

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce
Monika Jedelská

**Home Care, poskytována osobám s dysfagiemi napříč
jednotlivými kraji ČR (dostupnost a kvalita péče)**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím zdrojů a pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne 11. prosince 2015

.....

Monika Jedelská

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především své vedoucí diplomové práce paní Mgr. et Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, ochotu, rady, připomínky a čas, který věnovala této diplomové práci. Zároveň bych také chtěla poděkovat mé rodině, blízkým a všem těm, kteří mi jakýmkoli způsobem pomohli a podporovali mě při psaní.

Nejvíce bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi poskytli informace nezbytné pro vypracování praktické části této diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 POLYKÁNÍ.....	10
1.1 Průběh polykání	10
1.2 Fáze polykání	13
2 DYSFAGIE	15
2.1 Terminologie.....	15
2.2 Klasifikace	16
2.3 Etiologie.....	17
2.4 Diagnostika	18
2.5 Terapie	21
3 HOME CARE	28
3.1 Definice a cíle domácí péče	28
3.2 Druhy domácí péče	30
3.3 Kvalita domácí péče.....	32
3.4 Klienti domácí péče	32
3.5 Výhody domácí péče.....	33
3.6 Financování domácí péče.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 HOME CARE, POSKYTOVÁNA OSOBÁM S DYSFAGIEMI NAPŘÍČ JEDNOTLIVÝMI KRAJI	36
4.1 Cíl výzkumného šetření	36
4.2 Metody sběru dat.....	37
4.3 Organizační zajištění výzkumného šetření	38
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku	38
4.5 Výsledky výzkumného šetření.....	38
4.6 Analýza výsledků výzkumného šetření	72
4.7 Diskuse.....	76
ZÁVĚR	79
SEZNAM LITERATURY	81
SEZNAM TABULEK.....	86
SEZNAM GRAFŮ	88

SEZNAM PŘÍLOH.....	90
ANOTACE	105

ÚVOD

Tématem předkládané diplomové práce je „Home Care, poskytována osobám s dysfagiemi napříč jednotlivými kraji České republiky (dostupnost a kvalita péče)“. Diplomová práce pojednává o problematice polykání, poruchách polykání a o poskytování domácí péče osobám s poruchami polykání. Práce je zaměřena především na poruchy polykání u dospělých a u starších osob, zejména seniorů.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část je složena ze tří kapitol. V první kapitole popisujeme problematiku polykání. Zabýváme se průběhem a jednotlivými fázemi polykání. V druhé kapitole se zabýváme terminologií, klasifikací, etiologií, diagnostikou a terapií dysfagie. Zmiňujeme také možnosti správné výživy, formy umělé výživy a některé speciální pomůcky využívané u osob s poruchami polykání. Třetí kapitola je zaměřena na Home Care. Pojednává o definicích, cílech a druzích domácí péče. V kapitole se zabýváme také tím, kdo může být a je klientem domácí péče. V neposlední řadě se v této kapitole zabýváme kvalitou, výhodami a financováním domácí péče v České republice.

Praktická část je zaměřena na výzkumné šetření. Výzkumné šetření se zaměřuje na výskyt osob s poruchami polykání v nemocnicích následné péče, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech pro seniory a v zařízeních či domácnostech, kam docházejí pracovníci Charity České republiky. Dále se v praktické části zabýváme zjišťováním dostupnosti a kvalitou domácí péče poskytované osobám s poruchami polykání v těchto zařízeních. Naším cílem je zjistit kvalitu a dostupnost domácí péče poskytované osobám s poruchami polykání napříč jednotlivými kraji České republiky v daných zařízeních a jednotlivé výsledky porovnáme.

Hlavním cílem teoretické části je uvedení do problematiky funkce polykání, poruch polykání a domácí péče.

