností, ekonomická efektivita a celoživotní vzdělávání pracovníků (8).

V naší zemi je domácí péče koncipována jako domácí zdravotní péče a formálně evidována odborností 925 (8). V současném zdravotnickém systému jsou tři propojené strany: pacient (příjemce péče), poskytovatel (zdravotnická zařízení) a plátce (finančně hradí provedenou péči) (9). Domácí zdravotní péče je plně hrazena ze zdravotního pojištění na základě indikace lékaře a vykázaných výkonů, nadstandardní péče je financována přímými platbami od klientů (8).

1.2 Vývoj domácí péče v České republice

Ošetrování nemocných doma se rozvíjelo v dávné minulosti. Člověk měl potřebu starat se o sebe a pomáhat sobě i ostatním. První zmínky se objevují od začátku 12. století (9). Neprofesionální péče o nemocné je nejdelším obdobím v historii ošetrovatelství. Společně s křesťanstvím vznikalo charitativní ošetrovatelství, které se soustředilo na péči o specifické skupiny lidí. Především o nemocné, chudé, opuštěné děti a osoby závislé na pomoci jiných. Právě rozvoj charitativního ošetrovatelství souvisí se zakládáním mnišských řádů, klášterů, útulků, špitálů a nemocnic. V 15. století prováděly v Praze návštěvní opatrovnickví speciálně proškolené Diakonky. Rozvoj profesionálního ošetrovatelství začíná v 19. století a úzce souvisí s rozvojem medicíny, se vzděláváním a se zakládáním nemocnic. Za zakladatelku profesionálního ošetrovatelství je považována Florence Nightingalová. Úroveň českého ošetrovatelství ovlivňovaly společensko-ekonomické, sociální a kulturní vlivy, stav zdraví, právo na vzdělání. Ošetrovatelská péče se soustředila na primární zdravotní péči a činnosti v nemocnicích (3).

České ošetrovatelství bylo mezi válkami orientováno na rozvoj péče nejen nemocniční. V roce 1918 vznikaly první školy orientované na vyškolení pracovníků, kteří budou schopni samostatně pracovat v terénu. Dobře nastartovaný vývoj ošetrovatelství byl

přerušen druhou světovou válkou (1). Po roce 1948 bylo ošetřovatelství orientované především na péči v nemocnicích, primárně zdravotní péče byla potlačena (3).

V Československé republice začal myšlenku poskytování odborné ošetřovatelské péče v domácnostech realizovat Československý červený kříž. Způsob péče se velmi osvědčil a byl zabezpečován sestrami a ošetřovatelkami do roku 1950. O dva roky později převzal domácí péči stát a sestry pracovaly jako geriatrické sestry v ambulancích u obvodních lékařů (6).

Velké zlomové období ve vývoji nejen domácí péče nastává po roce 1989. Začíná období transformace, reformy struktury, řízení a financování zdravotnictví (6). První vznik agentur je v březnu 1990, kdy bylo zdravotníky při České katolické charitě ošetřeno prvních osmnáct nemocných v domácím prostředí (25).

V roce 1991 je domácí péče legalizována jako zvláštní forma zdravotní péče Ministerstvem zdravotnictví, které doporučilo a finančně dotovalo dvouletý experiment Domácí ošetřovatelská péče organizovaný Českou katolickou charitou. Ke konci roku 1991 bylo zřízeno v České republice 26 agentur (8).

Výrazný nárůst ve vzniku nových agentur byl v roce 1992 v souvislosti se změnami v legislativě a s nově přijatým zákonem č. 160/ 92 Sb. „O podmínkách poskytování péče v nestátních zdravotnických zařízeních“, ve znění pozdějších předpisů. Byly stanoveny podmínky poskytování péče v nestátních zdravotnických zařízeních. Vznikají agentury, které zakládají převážně sestry. Důkazem efektivity péče je klesající počet dnů hospitalizace v lůžkových zařízeních (25). Ke konci roku 1992 bylo zaregistrováno v České republice 68 agentur (8).

Bouřlivý rozvoj agentur nastal v roce 1993, souvisel s rozšířením informací mezi laickou i profesionální veřejnost a seznámení s filozofií domácí péče. Masivní nárůst agentur souvisel také se vznikem zdravotních pojišťoven a jejich spoluprací. Zřizovately nových agentur domácí péče jsou nejen sestry, ale i nemocnice, městské úřady aj. Na jaře téhož roku byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče dodnes (8). První mezinárodní kongres úspěšně přispívá k dalšímu šíření podstatných a cenných informací, navozuje úspěšnou komunikaci s praktickými lékaři (25).

V roce 1994 bylo v Asociaci domácí péče zaregistrováno 353 agentur (8). Z průzkumů vyplývá jednoznačná spokojenost klientů s poskytováním domácí péče. Objevují se především požadavky na zajištění péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (25). V červenci roku 1994 bylo Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče (NCDP), které poskytuje informace odborné i laické veřejnosti, zajišťuje koordinaci služeb a pořádá mnoho odborných seminářů pro profesionální veřejnost na národní a regionální úrovni (8).

V lednu 1995, po konsensu mezi Asociací domácí péče, Sdružením praktických lékařů pro dospělé a Sdružením lékařů pro děti a dorost, byl zahájen Projekt primární péče, který vycházel ze zkušeností švýcarských expertů (25). Na konci roku bylo Asociací domácí péče registrováno 399 agentur (8).

V průběhu let 1996-1998 došlo především k realizaci několika projektů, nejdůležitější byl Projekt k svépomoci, realizovaný ve spolupráci se samosprávou konkrétní obce, který pomáhal řešit přípravu na novou životní situaci u pacientů s trvalým poškozením. Projekt Národního centra domácí péče se především zaměřoval na komunální politiku ve vztahu k domácí péči, na strukturu a funkčnost agentur domácí péče. Počet agentur se v roce 1996 zvyšuje na 454 (8).

V dalších letech se poptávka po domácí péči saturovala a nárůst v počtu zdravotnických zařízení poskytujících domácí péči není již tak bouřlivý. V roce 2000 bylo řádně registrovaných 472 agentur, o rok později 477. „Poslední dostupná data, zpracovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (2006), jsou z roku 2005, kdy bylo koncem roku evidováno celkem 494 pracovišť domácí péče, z nich 88 % bylo dostupných 24 hodin denně“ (9, str. 63). Z celkového počtu ošetřených klientů (z roku 2005) je 77 % ve věku 65 let a více (9).

Domácí péče představuje ve všech vyspělých zemích jeden z nejrychleji rozvíjejících se systémů zdravotnictví. Poskytovat kvalitní péči v přirozeném domácím prostředí umožňuje pokrok medicínských oborů a ošetrovatelství. Na rozvoj domácí péče mají vliv i společenské faktory, jako je vzrůstající ekonomický tlak, demografické stárnutí obyvatelstva, vzrůstající poptávka veřejnosti, změny zdravotnických systémů a rozvoj moderních technologií (přístroje vhodné pro domácí užití) (8).

1.3 Úloha primární a komunitní péče

Termíny komunitní a primární péče se často zaměňují, přičemž není stanoveno, v čem je rozdíl a v čem souvislost mezi nimi. Dle Hanzlíkové je primární zdravotní péče chápána jako péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným (6).

Primární péčí se rozumí koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče prováděná zejména zdravotníky na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, ale také na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Jde o soubor činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio- psycho- sociální potřeby (32).

Významným mezníkem reformy zdravotní péče byla Almaatská deklarace v roce 1978. Probíhající reformy byly postavené na zásadách, které vedou klienta a veřejnost k odpovědnosti za své zdraví a podněcují ke zdravému způsobu života (9).

„Ošetrovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel. Komunitní péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Dále se zaměřuje na péči o nemocného a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče. Komunitní péče zahrnuje i péči o chronicky a nevléčitelně nemocné a zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče. Rozvoj komunitního ošetrovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace“ (36).

Pod pojmem komunitní péče si lze představit mnoho různorodých činností. Jedná se o služby a programy, které aktivizují občany ke spolupráci v rozvoji a provozu sociálních služeb, může to být péče a podpora, kterou poskytují rodiny, partneři a sousedé svým známým a příbuzným, dále jsou to aktivity sociálních úřadů a pracovníků, které následně poskytují poradenské služby, aby člověk věděl, kam se obrátit, aby byly uspokojeny jeho potřeby. Důraz se klade především na to, aby orgány státní správy plánovaly a rozvíjely služby ve spolupráci s odborníky z praxe, nevládním sektorem a uživateli péče (10).

1.3.1 Zaměření domácí péče v komunitě

Dle cílů Světové zdravotnické organizace se domácí ošetrovatelská péče soustředí na podporu, upevňování a posilování zdraví, prevenci nemocí a aktivní spoluúčast jednotlivců, rodin a komunit na rozvíjení zdraví společnosti- primární prevence. Dále se podílí na aktivitách směřujících k navrácení zdraví a pomáhá zlepšovat zdravotní stav po překonaných zdravotních problémech- sekundární prevence. Smyslem terciární prevence je zlepšit zdravotní stav a předcházet komplikacím u chronicky nemocných (9).

Domácí péče je nejčastějším poskytovatelem terciární zdravotní péče, ale význam primární a sekundární péče nelze opomíjet. Ošetrovatelské činnosti jsou v domácí péči prováděny sestrou přímo (face to face) nebo nepřímo (kdy není přímý kontakt sestry a klienta). Za přímou péči považujeme všechny činnosti a aktivity, kdy je sestra v přímém kontaktu s klientem a rodinnými příslušníky. Jde o převazy, aplikace injekcí, fyzické vyšetření a hodnocení klienta, edukace aj. Do nepřímé péče patří především aktivity, které zkvalitňují a koordinují péči. Jde o konzultaci s ošetřujícím lékařem či dalšími odborníky, porady s ostatními poskytovateli péče aj. (9)

1.3.2 Úloha domácí péče v integrovaném systému zdravotní a sociální péče

Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní i sociální péče, aby k hospitalizaci nebo umístění do ústavů sociální péče docházelo pouze v nezbytně nutných případech (26).

Domácí zdravotní péče je zajišťována multidisciplinárním týmem. Rozsah jednotlivých aktivit je dán aktuálním vývojem zdravotního stavu klienta, stavem jeho sociálního prostředí a rozsahem kompetencí jednotlivých členů týmu poskytujících domácí péči (9).

Agentury domácí péče často nabízejí integrované- komplexní formy péče, takže kompenzují zdravotní i sociální potřeby klienta. Komplexní domácí péče se skládá z odborné zdravotní péče, která je poskytována prostřednictvím profesionálů, indikovaná ošetřujícím lékařem klienta, dále ze sociální péče a pomoci, která je

zabezpečována na základě stanovení aktuální sociální diagnózy. Určitý podíl na poskytování zdravotní a sociální péče má laická veřejnost formou sebedpěče nebo za účasti blízkých osob klienta nebo rodinných příslušníků (24).

Jelikož nemoc si nevybírání denní či noční dobu, je nevyhnutelná dostupnost domácí péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, aby byla zajištěna nepřetržitost péče. Takové podmínky pak vytvářejí ve vztahu s klientem pocit bezpečí a sounáležitosti (9). Misconiová uvádí, že nedostatečná dostupnost v čase je jedním z několika problémů v rozvoji domácí péče, jelikož není ani právní silou koncepčně zakotvena nutnost zajištění péče 24 hodin 7 dní v týdnu (22).

Dle Jarošové je u nás primární ošetřovatelství velmi zúženě chápáno, je zaměřeno především na nemocné klienty a orientováno více na výkony (9). Moderní ošetřovatelství chápe člověka jako celek, jako bytost holistickou. Potřeby klienta v oblasti zdravotní a sociální péče jsou navzájem propojeny. Holistická teorie chápe všechny živé organismy jako celky, které se navzájem ovlivňují, a narušení jedné části celku znamená poruchu celého systému (33).

1.4 Formy domácí péče

Domácí ošetřovatelská péče zahrnuje všechny činnosti a služby prováděné odborně způsobilou sestrou na vysoké odborné a profesionální úrovni klientům v jejich domácím prostředí. Hlavním cílem domácí péče je podporovat jedince, rodinu a skupinu v péči o zdraví, pomáhat v době nemoci, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví, podporující proces uzdravování nebo zajišťující klidnou smrt v přirozeném sociálním prostředí. Současným cílem je pomoci klientovi získat co nejdříve nezávislost, soběstačnost a vést ho k nejvyšší možné úrovni sebedpěče (6).

Péče musí být zaměřena také na uspokojování potřeb klienta, což je charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, bytostí bio-psycho-sociální. Jednotlivé složky jsou ve vzájemné interakci (33).

Domácí péče je v České republice členěna do dvou základních forem- akutní domácí péče (domácí hospitalizace) a dlouhodobá péče (péče o chronicky nemocné).

Dále se ještě setkáme se dvěma specializovanými formami- preventivní domácí péčí a hospicovou domácí péčí. Formy domácí péče vycházejí z jejich hlavních cílů (9).

1.4.1 Akutní domácí péče- domácí hospitalizace

Tato forma péče, nazývaná jako domácí hospitalizace, zahrnuje specializovanou péči, která je určena klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Vhodná je také u klientů s akutním kardiovaskulárním, neurologickým, gastrointestinálním a urologickým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci. Bývá krátkodobá, poskytována v rozsahu několika dnů nebo týdnů (9).

Pooperační péče navazuje na jednodenní chirurgii, která probíhá na vlastním domácím lůžku. Nejedná se o novou léčebnou metodu, rozdíly jsou pouze v organizaci pooperační péče. Klient je doma nucen k rychlejší aktivaci a tak je umožněn i rychlejší návrat do zaměstnání. Nemocný není vystaven nozokomiální nákaze, neboť neprochází nemocničním oddělením. Domácí pooperační péče musí být dobře organizovaná, prováděna sestrami s vysokou odbornou kvalifikací, důležitá je dostatečná edukace klientů, rodinných příslušníků a dobrá spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Domácí hospitalizace se musí rovnocenně vyrovnat s nemocniční péčí (26).

Poúrazová péče zahrnuje ošetřování stavů, u nichž je zachováno vědomí a klient není ohrožen závažnými komplikacemi. Ošetrovatelská péče je zaměřena především na léčbu a monitoring bolesti, polohování, zajištění dietního, pitného a hygienického režimu, odborné ošetření ran a průběžnou rehabilitaci (26). Dále nesmíme opomenout antidekubitární péči, prevenci vzniku imobilního syndromu a předcházení vzniku sekundárních změn, které způsobují trvalé následky pohybového systému a psychiky. Kvalitní agentury disponují speciálními a kompenzačními pomůckami, které usnadňují pohyb a zvyšují komfort klientů po úrazech.

1.4.2 Dlouhodobá domácí péče

Jde o nejrozšířenější formu domácí péče v České republice. Je určena chronicky nemocným, jejichž zdravotní i psychický stav vyžaduje dlouhodobé a pravidelné sledování kvalifikovaného personálu. „Jsou to obvykle klienti po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, klienti s plným nebo částečným ochrnutím nebo klienti se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem či chronickou bolestí“ (9, str. 66). Tato forma domácí péče bývá doplněna službami sociálního charakteru, jedná se tedy o komplexní domácí péči. Bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let (9).

Chronická onemocnění plic a dýchacích cest někdy vedou k závislosti klienta na dýchacích přístrojích a oxygenátorech. Klient musí být dobře vyškolený, neboť nese hlavní odpovědnost. Tým domácí péče a praktický lékař klienta edukují, informují a podporují. Dle Misconiové je tato léčba v domácím prostředí pro klienta jednoznačně lacinější a příjemnější (26).

U gastroenterologických onemocněních se jedná především o péči o stomie, či speciální formu výživy, kterou aplikuje sestra z agentury domácí péče. Většinou je klient v péči praktického lékaře a zároveň je sledován gastroenterology (26).

Mezi častá metabolická onemocnění patří diabetes mellitus. Dle Škrhy se diabetes vyskytuje u osob nad 65 let až ve 20 % a u lidí nad 75 let věku je porucha glukózové tolerance častým jevem (11). Velmi často je toto onemocnění doprovázeno četnými komplikacemi a klient se stává závislým na odborné péči. V úvahu přichází i další metabolická onemocnění, kdy je žádoucí zajistit management bolesti a hydrataci organismu (26).

Mezi časté indikace praktického lékaře patří ošetrovatelská péče u klientů s onemocněním nervového systému. Jedná se o klienty po ictu, s Parkinsonovou a Alzheimerovou chorobou, sklerózou multiplex, o paraplegiky či kvadruplegiky. Jde o časově náročnou péči, kterou provádí celý multidisciplinární tým, důležitá je edukace a dostatečná spolupráce rodinných příslušníků (26).

Řada klientů onkologicky nemocných vyžaduje pravidelnou aplikaci léků proti bolesti a zajištění takového prostředí, které minimalizuje stres a vliv infekcí. Delší

pobyty v nemocnici mají u těchto klientů negativní dopad na psychický stav. Dle Misconiové kombinace ambulantní a domácí léčby u takto nemocných, má jednoznačně příznivý vliv na celkový stav i průběh onemocnění (26).

Sledování stavu klientů s psychickým onemocněním, podávání léků, aktivizace, resocializace, předávání informací a edukace rodinných příslušníků nebo pečovatelů je nepostradatelnou součástí domácí péče. Pokud je péče poskytována v potřebném rozsahu a kvalitě, je možné zabránit zbytečné dekompenzaci stavu (26). Dle Jiráka mezi nejzávažnější choroby vyššího věku patří demence, která je spolu s delirií a depresemi nejčastější psychickou poruchou v preseniu a seniu. Velmi časté je postižení osob, zpravidla nejbližších rodinných příslušníků, pečujících o demenční pacienty. U těchto osob dochází ke zhoršování zdravotního stavu v důsledku velké zátěže, kterou pečovatelsví představuje (11).

1.4.3 Preventivní domácí péče

Je určena skupinám klientů, u nichž ošetřující lékař doporučuje v pravidelných intervalech sledování zdravotního a psychického stavu. Tato forma domácí péče je poskytována v takové frekvenci týdně nebo měsíčně, jako určí lékař na základě zhodnocení celkového stavu klienta. Pracovníci domácí péče především kontrolují fyziologické funkce, monitorují celkový zdravotní a psychický stav klienta a zjištěné změny signalizují lékaři. Podle Jarošové je domácí péče vhodná zejména pro terciární prevenci, která je zaměřena na předcházení komplikací u již probíhajícího onemocnění (9). Součástí terciární prevence je pravidelný monitoring celkového stavu, kontrola fyziologických funkcí u klientů s kardiovaskulárním onemocněním, odběry biologického materiálu u klientů s metabolickým onemocněním a sledování kompenzace stavu klientů s psychickým onemocněním. Dle Misconiové lze systém domácí péče využít i pro sekundární prevenci, formou vyhledávacích testů (screeningu), a odkrývat tak choroby v časném stadiu. Do primární prevence patří aktivity jednotlivých členů agentur domácí péče, kteří přednáší o preventivních programech v oblasti infekčních onemocnění, prevenci AIDS, o problematice plánovaného

rodičovství, využití volného času, závislostech a aktivují klienta i jeho blízké v péči o své zdraví (26).

1.4.4 Domácí hospicová péče

Podle Smeenka si většina pacientů přeje zemřít doma. Mnoho rodin nezbytně potřebuje praktickou pomoc, pokud mají být schopny se o blízkého člověka na sklonku života postarat (27).

Hospicová péče zahrnuje ošetřování klientů v preterminálním a terminálním stadiu nemoci. Umírání je nejtěžší fází lidského života, má několik stádií a je spojeno s řadou symptomů, které ovlivňují kvalitu života klienta a jeho blízkých (26). S umírajícími pacienty se můžeme setkat téměř ve všech zdravotnických zařízeních, a tak se paliativní péče stává základní součástí profesionální role zdravotníků (27).

Pracovníci v domácí péči se snaží zajistit odbornou péči zahrnující management bolesti i emocionální podporu, zmírnit utrpení klienta a jeho blízkých v procesu umírání. Frekvence návštěv u hospicové péče je obvykle indikovaná 3x denně, ale rozsah je možné rozšířit na základě písemné žádosti ošetřujícího lékaře, po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny (26).