Cílem praktické části je zjištění kvality a dostupnosti domácí péče poskytované osobám s poruchami polykání v rezortu Ministerstva zdravotnictví České republiky a v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Výzkumné šetření je provedeno pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky chceme rozesílat pracovníkům léčen pro dlouhodobě nemocné, nemocnic následné péče, domovů pro seniory a dále pracovníkům Charity České republiky, pracujících v určitých zařízeních. Výběr respondentů volíme podle toho, kde předpokládáme, že se obvykle nacházejí osoby s poruchami polykání. Důvodem je

zjištění, zda se v uvedených zařízeních vyskytují osoby s poruchami polykání či nikoli a zda je jim v zařízeních poskytována domácí péče nebo není.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 POLYKÁNÍ

Cílem první kapitoly diplomové práce je uvedení do problematiky polykání. Kapitola je zaměřena na terminologii polykání. Popisuje průběh polykání a jeho dělení z hlediska vůle a z hlediska jednotlivých fází. První kapitola také popisuje hlavové nervy, zúčastňující se při aktu polykání. Ke konci kapitoly jsou popsány jednotlivé fáze polykání.

Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, s. 85) uvádí, že: „*polykání (deglutice, deglutace) je vývojový proces sdružující jednotlivé senzomotorické funkce, v průběhu kterého jsou koordinovány především procesy polykání a respirace.*“

Kejklíčková (2011, s. 115) uvádí, že: „*polykání je fyziologická činnost, která je u zdravého člověka nutným předpokladem existence. Znamená posun potravy nebo tekutin z dutiny ústní polykacími cestami do žaludku, tj. horní částí zažívacího ústrojí. Polykací cesty zahrnují tedy dutinu ústní, hltan a jícn.*“

Logemann, 1984 (in Love, Webb, 2009) dělí polykací akt do čtyř fází, na fázi orální přípravnou, orální, faryngeální a ezofageální.

Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) dělí polykání z hlediska posunu sousta na čtyři fáze. Na fázi přípravnou, orální, faryngeální a ezofageální. Jakmile dojde k hltanové fázi, polykání již probíhá bez vlivu naší vůle a nejde žádným způsobem zastavit. Při zahájení polykání také dochází ke krátkému přerušení dýchání, které se po dokončení polknutí opět spustí. Takhle se to opakuje stále dokola až do konce života.

Cílem polykání je samozřejmě bezpečná přeprava bolusu (sousta) či tekutin z dutiny ústní, přes hltan a jícn až do žaludku (Tedla, 2009).

1.1 Průběh polykání

Průběh polykání se dělí z hlediska vůle a z hlediska fází. Více je popsáno níže. Pro uskutečnění polykání a pro jeho správný průběh je důležitá koordinace a správná funkčnost šesti hlavových nervů, které se účastní i na řečových funkcích. Zabezpečují senzoryckou a motorickou inervaci v oblasti obličeje, dutiny ústní a orofaryngeálního svalstva Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, a kol. 2007).

Hlavové nervy zúčastňující se aktu polykání a jejich funkce:

V. hlavový nerv (nervus trigeminus) - nerv trojklanný

- Důležitou funkcí tohoto hlavového nervu je kontrola žvýkacích svalů, pohyb čelisti nahoru a do stran a citlivost v obličeji, zubech, dásních a v předních částech jazyka. Při polykání je funkce V. hlavového nervu velice důležitá.

VII. hlavový nerv (nervus facialis) - nerv lící

- Funkcí tohoto hlavového nervu je slinění, vedení chuti z přední části jazyka a inervace svalů rtů a tváří, které jsou důležité pro udržení sousta v ústech. Tento nerv je také odpovědný za vrašnění čela, pevné sevření očí a rtů, napnutí tváří, elevaci ústních koutků, napnutí přední skupiny svalů krku a depresi ústních koutků.

IX. hlavový nerv (nervus glossopharyngeus) - nerv jazykohltanový

- Funkcí tohoto hlavového nervu je vedení chuti, polykání, zvedání hltanu a hrtanu a citlivost v zadní části jazyka a horní části hltanu. IX. hlavový nerv je považován za primární aferentní nerv polykání. Při vyšetření tohoto nervu je nutno se zaměřit hlavně na polykací reflex.

X. hlavový nerv (nervus vagus) - nerv bloudivý

- Tento hlavový nerv je důležitý pro stah faryngeálních svalů, vedení chuti. Jeho důležitou funkcí je také polykání. X. hlavový nerv je považován za sekundární aferentní nerv polykání.

XI. hlavový nerv (nervus accessorius) - nerv přídatný

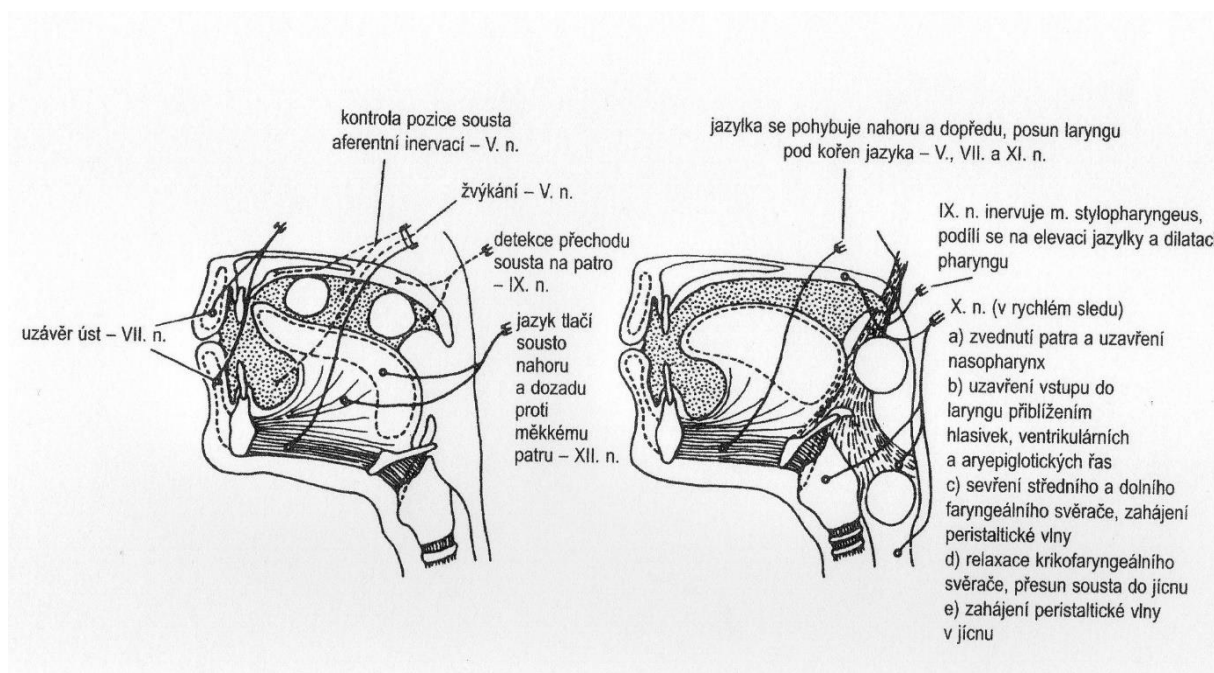
- Důležitý hlavový nerv zapojující se při otáčení hlavy. Jedná se o nerv motorický.

XII. hlavový nerv (nervus hypoglossus) – nerv podjazykový

- Nejdůležitější funkcí tohoto hlavového nervu jsou pohyby jazyka. Jedná se především o stahování, zvedání špičky a okrajů, zužování, zplošťování a protahování jazyka (Love, Webb, 2009).

Při vyšetření polykání se testují zejména funkce IX. a X. hlavového nervu a samozřejmě všechny ostatní. Zaměříme se zejména na jejich senzitivní části. Důležité je také vyšetření všech kvalit chuti (slanou, hořkou, sladkou a kyselou). Dle Logemanna et al., 1995, in (Love, Webb, 2009) je nejúčinnější při vyvolání polykacího reflexu chuť kyselá (Love, Webb, 2009).

Obr. č. 2 - Funkce hlavových nervů. Převzato z: (Love, J., Webb, G., W., Mozek a řeč. 2009, s. 187).



Průběh polykání se dělí z hlediska vůle na dvě fáze, na fázi vědomou a na fázi nevědomou. Vědomá fáze polykání probíhá v dutině ústní a hltanu a nevědomá fáze polykání probíhá, jakmile je vyvolán polykací reflex již bez vlivu naší vůle (Kejklíčková, 2011).