Dle Ferrella je pro příbuzné nejdůležitější pocit, že jejich blízký netrpí. To je nezbytné k tomu, aby byla rodina schopna se vyrovnat se vzniklou situací. Příbuzní potřebují dostatek informací o nemoci a o tom, jak o pacienta pečovat. Potřebují vědět, jak poskytovat péči, jak zajistit pacientovi pohodu, jak komunikovat s ostatními členy rodiny o nemoci i jak řešit vedlejší účinky léčby. Informace musí být jednoduché a srozumitelné, odpovídající aktuálním potřebám rodiny (27).

Posláním domácí hospicové péče je především zmírnit fyzické a psychické utrpení umírajícího i jeho blízkých, snaha o eliminaci smrti sociální a polidštění těch nejtěžších chvil v životě každého člověka (27).

1.5 Zajištění kvality v domácí péči

„Metoda soustavného zlepšování kvality znamená vytváření příležitostí pro každého (bez ohledu na to, jak je dobrý v současnosti), aby se mohl stát v budoucnu lepším. Soustavný rozvoj kvality péče znamená progresivní vývoj organizace a implementace opatření, jež zlepšují kontinuální kvalitu ve vztahu ke specifickým cílům. Je založen na konstruktivním užívání nejlepších řešení. Pro kontinuální zlepšování by měl každý v organizaci hledat způsoby, jak zlepšovat proces i výsledek činnosti“ (5, str. 161).

Aby organizace byla schopna nabídnout a poskytnout kvalitní zdravotní péči, musí zajistit vysoké vzdělání a umožnit následné kontinuální vzdělávání svých zaměstnanců, postarat se o technické zajištění. Nezbytné je organizační zajištění péče, frekvence výkonů na pracovišti zajišťuje klinickou zkušenost a důležitá je neustálá odborná oponentura. Kvalita péče je měřena spokojeností klientů a pomocí indikátorů kvality. Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která nám ukazují, jak dalece bylo dosaženo určitého standardu, směrnice či požadavku. Z uvedeného vyplývá, že informace o kvalitě zdravotní péče získává organizace od pacientů, z indikátorů kvality, méně často pak od externích odborníků a z výsledků auditů (12).

Průběžná kontrola a měření kvality jsou důležité proto, abychom byli schopni identifikovat konkrétní oblasti, které je třeba zlepšit. Jakákoli opatření, která mají vést ke zlepšení, musí být založena na faktech. Zjišťování výchozího stavu se provádí metodou nezávislého auditu a zjištěné informace slouží jako základ, proti kterému měříme výsledek změny. Abychom byli schopni určit, jaká péče je pokládána za kvalitní, je nutné stanovení závazných postupů organizace nebo-li standardů a následná kontrola jejich dodržování (18).

„Ošetrovatelský standard je platná a dohodnutá definice přijatelné ošetrovatelské péče. Standard je normou, podle které se může hodnotit, zda ošetrovatelská činnost odpovídá požadované úrovni. Určuje, co je potřebné a nezbytné pro základní normu požadovanou k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče“ (3, str. 189). Při nedodržení standardu je ohrožen zdravotní stav pacienta a ošetrovatelská péče se stává rizikovou. Standardy vymezují jednoznačně minimální úroveň poskytované péče (29).

Standard je nutno vytvořit podle určitých požadavků, aby plnil svoji funkci. Mezi požadavky patří jasná a srozumitelná formulace standardu, přesné specifikování cílů tak, aby jim sestry i pacienti rozuměli. Aby sestry mohly být za dodržování standardu zodpovědné, musí odpovídat potřebám a možnostem daného zdravotnického zařízení či pracoviště. Cíle i standardy musí být dosažitelné a reálné, je třeba v nich stanovit požadovanou úroveň péče (29).

Důvodů k zavádění řízení kvality je hned několik. Je to potřeba zvýšit úroveň poskytovaných služeb, a tak příznivě ovlivnit život klientů. Dalším důvodem je prestiž organizace, zákonitosti konkurenčního prostředí a kvalita mohou být klíčem pro srovnávání s jinými organizacemi. Systémem kvality péče jde také předcházet rizikům a chybám, předejít stížnostem klientů a sporům s pojišťovnami. Přispívají k větší odpovědnosti mezi poskytovateli a těmi, kdo péči financují (19).

Od doby vzniku komplexní domácí péče (rok 1990) se její činnost neustále rozšiřuje a zvyšují se nároky na kvalitu poskytované péče. Moderní technické a materiální vybavení agentur, používání nových produktů při ošetřování a samozřejmě soustavné vzdělávání pracovníků umožňuje stále rozšiřovat indikační skupiny klientů (24).

Subjekt poskytující domácí péči musí být registrován u příslušného úřadu státní správy, který dohlíží nad dostupností a kvalitou domácí péče. Většina agentur domácí péče se sdružuje v Asociaci domácí péče České republiky, která svým členům stanovuje podmínky v oblasti vzdělávání i etických aspektů a je tak bezprostředně ovlivňována kvalita poskytované komplexní domácí péče (26).

1.6 Financování domácí péče

„Domácí péče je financována z fondu veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“ (29). Jinou možností financování je přímá platba od klienta, pokud není pojištěn nebo provedené výkony nejsou hrazené ze zdravotního pojištění. Klient musí být vždy podrobně seznámen s rozsahem

poskytované péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění a s výkony, které si hradí sám, předem musí znát i výši úhrady. Agentury domácí péče mohou využít dary od sponzorů, nadací a grantů, ale tato možnost financování je v domácí péči minimální (29). Dle Mudr. Libora Světa v současném způsobu úhrad není patřičná motivace, která by vedle k rozvoji a podpoře domácí péče (30).

Výše úhrad zdravotní péče se dohoduje mezi zástupci jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče a zástupci zdravotních pojišťoven na základě Dohodovacího řízení. Dohodnou-li se obě strany, vydá Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhlášku, která udává výši úhrad na další období. Pokud se zástupci poskytovatelů a zástupci ze zdravotních pojišťoven nedohodnou, rozhoduje o výši úhrad Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve veřejném zájmu a vydá vyhlášku. Do roku 2006 byla výše úhrad stanovena na každé pololetí zvlášť. Novelou zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o veřejném zdravotním pojištění, došlo ke změně a v současné době je výše úhrady stanovena na celý kalendářní rok (29).

Způsob vyúčtování u jednotlivých pojišťoven je rozdílný. Některé hradí výši fakturované částky v plné výši, zatímco Všeobecná zdravotní pojišťovna proplácí pouze zálohy. Výše záloh se určuje od rozsahu vyúčtované a uznané péče ve stejném čtvrtletí předchozího roku. Ostatní oborové pojišťovny provedou vstupní revizi péče do termínu vyúčtování, Všeobecná zdravotní pojišťovna provede revizi po zaplacení zálohy. Z tohoto důvodu péče provedená v lednu 2001 je proplacena až v září 2001 a dochází k započítání péče do jiného čtvrtletí, než v kterém byla poskytnuta. Tento systém nepříznivě ovlivňuje výsledný regulační koeficient (30).

Agentury domácí péče by měly poskytovat takový rozsah zdravotní péče, aby zajistily ošetřování klientů, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci, ale potřebují odbornou pomoc. Domácí péče klade vysoké nároky na odbornost a praxi a bývá spojena s velkou spotřebou zdravotnického materiálu (30). V rozporu s tím je ze strany pojišťoven na poskytovatele vyvíjen tlak na snižování nákladů a k častějšímu vykazování 15 minutových návštěv. Přitom v časovém rozhraní je započítán, kromě samotného výkonu také čas strávený administrativou.

Revizní lékaři v některých případech vytvářejí neoprávněný tlak na praktické lékaře, aby omezili indukci domácí péče. Jindy dokonce revizní pracovníci zpochybňují indikaci a odůvodněnost praktického lékaře k domácí péči a po té může být poskytovatel domácí péče následně sankcionován (30).

Úhrada dopravy sester v domácí péči v návštěvní službě je jednotlivými okresními pojišťovnami Všeobecné zdravotní pojišťovny opět rozdílně proplácena. Bez ohledu na působení bližšího poskytovatele domácí péče existují přísná omezení dojezdových vzdáleností, přestože jako jediná forma úhrady jsou nabízeny paušály. Jejich hodnota je vypočítána na základě neznámých podkladů. Z tohoto důvodu vzdálenost bydliště klienta od sídla agentury určuje možnosti využívat tuto poskytovanou péči. To se pak může stát jedním z hlavních důvodů k hospitalizaci v lůžkovém zařízení. V praxi existují okresy, že pokud poskytovatelé domácí péče mají sídlo v okresním městě, působí hlavně na jeho území a klienti mimo město domácí péči nepoznají (30).

1.7 Materiální, technické a personální podmínky

Zřizovatel agentury domácí péče je povinen splňovat zdravotnické a hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz. Základním předpokladem pro provoz agentury domácí péče je registrace na příslušném krajském úřadě, výběrové řízení, uzavřené smlouvy s pojišťovnami a dohoda s praktickými lékaři. Aby byl zajištěn chod agentury, je přínosné mít vypracovanou koncepci, vytyčenou oblast působnosti, kvalifikovaný personál a zajištěné financování. Nelze podceňovat propagaci a reklamu, neboť informovanost široké veřejnosti je stále nedostatečná (29).

Mezi základní vybavení kontaktního pracoviště patří kancelářský nábytek, uzamykatelná kartotéka a skříň na léky, pevná telefonní linka. Vhodné je vybavení každé sestry mobilním telefonem. Doporučené vybavení je vlastní osobní automobil nebo smluvně zajištěná doprava. Mezi nepostradatelné pomůcky pro diagnostiku a terapii patří tonometry, fonendoskopy, teploměry, injekční stříkačky a jehly, zkumavky pro odběr biologického materiálu, glukometry, sterilizátory nebo domluvená

možnost sterilizace. Dále základní chirurgické nástroje jako pinzety, peány, chirurgické a převazové nůžky, sterilní a nesterilní obvazový materiál, irigátor, rektální rourky cévky, jednorázové sety pro cévkování, roušky, sterilní a nesterilní rukavice, dezinfekční prostředky a boxy na likvidaci kontaminovaného materiálu. Ve skladu pomůcek pro momentální potřeby klientů bychom měli najít kompenzační pomůcky, stolek k lůžku, polohovací pomůcky, antidekubitární podložky a matrace, podložní mísy, defekační židli. Personál musí mít k dispozici ochranné pomůcky a oděv (15).

Nepostradatelnou výbavou pro domácí návštěvu je sesterský kufřík. Typ a vybavení kufříku je u každé agentury rozdílné. Zásoby v kufříku by měly obsahovat materiál, který sestra používá denně. Sestra musí včas promyslet, jaký druh péče bude ten den provádět a doplnit do kufříku vybavení, které je určené pro zvláštní účely. Při používání kufříku by měly být zachovány postupy asepse a u klientů bychom měli kufřík pokládat na bezpečné místo, aby nedošlo k jeho kontaminaci. Pozor na děti a domácí zvířata. Kufřík nesmí sestra nechat bez dozoru (25).

Dostatečné materiální a technické vybavení agentury je pouze jednou z nezbytných podmínek, které ovlivňují kvalitu a rozsah odborné péče. Další podmínkou pro poskytování kvalitní domácí péče je kvalifikovaný zdravotnický personál a zajištění dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří jsou připravováni na spolehlivé řešení problémů klienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Dle platných právních norem musí odborní zástupci domácí péče splňovat podmínku 5 let praxe, z toho 2 roky u lůžka. Důvodem takto přísných kritérií je, aby v systému domácí péče působili pouze ti profesionálové, kteří jsou schopni pohotově reagovat na aktuální změny ve zdravotním stavu klienta (26).

1.8 Průběh návštěvy v komplexní domácí péči

V nemocnici nebo jiném lůžkovém zařízení je zajištěn léčebný a dietní režim, je postaráno i o běžné činnosti denního života, aniž by se to pacienta přímo týkalo. Je zajištěna pravidelná dietní strava, léčiva jsou rozdávány v pravidelných časových rozestupech dle harmonogramu na základě ordinace lékaře, teplo, elektřina a ostatní

faktory související s prostředím jsou samozřejmostí. Personál ustele postel, zajistí hygienu i čisté prádlo dle potřeby. Alespoň jednou denně navštíví pacienta lékař, ostatní zdravotnický personál je přítomen na oddělení nepřetržitě, materiál a vybavení jsou okamžitě v dosahu. Převoz k lékaři, na rehabilitaci či jiná vyšetření je zajištěn, aniž by se klient musel sám postarat. Ve vlastním sociálním prostředí se o všechny denní aktivity musí postarat pacient sám nebo s pomocí rodiny. Návštěva v domácím prostředí poskytuje zdravotníkovi jedinečnou možnost posoudit pacientovy zvyky a zjistit, jak jeho návyky a životní styl ovlivňují jeho zdraví (25).

Indikaci domácí péče provádí nejčastěji praktický lékař pro dospělé, dále praktický lékař pro děti a dorost. Odborný lékař, který pečuje o klienta v době hospitalizace, může indikovat domácí péči po propuštění ze zdravotnického zařízení po dobu 14 dnů. Po zhodnocení celkového zdravotního stavu klienta a podmínek vlastního sociálního prostředí, ale i po zvážení technického vybavení a dostupnosti agentury domácí péče, vystaví poukaz 925- domácí zdravotní péče s pořadovým číslem 1, který obsahuje základní zdravotní údaje, stupeň mobility, typ návštěvy a stručně formuluje požadované výkony. Určuje délku a frekvenci návštěv, přičemž rozlišujeme čtyři základní typy návštěv, které jsou rozdílné pouze časovým rozsahem- 15minut- ošetrovací návštěva IV. typu, 30 minut- ošetrovací návštěva I. typu, 45 minut- ošetrovací návštěva II. typu a 60 minut- ošetrovací návštěva III. typu. Pokud se jedná o výkony spojené s materiálovými náklady, uvede lékař na tiskopis příslušný kód nebo pomůcky píše na speciální poukaz. Platnost poukazu je 1-3 měsíce, požadavky se mění na základě aktuálních změn zdravotního stavu klienta a při jakékoliv změně indikace vystavuje lékař nový poukaz. Kompletně vyplněný tiskopis 06 předá příslušné agentuře domácí péče. Po převzetí zprávy od ošetřujícího lékaře, hlavní koordinátor agentury přidělí klienta konkrétnímu členovi týmu, který se podrobně seznámí s dostupnými informacemi o klientovi a připraví se na první návštěvu. Agentura v pravidelných intervalech informuje ošetřujícího lékaře o vývoji zdravotního stavu a předává písemné ošetrovatelské zprávy. Domácí zdravotní péče může být poskytována v rozsahu dnů, měsíců až let, doba není omezena (26).

Kvalitní ošetrovatelská péče je poskytována formou ošetrovatelského procesu, který je zaměřen na uspokojení individuálních potřeb klienta. Jedná se o dynamický pohled na pacienta. Z praktického pohledu je ošetrovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pozitivní změna ve zdravotním stavu klienta. Skládá se z pěti fází: zhodnocení, diagnostiky, plánování, realizace, vyhodnocení (17).

1.8.1 Činnosti před vlastní návštěvou v domácí péči

Sestra si prostuduje získané informace a seznámí se s problémy klienta, kterého přebírá do komplexní domácí péče. Po seznámení s informacemi naplánuje návštěvu do svého denního harmonogramu s dostatečnou časovou rezervou, neboť jde do neznámého prostředí a klient by měl mít pocit, že se mu sestra plně věnuje. Pokud má dostupné telefonní číslo, je vhodné se s klientem či rodinným příslušníkem telefonicky spojit a domluvit si předem čas návštěvy, aby klient z dlouhého čekání nebyl zbytečně stresován (23).

Důležitá je systematická a promyšlená příprava pomůcek, které bude sestra při vyšetření a ošetření klienta potřebovat, vyplnění základních údajů v klientově ošetrovatelské dokumentaci. Sestra nesmí opomenout předat informace klientovi nebo jeho rodině či blízkým, které je písemnou formou seznamují s možnostmi, prováděnými výkony a filosofií komplexní domácí péče. Nesmí chybět ani kontaktní adresa a telefonní čísla na ošetřujícího lékaře a sestru domácí péče, aby měl klient možnost kontaktovat ošetrovatelský tým při nově vzniklých problémech (23). Požadavky ošetřujícího lékaře, představy klienta či jeho blízkých o rozsahu poskytované péče, musí odpovídat personálnímu a přístrojovému vybavení agentury domácí péče a zákonným normám či institucím, které jsou odpovědné za finanční úhradu péče (24).

Před vlastní návštěvou si sestra musí zjistit přesnou adresu event. opatřit mapu obce, vědět jaký typ ošetrovatelské péče bude aplikovat, mít k dispozici dokumentaci

klienta a zkontrolovat, zda je zdravotnický kufřík vybaven potřebnými pomůckami, přístroji a materiálem (23).

Pokud agentura nezajišťuje uniformy, je žádoucí vhodné oblečení, viditelná jmenovka, pohodlná obuv a nepodceňovat zásady osobní bezpečnosti. Proto je potřebné znát komunitu a lokalizaci domu a nenosit s sebou velké finanční částky. Při cestování autem je nutné se ujistit o dobrém technickém stavu a zkontrolovat množství pohonných hmot (25). Je dobré zvážit, zda je vhodné nosit náhradní klíče od auta na přístupném místě pro případ, že si sestra zamkne v autě. Tato příhoda může způsobit nemalé komplikace.

1.8.2 Vlastní návštěva v domácí péči

Počáteční postoj klienta a rodiny k sestře je velmi důležitý pro vzájemnou spolupráci. Aktivity při návštěvě u pacienta v domácím prostředí jsou odlišné od činností sester v nemocnicích. Nejdůležitější je odpovědnost a profesionalita, se kterou musí sestra návštěvu provést. Nemá takové personální a technické vybavení jako sestra v ambulantním či lůžkovém zařízení. Úroveň odborné práce je kontrolována především klientem a jeho rodinou (23).

Sestra se stává hostem v klientově domově, který může být velmi odlišný od jejího očekávání. Ne vždy splňuje představy o hygieně životního stylu, ale je nutno sociální prostředí klienta poznat a přijmout, aby bylo možné poskytnout efektivní ošetrovatelskou péči a zajistit stejný standard péče jako v lůžkovém zdravotnickém zařízení (25).

Sestra se při návštěvě zabývá aktuálním zdravotním stavem klienta, ale i jeho rodinou a stavem sociálního prostředí. Po navázání prvního kontaktu sestra zjišťuje anamnézu onemocnění, osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, sociální anamnézu, zaměří se také na bezpečnost klienta a na jeho životní zvyky, monitoruje psychický stav. Při vyšetření pacienta sestra využívá techniku dotazování a pozorování. Použití vyšetřovacích pomůcek jako je fonendoskop, tonometr, teploměr nebo glukometr, upřesňuje získané údaje (25). Při získávání informací se může sestra setkat s nedůvěrou,

neboť je pro klienta a rodinu cizí člověk. Nedostatečný a povrchní sběr dat může způsobit špatné rozpoznání problému (6).

Získaná data podrobně zaznamená do ošetrovatelské dokumentace, která obsahuje osobní údaje klienta, druh pojištění, potřebné kontaktní údaje. Zapiše ordinace a požadované služby, frekvenci a dobu trvání návštěv. Poznamená ordinované léky a provede záznam o případných alergiích. Dokumentace obsahuje osobní, rodinnou a psychosociální anamnézu a provedené fyzikální vyšetření sestrou. Zapiše důležité informace týkající se kulturních zvyklostí a víry, zhodnotí aktivity klienta a sociální prostředí. Dále nesmí chybět datum, čas a podpis sestry. V domácí péči zatím neexistuje sjednocená forma dokumentace (2). Ošetrovatelská dokumentace je oficiálním a kontinuálním záznamem o péči, která byla nebo je klientovi poskytována. Dokumentace je důkaz toho, že provedená péče byla přiměřená a odpovídající zdravotnímu stavu a může být tedy uhrazena. Dokumentace má význam při jednání s pojišťovkami a soudy (25).