Při vědomé fázi se uvnitř dutiny ústní vytvoří sousto, které je rozkousáno a rozžvýkáno pomocí zubů a za pomoci žvýkacích svalů. Sousto je dále smícháno se slinami a posunováno jazykem k měkkému patru. Odtud se po polknutí dostává až do hltanu. Vědomá fáze je vůlí ovladatelná a končí vyvolaným polykacím reflexem, který se spustí při dotyku sousta měkkého patra Kaulfussová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Při nevědomé fázi dochází k podráždění smyslových receptorů a nastává reflexní fáze polykání. Jakmile se zvedne hrtan, hrtanová příklopka zabraňuje vniknutí potravy do hrtanu. Tím jsou chráněny dýchací cesty před možnou aspirací potravy. Dýchání je na krátkou chvíli pozastaveno a sousto vniká z hltanu do jícnu. Odtud se peristaltickými pohyby sousto posouvá dále do žaludku. Nevědomá fáze je vůlí neovladatelná, polykání nejde přerušit ani zastavit Kaulfussová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

1.2 Fáze polykání

Z hlediska transportu sousta můžeme polykání rozdělit na tři fáze, a to na fázi orální, faryngeální (hltanovou) a ezofageální (jícnovou) Magendie, 1836 (in Tedla, 2009).

Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) dělí fáze polykání na čtyři fáze. Jsou to fáze přípravná, orální, faryngeální a ezofageální.

Logemann, 1984 (in Love, Webb, 2009) dělí polykací akt také na čtyři fáze, na fázi orální přípravnou, orální, faryngeální a ezofageální.

Většinou se různí autoři liší pouze v první fázi polykání, druhá a třetí fáze polykání bývá obvykle stejná.

1) Orální fáze:

Orální fáze se dále dělí na fázi orální přípravnou a na fázi orální transportní Logemann, 1983 (in Tedla, 2009).

- Orální přípravná fáze

Orální přípravná fáze polykání je zaměřena na kousání a žvýkání potravy. Potrava se žvýkáním smíchá se slinami a tím se v dutině ústní vytvoří sousto. Do přípravné fáze se zapojují rty, jazyk, zuby, žvýkací svaly, tváře, spodní čelist a měkké patro. Délka orální přípravné fáze je individuální a probíhá vědomě, můžeme ji tedy vůlí ovlivnit.

- Orální transportní fáze

V orální transportní fázi polykání dochází k posunu rozžvýkaného a připraveného sousta jazykem směrem k zadní části dutiny ústní až k měkkému patru. Při dotyku jazyka s měkkým patrem se měkké patro zvedá a tlačí se k zadní stěně hltanu. Dochází tak ke spuštění polykacího reflexu. Od této chvíle už polykání probíhá bez našeho ovlivnění.

Orální transportní fáze probíhá jak vědomě, tak i nevědomě a délka trvání je kratší než jedna sekunda. Pro tuto fázi je velmi důležitá správná pohyblivost jazyka a hlavně jeho motorické a senzorické zásobení.

2) Faryngeální fáze neboli hltanová

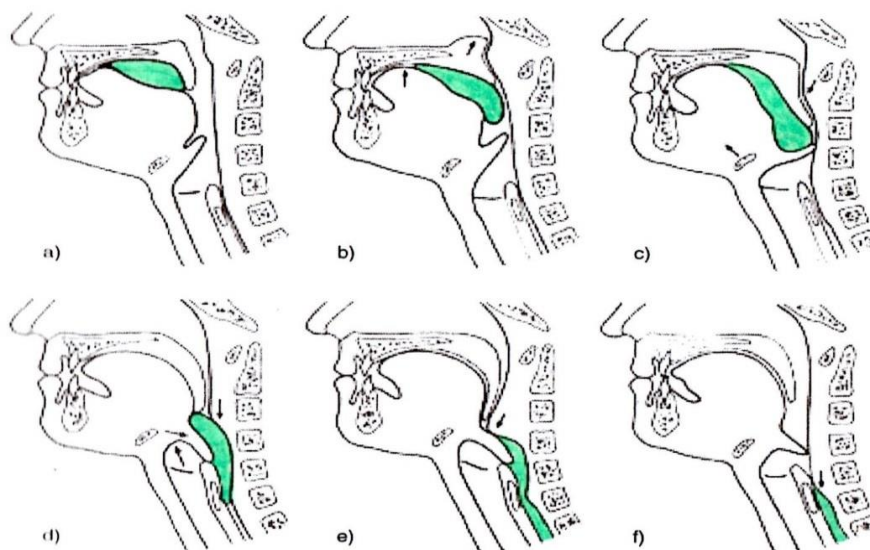
Druhá fáze polykání, tedy hltanová, začíná ihned po spuštění polykacího reflexu a probíhá bez vlivu naší vůle. Délka trvání je obvykle jednu sekundu, ale u každého jedince

může být tato doba odlišná. Ve faryngeální fázi dochází ke zdvihnutí hrtanu a k uzavření hrtanové příklopky, která brání vstupu potravy do hrtanu a zabraňuje tak možné aspiraci potravy (vdechnutí). Dýchání je na krátkou chvíli přerušeno a potrava je dopravována faryngeálním svalstvem peristaltickými pohyby z hltanu směrem do jícnu. U této fáze je velice důležitá funkčnost velofaryngeálního mechanismu, který brání vniku potravy do nosohltanu.

3) Ezofageální fáze neboli jícnová

Ezofageální fáze polykacího aktu neboli jícnová probíhá již bez vlivu naší vůle a průběh je pomalejší než předchozí dvě fáze. Tato fáze trvá okolo 8 až 20 sekund, ale doba je u každého individuální. Peristaltické pohyby v jícnu posunují potravu směrem dolů do žaludku a polykání je tím ukončeno. Hrtanová příklopka se znovu otevírá, jazyk a hrtan se vrací do původní polohy. Opět je spuštěno dýchání (Tedla, 2009).

Obr. č. 1 - Schéma průběhu polykání. Převzato z Kaulfussová, J., Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy in (Škodová, E., Jedlička, I., a kol. Klinická logopedie, 2007, s. 554).



Zeleně je vyznačen pohyb sousta.

Obrázek a) znázorňuje orální přípravnou fázi polykání.

Obrázek b) znázorňuje orální transportní fázi polykání.

Obrázky c), d) a e) znázorňují faryngeální (hltanovou) fázi polykání.

Obrázek f) znázorňuje ezofageální (jícnovou) fázi polykání.

2 DYSFAGIE

Cílem druhé kapitoly diplomové práce je nastínění problematiky dysfagie. Kapitola se zabývá terminologií dysfagie a jsou zde popsány pojmy, se kterými se můžeme v rámci této problematiky setkat. Dále je tato kapitola zaměřena na klasifikaci a etiologii dané problematiky. V této kapitole se zabýváme diagnostikou, terapií a možnostmi umělé výživy u pacientů s dysfagiemi. Na konci této kapitoly jsme vyjmenovali některé speciální pomůcky, které se používají v rámci terapie dysfagie.

2.1 Terminologie

Termín dysfagie pochází z řečtiny a je složeno z předpony „dys“, což znamená potíže, poruchu, narušení a „phagein“, což znamená jíst (Griebenow, Meuthen, a kol., 2010).

Dysfagii můžeme definovat jako poruchu polykání pevné nebo tekuté stravy různé konzistence při přesunu z úst do žaludku z důsledku nějaké příčiny nebo z důvodu nějakého onemocnění Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007).

Polykání dle (Kejklíčkové, 2011) neprobíhá tak, jak by mělo a je určitým způsobem nebo z nějaké příčiny narušeno.

Nejedlá (2015, s. 31) uvádí, že dysfagie: „*je pocit obtížného polykání nebo vážnutí sousta v krku při polykání.*“

Podle místa vážnutí sousta rozlišujeme dysfagii na horní (jedná se o vážnutí sousta při pohybu z dutiny ústní do hltanu), dolní (zde se jedná o vážnutí sousta v dolní části jícnu) a paradoxní (jde o vážnutí tekutin) (Nejedlá, 2015).

Poruchy polykání se mohou vyskytovat v jakémkoli věku. Dysfagie se může vyskytovat jak u dětí, tak u dospělých nebo seniorů. K narušení může dojít v jakékoli fázi polykání. Dysfagie také může zapříčinit aspiraci potravy (vdechnutí) či aspirační pneumonii (zánět způsobený vdechnutím potravy nebo tekutin) – která může být také častou příčinou smrti (Tedla, 2009).

Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) dělí aspiraci na tři typy. Prvním typem je aspirace predeglutivní – kdy k aspiraci dochází v důsledku narušení kontroly nad soustem v orální fázi polykání, a to před zahájením nevědomé fáze polykání. Druhým typem je aspirace

intradeglutivní – kdy k aspiraci dochází již v průběhu nevědomé fáze polykání nebo při snaze polknout. Třetím typem je aspirace postdeglutivní – kdy k aspiraci dochází v nevědomé fázi polykání nebo po polknutí, jelikož se potrava dostane do průdušnice. Uvádí také, že je důležité rozpoznat typ aspirace z důvodu vhodné klinické a terapeutické rehabilitace.