Po shromáždění potřebných údajů o klientovi, jeho rodině a stavu sociálního prostředí stanoví sestra ošetrovatelské diagnózy. Mezi nejčastější patří chronická bolest (00132), porušená kožní integrita (00046), riziko porušení kožní integrity (00047), neefektivní léčebný režim (00078), riziko přetížení pečovatele (00062), zhoršená pohyblivost (00085), deficit tělesných tekutin (00027), zácpa (00011) (16). Na vytváření ošetrovatelského plánu se společně se sestrou podílí sám pacient, jeho rodina, ošetřující lékař, fyzioterapeuti a sociální pracovníci, sestra zajistí potřebné kompenzační pomůcky. Důležité je ujasnění si toho, jaký rozsah péče poskytne agentura a jaké činnosti si zajistí klient sám nebo ve spolupráci s rodinou. Obsah ošetrovatelského plánu vychází z priorit potřeb klienta a vede k plnění stanovených cílů. Cíle jsou stanoveny krátkodobé a dlouhodobé, měly by reálné a pro pacienta přijatelné. Důležité je klást důraz na ty cíle, kterých chce dosáhnout pacient a jeho rodina. Po vzájemné dohodě a naplánování péče musí sestra mezi klientem a agenturou domácí péče sepsat smlouvu o poskytování ošetrovatelské péče. Pokud je sestaven plán na základě stanovených cílů a uzavřené smlouvy, každý zná své úlohy a jsou ujasněny očekávání všech zúčastněných (25).

Dle vyhlášky č. 195/2005 sb., § 7 odst. 5b, ve znění pozdějších předpisů, která upravuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, smí zdravotnický pracovník k vyšetřování a léčení přistupovat až po umytí rukou (31). Sestra si připraví před provedením výkonu potřebné pomůcky. Při provádění výkonu udržuje s klientem i rodinou slovní kontakt. Důležitá je edukace o ošetrovatelských postupech, aby si v době její nepřítomnosti dokázal klient a rodinní příslušníci poradit v nečekaných situacích. Po skončení výkonu upraví prostředí do původního stavu, uklidí pomůcky a použitý materiál. Biologický odpad zlikviduje dle předpisů, pro tento účel slouží uzavřené kontejnery určené pro infekční materiál (23).

Všechny informace, změny v plánované péči, popis provedených výkonů zapíše sestra do dokumentace. Seznámí klienta i jeho blízké s termínem a hodinou další návštěvy, popřípadě sdělí jméno člena týmu, který příště klienta navštíví (23).

Při akutní změně ve zdravotním stavu sestra uplatňuje rozhodovací schopnosti, přičemž je pro ni důležitá znalost příznaků jednotlivých onemocnění, musí být schopna posoudit aktuální potřeby a možnosti klienta v jeho domácím prostředí. O zjištěných změnách musí sestra uvědomit telefonicky nebo osobní návštěvou ošetřujícího lékaře.

Povinnost sestry je jakékoliv ordinace týkající se změn poskytované péče, které obvykle dostane od lékaře telefonicky, zaznamenat do formuláře pro verbální informace a nechat ho od lékaře podepsat. Sestrou podepsaná kopie formuláře se zakládá do chorobopisu pacienta do doby, než se vrátí originál s podpisem lékaře, což by mělo být nejpozději do 10 dnů. Formulář pro verbální ordinace musí obsahovat jméno pacienta, jméno sestry, která ordinaci dostala, a jméno lékaře, který změnu indikoval. Nezbytné je zapsání přesného znění ordinace a uvést důvod, proč ke změně došlo a co vedlo sestru ke kontaktování lékaře (2).

1.8.3 Činnosti sestry po návštěvě v domácí péči

Důležitá je analýza první návštěvy, která nám objasní, co lze od další spolupráce očekávat. Sestra musí zrevidovat ošetrovatelský plán a může najít vhodnější řešení

problémů. Podle výsledku návštěvy zhodnotí nutnou frekvenci návštěv a dle domluvy s praktickým lékařem upraví četnost a délku návštěvy. Změny, které zjistila při vyšetření, hlásí ošetřujícímu lékaři. V pravidelných intervalech zajistí lékaři předání písemných informací o průběhu péče (25).

Sestra po skončení návštěv provede v kanceláři zbývající administrativu, do které patří zakódování provedených výkonů a vyúčtování cestovného, event. vyplní knihu jízd. Dle potřeby osobně navštíví ošetřujícího lékaře klienta, informuje o průběhu ošetrovatelské péče nebo změnách ve zdravotním stavu a domluví se na způsobu poskytování další péče. Řídí se podle směrnic a postupů příslušné agentury. Nesmí opomenout kontrolu pomůcek a doplnění materiálu ve zdravotnickém kufříku, neboť nedostupnost potřebného vybavení může mít pro sestru v terénu nepříjemné následky.

Pravidelně alespoň 1x týdně se koná porada týmu agentury domácí péče, které se účastní interní i externí spolupracovníci. Při poradě se řeší problémy jednotlivých klientů, tým hledá a navrhuje společná řešení. Průběh porady se písemně zaznamenává (23).

1.8.4 Propuštění pacienta z domácí péče

Propuštění pacienta z domácí péče může být z několika důvodů, mělo by být plánované. Kriterium pro ukončení domácího ošetření může být splnění stanovených cílů nebo pokud potřebnou péči je schopna zajistit rodina, pacient se odstěhoval mimo oblast působnosti stávající agentury, došlo k hospitalizaci a není znám termín propuštění nebo agentura není schopna zajistit takovou péči, která je potřebná k uspokojení pacientových potřeb. Domácí péče ztrácí smysl v případě, kdy si ji klient sám nepřeje. Obtížné je poskytování domácí péče v nevyhovujícím sociálním prostředí (26).

Pokud je to možné, klient i rodina by měli být informováni o plánovaném propuštění s dostatečnou časovou rezervou. O rozhodnutí k propuštění by se měli vyjádřit všichni členové ošetrovatelského týmu včetně ošetřujícího lékaře.

Propouštěcí zpráva by měla popsat pacientův celkový zdravotní stav, důvod vedoucí k propuštění, plány pro možnou budoucí péči, celkový průběh a zhodnocení ošetrovatelské péče. Záznam musí obsahovat přehled poskytované péče od přijetí až k propuštění, popsány by měly být reakce a spolupráce pacienta na ošetrovatelskou péči a dosažený výsledek péče. Závěr při propuštění musí být ve vztahu ke stanoveným cílům. Kromě klinického stavu sestra popisuje i psychický stav (25).

1.9 Vliv rodiny a prostředí

„ Každý jedinec vyrůstá v určitém prostředí a vlastnosti tohoto prostředí jeho vývoj nějakým způsobem ovlivňují“ (34, str.28) Kvalita a množství získaných zkušeností má na psychiku člověka významný vliv (34).

Již teorie ošetrovatelství F. Nightingalové se zabývala zásadním vlivem prostředí na zdravotní stav. Popisovala pět základních elementů, které tvoří zdravé prostředí. Je to čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí a funkční kanalizace. Zdravé prostředí považovala za nezbytnou podmínku pro zachování zdraví a pro poskytování efektivní ošetrovatelské péče. Sestra pomáhá zlepšovat zdraví jedince ovlivňováním a zabezpečením vhodného prostředí dle stavu nemocného a svých zkušeností (28).

Nemocný, který se léčí doma, má sice jistotu svého sociálního prostředí, ale zároveň se může objevit i těžká krize a neklid. Během nemoci mohou být narušeny mezilidské vztahy a mění se povinnosti jednotlivých členů rodiny. Ve zdraví se člověk aktivně zúčastňuje dění kolem sebe, ale v době nemoci je člověk odložen od shonu a ruchu kolem. V nemoci se člověk vnímá jinak než dříve, dostavuje se niterné přemýšlení (7).

Klient, jeho zdravotní stav, podmínky jeho sociálního prostředí a míra spolupráce jeho blízkých, jsou rozhodujícím ukazatelem v plánování intervencí. Průběžně se ošetrovatelské aktivity komplexní péče mění a vyvíjejí dle aktuálního zdravotního stavu a péče blízkých osob (24).

Dle Kaplana by se domácí péče měla podílet na snižování potřeby nemocniční péče ve smyslu časnějších propuštění, prevence rehospitalizací, oddálení trvalé ústavní

péče. Aby poskytování odborné zdravotní péče bylo efektivní a mělo smysl, je potřeba takového domácího prostředí, které tuto péči umožňuje. Sestra musí zjistit, kdo je pro pacienta hlavní oporou, s kým je možno spolupracovat při vytváření vhodných podmínek k domácí péči. Dále sestra monitoruje, jakou sociální roli má pacient v rodině, zda mu někdo pomáhá nebo zda se sám stará o závislého partnera. Náročnost bydlení je klíčovým faktorem, jak je klient soběstačný. Jde např. o kvalitu bytu, vytápění, dostupnost (výtah, schody), o vzdálenost služeb aj. K nejčastějším úkolům domácí péče patří převazy chronických defektů, ošetřování stomií, aplikace inzulínu, injekcí nebo podávání perorálních léků, rehabilitační ošetrovatelská péče nebo fyzioterapie. Pro rodiny je významná možnost půjčování kompenzačních a antidekubitárních pomůcek včetně polohovacích lůžek (11).

Kompenzační pomůcky jsou využívány k obnovení a usnadnění funkčních schopností, pokud jejich obnovení není možné nácvikem či trikem. Dle charakteru postižení jsou kompenzační pomůcky určeny pro tělesně postižené, pro zrakově a sluchově postižené, pro mentálně postižené, při poruchách komunikace a pro nemocné s interními chorobami. Tyto pomůcky zvyšují stupeň nezávislosti klienta, proto je jejich znalost a způsob užití pro sesterskou praxi nezbytná. Při ošetřování imobilního jedince v domácím prostředí je nutné provést řadu úprav. Prostor musí být příjemný, účelný a především bezpečný. Požadavky na úpravu prostředí závisí na rozsahu a typu postižení, na věku a roli postiženého v rodině. Rozhodující je, zda se jedná o postižení či onemocnění dlouhodobé, dočasné nebo trvalé. V přiměřeně upravených podmínkách může postižený nebo starý člověk uplatňovat zbylé pohybové funkce a vyvíjet více aktivity (14).

Bezpečnost domácího prostředí ovlivňuje celá řada faktorů. Mezi nejdůležitější patří čistota prostředí, rozmístění nábytku, vybavení koupelny, osvětlení, pokojová teplota, přístupnost lůžka, schopnost klienta chránit se před úrazem (21).

Během návštěvy v domácím prostředí musí sestra dbát i na svou bezpečnost. V domě se může setkat s opilým jedincem a při jakékoli obavě o svou bezpečnost udělá pro pacienta to nejnutnější a opustí domácnost. Často se sestra setkává s domácími zvířaty, především psy. Pokud se chová zvíře nepřátelsky, požádá rodinu, aby bylo

umístěno do jiné místnosti nebo jinak zabezpečeno. I když se zvíře chová přítulně, je na místě opatrnost, neboť pokud sestra začne s klientem manipulovat, může ji zvíře považovat za nepřítele. Důležité je vztah klienta a domácího zvířete respektovat, neboť to může být jediná živá bytost, kterou osamělý člověk má (25).

Zdravotní stav někdy vyžaduje zásadní změnu domácích podmínek a bytového vybavení. Je důležité odstranit rizikové faktory, které by mohly způsobit úraz, zajistit vhodné lůžko a vybavit ho pomůckami usnadňující pohyb na lůžku či po domácnosti. Domácí pokoj se musí změnit na ošetrovací jednotku. Ale nemocný je doma, ve svém vlastním sociálním prostředí, se svými mnohaletými zvyklostmi a návyky. Získat pacienta ke spolupráci je obtížné, někdy téměř nemožné. Míra čistoty jednotlivých domácností je různorodá i umytí rukou může být problém. Přesto sestra musí dodržovat veškerá pravidla čistoty a dbát na likvidaci biologického odpadu. Důležité je, umět se s originalitou jednotlivých domácností profesionálně vyrovnat.

Posláním rodiny je poskytovat osobě blízké péči a ochranu zvláště v období nemoci a stáří, kdy není schopen o sebe pečovat. Komunitní sestra pracuje v terénu s mnoha typy rodin a poznává různorodost jednotlivých komunit. Při hodnocení rodiny využívá sestra svých komunikačních dovedností a zkušeností (9).

Dle Klevetové sníženou soběstačnost ve vyšším věku rodina často zaměňuje za nemoc. Prioritou zdravotníků by měla být schopnost získat rodinu ke spolupráci a zapojit osoby blízké na zlepšování míry soběstačnosti a sebepečce starého člověka. Rozhovorem s rodinou zjistíme, jaký zaujímají jednotliví členové postoj a zda jsou ochotni se podílet na spolupráci. Příbuzní musejí být dobře informováni, jaká omezení nemocný člověk má a jak mohou pomoci. Pro profesionály jsou určité prvky sebepečce samozřejmostí, ale musíme mít na mysli, že rodinní příslušníci si nemusí vědět rady, jak mají pomoci člověku se posadit, usnadnit pohyb na lůžku, jak správně pečovat (13).

Aby člověk plnohodnotně žil a rozvíjel své fyzické i psychické schopnosti, potřebuje nutně kontakt s okolním světem. Pro každého jedince je odrazem vnějšího světa vlastní rodina, která poskytuje bezpečí a ochranu v každém věku. V péči o nesoběstačného člověka má rodina nezastupitelné místo (37).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit, zda domácí prostředí klienta ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče poskytovanou agenturou domácí péče.

2.2 Výzkumná otázka

Jaký vliv má sociální prostředí klienta, na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro získání informací byl použit kvalitativní výzkum, realizovaný v jedné menší Agentuře domácí péče, jejímž zřizovatelem je fyzická osoba. Agentura byla založena v roce 1993, tedy v době masivního nárůstu počtu agentur. Poskytuje pouze odbornou zdravotní péči klientům v menším městě a v přilehlém okolí do okruhu 20 km, 7 dní v týdnu, dle potřeby 24 hodin denně.

Technikou sběru dat byly polostandardizované rozhovory se sestrami (příloha 1) a s klienty (příloha 2). Rozhovor se sestrami byl rozdělen na 5 částí, které se zaměřovaly na délku praxe, spolupráci s lékaři indikující domácí péči, materiální vybavení dané Agentury domácí péče, bezpečnost sester a na ošetrovatelskou péči, která je prováděna ve vlastním sociálním prostředí klienta. Jednotlivé rozhovory se sestrami byly zpracovány do 5 kasuistik.

V rozhovorech s klientky byly zjišťovány identifikační údaje, typ poskytované ošetrovatelské péče, vztahy se sestrami, dále se rozhovor zaměřoval na podmínky domácího prostředí a péči rodiny. Odpovědi klientek byly zpracovány do 4 kasuistik. Při oslovení žádná z klientek rozhovor neodmítla, naopak byly velice vstřícné a ochotné spolupracovat. Návštěva klientek proběhla společně se sestrou, která poskytuje u dotazovaných klientek domácí péči. Kasuistiky klientek jsou doplněny pozorováním (příloha 3) jejich vlastního prostředí, které bylo uskutečněno během rozhovoru. Další potřebné informace jsme získali analýzou záznamů v ošetrovatelské dokumentaci, která byla zapůjčena Agenturou domácí péče, kde výzkum proběhl. Nejdůležitější a nejzajímavější získané údaje jsou znázorněny v tabulkách.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný vzorek tvořilo pět sester pracujících v Agentuře domácí péče. Služebně nejmladší je sestra s půl roční praxí. Nejdéle pracuje v domácí péči sestra 16 let, která působí v dané Agentuře domácí péče od počátku jejího založení. Nejmladší

sestře je 32 let, nejstarší 57 let. Průměrný věk dotazovaných sester je 40,4 let. 3 sestry absolvovaly pomaturitní specializační studium.

Druhý výzkumný vzorek tvořily 4 klientky, u kterých je prováděná pravidelná domácí ošetrovatelská péče po dobu několika let, tudíž mají klientky s poskytovanou domácí péčí již bohaté osobní zkušenosti. To, že jsou respondenti pouze ženy, je čistě náhodné. Nejmladší klientce je 57 let, nejstarší 85 let. Průměrný věk klientek je 73 let. U jedné klientky je poskytována péče sedm dní v týdnu, u tří 5 dní v týdnu. Jedna klientka využívá domácí ošetrovatelskou péči 2 roky a tři klientky 5 let.

4. Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

4.1.1 Kasuistika 1

Sestra 1- 36 let, nejvyšší dosažené vzdělání má střední odborné s maturitou. Její délka praxe ve zdravotnictví je 10 let, z toho 6 let praxe u lůžka. Po ukončení mateřské dovolené v dubnu 2005 nastoupila do Agentury domácí péče na částečný úvazek. Téhož roku přijala nabídku pracovat v Interní ambulanci na poliklinice, také na částečný úvazek.

Po zjištění identifikačních údajů byla druhá část rozhovoru zaměřena na spolupráci s praktickými lékaři. Tu hodnotí sestra 1 spíše jako kladnou. Rozdíly jsou hlavně v předávání informací. V některé ordinaci dostane vyčerpávající údaje. Obsah a množství informací považuje za důležité hlavně v případě, že se jedná o nového klienta. Nedostatečné údaje jsou příčinou více najetých kilometrů, dojde k časové prodlevě, ale výsledek musí být vždy stejný a tím je zajištěný klient. Kromě identifikačních údajů sestra zjišťuje sociální podmínky, trvale užívané léky, telefonní číslo přímo na klienta nebo na příbuzné. Někdy může být i problém hledat klienta v obci nebo ve městě. Proto jsou užitečná poznávací znamení. Tyto informace podá některý ošetřující lékař podrobně a přesně, jiný podá pouze základní identifikační údaje. Další informace získává sestra z propouštěcích zpráv a od klienta samotného.

Třetí část rozhovoru byla zaměřena na zjištění materiálního vybavení agentury. To hodnotí sestra 1 celkově jako plně vyhovující. Nejvíce je využíváný obvazový materiál. K dispozici mají sterilní i nesterilní čtverce různých velikostí, Peha- creppy, náplastě přes Omnifix, Cosmopory, polštářkové i Omnisilky. Na velmi secernující rány mají k dispozici Zetuvity. K dalším často prováděným výkonům patří odběry biologického materiálu a aplikace injekcí. Zkumavky, jehly a stříkačky jsou kdykoliv dostupné k doplnění. Při nutnosti odběru sterilní moče, výtěru nebo odběru stolice, dostávají zkumavky přímo v ordinaci ošetřujícího lékaře. Z přístrojového vybavení má každá sestra k dispozici tonometr, fonendoskop, glukometr. Jiné přístroje dle názoru sestry nejsou nutné, neboť lékaři neindikují výkony, které by vyžadovaly širší

přístrojové vybavení. K administrativní činnosti a poradám mají k dispozici kancelář, která je vybavena kancelářským nábytkem, rychlovarnou konvicí, kancelářskými potřebami, v letních měsících je dostupný ventilátor. Postrádá mikrovlnnou troubu k ohřevu teplého oběda, v terénu se životospráva zanedbává. Ošetrovatelské záznamy jsou zapisovány ručně do formulářů, což považuje jako velký handicap. Uvítala by možnost počítačového zpracování, rovněž přístup na internet. Dále mají k dispozici služební mobilní telefon a bluetooth, který je pro sestru nepostradatelný především v autě, kde tráví hodně času. Velkým přínosem se stal glukometr, protože při nevolnostech u diabetiků je nezbytné zjistit glykemii hned v terénu a je možná případná telefonická konzultace s diabetologem a nemusí se v každém případě urgovat rychlá záchranná služba. K ochraně své i pacienta používá sestra gumové nesterilní rukavice. V případě infekčního onemocnění používá roušku, ale jen v nezbytně nutných případech, neboť i přes veškerá vysvětlení, jsou klienti při nasazení roušky odtažití, bázlíví, nedůvěřiví. Co se týče pracovního oděvu, mají k dispozici dvě trika, vestu a mikinu. Chybějí kalhoty, ale tento nedostatek by měl být v dohledné době vyřešen. Samozřejmě i množství oblečení není dostačující. Na obuv dostávají od zaměstnavatele příspěvky.