U většiny osob bývá výrazně narušena také jejich kvalita života. Některé osoby mohou proniknout do sociální izolace a trpět depresemi. Dysfagie má velký vliv na příjem potravy a tekutin. Důsledkem narušeného polykání může dojít k malnutrici (podvýživě) či dehydrataci osob (Pokorná, a kol., 2008).

Důsledek spočívá ve špatném nebo nedostatečném zásobení těla potravou anebo tekutinami. Tělo nedostává dostatek vitamínů a minerálních látek tak jak by mělo. Poruchy polykání mají pochopitelně vliv i na celkový zdravotní stav těchto osob (Tedla, 2009).

V rámci problematiky poruch polykání se můžeme setkat s následujícími pojmy:

- afagie – znamená neschopnost polykání jakékoli potravy,
- aspirace – vdechnutí sousta nebo tekutiny do dýchacích cest,
- bolus – sousto,
- drooling – stav, kdy není kontrola nad soustem, může také vypadávat
- leaking – porucha kontroly nad soustem,
- odynofagie – bolestivé polykání potravy nebo tekutin,
- penetrace – strava pronikne nad hlasivky,
- pouch – zeslabení laterální stěny hltanu, může vést k postdeglutivní aspiraci (vdechnutí stravy po polknutí),
- reflux – zpětný tok či přesun tekutin,
- regurgitace – zpětný tok žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu, bez vyvolání dávivého reflexu,
- rinorea – výtok z nosu Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

2.2 Klasifikace

Mezinárodní klasifikace Světové zdravotnické organizace dle 10. revize dělí poruchy polykání následovně:

D 50.1 – Sideropenická dysfagie (nedostatek železa),

F 45.8 – Psychogenní dysfagie včetně „globus hystericus“ (pocit cizího tělesa

tzv. knedlíku v krku),

F 50.1 – Psychogenní afagie,

R 13 – Dysfagie,

R 63.0 – Afagie,

Odynofagie – bolestivé polykání.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví dělí funkce vztahující se k příjmu potravy a práce s nimi následovně:

b 510 Funkce přijímání potravy.

b 5100 Sání.

b 5101 Kousání.

b 5102 Žvýkání.

b 5103 Manipulace s potravou v ústech.

b 5104 Slinění.

b 5105 Polykání – sem spadá ústní, hltanová nebo jícnová dysfagie; poruchy při průchodu jícnem.

b 51050 Polykání ústy.

b 51051 Polykání hltanem.

b 51052 Polykání jícnem.

b 51058 Polykání, jiné.

b 51059 Polykání, blíže neurčené.

b 5106 Regurgitace a zvracení.

b 5108 Funkce přijímání potravy, jiné.

b 5109 Funkce přijímání potravy.

2.3 Etiologie

Příčin poruch polykání je velmi mnoho a jsou velmi rozmanité a různorodé.

K nejčastějším příčinám poruch polykání patří zánětlivá, neurologická a onkologická onemocnění v oblasti hlavy a krku, onemocnění jícnu. Dalšími příčinami mohou být i jiná onemocnění nebo úrazy. Pravděpodobnější výskyt poruch polykání je většinou u starších osob v důchodovém věku Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007).

Tedla, (2009) uvádí, že poruchy polykání se vyskytují zejména u osob po CMP (cévní mozkové příhodě), u osob s demencí, u pacientů ve vyšším věku, u obyvatel domovů pro seniory a u onkologických pacientů s nádorem v oblasti hlavy a krku.

Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) mezi nejčastější příčiny dysfagie uvádí tato onemocnění:

- **Zánětlivá onemocnění** – jako jsou zánět sliznice dutiny ústní, zánět krčních mandlí, zánět hltanu, zánět horních cest dýchacích, apod.
- **Nádorová onemocnění** – zde se jedná o zhoubné či nezhoubné nádory nejčastěji v oblasti hlavy, dutiny ústní, ústní části hltanu, hltanu, apod.
- **Neurologická onemocnění** – zde se může jednat o roztroušenou sklerózu, Parkinsonovu nemoc, CMP (cévní mozkové příhody), apod.
- **Kardiovaskulární onemocnění** – jako je např. ischemická choroba srdeční, amyotrofická laterální skleróza, apod.
- **Onemocnění jícnu** – refluxní choroba jícnu (multifaktoriální onemocnění) nebo achalázie.
- **Jiná onemocnění** – může se jednat o nežádoucí účinky léků nebo o psychosomatická onemocnění.