Na otázku, zda materiálové, technické a věcné vybavení ovlivňuje rozsah poskytované ošetrovatelské péče, sestra uvádí, že vzhledem k tomu, že materiálové vybavení je vyhovující, indikovaná ošetrovatelská péče může být plnohodnotně vykonávána. U klientů, kde je nutná rekonvalescence po operacích např. kyčlí a po CMP, je nezastupitelná pomoc rodinných příslušníků. V některých případech je nutná finanční pomoc, aby mohlo být upraveno prostředí a bylo zajištěno pohodlí klienta. Jde např. o nákup antidekubitárních podložek, antidekubitární matrace, gumové podložky nebo stejný efekt zajistí vhodná improvizace. Je třeba vyrobit polohovací kolečka k prevenci dekubitů, gramofon. Vhodné je vyvýšené lůžko. K posilovacím cvikům je možné místo činek použít láhev naplněnou vodou dle sil klienta. Při nácviu jemné motoriky lze použít korálky, knoflíky, fazole. Dále jsou pro klienty cenné rady, kde a jak lze potřebné pomůcky získat. Polohovací postele, vozíky, vycházkové a francouzské hole je možné žádat u praktického a odborného lékaře, někdy je nutné

schválení pomůcky revizním lékařem. Některé pomůcky je možné za poplatek zapůjčit u charity. Tyto pomůcky agentura nevlastní vůbec nebo jen v omezeném množství po jednom kuse, což je svízel např. v případě rehabilitace chůze, kdy je vhodné chodítko.

Organizace a chod agentury sestře vyhovuje. Je volná pracovní doba a organizace práce je pouze na ní samotné. Někdy je čas daný výkonem, jde-li o odběr biologického materiálu nebo aplikace inzulínu. Jinak čas, kdy sestra ke klientovi přijede, si určuje sama a vždy záleží na domluvě s klientem. Někdo si rád přispí, někomu se hodí jen určitý den v týdnu a někdo má raději vše za sebou již po ránu. Pokud je to možné, vždy je prioritou vyhovět klientovi.

Porady jsou jeden den v týdnu, sestry konzultují stavy kritických nebo problémových klientů, určují se víkendové a večerní služby, podávají se informace o klientech. Služby je povoleno mezi sebou měnit dle potřeb sester. Pevně je daný termín odevzdání ošetřovatelské dokumentace a veškeré administrativy, která je potřebná pro vyúčtování od jednotlivých pojišťoven.

Čtvrtá část rozhovoru byla zaměřena na bezpečnost sester v domácím prostředí klientů. Zde sestra zmiňuje osobní zkušenosti, kdy se klient pokoušel o tykání, kladl velmi osobní otázky. V dalším případě žil klient ve velmi špatných sociálních podmínkách, byl špinavý, odmítal koupel a jakoukoliv placenou sociální pomoc. Pak je těžké přesvědčovat 87letého člověka o hygienických návycích. Dle sestry byl klient spokojen tak, jak žil. Za osobní úspěch považuje sestra přesvědčení klienta o likvidaci myší, které běžně pobíhaly po místnosti a jejich exkrementy nacházela mezi léky, proto bylo nutné separovat léčiva igelitovými obaly. Při první návštěvě u klientů sestra čeká, až někdo přijde otevřít, neboť na vesnicích skoro každý vlastní psa. U agresivních žádá zajištění psa, což někdy nese špatně i „páníček“. Několikrát se sestra setkala se psem, který byl klidný, přítulný, ale ve chvíli, kdy dojde ke kontaktu s klientem, zvíře nepřiměřeně reaguje. Za přítulné, ale nebezpečné zvíře považuje sestra kočku a hlavně její všudypřítomné chlupy, které se snadno dostanou ke kožním defektům. Cestu za klientem dokázal znepříjemnit sestře i kohout, který se projevoval útočně.

Hygienu rukou udržuje sestra v terénu dle možností. Pokud je to možné, snaží se ruce si umýt u klienta. Ale v některých případech je použití koupelny a ručníku spíše rizikem. Pak přicházejí na řadu vlhčené ubrousky s dezinfekčním prostředkem a Gutasept.

Další otázkou jsem zjišťovala, jak práci ovlivňuje technický stav vozidla. Sestra odpověděla, že přes veškeré snahy stav vozidla ovlivňuje práci především v zimních měsících. Jízda se musí přizpůsobit počasí, proto především v ranních hodinách je důležité si dobře časově rozvrhnout harmonogram práce. Dovoz biologického materiálu do laboratoře je limitován do určité hodiny. Pokud auto vypoví službu, musí si sestra zajistit půjčení náhradního vozidla dle svých možností.

Pátá oblast otázek byla zaměřena na sociální prostředí a jeho vliv na ošetrovatelskou péči. Na první návštěvu sestra nesmí podcenit přípravu, která je velmi důležitá. Hlavní je získat co nejvíce informací o klientovi. Znat přesnou adresu, alespoň přibližně vědět, v jakém prostředí žije, zda bydlí sám nebo se o něj někdo stará. Velmi důležité je dle sestry získat si důvěru klienta, při nezdaru je velmi obtížná jeho spolupráce. Postoj klienta i rodiny k péči pozoruje jako pozitivní. Především u imobilních klientů je nezbytná edukace rodinných příslušníků, kteří o klienta pečují. Většinou jsou všichni přítomní vstřícní, naslouchají a věří radám sestry.

Při potřebě sterilních převazů mají sestry k dispozici originálně balené sterilní čtverce. Při výkonech jako je cévkování, výměna permanentního močového katétru, vynětí stehů, používají sterilní cévky, rukavice a jednorázové sety, které jsou k dispozici v neomezeném množství. Na návštěvu se klienti připravují různým způsobem, snaží se být již oblečení, umytí. Při převazech je často nutná příprava, pokud je indikované očista s roztoky nebo převařenou vodou. Také je dobré včasné vyndání mastí z lednice, ztuhlé se špatně nanášejí. Klienti nebo příbuzní většinou v tomto směru dobře spolupracují.

Při zjišťování úrovně sociálního prostředí ve městech a na vesnicích sestra velký rozdíl nevidí. Stav domácího prostředí se liší případ od případu. Dle názoru sestry ve městě mají lidé větší pohodlí, např. co se týče topení, mají více možností. Na vesnici lidé topí většinou v kamnech nebo kotli a jsou nuceni neustále přikládat. Vybavenost

domácností dnes již rozdílná není, pokud je někdo sociální případ, je jedno, zda žije ve vesnici či městě. Na vsi mají lidé většinou zvířata, proto jsou nuceni každé ráno včas vstát a zajistit je. Snaží se i přes bolest, o holi, za každého počasí hospodářství obstarat. Ve městě si lidé raději přispí, návštěvu v ranních hodinách odmítají. Nic je nenutí jít ven, tak se kolikrát stane, že klient stejného věku a onemocnění je ve městě celý den zavřený doma a ven se nedostane, kdežto na vesnici je nucený jít alespoň 2krát ven.

Na otázky, jak je obtížné ovlivnit pacientův postoj k onemocnění, pokud je ve svém prostředí a jak spolupracuje na dodržování léčebného režimu, sestra odpovídá, že je problém hlavně u klientů s mozkovou sklerózou, kdy je potřeba klienta opakovaně edukovat, někdy i přistoupit na jeho mylné představy, aby si získala nebo neztratila jejich důvěru. Někteří se nedokáží smířit s novým stavem, horší se mobilitou, ztrátou sebeobsluhy, soběstačnosti. Musí se naučit přijímat pomoc od druhých. V co nejkratší době je důležité poznat povahu klienta a podle toho k němu přistupovat. Domácí prostředí se klienti a rodinní příslušníci snaží upravit vzhledem ke změnám ve zdravotním stavu a zajistit tak vyhovující podmínky. Samozřejmě vše je ovlivněno i finančními možnostmi. V domácím prostředí se klient často zlepšuje jak po stránce psychické, tak i fyzické, mnohdy i nad očekávané výsledky.

Poskytování ošetrovatelské péče v nevhodných sociálních podmínkách může být obtížné. Záleží, jaký typ péče je vyžadován. Problém může nastat při skladování léků, mastí v čistém prostředí, dodržování hygieny při inkontinenci moče i stolice, prevenci dekubitů, dle možností jsou používány pomůcky, které jsou k dispozici. U imobilních je velmi důležité lůžko a jeho přístupnost. Pokud rodina či klient nespolečně spolupracuje, někdy pomůže edukace přímo od ošetřujícího lékaře. Také sestra uvádí svůj postřeh, že spíše rodiny finančně zajištěné raději svým blízkým jakoukoliv péči zaplatí, než aby se o klienta sami starali.

Na otázku, v čem domácí podmínky zásadně ovlivňují ošetrovatelskou péči, sestra uvádí faktory, které nejvíce ovlivňují její práci. Je to zdravotní stav klienta, spolupráce rodinných příslušníků, finanční otázka. Např. moderní přípravky k hojení ran jsou drahé a lékař je limitován pojišťovnou, tudíž si nemůže dovolit běžně předepisovat drahé preparáty a volí levnější přípravky. A mnohdy se klient diví,

že za předpis po propuštění z nemocnice neplatil nic, ale od lékaře se v lepším případě musí na úhradě podílet nebo si vše zaplatit sám..

Na otázku, jak sestra zajistí, aby kvalita poskytované péče byla na co nejvyšší úrovni, sestra uvádí, že se snaží s klientem a rodinou komunikovat, veškeré změny signalizuje ošetřujícímu lékaři osobní návštěvou v ordinaci nebo v akutních případech telefonicky. Aby poskytovaná péče byla co nejlépe provedena, o to se snaží vždy i za nevyhovujících podmínek.

4.1.2 Kasuistika 2

Sestra 2- 57 let, nejvyšší dosažené vzdělání je pomaturitní specializační studium, obor vnitřní lékařství. Ve zdravotnictví pracuje od roku 1971, tedy 38 let. Praxe u lůžka je v délce 3 roky. V Agentuře domácí péče působí od počátku založení, od roku 1993.

Spolupráce s lékaři hodnotí jako dobrou, záleží individuálně na konkrétním lékaři. Informace o klientech dostane dostačující, případně si další potřebné údaje doplňuje konzultací s příslušným ošetřujícím lékařem.

Uvádí, že pro svou práci má dostupné všechny potřebné pomůcky, dle potřeby je možné chybějící materiál kdykoliv doplnit, je přístupný v kanceláři. Nejvíce při své práci postrádá polohovací lůžko, které by si klienti často rádi půjčili. Situace se řeší vypůjčením od jiných organizací, ale tento postup je zdlouhavý a klient je nucen čekat delší dobu. Hlavní důvod, proč lůžko agentura nevlastní, je vysoká pořizovací cena. Ochranné pomůcky a oděv považuje za dostačující.

Ošetřovatelská péče je poskytována v rozsahu, jak indikují lékaři. Péči, kterou vyžadují, je agentura schopna zajistit v plném rozsahu. Vybavení agentury ovlivňuje především nadstandardní služby, hlavně množství a druh kompenzačních pomůcek. Agentura vlastní jedno chodítko, defekační židli, podložní kolečka, dvě antidekubitární matrace, francouzské hole a jeden invalidní vozík. K organizaci agentury sestra připomínky nemá, chod je ovlivňován hlavně dle potřeb klientů.

V části rozhovoru, která byla zaměřena na bezpečnost ošetřujícího personálu, sestra uvádí, že několikrát se cítila být přímo ohrožena. Za dobu své praxe se setkala asi

tříkrát při provádění ošetrovatelského výkonu s agresivitou klienta, kdy mě tendenci sestru uhodit. Ale k přímé inzultaci nedošlo. Při takové mimořádné situaci se snaží hlavně zachovat klid, klienta uklidnit a přesvědčit, že se snaží pomoci v jeho svízelné situaci. Sestra uvádí: „, Takové reakce často bývají u lidí, kteří byli zvyklí na aktivní způsob života, ale v jejich zdravotním stavu nastala velká změna, kdy již nejsou schopni se o sebe postarat a jsou odkázáni na péči druhých osob. Získání důvěry se zajistí především vhodnou komunikací a zajištění potřebných informací. Někdy je třeba velké trpělivosti a dát klientovi potřebný čas.“

Bezpečnost sestry v některých případech ohrožují i domácí zvířata. Při jedné návštěvě sestru pokousal pes, přestože domácnost navštěvovala již druhý měsíc. Majitelé psa většinou nepřipouští, že by jejich pes mohl ublížit.

K dodržování hygieny rukou jsou používány gumové rukavice a různé druhy dezinfekčních prostředků na ruce např. Gutasept, Sterillium, vlhčené ubrousky. Umytí rukou v některých domácnostech problém není, někdy přímo rodina aktivně nabídne možnost použít koupelnu nebo dokonce i vyhraní ručník přímo pro sestru. Někdy může mít použití hygienického zařízení spíše opačný efekt, někteří lidé nemají teplou vodu, čistý ručník, podmínky se liší individuálně.

Harmonogram práce může výrazně narušit technický stav vozidla. Problém je o to větší, pokud k závadě, či propíchnutí pneumatiky dojde někde na samotě. Zdržení komplikuje hlavně provedení načasovaných výkonů na určitou hodinu.

Před první návštěvou klienta udává sestra hlavně nervozitu, jak ji klient a rodina přijmou a zda bude schopna vyhovět či zajistit neplánovaná a nečekaná přání. Postoj klientů hodnotí převážně kladně, základní informace již mají od praktického lékaře, návštěvu sestry čekají a vědí, za jakým účelem je bude navštěvovat. S klienty převládají dobré vztahy, při domácí péči trávající delší dobu sestra dobře pozná jeho osobnost, zvyky a mnohdy je zasvěcena do rodinných vztahů a problémů, což umožňuje zajistit si pohled na člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Někdy se stává, že klienti žádají pouze konkrétní sestru, ke které mají vytvořený vztah a důvěru, případná změna sestry by pro ně znamenala stresovou situaci a byli by nespokojení. Pokud je to organizačně možné, je jim většinou vyhověno.

K výkonům vyžadující aseptický postup pro zachování sterility, jako např.: výměna permanentního katétru, vyjmutí stehů z operační rány, používá sestra sterilní čtverce v originálním balení nebo jednorázové sety určené ke konkrétním výkonům. Nejčastějšími výkony jsou převazy chronických defektů, kdy použití sterilního obvazového materiálu není nutné.

Na příchod sestry se klienti připravují různými způsoby, před odběrem biologického materiálu jsou nalačno, připravují ranní moč. Snaží se provést ranní hygienu, poklidit domácnost.

Na otázku, zda se liší úroveň sociálního prostředí ve městě a na vesnicích, sestra odpovídá: „Myslím se, že rozdíl není výrazný. Na vesnici se domy rekonstruují, vybavení domácností je totožné. Rozdíl bych snad viděla v tom, že na vesnici si lidé pořizovali koupelny s vanou, a pak zjišťují, že ji v mnoha případech nemohou pro své onemocnění používat.“

Klienta a jeho rodinu edukuje o léčebném režimu, jaký vyžaduje jeho zdravotní stav. Snaží se profesionálně odpovídat na všechny dotazy. Jak klient změní životní styl či dietní režim, záleží v domácím prostředí pouze na něm, neboť není pod dozorem 24 hodin jako v nemocnici nebo v domově sociálních služeb. Převládá pozitivní přístup a za celou dobu praxe se neseťkala sestra s postojem, že by klient zásadně odmítl její či lékařem navržené změny, které jsou doporučovány hlavně za účelem, aby byl zvýšen komfort klienta a usnadněn pohyb. Problém je hlavně při dodržování diety. Důvodem je hlavně vaření nenáročných jídel, klienti mají letité stravovací návyky nebo jsou odkázáni na dovoz obědů pečovatelskou službou, které neposkytují speciální diety.

V nevyhovujících sociálních podmínkách dle sestry má kvalita péče sestupnou tendenci, záleží hlavně na druhu péče. Např. tam, kde není teplá voda, vážně hygienická péče, čistota prádla, stav lůžka. Pak je obtížné dodržení jednak aseptického postupu např. při převazu a těžké je udržet ránu v čistotě, když klient tráví čas na lůžku, kde ložní prádlo je špinavé a postel sdílí společně s několika kočkami a pravidelná hygiena vůbec neexistuje.

Dle sestry domácí podmínky zásadně výkony neovlivňují. I v domácím prostředí je možné výkony provádět dle moderních metod a dodržování ošetrovatelských

standardů je nutností. Vše je usnadněno používáním jednorázových setů k jednotlivým výkonům, které firmy nabízejí (např. k cévkování, v nabídce jsou i jednorázové sterilní nástroje). Záleží na agentuře, jaké pomůcky využije a má k dispozici.

Aby sestra zajistila vysokou úroveň poskytované péče, všechny výkony provádí postupem *lege artis*, dodržuje standardy ošetrovatelské péče, které má jejich agentura. Za nezanedbatelný faktor, který ji motivuje k odvedení nejlepší práce, považuje i finanční odměnu.

4.1.3 Kasuistika 3

Sestra 3- 35 let, nejvyšší dosažené vzdělání má střední odborné s maturitou. Celkovou délku praxe uvádí 13 let, z toho 5 let pracovala u lůžka. V Agentuře domácí péče pracuje 6 měsíců.

Spolupráci s lékaři hodnotí většinou kladně, ale také má opačnou zkušenost, kdy žádala u klienta návštěvu ošetřujícím lékařem, ale lékař po opakované žádosti vůbec nedorazil. Dostatečné informace získává na základě konzultace s lékařem, z kartotéky. Žádanka obsahuje pouze požadavek, základní ordinace, číslo diagnózy, která bez číselníku sestře nic neřekne.

Materiální vybavení agentury nedokáže přesně ohodnotit, neboť v domácí péči pracuje krátkou dobu. Pro pacienty, které za tu dobu ošetřovala, potřebné pomůcky k dispozici měla. Sestra uvádí, že odběry krve by ji lépe vyhovovaly do vakuových zkumavek, hlavně z důvodu lepší ochrany před biologickým materiálem. K ochraně své a klientů používá rukavice, v případě nutnosti roušku, ale pouze jen ve výjimečných případech. Z pracovního oděvu by uvítala více kusů oblečení, kalhoty nemají prozatím žádné.

Při zjišťování, jak technické a materiální vybavení dle sestry ovlivňuje rozsah ošetrovatelské péče, uvádí, že pokud srovná ošetřování v nemocnici a v terénu, největší rozdíl vidí hlavně v tom, že na oddělení či ambulanci, má vše potřebné v dosahu, ať už jsou to pomůcky, kolegyně nebo lékař. V terénu si musí vystačit sama a pouze s vybavením, které má v autě, při nečekaných událostech je nucena improvizovat.

Při ošetřování ležícího klienta vidí velkou výhodu pokud je k dispozici polohovací postel a antidekubitární pomůcky. Při tréninku chůze s protézou s klientem po amputaci dolní končetiny ve stehně bylo velkým problémem sehnat stojné chodítko, se kterým se lépe drží klientovi rovnováha. Při léčbě ran a chronických defektů se s vlhkou technikou setkává především u klientů propuštěných z nemocnice, praktičtí nebo odborní lékaři, se kterými spolupracuje, moderní léčbu nepředepisují.

K organizaci v agentuře nemá sestra žádnou výtku. Kontakt s lékaři či kolegyněmi je v terénu umožněn díky služebnímu mobilnímu telefonu. V kanceláři se jedenkrát týdně sestry scházejí za účelem plánování víkendových a večerních služeb a předávání důležitých informací o zdravotním stavu klientů. Sestra 2 by uvítala větší počet pomůcek k zapůjčení, především toaletní židle, vozík, rehabilitační pomůcky.

Ve čtvrté oblasti rozhovoru, zaměřující se na bezpečnost ošetřujícího personálu, sestra pocituje největší strach ze psů volně pobíhajících v bytě nebo kolem domu. Myslí, že domácí zvíře má pozitivní vliv na psychickou stránku klienta a strach se snaží překonávat, ani jí nic jiného nezbývá.

Hygienu rukou se v terénu snaží důkladně dodržovat, kdyby si ruce neumyla, cítila by se špatně jednak vůči sobě, ale samozřejmě i vůči klientovi. Na ruce používá dezinfekci a v autě vozí láhev s vodou. Technický stav vozidla zatím práci sestry záporně neovlivnil, auto nechává pravidelně kontrolovat kompetentní osobou.

Poslední část rozhovoru byla zaměřena na sociální prostředí klienta a jeho vliv na ošetrovatelskou péči z pohledu sestry. Zde sestra uvádí za důležité umět se sžít a přizpůsobit se prostředí, ve kterém klient žije. Tyto pocity byly po nástupu do zaměstnání, se získanými zkušenostmi zmíněné obavy mizí. Při návštěvě nového klienta se dostavuje u sestry nervozita, obavy, jak ji klient přijme, jaké budou reakce, spolupráce. Postoj klienta a rodiny vnímá ve většině případů kladně, najdou se i nedůvěřiví klienti, k jejichž důvěře vede klikatější cesta, ale nakonec i oni zjistí, že se sestra snaží pomoci v jejich prospěch. Sestra se snaží získat klienta vlídným, přirozeným a profesionálním chováním.

Sestra 2 myslí, že dodržování přísných aseptických postupů v domácím prostředí není úplně možné. Při převazech používá nástroje, dezinfekci, rukavice, při hojení ran

per primam sterilní obvazový materiál, při katetrizaci močového měchýře dodržuje postup k zachování sterility močového katétru. Klienti vždy sestru očekávají, o návštěvě jsou předem informováni, aby byl umožněn přístup do bytu, případně, aby byl klient na výkon připravený, např. před odběrem krve zůstal nalačno.

Sestra si nemyslí, že by se lišila úroveň sociálního prostředí lidí žijících ve městě a na vesnici. Rozdílly jsou velice individuální. Dle sestry záleží na povaze a věku klienta, zda žije sám, nebo má rodinu, která zajistí úkony, které klient nezvládá, a i na finančním zabezpečení.

Postoj klienta k onemocnění se snaží ovlivňovat tím správným směrem, o problému s klientem hodně mluví, vysvětluje a za důležité považuje mimo jiné i spolupráci s ošetřujícím lékařem a rodinou. Dle sestry léčebný režim dodržují klienti lépe v nemocnici, kde jsou pravidla striktně daná. Doma někteří klienti z léčebného režimu polevují, občas neužijí léky, neboť zapomenou, nedodržují dietní režim, necvičí, protože se jim zrovna nechce. Ale i v tomto případě je přístup individuální, naopak někdy se klienti snaží co nejlépe zapojit, shání pomůcky, zajímají se o informace týkající se jejich onemocnění a problému. I zde sestra zmiňuje význam pozitivní spolupráce s rodinnými příslušníky a pečovateli.

S nevyhovujícím domácím prostředím se sestra ještě nesetkala, ale je přesvědčená, že i zde by udělala vše pro to, aby její poskytnutá péče byla co nejkvalitnější a ošetrovatelskou péči musí vykonat co nejlépe v nejrůznějších podmínkách. Sestra si myslí, že úroveň péče může svým přičiněním zvyšovat, pokud se bude neustále vzdělávat, zajímat se o novinky v ošetrovatelství v rámci školení a čerpání informací z internetu.

4.1.4 Kasuistika 4

Sestra 4- 32 let, nejvyšší dosažené vzdělání má pomaturitní specializační studium, obor geriatric. Celkovou délku praxe ve zdravotnictví uvádí v délce 8 let. Z toho 5,5 roku u lůžka a v Agentuře domácí péče pracuje 2,5 roku.

Spolupráci s lékaři hodnotí individuálně, v některých případech jako uspokojivou, s jinými lékaři je spolupráce výborná ve všech směrech. To samé se týká poskytnutí informací o klientovi od lékařů. Od některého dostane všechny důležité údaje o zdravotním stavu, bydlišti i o spolupráci rodinou, od jiného lékaře získá pouze holá identifikační data a ostatní informace doplňuje až při první návštěvě přímo od klienta nebo osobní konzultací s lékařem.

Dle sestry je materiální a technické vybavení pro výkony, s kterými se v domácí péči setkává, dostačující. K dispozici má fonendoskop, tonometr, glukometr, veškerý požadovaný převazový sterilní i nesterilní materiál, Peha creppy, převazové a chirurgické nůžky, anatomickou pinzetu, pouze kompenzační pomůcky jsou v omezené míře. Sestra vlastní zdravotní brašnu, dle potřeby má možnost doplňovat potřebný materiál. Pro administrativní činnost slouží kancelář, kde jsou dle sestry stísněné prostory. Bohužel v kanceláři není k dispozici počítač, což by dle sestry administrativní činnost a psaní ošetřujících záznamů usnadnilo.

V péči o klienty nejvíce chybí kompenzační pomůcky, především polohovací lůžko, které agentura k dispozici vůbec nemá. Často používaná chodítka, antidekubitární pomůcky vlastní agentura v omezeném počtu, tudíž se nedostane všem klientům, kteří by zmíněné pomůcky využili, a shánění je zdlouhavé.

Počet kusů pracovního oděvu je v malém počtu, kalhoty nemají sestry žádné. U klientů sestra nejvíce z ochranných pomůcek používá rukavice, návleky na boty, které zůstávají u klienta doma, výjimečně používá roušku. Její použití vnímají klienti dle sestry negativně. Přístupné vybavení odpovídá rozsahu nejčastěji indikované péče, takže si sestra nemyslí, že by ošetrovatelská péče byla negativně ovlivňována. Dle jejího názoru je ošetrovatelská péče ovlivněna spíše spoluprací klienta a jeho rodiny, stavem sociálního prostředí. Organizace agentury je několik let zaběhnutá, dle názoru sestry jsou v kolektivu dobré vztahy, což se promítá do celkového chodu.

Sestra se cítí ohrožena především domácími mazlíčky, hlavně psy, kterých se bojí. Velká část klientů žije na vesnici, kde má psa skoro každý a mnohdy ne jednoho. V některých případech ani není možnost psy zajistit, volně pobíhají před domem a dle majitele se není čeho bát, protože pes „nic nedělá“. Sestra si myslí, že domácí zvířata

ošetřovatelskou péčí mohou ovlivnit, jednak pozitivně, kdy je člověk donucen psa vyvenčit a udržuje si pravidelný pohyb, mnohdy je to jediný přítel a společník, kterého klient má, proto je pozitivní vliv i na psychiku, protože se člověk necítí být na světě úplně sám. Ale na druhou stranu je velkým problémem přítomnost zvířat v posteli klienta v případě nehojících se chronických defektů, je těžké negativní následky klientovi vysvětlit a mnohdy může být následkem přesvědčování narušen vztah a důvěra mezi klientem a sestrou.

Hygienu rukou udržuje sestra v terénu dle možností, používá vlhčené ubrousky, dezinfekci na kůži, v autě vozí láhev s vodou, někdy si umyje ruce u klienta, což ojediněle nabídne i sám klient. V případech, kdy je použití mýdla a ručníku spíše rizikem, využívá terénního vybavení.

Harmonogram práce sestry doposud nebyl narušen technickou poruchou vozidla, protože má nové auto, které zatím bylo spolehlivé, ale pravidelné technické kontroly nepodceňuje.

Před první návštěvou neznámého klienta má sestra obavy jednak z toho, jak klienta najde, hlavně pokud jede do neznámé čtvrti či vesnice. Určitá nejistota je z toho, jak klient či jeho rodina sestru přijmou, zda bude umět odpovědět na všechny dotazy, poradit při různých problémech. Snaží se získat si klientovu důvěru, v případě, že zjistí mezery v předaných informacích od lékaře, doplní potřebné návštěvou a konzultací s ošetřujícím lékařem.

Někdy sestra pociťuje klientovu nervozitu a počáteční nedůvěru. Z pozice cizího člověka, kterým v počátcích sestra je, je těžké se nabourat do klientova soukromí a získat nemocného ke spolupráci a změnit letité návyky. Vztah s klienty hodnotí sestra jako přátelský a důvěrný.

Při zjišťování, jak je těžké v domácím prostředí udržovat aseptický postup při výkonech, sestra odpovídá, že v domácí péči jsou nejčastěji ošetřovány chronické defekty, které nevyžadují použití sterilního materiálu. V případě nutnosti má k dispozici dezinfekci na nástroje, sterilní čtverce originálně zabalené po dvou kusech, sterilní sety na cévkování. Sestra uvádí, že jednorázových sterilních setů k různým výkonům jednotlivé firmy nabízejí čím dál více, ale záleží na ochotě vedoucího pracovníka

a finančních možnostech firmy tyto pomůcky nakupovat. Dle názoru sestry tento druh pomůcek určitě zkvalitňuje poskytovanou péči.

Na návštěvu sestry se klienti připravují dle druhu ošetrovatelské péče. Před odběrem krve jsou poučeni zůstat nalačno, pokud jsou schopni, snaží se provést ranní hygienu, převléci se z pyžama. Ojedinele se i stane, že klient zapomene na plánovanou návštěvu a není doma nebo se sestra do domu či bytu prostě nedostane. S klienty si sestra domlouvá přibližnou hodinu návštěvy, aby nebyli výrazně omezováni a nuceni čekat doma.

Dle zkušeností sestry se úroveň sociálního prostředí u lidí na vesnici a ve městech výrazně neliší. Spíše lidé v městě mají větší pohodlí, např. co se týče topení, dostupnější jsou obchody, lékaři. Stav domácnosti dle názoru sestry spíše závisí na mentalitě klienta, spolupráci rodiny, finančních možnostech nebo ochotě investovat do domácího prostředí. Sestra se setkává se starými lidmi, kteří ztrácejí soudnost, co je potřebné a co k vyhození, a hromadí spoustu nepotřebných věcí. Sestra zmiňuje, že se ve své praxi setkala se starým pánem, kterému zemřela manželka, od té doby žil sám, doma měl naklizeno, vařil si, pral, pekl na Vánoce cukroví. Setkala se s 82 letou paní, která se po domácnosti pohybovala pouze v chodítku, doma měla precizně uklizeno, každá věc měla své místo. Naproti tomu u lidí mladších a fyzicky schopnějších je za standard považován neuvěřitelný nepořádek a špína. Je to různé a individuální.

Klientův postoj k onemocnění sestra ovlivňuje efektivní komunikací, o problému s klientem hodně mluví, podává potřebné informace. Někdo se o léčebný režim aktivně zajímá, vyhledává sám vhodná řešení, snaží se spolupracovat, je vděčný za každou radu. Sestra se setkává spíše s nedodržováním léčebného režimu, lidé nejsou ochotni měnit dlouholeté návyky. Často obědy vozí pečovatelská služba, strava není rozdělena do diet, a tak se stává, že i diabetik dostává 1krát týdně sladké jídlo a moučníky. Sestra říká: „Především musí chtít sám pacient něco změnit, pokud nemá zájem, je těžké změnit jeho přístup k onemocnění, doma má své jistoty, kdežto v nemocnici je určitý řád daný, kterému se musí pacient přizpůsobit.“

Provést úpravu prostředí vzhledem ke zdravotnímu stavu je dle sestry mnohdy jednodušší přesvědčit rodinu než samotného klienta. Některé věci, které jsou pro sestru

samozřejmostí, jako např. manipulace s imobilním, mohou pro rodinného příslušníka či pečovatele znamenat neřešitelný problém, a proto je vděčný za každou radu. Sestra zmiňuje, že některé domácnosti skrývají pro špatně pohyblivého člověka celou řadu nebezpečí, ale těžko se přesvědčuje klient, že kusový koberec s ohnutými rohy nebo nevhodné rozmístění nábytku pro něj může znamenat příčinu pádu, když ten koberec a nábytek jsou na stejném místě již několik desítek let. Rovněž plynový sporák není dle sestry zrovna bezpečný pro klienta trpícího stařeckou demencí, přesto se s takovými případy často setkává.

Sestra uvádí, že poskytování ošetrovatelské péče v nevyhovujících podmínkách je složité, ale je rozhodující, jaké výkony jsou u klienta prováděny. Stav prostředí nemá zásadní vliv na podání léků, aplikaci injekce či odběr biologického materiálu, ale ovlivní práci při rehabilitační ošetrovatelské nebo komplexní péči, při ošetření imobilního klienta. Podmínky prostředí ovlivní např. trénink chůze v chodítku, někdy budou překážkou schody, jindy zase budou při cvičení výhodou. Když je nedostatek místa, nevhodná postel, nebude rehabilitační ošetřování tak kvalitní a efektivní jako za příznivých podmínek. Sestra uvádí, že v některých domácnostech nemá ani možnost položit si zdravotnickou brašnu na bezpečné a čisté místo, chybí základní návyky v dodržování hygieny. Mnohdy se člověk diví, že i za nepříznivých podmínek se neobjeví u imobilního člověka dekubit nebo se chronický defekt zázračně hojí. S každou domácností se sestra snaží vyrovnat, ať už je v jakémkoli stavu. Vždy postupuje tak, aby nebyl ohrožen klient, a snaží se o dodržení standardů za každých podmínek.

Pro zajištění co nejvyšší kvality péče považuje sestra 4 za důležité celoživotní vzdělávání, dostatek teoretických znalostí z klinických oborů a ošetrovatelství.

4.1.5 *Kasuistika 5*

Sestra 5- 42 let, nejvyšší odborné vzdělání má Pomaturitní specializační studium, obor geriatric. Celkovou délku praxe ve zdravotnictví udává 23 let, z toho 4 roky mateřská dovolená, 2,5 roku práce u lůžka na interním oddělení a léčebně dlouhodobě nemocných. V Agentuře domácí péče pracuje 14,5 roku.

Lékaře, se kterými sestra spolupracuje, bere jako lidi s dobrými i špatnými vlastnostmi a náladami. Přichází za nimi řešit problém v době, kdy má lékař ordinaci hodiny, čekárnu plnou pacientů, či v době, kdy odchází na lékařské návštěvy. Sestra říká: „Pro většinu z nich nejsem pouze „vykonavatel“ jejich indikace, ale terapii společně konzultujeme a společně hledáme optimální řešení. Také samozřejmě jsou lékaři, kde je spolupráce minimální a spočívá pouze v ordinaci lékaře a provedení výkonu. Informace o klientovi získává od lékařů v dostatečné míře, velký podíl má aktivita sestry, pokud se o klienta zajímá, vždy lékaři poskytnou doplňující a potřebné informace.“

Materiální a technické vybavení agentury považuje za dostačující. Dle sestry by se při práci našla spousta věcí, které by se někdy hodily, ale je důležité posoudit, do jaké míry jsou pomůcky v domácí péči využitelné a jejich pořízení efektivní a ekonomické. Sestra uvádí: „Domácí péče je opravdu práce velmi specifická a není snadné najít optimální rovnováhu mezi představami, možnostmi a realitou.“

Mezi pomůcky, které nejvíce postrádá, zmiňuje vakuové zkumavky k odběru krve. Někdy lékař indikuje odběry, kdy je potřebné větší množství krve, a v domácím prostředí je pak odběr o trochu náročnější, zvláště pokud má klient špatné žilní vstupy. Ochranné pomůcky má sestra k dispozici v potřebném množství. Pracovní oděv vlastní, i když neúplný, neboť ke kompletnímu pracovnímu oděvu ještě chybí kalhoty. V práci je riziko potřísnění biologickým materiálem, dezinfekcí, a pak je soukromý oděv trvale poškozen. Není výjimkou ani ušpinění a poničení domácími mazlíčky. Takže i za to málo, je sestra vděčná.

Sestra si uvádí, že výkony, které v domácím prostředí lze vykonat, je agentura, ve které pracuje, schopna zajistit. Při své práci často improvizuje a pomůcky, bez kterých se nelze obejít, k dispozici má.

Organizace agentury sestře vyhovuje. Výhrady má k administrativní činnosti, ale změna, která by vedla ke zlepšení, je mimo pravomoc agentury. Dle sestry je rozsah ošetrovatelské dokumentace, který požadují pojišťovny, nadbytečný. V podstatě stejný čas, který stráví v terénu u klientů, pak čeká sestru při psaní ošetrovatelských záznamů. Zvláště u chronicky nemocných klientů jde o psaní ošetrovatelských záznamů, jejichž

obsah se stále opakuje. Akutní změny je třeba řešit s ošetřujícím lékařem ihned, bez časové prodlevy. Přijetí nového klienta do pravidelné domácí ošetrovatelské péče znamená pro sestru vyplňování spousty dokumentů a dotazníků, což považuje za „mrhání“ energií.

Část rozhovoru, zaměřující se na bezpečnost sestry, uvádí, že za dobu své letité praxe se několikrát v ohrožení cítila. Nikdy se nestalo nic vážného, ale strach několikrát pociťovala. Sestra 5 zmiňuje zkušenost, kdy se setkala s psychicky narušeným synem klientky, který se na ni upnul a několik měsíců působil dost problémů. Riziko pokousání psem je v domácí péči velké, na vlastní kůži to ještě nepocítila, ale roztrhané kalhoty byly několikrát. Dále sestra zmiňuje i možnost rizika nákazy. Od soužití s domácími mazlíčky se odvíjí hygiena, zabezpečení ochrany, práce v ohlušujícím prostředí, kdy pes neustále v bezprostřední blízkosti štěká.

Hygienu rukou v terénu sestra řeší přímo u klienta, pokud jsou vhodné podmínky a možnosti, použije teplou vodu a mýdlo. Po každé ošetrovatelské činnosti použije dezinfekci na ruce.

Technický stav vozidla práci sestry ovlivnil. Jednak šlo o drobné nehody, kdy byly plánované návštěvy zajištěny díky spolupráci kolegyně a klienti byli tedy bez většího zdržení ošetřeni. Pokud probíhá plánovaná oprava či údržba, půjčí sestře automobil někdo z rodiny, přátelé nebo problém řeší dovolenou. Sestra 5 zmiňuje zkušenost, kdy po autonehodě byla 5 měsíců bez auta, a nebýt toho, že si 14 dní před nehodou koupil auto na cesty do práce manžel, byla by zřejmě nucena dát výpověď. Dnes již druhé auto nevlastní a pokud by podobný malér nastal, neví, jak by problém řešila. Jako prospěšnou věc sestra uvádí, kdyby byla možnost zapůjčení náhradního vozidla od firmy.

Před první návštěvou nového klienta sestra strach či obavy nemá. „Snad jde o první dojem, sympatie, či naopak.“ Sestra uvádí, že zmíněné pocity nesmí ovlivnit kvalitu práce, ale na osobní pohodu mají vliv obrovský. Vztah s klienty hodnotí pozitivně, jedná se o vzájemný respekt. „Výjimky se občas najdou, ale opravdu jen zřídka.“

Aseptický postup při výkonech dodržuje používáním jednorázových pomůcek a dezinfekčních prostředků. Dle sestry úroveň hygieny klienta do určité míry ovlivňuje i prováděné výkony. Na návštěvu se klienti připravují dle prováděných výkonů, buď jsou nalačno, k převazu vyndají masti z lednice, provedou toaletu. Výjimky tvoří klienti, kde jsou hygienické či mentální překážky.

Výrazné rozdíly v úrovni sociálního prostředí ve městech a na vesnicích sestra 5 nepozoruje. Myslí, že zcela závisí na schopnostech a zvyklostech klienta, jaký má postoj k hygieně, úklidu, v jakém je psychickém a zdravotním stavu. Sestra vidí rozdíl hlavně ve stylu života. Lidé na vesnici mají většinou nějaké zvíře či větší nebo menší hospodářství, o které je nutné se postarat, a tudíž má klient větší motivaci k zachování mobility a schopnosti sebeobsluhy.

Sestra uvádí, že ovlivnění klientova postoje k onemocnění přichází s navázáním hlubšího kontaktu, důvěry a dobré spolupráce. Sestra 5 uplatňuje nedirektivní, ale rozhodný způsob komunikace, který se jí za roky praxe osvědčil jako nejúčinnější.

Na otázku, jak klient ve vlastním prostředí spolupracuje na dodržování léčebného režimu, jak je ochotný přijmout změny a provést úpravu prostředí vzhledem k aktuálnímu prostředí a charakteru onemocnění, sestra udává, že vše je ovlivněno fyzickou schopností, mentální úrovní klienta a možnostmi v konkrétním domácím prostředí. V některých případech se sestra setkává s výbornou spoluprací s rodinnými příslušníky a společně vytváří nejoptimálnější podmínky jednak pro klienta, ale v neposlední řadě i pro ošetřovatele či pečovatele. Někdy je situace složitější a při poskytování péče jsou přímo „bojové“ podmínky.

Dle sestry v nevyhovujících podmínkách nelze zajistit požadovanou kvalitu péče, ale vždy se snaží o maximální možnou kvalitu. V nepříznivých hygienických nebo sociálních podmínkách jsou dle sestry 5 možnosti omezené, práce se stává obtížnější, ale tyto situace s sebou práce v terénu přirozeně nese.

Nejvíce domácí podmínky ovlivňují ošetřovatelskou péči tam, kde je bariérový prostor a má se provádět rehabilitace klienta, tudíž vzhledem k prostředí není možné zajistit požadovaný rozsah. Dále sestra říká: „V ostatních činnostech jsem snad schopna

si nějak poradit, aby byla má intervence co nejefektivnější pro klientovu pohodu a zdraví.“

Co možná nejvyšší kvalitu péče sestra zajišťuje vzděláváním, sleduje novinky prezentované v médiích nebo odborných časopisech, s kolegyněmi a lékaři konzultuje své zkušenosti, možnosti v terapii a poskytované péči.

4.1.6 Výsledky rozhovorů se sestrami zpracované do tabulek

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

	S1	S2	S3	S4	S5
Věk	36	57	35	32	42
Nejvyšší dosažené vzdělání	SZŠ	PSS	SZŠ	PSS	PSS
Celková délka praxe	10	38	13	8	23
Délka praxe u lůžka	6 let	3 roky	5 let	5,5 roku	2,5 roku
Délka praxe v dom. péči	3 roky	16 let	5 měs.	2,5 roku	14,5 roku

Sestře 1 je 36 let, sestra 2 je z agentury nejstarší, které je 57 let. Sestře 3 je 36 let, sestra 4 je z agentury nejmladší, je jí 32 let a sestře 5 je 42 let. 3 z 5 sester absolvovaly pomaturitní specializační studium. Nejdelší celkovou délku praxe ve zdravotnictví má sestra 2- 38 let, nejkratší délku praxe má sestra 4- 8 let. Sestra 1 má 6 let praxe u lůžka, sestra 2 má 3 roky praxe u lůžka, sestra 3 má 5 let a sestra 5 má 2,5 roku praxe u lůžka. Sestra 1 pracuje v domácí péči 3 roky, sestra 2- 16 let, sestra 3- 5 měsíců, sestra 4- 2,5 roku a sestra 5- 14,5 roku.

Tabulka 2 Spolupráce s praktickými lékaři

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Kladná	2	1		1		
Individuální	3		1		1	1
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	1	1

Spolupráci s praktickými lékaři hodnotila sestra 1 a 3 kladně, sestry 2, 4 a 5 uvedly, že záleží individuálně na konkrétním lékaři.

Tabulka 3 Získávání potřebných informací o klientovi

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Od lékaře	5	1	1	1	1	1
Aktivním přístupem sestry	5	1	1	1	1	1
Celkový počet odpovědí	10	2	2	2	2	2

Při zjišťování, jak sestry získávají potřebné informace o klientovi, bylo v odpovědích uvedeno více možností. Všechny 5 sester uvedlo, že základní informace o klientovi získají od lékaře, ale pro zjištění podrobnějších údajů a informací je vždy nutný jejich aktivní přístup.

Tabulka 4 Spokojenost sester s materiálním vybavením agentury

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Plně vyhovující	1	1				
Dostačující	4		1	1	1	1
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	1	1

Materiální vybavení považuje sestra 1 za plně vyhovující, sestry 2,3,4,5 považují materiální vybavení, vzhledem k indikované péči, za dostačující.

Tabulka 5 Chybějící vybavení

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Polohovací lůžko	2		1		1	
Vakuové zkumavky	2			1		1
Pracovní oděv	3			1	1	1
PC	2	1			1	
Celkový počet odpovědí	9	1	1	2	3	2

Při zjišťování, jaké vybavení sestry nejvíce postrádají, bylo v odpovědích uvedeno více možností. Sestra 1 nejvíce postrádá PC, sestra 2 udává polohovací lůžko, sestra 3 zmiňuje vakuové zkumavky a dostatečné množství pracovního oděvu. Sestra 4 nejvíce postrádá polohovací lůžko, pracovní oděv a PC. Sestra 5 udává vakuové zkumavky a pracovní oděv.

Tabulka 6 Ohrožení bezpečnosti sestry

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Členem rodiny	1					1
Klientem	1		1			
Domácím zvířetem	4	1	1	1	1	
Nevyhovujícím sociálním prostředím	1	1				
Celkový počet odpovědí	7	2	2	1	1	1

Při zjišťování, zda sestry někdy během návštěvy pociťovaly, že je ohrožena jejich bezpečnost, uváděly více možností. Sestra 1 uvádí svou zkušenost, kdy pocítila ohrožení bezpečnosti domácími zvířaty a nevyhovujícím sociálním prostředím, ve smyslu nemožnosti zajistit dostatečnou hygienu u klienta. Sestra 2 udává ohrožení přímo klientem a domácími zvířaty. Sestry 3 a 4 uvádějí největší ohrožení domácími zvířaty, sestra 5 udává ohrožení ze strany rodinného příslušníka.

Tabulka 7 Hodnocení vztahu s klienty

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Pozitivní	4	1	1	1		1
Přátelský	1				1	
Důvěrný	1				1	
Celkový počet odpovědí	6	1	1	1	2	1

Sestry 1,2,3 a 5 hodnotí vztah s klienty jako pozitivní. Sestra 4 uvedla více možností, vztahy s klienty hodnotí jako přátelské a důvěrné.

Tabulka 8 Názor sester na rozdíl v úrovni sociálního prostředí ve městech a na vesnicích

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Žádný rozdíl	5	1	1	1	1	1
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	1	1

Z odpovědí všech sester vyplývá, že úroveň sociálního prostředí, týkající se hlavně vybavení domácností, není ovlivněno tím, zda žijí lidé na vesnici nebo ve městě.

Tabulka 9 Faktory, které ovlivňují stav domácího prostředí klientů

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Zdravotní stav klienta	2	1				1
Psychický stav klienta	2				1	1
Věk klienta	1			1		
Finanční možnosti	3		1	1	1	
Péče rodiny	2			1	1	
Celkový počet odpovědí	10	1	1	3	3	2

Při zjišťování, které faktory nejvíce ovlivňují stav domácího prostředí, sestry uváděly více odpovědí. Sestra 1 uvádí zdravotní stav, sestra 2 udává finanční možnosti klientů, sestra 3 zmiňuje věk klienta, finanční možnosti a péči rodiny, sestra 4 zmiňuje psychický stav, finanční možnosti klienta a péči rodiny. Dle sestry 5 úroveň prostředí závisí na zdravotním a psychickém stavu klienta.

Tabulka 10 Způsob ovlivňování klientova postoje k onemocnění

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Edukací	4	1	1	1	1	
Získání důvěry	2			1		1
Celkový počet odpovědí	6	1	1	2	1	1

Klientův postoj k onemocnění se snaží sestry 1,2,3 a 4 ovlivňovat opakovanou edukací. Sestra 3 zmiňuje také ještě získání si důvěry klienta. Sestra 5 považuje za důležité získání si důvěry klienta, aby byl ochoten se jejími radami řídit.

Tabulka 11 Faktory domácího prostředí ovlivňující ošetrovatelskou péči

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Stav prostředí	2		1		1	
Spolupráce rodiny	3	1		1		1
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	1	1

Ošetrovatelskou péči nejvíce ovlivňuje dle sester 2 a 4 stav domácího prostředí a dle sester 1,3 a 5 je důležitá spolupráce rodiny.

Tabulka 12 Způsob zajištění kvality ošetrovatelské péče

	Σ	S1	S2	S3	S4	S5
Kontinuální vzdělávání	3			1	1	1
Dodržování standardů	1		1			
Efektivní komunikace	1	1				
Celkový počet odpovědí	5	1	1	1	1	1

Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče považuje sestry 3,4,5 za důležité kontinuální vzdělávání. Sestra 2 v odpovědi považuje za důležité dodržování standardů a sestry 1 zmiňuje efektivní komunikaci s klientem a jeho rodinou.

4.2 Výsledky rozhovorů s klienty a pozorování jejich domácího prostředí

4.2.1 Kasuistika 6

Paní M.T.- 74 let, žije ve městě v malém rodinném domku se zahradou. Dříve pracovala jako úřednice na městském úřadě. Má dvě děti, dceru a syna.

Sestra domácí péče ji navštěvuje 5 let, první rok byly návštěvy 3 dny v týdnu, dále návštěvy probíhaly 5 dní v týdnu, pondělí až pátek. Péči doporučil klientce a rodině ošetřující lékař, který doporučil návštěvu typu I, tedy v délce 30 minut. Náplní návštěv je monitorování zdravotního a psychického stavu, kontrola integrity kůže a otoků dolních končetin pro časté recidivy defektů, které se při obnově zdlouhavě hojí. Nutná je pravidelná kontrola fyziologických funkcí- krevního tlaku a při užívání Warfarinu sestra odebírá krev na Quickův test dle ordinace lékaře. Protože klientka trpí polyneuropatií dolních končetin, provádí sestra masáž lýtek a bérců a přikládá kompresivní bandáže na obě dolní končetiny. Frekvence a doba návštěv jí vyhovuje, na přibližném čase se vždy vzájemně se sestrou domluví. Návštěvy jsou nutné v ranních hodinách kvůli elastické bandáži. Dietní omezení žádné nemá, pouze hlídá konzumaci většího množství nevhodné zeleniny při užívání Warfarinu.

Paní M.T. udává, že před první návštěvou neměla žádné obavy a očekávala pomoc. Vztah se sestrou hodnotí jako velmi dobrý, jde o vzájemnou důvěru. Na každou návštěvu se těší, je to určité zpestření dne a vůbec kontakt s okolním světem. Klientka popisuje přístup sestry jako kvalifikovaný a citlivý. Raději má návštěvu stálé sestry, ale je si vědoma, že nastanou určité situace, kdy musí zastoupit kolegyně. Před návštěvou provede ranní hygienu včetně vysprchování, převleče se z nočního prádla, připraví obinadla a krém na masáž. Manžel brzy ráno v kuchyni, kde tráví oba převážnou část dne, zatopí.

Pokud má klientka nějaké obavy či potíže, vždy se sestra snaží vysvětlit všechny projevy nemoci. Případné akutní změny nebo zhoršení zdravotního stavu konzultuje s ošetřujícím lékařem. Radami sestry se paní M.T. řídí a takovou spolupráci hodnotí jako prospěšnou.

S ohledem na zdravotní stav a hlavně kvůli omezené mobilitě, byly provedeny úpravy domácího prostředí, hlavně v koupelně. Vybudovaný sprchový kout však používat nemůže, tak rodina klientce opatřila do vany sedačku a sprchuje se tedy ve vaně. Největší obtíže způsobují bolesti a křeče v dolních a horních končetinách při chůzi. Naštěstí toaletu a koupelnu má klientka blízko kuchyně i ložnice. Neuvědomuje si, že by při provádění ošetrovatelské péče byly přítomné nějaké překážky. Sestra má po ukončení ošetrovatelské péče možnost umýt si ruce v koupelně, kde teče teplá voda. Velkou úlevou je pro klientku masáž dolních končetin, která subjektivně zlepšuje citlivost v dolních končetinách a následná elastická bandáž.

Pokud to lze a nenastane akutní změna ve zdravotním stavu, která by ohrožovala život klientky, dává paní M.T. přednost ošetřování a léčení v domácím prostředí, kde je v psychické pohodě a pobytu v nemocnici se bojí. Naopak klientka udává, že léčebný režim lépe udržuje doma. Jelikož užívá velké množství léků, dělá jí problém polykání tablet per os, ale doma má různé možnosti, jak léky užít a zapíjet. Zamíchá je do jogurtu nebo pokud má bolesti žaludku, sní nejprve trochu teplé polévky, po té se jí uleví a pak spolkně léky. Paní M.T. říká: „ Při nemocničním pobytu jsem měla pocit nedostatku kvalifikované péče sester, hlavně v přístupu. Samozřejmě je, že v dobrém domácím prostředí je člověku lépe než v nemocnici.“

Z domácích zvířat mají dva kocoury, ale do bytu nesmí. Stará se o ně hlavně manžel, který se lépe pohybuje.

Pravidelné návštěvy dělá syn, který bydlí ve stejném městě. Obstarává nákupy, doprovodí k lékaři, zajistí léky a ostatní styky s úřady. Dcera bydlí ve vzdálenějším městě, ale přesto přijíždí každý týden v sobotu, kdy uvaří, vypere a uklidí. Paní M.T. říká: „ Děti jsou hodné a starají se o nás, jak mohou.“ Chod domácnosti pomáhá zajišťovat manžel, který je tělesně zdatnější.

Během rozhovoru, na základě pozorování prostředí, bylo zjištěno, že klientka má omezenou mobilitu. Pohybuje se s pomocí dvou francouzských holí, chůze je obtížná, horší stabilita. Komunikativní, na dotazy odpovídá ochotně, spolupracuje. Příznaky onemocnění má tendenci bagatelizovat, bojí se hospitalizace. Zevnějšek je upravený, čistě oblečená, na hygienu je klientka zjevně velmi pečlivá.

Pozorování prostředí

Domek stojí u řeky ve svahu, terén je velmi obtížný, při omezené pohyblivosti je chůze po okolí nemožná. Ven může klientka pouze na dvorek před dům. Domácnost působí útulně. Vybavení hodnotím jako moderní. Při zhoršené mobilitě je výhodou, že v domě nejsou schody, místnosti jsou malé i koupelna s toaletou jsou v dosahu. Pokoje jsou vytápěny kamny na dřevo a uhlí. V domácnosti se odráží výborná péče rodiny. Klientka vlastní dvě kočky, které do domu nesmí a ošetřovatelskou péči neovlivňují.

4.2.2 Kasuistika 7

Paní I.T.- 57 let, žije na vesnici v domě s pečovatelskou službou. Do svých 48 let pracovala jako ošetřovatelka skotu v zemědělství. Má dvě dcery, které žijí ve stejné vesnici.

Klientka se 12 let léčí pro sklerózu multiplex, v posledních 2 letech zhoršování mobility, chůze téměř nemožná. Služeb domácí péče využívá pět let. Zpočátku probíhaly návštěvy tři všední dny v týdnu, v současnosti jsou návštěvy ve frekvenci pět dní v týdnu, pondělí až pátek. Lékař ve výzkumném ústavu v Praze klientce doporučil pravidelné cvičení doma a po dohodě s ošetřujícím lékařem agentura domácí péče zahájila rehabilitační ošetřovatelskou péči. Do loňského roku byly návštěvy typu II, od poloviny roku 2008 pro zhoršenou mobilitu jsou indikovány hodinové návštěvy. Náplní návštěvy je rehabilitační ošetřovatelská péče, dle potřeby hygiena při inkontinenci moče, prevence dekubitů. Doba návštěv klientce vyhovuje, časy jsou stanoveny po vzájemné domluvě se sestrou.

Klientka si nevzpomíná, že by z první návštěvy měla nějaké obavy. Vztah se sestrou hodnotí kladně, po několikaleté známosti jako přátelský. Od zahájení domácí ošetřovatelské péče klientku navštěvuje jedna sestra, kterou bere skoro jako rodinného příslušníka. Návštěvy jsou zpestřením dne, celé dny je člověk sám a za každou návštěvu, ať už je to sestra, pečovatelka, vnoučata, dcera, je klientka vděčná, vždy měla ráda okolo sebe hodně lidí. Upřednostňuje péči jedné stálé sestry, která ji navštěvuje

od začátku, zvykla si na ni a má k ní důvěru. Sestra už zná reakce a potřeby klientky. Vědí, co od sebe navzájem mohou očekávat.

Před návštěvou žádné přípravy neprobíhají, pokud se klientka necítí dobře, zůstává i v posteli. Na otázku, zda se klientka řídí radami a doporučeními sestry, klientka odpovídá: „Vždy vyzkouším, co mi poradí, buď mi to vyhovuje, v opačném případě hledáme náhradní řešení a jiné možnosti.“

Domácí podmínky klientka měnila hlavně co se týče rozmístění nábytku. Prostor přizpůsobovala nejprve bezpečné chůzi v chodítku, nyní pohybu na invalidním vozíku. Klientka je závislá na pomoci druhých, sama již nezvládne udělat základní úkony sebepečce a sebeobsluhy. Jak sama říká: „, Někdy mi dělá problémy se i sama učesat, hygienu a přípravu jídla bez pomoci druhých nezvládám.“

Neuvědomuje si, že by při rehabilitační péči v místnosti byly přítomny nějaké překážky, podmínky jsou přizpůsobeny potřebám klientky. Dle potřeby má sestra možnost použít koupelnu i toaletu. Paní I.T. je velmi ráda, že má možnost cvičit doma. Neumí si představit, kdyby musela za rehabilitací dojíždět. Jakýkoliv přesun klientku velmi vyčerpá a pak není schopna žádného pohybu a spolupráce.

Kompenzační pomůcky využívá pro každodenní potřebu, má své vlastní, od agentury žádné vypůjčené nemá, jedná se např. o invalidní vozík, sedátko do vany, hřeben, pomůcky pro hygienu. Uvítala by možnost zapůjčení přístroje motomed, se kterým se setkala ve specializovaném rehabilitačním centru v Praze, kde je možné zapůjčení přístroje do domácího prostředí klienta. Bohužel takovou možnost v okolí svého bydliště nemá. Pořídit si přístroj sama nemůže pro vysokou pořizovací cenu.

Klientka udává hrůzu z pobytu v nemocnici a cizího prostředí vůbec. V domácím prostředí cítí svou jistotu. V novém prostředí má pocit, jakoby pohyb byl „zabrzděný“. Není schopna provést ani úkony, které doma dělá běžně a bez potíží, protože má vše nacvičené, ví kde se chytnout, opřít, otočit, jakým způsobem potřebný pohyb provést. Klientka udává i určitý podíl psychiky, doma má svou jistotu.

Domácí zvířata nemá, ani by mít nechtěla. Informace o okolním světě získává jednak z médií a internetu.

Úklid, obědy a nákupy zajišťuje pečovatelská služba. Ostatní pomoc a péči zajišťuje dcera a vnoučata, která zůstávají i přes noc a snaží se hodně pomáhat.

Pozorování prostředí

Z pozorování prostředí bylo zjištěno, že se klientka pohybuje pouze na elektronickém vozíku. Byt v pečovatelském domě není velký, pouze jedna větší místnost s kuchyňským koutem, chodba a sociální zařízení. Zařízení bytu je účelně rozmístěné, že i přes stísněné prostory je pohyb na vozíku možný, klientka má vše potřebné v dosahu.

Celkový vzhled je upravený, oblečení čisté a pohodlné, aby bylo jednodušší svlékání a oblékání. V bytě je uklizeno, domácnost je udržovaná.

Klientka je s diagnózou smířená a i přes nepříznivou prognózu a progresi onemocnění neztrácí smysl pro humor, nevzdává se a snaží se při cvičení spolupracovat i přes bolest a četné spasmy ve svalech.

4.2.3 *Kasuistika 8*

Paní J.Ř.- 76 let, žije sama na vesnici v domku s velkou zahradou. Má tři děti, dceru a dva syny. Dříve pracovala v zemědělství.

Agentura domácí péče provádí návštěvy dva roky, jedenkrát denně sedm dní v týdnu, za účelem převazu bércového vředu. Jedná se o ošetrovací návštěvu typu I. Na začátku onemocnění defekt převazovala sousedka. Na možnost odborného ošetřování se informoval syn u ošetřující lékařky, která předepsala domácí péči. Náplní návštěvy je lokální ošetření defektu, sledování fáze hojení, kontrola kůže dolních končetin a sledování fyziologických funkcí. Frekvence a čas návštěv klientce vyhovuje, hlavně je ráda za převaz v dopoledních hodinách. Na první návštěvu si vzpomíná, žádné obavy neměla, očekávala odbornou pomoc.

Vzhledem k frekvenci návštěv i o víkendu, spolupracuje klientka se všemi sestrami, pracujícími v Agentuře. Vztah s nimi hodnotí kladně, charakterizuje sestry jako hodné, šikovné a ochotné. Defekt provází velká sekrece, proto se na návštěvu těší

hlavně z důvodu, že je rána čistě převázaná a stav defektu zkontrolovaný. Střídání jednotlivých sester klientce nevadí, je zvyklá na všechny, změnu bere jako zpestření. Před vlastní návštěvou vždy připravuje převařenou vodu k toaletě defektu a masti. Doporučením sester se klientka řídí, při větším problému dává přednost dohodě s lékařem, aby měla jistotu. S kvalitou převazů je spokojená.

Pro zhoršenou mobilitu sháněla nemocniční lůžko, které je vyšší a lépe se z něj vstává, než z klasické postele. Od příslušné agentury postel nesehnala, ale problém byl vyřešen zapůjčením postele od charity. Jinak si nemyslí, že by zapůjčení některé pomůcky využila. Dříve měla vypůjčenou přenosnou toaletu, která jí ale nevyhovovala, protože nemohla potom vstát.

Překážky při ošetřování žádné nevidí. Klientka umožní sestře provést hygienu rukou kdykoliv, ale má k dispozici pouze studenou vodu. V době hospitalizace se stav defektu mírně zlepšil, to si vysvětluje klientka hlavně menší námahou a větším klidem, který v nemocnici má. V nemocnici klientka pocítuje větší pohodlí, hlavně co se týče sebeobsluhy. Doma se musí více pohybovat, dolní končetina po zvýšené námaze více bolí. A co hlavně klientce vyhovuje v nemocniční péči, že je pod stálou kontrolou a lékař je dostupný kdykoliv.

Z domácích zvířat vlastní pouze kočku, do domu ji pouští, ale do postele si ji k sobě nebere. Ošetřovatelská péče domácím zvířetem ovlivněna není.

Dcera navštěvuje klientku pravidelně, každý týden, někdy o víkendu zůstává přes noc. Zajistí úklid, uvaří a nakoupí. S drobnými nákupy přes týden pomáhá sousedka.

Pozorování prostředí

Při pozorování prostředí bylo zjištěno, že se klientka pohybuje pomalou chůzí, s pomocí dvou francouzských holí. Komunikativní, při ošetřování spolupracuje, vždy vyžaduje přesné dodržení postupu při převazu. Bojí se případného zvětšení defektu, vždy se zajímá o stav rány. Zevnějšek je upravený, čistě oblečená, hygienu dodržuje.

Domek má rozlehlou zahradu, o kterou se starají děti. Vytápění je plynem, takže klientku topení nijak nezatěžuje. Do domu vedou schody, které znemožňují klientce dostat se ven. Syn problém řešil šikmou plochou, ale klientka se bojí pádu, a proto ven sama nevychází.

Domácí zvířata ošetřování nenarušují, v domě je čistota a pořádek. Při převazu jsou zvířata zajištěna. Spolupráce s klientkou i rodinou je dobrá.

4.2.4 Kasuistika 9

Paní Z.K.- 85 let, žije s manželem na samotě v blízkosti malé vesnice, ve které žije jejich jediný syn. Dříve pracovala v zemědělství.

Sestra domácí péče ji navštěvuje 5 let, zpočátku návštěvy probíhaly 3x týdně, ale brzy byla frekvence návštěv zvýšena na 5krát týdně v pracovní dny. Péči doporučil praktický lékař v návaznosti na propuštění z dlouhodobé hospitalizace, kdy se paní vrátila imobilní, trpí velkou deformací obou kolenních kloubů z důvodu artrotických změn. Stav je inoperabilní. V sedu se obslouží dobře, ale na nohy se již nepostaví.

Náplní návštěv je monitorování zdravotního a psychického stavu, kontrola dodržování léčebného režimu, sledování fyziologických funkcí, ošetření a převazy chronického bércového vředu na levé dolní končetině. 3x týdně je ošetrovatelská péče rozšířena o rehabilitační ošetřování, které má zajistit udržení stávající hybnosti.

Návštěvy nejsou vázány na určitý čas, klientka se z domu nevzdaluje a netrvá na přesném času návštěvy. Na ošetření připravuje roztok hypermanganu k toaletě defektu, masti a čisté ponožky. Klientka si nemyslí, že by při ošetřování byly nějaké překážky znemožňující provést požadovanou péči. Od agentury má zapůjčené chodítko, v kterém provádí 3krát týdně rehabilitační cvičení pouze po místnosti. Klientka říká, že doma je spokojena. Na nemocnici, kde byla před lety hospitalizovaná téměř půl roku, nevzpomíná v dobrém.

Klientka si uvědomuje složitost situace, je závislá na péči manžela, jehož zdravotní stav se ale bohužel zhoršuje a není jisté, jak dlouho bude schopen péči zvládat. Klientka si velmi chválí péči syna, který v době hospitalizace manžela, dojíždí

z vesnice vzdálené 3 kilometry i 2krát denně. Musí pomoci zajistit vše potřebné v domácnosti a hospodářství. O víkendu přijíždí ještě neteř, která pomáhá při celkové hygieně. Přes týden se umyje sama dle potřeby u umyvadla, které má v kuchyni.

Klientka péči sestry chválí, je velmi spokojená. Říká, že s bércovými vředy je vyrovnaná, stav a velikost defektů se mění již celých 40 let. Udává četné alergie na léčivé přípravky, takže léčba je problematická. Sestra ve spolupráci s ošetřujícím lékařem stále hledá nové možnosti. Stav defektů se již delší dobu drží v dobrém stavu a rozsah defektů se nezvětšuje. Především klientku trápila velká sekrece, která je nyní mírnější, stejně tak i bolest udává klientka podstatně menší.

Z domácích zvířat vlastní několik koček, které jsou venku, ale mají volný přístup do domu na chodbu, kde mají stravu. Doma mají malého pejska a před návštěvou dle klientky není třeba zabezpečovat, protože ho sestra zná a je na něj již zvyklá, stejně tak on na ni. Klientka říká, že je pes pro ni velkým společníkem a zároveň spolehlivým hlídačem a dobře ji informuje o příchodu kohokoliv do domu.

Sestra, která klientku navštěvuje již od zahájení domácí péče před pěti lety, se zmiňuje, že klientka je dost uzavřené povahy. Hůře navazuje kontakt a z toho vyplývá, že upřednostňuje péči pouze „své stálé sestry“. Té plně důvěřuje a na její rady a doporučení reaguje pozitivně. Od zastupujících sester přijme bez obtíží jen zavedenou péči, ale rozhodně ne nějaké změny. Je pro ni důležitý klidný, citlivý ale rozhodný přístup. V nemocnici pro svou uzavřenou povahu a neprůbojnost nedokázala projevit své potřeby a pocity a celkově dost trpěla.

Pozorování prostředí

Na základě pozorování během rozhovoru bylo zjištěno, že se klientka po domácnosti pohybuje na invalidním vozíku, přístupná je pro ni pouze kuchyň a vedlejší pokoj. Koupelna a záchod jsou pro ni nepřístupné. Hygiena je přesto velmi dobrá. Používá mobilní toaletu. U vchodu do domu jsou dva schody, které znemožňují paní Z.K. dostat se ven. Musí čekat na pomoc syna.

Vybavení domácnosti je spíše zastaralé, nejsou patrné větší rekonstrukce nebo úprava domácího prostředí. Vytápění je kamny na dřevo, které jsou v kuchyni

Do domu na chodbu mají přístup kočky, kde mají stravu. V kuchyni dělá klientce společnost malý pes, na kterého je sestra již zvyklá, strach z něj nemá, při příchodu hlasitě štěká, ale je poslušný a na příkaz klientky uposlechne. Na ošetrovatelskou péči zásadní vliv nemá. Na zahradě u domu je malé hospodářství.

4.2.5 Výsledky rozhovorů s klienty zpracované do tabulek

Tabulka 13 Charakteristika dotazovaných klientů

	K1	K2	K3	K4
Věk	74	57	76	85
Délka trvání domácí péče	5 let	5 let	2 roky	5 let
Frekvence návštěv	5x týdně	5x týdně	7x týdně	5x týdně

Nejmladší klientce je 57 let, nejstarší je 85 let. Ve třech případech domácí péče probíhá 5 let, v jednom 2 roky. Frekvence návštěv je ve třech případech 5krát týdně, v jednom případě 7krát týdně.

Tabulka 14 Hodnocení vztahu se sestrami

	Σ	K1	K2	K3	K4
Důvěrný	1	1			
Přátelský	1		1		
Kladný	2			1	1
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Klientka 1 hodnotí vztah se sestrou jako důvěrný, klientka 2 jako přátelský a klientky 3 a 4 hodnotí vztah kladně.

Tabulka 15 Dodržování léčebného režimu

	Σ	K1	K2	K3	K4
Řídí se radami sester	4	1	1	1	1
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Všechny klientky uvádějí, že radami sester se řídí a vždy vyzkouší doporučení sestry.

Tabulka 16 Úprava domácího prostředí

	Σ	K1	K2	K3	K4
Rekonstrukce koupelny	1	1			
Rozmístění nábytku	1		1		
Nemocniční lůžko	1			1	
Žádné úpravy	1				1
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Úpravu domácího prostředí uvedly klientky 1,2,3. Klientka 1 uvedla rekonstrukci koupelny, klientka 2 rozmístění nábytku, klientka 3 má zapůjčené nemocniční lůžko. Klientka 4 neuvedla žádnou úpravu domácího prostředí vzhledem ke změně ve zdravotním stavu.

Tabulka 17 Vypůjčené pomůcky od agentury

	Σ	K1	K2	K3	K4
Žádné pomůcky	3	1	1	1	
Chodítko	1				1
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Klientky 1,2 a 3 nemají od agentury zapůjčené žádné kompenzační pomůcky, klientka 4 má vypůjčené dlouhodobě chodítko.

Tabulka 18 Postoj klientů k nemocniční péči

	Σ	K1	K2	K3	K4
Strach z hospitalizace	3	1	1		1
Strach nevadí	1			1	
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Klientka 1,2 a 4 uvádí strach z hospitalizace, hlavně kvůli změně prostředí. Klientce 3 případná hospitalizace nevadí, naopak uvádí v nemocnici větší pohodlív sebeděči.

Tabulka 19 Zabezpečení domácích zvířat při poskytování ošetrovatelské péče

	Σ	K1	K2	K3	K4
Nevlastní domácí zvířata	1		1		
Nezabezpečují	3	1		1	1
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Klientka 2 nevlastní žádné domácí zvíře. Klientky 1, 3 a 4 ano, ale nijak je nezabezpečují, nepovažují toto opatření za nutné.

Tabulka 20 Pomoc rodiny při zajištění chodu domácnosti

	Σ	K1	K2	K3	K4
Dle potřeby	3	1	1		1
1krát týdně	1			1	
Celkový počet odpovědí	4	1	1	1	1

Klientky 1,2 a 4 uvádějí pomoc rodiny kdykoliv je potřeba. Klientku 3 navštěvuje rodina pravidelně 1x týdně.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má domácí prostředí klienta na kvalitu poskytované péče. Byla stanovena výzkumná otázka, která zněla: „Jaký vliv má sociální prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče?“ Na základě výzkumu jsme zjistili, které faktory domácího prostředí nejvíce zasahují do poskytované péče, a to jednak z pohledu sester, ale i z pozice klientů.

Služebně nejmladší je sestra s půlroční praxí, služebně nejstarší je sestra s 16 lety praxe v domácí péči, takže lze usuzovat, že oslovené sestry mají bohaté zkušenosti. Průměrný věk sester je 40,4 let.

Při požádání klientek o rozhovor jsem se nesešla ani s jedním negativním postojem, naopak projevily velkou ochotou spolupracovat, což si odůvodňuji tím, že návštěva byla uskutečněna společně se sestrou poskytující domácí péči, která se podílela na vysvětlení, za jakým účelem je rozhovor realizován. Klientky se tak v přítomnosti známé a důvěrné osoby při rozhovoru rychle uvolnily a snažily se o spolupráci. U všech dotazovaných klientek probíhá pravidelná péče, alespoň několik dní v týdnu, po dobu již několik let, takže i klientky mají s domácí péčí již své zkušenosti. Fakt, že oslovené pacientky jsou pouze ženy, je zcela náhodný. Rozhovor byl zaměřený na vlivy domácího prostředí na ošetrovatelskou péči z pohledu klienta.

Spolupráci s lékaři, se kterými Agentura domácí péče spolupracuje, hodnotí sestry pozitivně, ale zmiňují mezi jednotlivými lékaři určité rozdíly. Indikaci od lékaře si dle klientů vyžádala buď rodina nebo domácí péči doporučil přímo ošetřující lékař a nejsou uvedeny žádné problémy s předepsáním péče. To potvrzuje i slova Misconiové, která uvádí, že kvalitní ošetřující lékaři indikují domácí péči vždy, pokud není bezpodmínečně nutná hospitalizace. Ošetřující lékaři, u kterých si musí indikaci domácí péče klienti nebo jejich rodina „vybojovat“, jsou výjimkou. (22). Lékař Libor Svět ve svém článku uvádí, že část praktických lékařů vnímá domácí péči jako zbytečnou nebo se cítí dokonce její spoluprací obtěžována (30).

Materiální a technické vybavení považují sestry za dostačující, vzhledem k péči, která je od lékařů indikována nejčastěji. Základní přístrojové vybavení, jako je fonendoskop, tonometr, glukometr, chirurgické nástroje, dále veškerý obvazový

materiál, odběrové pomůcky, jehly stříkačky, zdravotnickou brašnu, mobilní telefon, bluetooth má každá sestra permanentně k dispozici. Sestra 1 zmiňuje, že dle jejího názoru není širší přístrojové vybavení nutné, neboť lékaři jej nevyžadují. Nejvíce sestry postrádají dostatečný počet kusů pracovního oděvu, dále polohovací postel a možnost vakuového odběru krve, který by dle dvou sester zajistil větší bezpečnost před biologickým materiálem a větší pohodlí při odběru většího množství krve.

Kompenzační pomůcky jsou využívány při obnovení a usnadnění funkčních schopností, zvyšují stupeň nezávislosti a pomáhají zlepšit komfort klienta (14). Agentura disponuje různými kompenzačními pomůckami, ale v omezeném množství, takže se nedostává všem klientům. Z kasuistik vyplývá, že pomůcky, které zvyšují soběstačnost a jsou používány pro každodenní účely, si klienti pořizují vlastní nebo využijí možnost předepsání odborným lékařem. V kasuistice 2 klientka zmiňuje spíše zájem o zapůjčení speciálního přístroje pro dané onemocnění, taková investice je, dle mého názoru, velkou finanční zátěží pro malou agenturu a je otázka, zda by bylo vlastnění speciálních přístrojů efektivní. Podobný názor sděluje v odpovědi i sestra 5, která říká, že využití některých pomůcek je v domácí péči nárazové, a proto je důležité posoudit, do jaké míry jsou pomůcky využitelné a jejich pořízení pro agenturu efektivní a ekonomické. Misconiová uvádí, že miniaturizace diagnostických přístrojů a spolehlivost zdravotnických pomůcek, je pouze jednou z nezbytných podmínek pro poskytování kvalitní domácí péče (26).

Ve zkoumané Agentuře domácí péče má každá sestra své stálé klienty, rozdělené dle místa bydliště. Terén je rozdělen do pomyslných pěti oblastí. Jelikož nejsou výjimkou klienti, u kterých trvá domácí péče několik let, může se práce stávat pro sestru určitým stereotypem. To by se mohlo řešit střídáním sester v jednotlivých oblastí v pravidelných časových intervalech. Z rozhovorů s klienty ale vyplývá, že upřednostňují péči jedné stálé sestry. To zdůvodňují především navázáním hlubšího vztahu a vzájemné důvěry. Tolerují pouze dočasný zástup sester. Střídání sester bere jako příjemnou změnu pouze klientka v kasuistice 3, která je zvyklá na všechny sestry, protože je domácí péče indikovaná 7 dní v týdnu, takže o víkendech se střídají sestry dle služeb. Naopak, jak je uvedeno v kasuistice 4, klientka hůře navazující kontakt přijme

od zastupujících sester pouze zavedenou péčí, ale ne změnu a jejich doporučení. Z tohoto poznatku usuzují, že střídání sester by mohlo působit na některé klienty jako stresový faktor, a tudíž by takto zavedená změna v organizaci nebyla změnou pozitivní. Pozitivně hodnotí vztah s klienty i sestry. Jak uvádí ve své knize Venglářová (35), navazování vztahu, hlavně u seniorů, je dlouhodobá záležitost, důvěru si vytvářejí dlouho, bojí se zklamání. Pokud jsou u klienta projevy paranoidity, je téměř nemožné vztah navázat nebo udržet.

Všechny dotazované sestry v rozhovorech uvádí, bez ohledu na délku praxe v domácí péči, že se někdy cítily během návštěvy být ohroženy. Dvě sestry pracující v domácí péči nejdéle zmiňují případ ohrožení ze strany klienta nebo rodinného příslušníka formou nejen fyzického, ale i psychického ohrožení. Nejčastějšími viníky jsou domácí zvířata, především psi. Tři sestry si zároveň uvědomují pozitivní vliv domácích zvířat na psychickou i fyzickou stránku člověka. Singlová (4) zaznamenala, že staří lidé chodí k praktickému lékaři o 16 % méně často, pokud vlastní nějaké domácí zvíře. Pokud je zvířetem pes, uvádí návštěvu lékaře méně často dokonce o 21 %. Vysvětluje to tím, že se lidé cítí méně osamělí a depresivní, tudíž nevyhledávají návštěvu praktického lékaře jako formu společenského kontaktu. Jedna dotazovaná klientka žádné zvíře nevlastní a ani by žádné nechtěla. Tři klientky vlastní kočky, kdy ve dvou případech mají vstup do domu povolen a v třetím případě ne. Zabezpečování koček při návštěvě sestry nepovažují za nutné. Sestra 1 zmiňuje nebezpečí koček především z důvodu všudypřítomných chlupů, které se dostávají i přes obvaz k ráně, zvláště pokud si klient kočku udržuje v bezprostřední blízkosti a není ani výjimkou sdílení lůžka společně s kočkou. Klientka 4 má kromě koček doma ještě psa, kterého též nijak nezabezpečuje, protože sestra ho zná a při ošetření si klientka neuvědomuje, že by mohl způsobit nějaké ohrožení. Dle mého názoru, pokud je klient na svého zvířecího společníka hodně citově upnut, mohl by případný negativní postoj sestry ke zvířeti i velkou měrou narušit vztah mezi klientem a sestrou. U dotazovaných klientek domácí zvířata na ošetrovatelskou péči vliv nemají. Ovlivnění péče domácími zvířaty bude záviset na druhu domácího zvířete a na vlastním přístupu klienta.

Dle Vyhlášky č. 195/2005 sb., § 7 odst. 5b, ve znění pozdějších předpisů, smí zdravotník k vyšetřování a léčení přistupovat až po umytí rukou (31). V terénu, dle mé zkušenosti, mohou být při dodržování hygieny rukou různé překážky. Jak v rozhovorech sestry uvádí, hygienu rukou, pokud to podmínky dovolují, se snaží provést přímo u klienta. V opačném případě musí využít svého terénního vybavení, jehož součástí je voda v lahvi, dezinfekce a rukavice. Klienti jsou ochotni umytí rukou sestře umožnit. Ve své praxi se setkávám i s přístupem, kdy klient vymezí ručník pouze pro sestru.

Před první návštěvou uvádí dvě sestry největší obavy z toho, jak klienta budou hledat, pokud jedou na neznámé místo, v jakém prostředí klient žije, zda je osamělý nebo má rodinu či někoho blízkého. Za důležité považují navázání dobrého vztahu a získání klienta k úspěšné spolupráci. Dvě sestry zmiňují hlavně obavy, jak ji klient přijme, zda budou vzájemné sympatie či nikoliv. Sestra 5 říká, že pokud přece jen jsou vzájemné antipatie, na kvalitě práce se to projevit nesmí, ale dobré vztahy mají vliv i na osobní pohodu. To se shoduje s tvrzením Venglářové (35), která uvádí, že je důležité navázat vztah se všemi klienty, i když ne všichni jsou nám sympatičtí. Pak je potřeba zapojit profesionalitu a snažit se, aby i přes tato úskalí vztah fungoval. To je samozřejmě citově náročné. Sestra 3 považuje za důležité umět se sžít se soukromím klienta a jeho prostředím. Klienti v rozhovorech žádné obavy z první návštěvy neuvádí, především očekávali pomoc. Z odpovědí také vyplývá, že se nesmí podceňovat pravidelná příprava pomůcek a kontrola dostatečného množství potřebného materiálu. V terénu má sestra k dispozici pouze pomůcky a materiál, který si připraví, musí umět v domácím prostředí improvizovat. Při akutních změnách zdravotního stavu klienta si musí umět adekvátně poradit a zajistit potřebnou péči sestra sama, neboť jak zmiňuje sestra 3, nemá v dosahu lékaře či kolegyni jako v nemocnici. Proto i z tohoto důvodu je jistě opodstatněný nejprísnejší požadavek, co se týče délky splněné praxe- 5 let, z toho 2 roky u lůžka (26).

Na otázku, jak hodnotí sestry vztahy s klienty, všechny zúčastněné odpověděly kladně. Sestra 1 uvádí, že se většinou klienti na návštěvu těší a je dobré navzájem si ujasnit, co klient může od sestry očekávat, jaké má možnosti. Sestra 2 říká, že s klienty má dobré vztahy a poznání jeho vlastního prostředí a zasvěcení do rodinných vztahů,

usnadňuje zajistit si pohled na člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Sestra 3 pozoruje u některých klientů počáteční nedůvěru, která časem odezní. Sestra 4 charakterizuje vztah jako důvěrný a mnohdy ona je jediný člověk, který klientovi zprostředkovává kontakt s venkovním světem. Stejně tak hodnotí vztahy sestra 5, která uvádí vzájemný respekt ve vztahu a opačné případy jsou výjimkou. Tyto charakteristiky korespondují i s názory klientů. Tři klientky hodnotí vztah se svou stálou sestrou jako důvěrný, jedna klientka přátelský. Klientka 3 je zvyklá na všechny sestry pracující v agentuře, protože střídání sester probíhá v rámci víkendových služeb a vztahy hodnotí kladně. Sestry charakterizuje jako hodné, šikovné a ochotné.

Při srovnávání úrovně sociálního prostředí ve městech a na vesnicích, jsem očekávala, že stav domácího prostředí se bude lišit a domácnosti na vesnicích budou více zanedbané. Usuzovala jsem tak na základě úvahy, že lidé ve městech mají větší pohodlí, např. co se týče zajištění tepla, obstarání nákupů, dostupnost obchodů. Po vyhodnocení rozhovoru se sestrami se moje úvaha nepotvrdila. Stav domácího prostředí ovlivňují jiné faktory, mezi které patří především zdravotní a psychický stav klienta, pomoc rodiny, blízkých nebo známých, finanční možnosti, zvyklosti, hygienické návyky. Dle výzkumu Topinkové, Klevetové, z roku 2004 (13), byl zjištěn výskyt několika rizik bydlení v pražské populaci seniorů. Je to nedostatečné osvětlení- 1,39 %, klouzající koberečky a nerovnosti v bytě- 36,51 %, chybějící madla a protiskluzová vanová podložka v koupelně, WC mimo byt, nepoužívání vany pro neznalost vanových sedaček či sníženou hybnost- 52,79 %, nefunkční lednice či sporák- 3,95 %, nedostatečná teplota v bytě- 8,57 %, ohrožení osobní bezpečnosti- 14,88 %, potíže při vstupu do bytu a opouštění bytu (obtížné otevírání dveří a těžké venkovní dveře)- 19,08 %, chybějící výtah v domě- 46,97%. Pouze 14,81 % seniorů mělo domácí prostředí vybavené bezpečně. V rámci výzkumného projektu geriatrické kliniky v Praze, který proběhl v letech 2001-2004, bylo zjišťováno u 430 seniorů, zda by byli ochotni změnit své bydliště. 71,86 % odpovědělo, že chtějí zůstat doma, i když nemají vyhovující podmínky (13). Tři sestry naopak uvádějí, že na vesnici lidé vlastní domácí zvířata, a tak jsou více nuceni k pravidelnému pohybu, což má jistě pozitivní vliv na celkový zdravotní i psychický stav.

Sestry se snaží, aby klient zaujal ke svému onemocnění správný postoj. Dle odpovědí klienty edukují, s tím souvisí i efektivní komunikace mezi klientem a jeho rodinou, jak uvedla sestra 1. Za důležité považují sestry také získání si důvěry klienta a po té dle sester následuje produktivní spolupráce. V rozhovorech sestry zmiňují i vliv fyzických schopností, mentální úrovně a v neposlední řadě zájem rodiny. Největším problémem je dle tří sester dodržování dietního režimu a přimět klienta ke změně životního stylu. Dle sestry 3 klienti doma z dodržování léčebného režimu polevují, ale v nemocnici, kde jsou pravidla jasně daná, pacient dodržuje, co se po něm žádá. V domácím prostředí není pod dohledem 24 hodin denně, je tudíž na něm, jak se bude chovat. Všechny klientky odpověděly, že se radami sester řídí, doporučení vyzkouší, případně vše konzultují s ošetřujícím lékařem. Tři sestry také určitý důraz kladou na pozitivní přístup a dobrou spolupráci s ostatními rodinnými příslušníky. Jak uvádí ve své knize Klevetová a Dlabačová (13), klíčem ke zdravému stárnutí je vhodná kombinace důležitých složek výživy, pohybová aktivita a duševní svěžest. Ale zároveň uvádějí, že měnit stravovací návyky v seniorském věku je těžké. Jedním z nejvyšších rizik v seniorském věku se uvádí jednostrannost a jednotvárnost ve výživě. Abychom dosáhli cíle, zmiňují za potřebné mít správnou motivaci a přesvědčit sami sebe o správnosti svého rozhodnutí.

Při zjišťování, zda je možné zajistit požadovanou kvalitu ošetrovatelské péče i v nevhodných sociálních podmínkách, z odpovědí sester vyplývá, že v domácí péči existují faktory, které jejich ošetrovatelskou péči ovlivňují a ony vliv těchto faktorů nezmění. Sestry zmiňují vliv mentální úrovně klienta, celkový zdravotní stav, spolupráci s rodinnými příslušníky. Pokud o svého blízkého nemají zájem, sestra během své návštěvy mnoho nezmění, a i když se bude snažit sebevíc, výsledek nebude žádný.

Sestra pracující v agentuře nejkratší dobu uvádí, že se s nevhodným prostředím ještě nesešla. V agentuře pracuje půl roku, proto si myslím, že takové případy nejsou tak časté. Z odpovědí sester vyplývá, že v nepříznivých podmínkách má kvalita péče sestupnou tendenci, možnosti jsou omezené a práce obtížnější. Zkušenosti sester se shodují s tvrzením Misconiové, která zmiňuje, že domácí péče nemá smysl, pokud klient nemá vhodné sociální prostředí, rodinu nebo jinou sociální síť osob,

keré spoluvytvářejí jeho domácí prostředí a spolupracují na plnění plánu ošetrovatelské péče (26). Sestra 5 zmiňuje, že domácí podmínky a bariéry prostředí z velké části ovlivňují rehabilitační ošetrovatelskou péči. V publikaci Klevetové a Dlabačové je uvedeno, že v zahraničí fungují mobilní ergoterapeuti, kteří hodnotí domácí prostředí a doporučují vhodné kompenzační pomůcky (13).

Z kasuistik z odpovědí sester vyplývá, že se s rehabilitační péčí setkávají pravidelně, a tak si myslím, že pokud by byl do týmu přijat fyzioterapeut, byla by rozšířením odborných služeb zvýšena kvalita poskytované péče a posílena i konkurence schopnost Agentury domácí péče.

Dle publikace Mátla a Jabůrkové, je možné v literatuře nalézt mnoho definic kvality péče, ale žádnou není možné považovat za všeobecně uznávanou, konsensuální a odsouhlasenou. Definice často obsahují kategorie: spokojenost klientů, reakce na potřeby uživatele, vysoká odborná úroveň, cenová přiměřenost, odpovídající prostředí, bezpečnost, kontinuita péče a dostupnost (19). Při dotazování, jak sestry zajišťují, aby kvalita poskytované péče byla co možná nejvyšší, tři sestry považují za nezbytné kontinuální vzdělávání, rozšiřování znalostí a sledování novinek v ošetrovatelství z dostupných zdrojů. Tento přístup považují za velmi pozitivní. Ostatní sestry zmiňují význam dodržování ošetrovatelských standardů, které mají v Agentuře, a dodržování ošetrovatelských postupů. Sestra 1 přikládá určitou důležitost efektivně komunikovat s klientem, jeho rodinou a ošetrujícím lékařem a pohotově reagovat na aktuální změny ve zdravotním stavu.

Ze zjištěných poznatků vyplývá, že sestra v domácí péči během dlouhodobé péče zná podrobně nejen zdravotní stav klienta, ale důvěrně se seznamuje s jeho vlastním sociálním prostředím, je zasvěcena do vztahů s rodinou, klient se mnohdy svěřuje s intimními problémy, starostmi, splíny, spolehlivě zná reakce klienta, jeho postoje a názory, tudíž si myslím, že pokud sestra svých postřehů dokáže patřičně využít, může si zajistit opravdu citlivý holistický pohled na klienta.

Zpracovanými výsledky z rozhovorů se sestrami a s klienty jsme si odpověděli na výzkumnou otázku, která zněla: „Jaký vliv má sociální prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče?“

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak domácí prostředí ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče poskytovanou agenturou domácí péče. Výzkumná otázka zněla: „Jaký vliv má sociální prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče?“ V souvislosti s tím byly zmapovány možné problémy při provádění domácí péče, objasněna její specifika a zjištěny faktory prostředí, které mají na ošetrovatelskou péči zásadní vliv.

Cíl práce byl splněn a na výzkumnou otázku jsme získali odpovědi. Na základě výsledku jsem stanovila dvě hypotézy.

H1: Pro zajištění kontinuální domácí ošetrovatelské péče je nezbytná spolupráce s rodinou.

H2: Kvalita ošetrovatelské péče poskytovaná sestrami z agentur domácí péče, je ovlivněna stavem domácího prostředí.

Domácí péče má v systému zdravotní péče své nezastupitelné místo. Klienti, u kterých je omezena mobilita, se v neznámém prostředí stávají zcela závislými a nesoběstačnými jedinci. Proto pro ně pobyt v nemocnici může být silně stresujícím faktorem.

Pokud jde o poskytování domácí péče u nesoběstačného klienta, sestra pouze během své návštěvy mnoho nezmůže, je třeba zajistit péči i mimo návštěvu sestry. Ale nesmíme opomíjet i potřebu kontaktu lidí s okolním světem a hlavně osobního kontaktu s blízkými rodinnými příslušníky. Proto má rodina v péči o osobu blízkou své nezastupitelné místo.

Z výzkumu vyplynulo, že kvalita poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněna několika faktory, především spoluprací klienta a rodiny, stavem domácího prostředí a dostatečnou spoluprací s ošetřujícím lékařem, která je ovlivněna aktivním přístupem sestry. Z pozice sester jsou důležité jejich teoretické znalosti a praktické dovednosti.

Agentuře domácí péče, kde proběhl výzkum, bych k zajištění vyšší kvality poskytované péče doporučila dostatečné množství pracovního oděvu pro sestry, pořízení vakuového systému k bezpečnému odběru krve, rozšíření kompenzačních pomůcek. Vzhledem k tomu, že rehabilitační ošetřování jsou každodenními výkony,

rozšíření týmu o fyzioterapeuta by pozvedlo kvalitu péče a posílilo konkurenceschopnost agentury.

Za hlavní přínos této práce považuji seznámení s poskytováním ošetrovatelské péče v domácím prostředí, které může být přínosné nejen pro laickou veřejnost, ale i pro zdravotníky.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ALEXANDER, M. et al. *Lemon 1- Learning Material On Nursing*. Přel. Heřmanová J. a Staňková M., Brno: IDVPZ, 1996, 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
2. BOCZAR, N. et al. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Přel. S. Šeclová, Praha: Grada Publishing, 2002. 39 s. ISBN 80-247-0278-9.
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství teorie*. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie* [online] 1999 [cit. 2009-03-03]. Dostupné z: <<http://canisterapie.info/news/pes-lekarem-lidske-duse-aneb-canisterapie/>>.
5. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: IDVPZ, 1999. 183s. ISBN 80-7013-272-8.
6. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-9063-257-1.
7. HEINRICH, P., WEINERT, B. *Nemocným na blízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996, 200s. ISBN 80-7021-152-054.
8. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostrava, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
9. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
10. KAČARAS, D., *Komunitní péče* [online] 2007 [2008-12-15]. Dostupné z: <<http://kacaras.blog.cz/rubriky/komunitni-pece>>.
11. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 846 s. ISBN 80-247-0548-6.
12. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-91.
13. KLEVETOVÁ, D., DLABAČOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

14. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: NCONZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
15. *Koncepce domácí péče- Vybavení kontaktního pracoviště* [online]. [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece>>.
16. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
17. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství I. díl- Systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství II. díl- Systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
19. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007, 175 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
20. *Mediset- Chironax, Zdravotnická technika* [online]. [cit. 2009-03-31]. Dostupné z: <http://www.mediset.cz/_download.htm>.
21. MISCONIOVÁ, B. *Anamnestika Diagnostika a plánování v komplexní domácí péči*. Asociace domácí péče České republiky- NCDP, 2004. 240 s. ISBN neuvedeno.
22. MISCONIOVÁ, B. *Klienti si někdy musí domácí péči „vybojovat“* [online] 2006 [2009-02-19]. Dostupné z: <<http://forum.czechmed.cz/?q=node/702>>.
23. MISCONIOVÁ, B. *Komplexní domácí péče '94*. Asociace domácí péče České republiky- NCDP, 1994. 95 s. ISBN neuvedeno.
24. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Asociace domácí péče České republiky- NCDP, 1995. 80 s. ISBN neuvedeno.
25. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí*. Asociace domácí péče České republiky, 1998. 270 s. ISBN neuvedeno.
26. MISCONIOVÁ, B. *Systém domácí péče- Informace pro klienty* [online]. [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>>.
27. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

28. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
29. *Sekce domácí péče* [online] 2008 [2008-15-12]. Dostupné z: <<http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>>.
30. SVĚT, L., *Pro poskytování domácí péče je nutné vytvořit adekvátní podmínky* [online] 2002 [cit. 2008-17-12]. Dostupné z: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=146422>>.
31. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
32. ŠTEFLOVÁ, A. *Integrovaná komunitní péče- Úloha primární péče v péči komunitní*. [online] 2000 [cit. 2008-11-13]. Dostupné z: <<http://apra.ipvz.cz/download.asp?docid=136>>.
33. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCONZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
35. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
36. Věstník MZ ČR částka 9-2004. *Komunitní ošetrovatelství* [online] 2004 [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <<http://mzcr.cz/Obornik/Pages/373-vestnik-92004.html>>.
37. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

8. Klíčová slova

domácí péče

sociální prostředí

kvalita péče

klient

sestra

9. Přílohy

Příloha 1- Rozhovor se sestrami

Příloha 2- Rozhovor s klienty

Příloha 3- Pozorovací arch

Příloha 4- Ukázka pomůcek a vybavení v dané Agentuře domácí péče

Příloha 5- Seznam ošetrovatelských standardů v Agentuře domácí péče

Příloha 1- Rozhovor se sestrami

I. Identifikační údaje sester

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jaká je celková délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
- 4) Jak dlouho jste pracovala u lůžka?
- 5) Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?

II. Spolupráce s ošetřujícím lékařem

- 6) Jak hodnotíte spolupráci s lékaři?
- 7) Dostanete od lékařů dostatek potřebných informací týkající se klienta a jeho bydliště?

III. Materiální vybavení Agentury domácí péče

- 8) Materiální vybavení, které Vám agentura poskytuje, hodnotíte jako dostačující, moderní nebo zastaralé?
- 9) Které pomůcky při ošetřování klientů nejvíce postrádáte?
- 10) Máte k dispozici potřebné ochranné pomůcky a ochranný oděv?
- 11) Ovlivňuje technické, materiální a věcné vybavení rozsah ošetřovatelské péče, kterou u klienta provádíte?
- 12) Vyhovuje Vám organizace chodu agentury?

IV. Bezpečnost sestry

- 13) Pociťujete u klientů doma, že je ohrožena Vaše bezpečnost?
- 14) Ovlivňují ošetřovatelskou péči domácí zvířata?
- 15) Jakým způsobem dodržujete v terénu hygienu rukou?
- 16) Ovlivnil práci technický stav Vašeho vozidla?

V. Ošetrovatelská péče a vlastní sociální prostředí klienta

- 17) Máte před první návštěvou klienta nějaké problémy nebo pocitujete z něčeho obavy?
- 18) Jaký bývá počáteční postoj klienta a jeho rodiny k Vám, Vaší práci, jaký máte s klienty vztah?
- 19) Jak dodržujete v domácím prostředí klientů aseptický postup při výkonech?
- 20) Připravují se klienti na Vaší návštěvu?
- 21) Liší se úroveň domácího prostředí ve městě a ne vesnicích?
- 22) Jakým způsobem ovlivňujete klientův postoj k onemocnění?
- 23) Jak klient ve vlastním prostředí spolupracuje na dodržování léčebného režimu?
Je ochotný přijmout změny vzhledem k charakteru onemocnění?
- 24) Myslíte, že dokážete i v nevyhovujících sociálních podmínkách, poskytnout požadovanou kvalitu péče?
- 25) V čem domácí podmínky zásadně ovlivňují Vaši ošetrovatelskou péči?
- 26) Jakým způsobem zajistíte, aby kvalita poskytované péče byla na co nejvyšší úrovni?

Příloha 2- Rozhovor s klienty

I. Identifikační údaje klientů

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jak dlouho Vás sestra domácí péče navštěvuje?
- 3) Jak časté návštěvy jsou?

II. Domácí ošetrovatelská péče z pohledu klienta

- 4) Kdo Vám ošetřování v domácím prostředí doporučil?
- 5) Byly problémy s předepsáním péče ze strany ošetřujícího lékaře?
- 6) Vyhovuje Vám čas a frekvence návštěv?
- 7) Měla jste před první návštěvou sestry nějaké obavy?
- 8) Jak hodnotíte vztah mezi Vámi a sestrou (sestrami)?
- 9) S jakými pocity čekáte na sestru?
- 10) Jak hodnotíte přístup sestry (sester)?
- 11) Máte raději „stálou“ sestru nebo by Vám nevadilo střídání sester?
- 12) Probíhají nějaké přípravy před návštěvou sestry?
- 13) Řídíte se radami nebo doporučením sestry při dodržování léčebného režimu?
- 14) Byla jste nucena přizpůsobit domácí prostředí vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu?
- 15) Působí Vám některé bariéry domácího prostředí potíže?
- 16) Dodržujete dietní omezení?
- 17) Musí sestra při ošetřování ve Vašem prostředí, překonávat nějaké překážky?
- 18) Potřebovala jste od agentury zapůjčit kompenzační pomůcky?
- 19) Jaký je podle Vás hlavní rozdíl v ošetřování doma a v nemocnici?
- 20) Myslíte, že domácí prostředí ovlivňuje kvalitu prováděné ošetrovatelské péče?
- 21) Máte domácí zvířata? Pouštíte je do domu?
- 22) Zabezpečujete domácí zvířata před příchodem sestry?
- 23) Pomáhá Vám někdo z rodiny při zajištění chodu domácnosti?
- 24) Jak často Vás navštěvuje někdo z blízkých?

Příloha 3- Pozorovací arch

Mobilita klienta	mobilní	částečně mobilní	imobilní
Úprava zevnějšku	upravený	neupravený	zanedbaný
Stav domácího prostředí	moderní	zastaralé	zanedbané
Bariéry prostředí	ano	ne	jaké
Domácí zvířata	ano	ne	jaké

Příloha 4- Ukázka pomůcek a přístrojového vybavení v dané Agentuře domácí péče



Chodítko



Toaletní křeslo



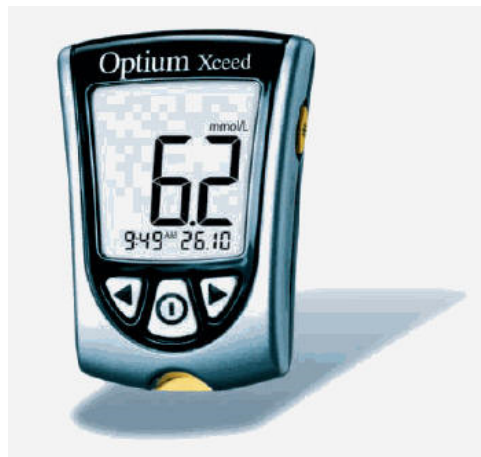
Antidekubitární matrace



Zdravotnická brašna



Aneroidní tlakoměr



Glukometr



Biolampa- polarizační



Zdroj: Zdravotnická technika (20)

Příloha 5- Seznam ošetrovatelských standardů v Agentuře domácí péče

Standard 1- Věcné a technické vybavení k zajištění chodu Agentury domácí péče

Standard 2- Příjem, propuštění klienta z domácí ošetrovatelské péče

Standard 3- Ošetrovatelský záznam

Standard 4- Podávání léčiv- p.o., s.c., i.m., i.v.

Standard 5- odběr biologického materiálu

Standard 6- Komplexní ošetrovatelská péče (typ návštěvy II- 45 min, III- 60 min)

Standard 7- Péče o vyprazdňování klienta

Standard 8- Očistné klyzma

Standard 9- Katetrizace močového měchýře

Standard 10- Péče o kožní defekty a rány

Standard 11- Péče o umírajícího