Příčiny poruch polykání také můžeme rozdělit na organické a funkční. Mezi organické příčiny vysoké dysfagie patří onemocnění úst, jazyka, nádorová onemocnění nebo přítomnost cizího tělesa, způsobující mechanický tlak. Mezi organické příčiny jícnové dysfagie řadíme nádor, karcinom plic nebo mechanický tlak v jícnu nebo na jícen.

Mezi funkční příčiny patří příčiny vzniklé na spastickém podkladu, tzn. vzniklé z důvodu zvýšeného svalového napětí. Projevují se pouze při polykání tekutin Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

2.4 Diagnostika

Dysfagie může mít za následek různé funkční anebo strukturální abnormality v oblasti ústní dutiny, hltanu, hrtanu, jícnu nebo žaludku. Proto je potřeba v rámci diagnostického postupu po základním vyšetření důkladně vyšetřit každou z vyjmenovaných oblastí. Nesmíme ovšem zapomenout na regulační a koordinační funkci mozku a nervového systému. Základní

klinické vyšetření vykonává lékař, klinický logoped nebo školená sestra. Nedílnou součástí je též otorinolaryngologické vyšetření (Tedla, 2009).

Diagnostika dysfagie vyžaduje také spolupráci odborníků různých oborů, jako je logoped, pediatr, dietolog, zdravotní sestra, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovník a fyzioterapeut. Z hlediska etiologického je nutno také posoudit, zda se jedná o příčinu akutní, chronickou či progresivní. Logopedická diagnostika by měla zahrnovat: podrobnou komplexní anamnézu, hodnocení orálně-motorických struktur, hodnocení kvality řeči a hlasu, posouzení individuálních dovedností a schopností, vyhodnocení obrany proti aspiraci, posouzení koordinace respirace a polykání sousta různé velikosti a konzistence Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Diagnostika dysfagie vyžaduje důkladné vyšetření a víceoborovou spolupráci z oblasti otorinolaryngologie, gastroenterologie, ortopedie, interny, neurologie, stomatologie, čelistní chirurgie, psychosomatologie a v dnešní době převážně logopedie (Kejklíčková, 2011).

Jedinci s dysfagií mohou mít více zdravotních problémů, a proto je zapotřebí spolupráce interdisciplinárního týmu specialistů. Členové dysfagického týmu mohou být zubař, rodinný příslušník nebo pečovatel, gastroenterolog, neonatolog, neurolog, ošetřovatel, odborník na výživu, pracovní terapeut, otolaryngolog, pacient, pediatr, fyziolog, fyzioterapeut, psycholog, pulmolog, radiolog, onkolog, sociální pracovník a klinický logoped. (<http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/Dysphagia-Teams/>).

Tedla, (2009) mezi základní klinická vyšetření uvádí následující:

Anamnézu

Pomocí anamnézy získáváme informace o příznacích onemocnění, o délce trvání a o jejích projevech. Ptáme se také na způsob přijímání potravy v minulosti a na onemocnění a stavy spojené s vyšším rizikem poruch polykání. Důležité je také zjistit, zda pacient přibývá nebo ubývá na váze a jsou-li přítomna další onemocnění, která by mohla vést k poruchám polykání. Anamnéza nám slouží jako podklad pro orientační posouzení stavu výživy a poruch polykání.

Vyšetření orální motoriky

Při vyšetření orální motoriky sledujeme symetrii tváří v klidu a v pohybu, uzávěr rtů, pohyby při otevírání úst, motoriku jazyka, stav sliznice dutiny ústní a kontrolu orálních sekretů, zdvihání měkkého patra a symetrii pohybu, citlivost tváří a jazyka.

Posouzení orální kontroly a polykání

Nepřímým posouzením orální kontroly a polykání můžeme poměrně rychle a snadno zjistit zpomalené pohyby, poruchu koordinace a jednostranné poškození.

Podání bolusu potravy

Vyšetření se provádí ve vzpřímené poloze a pacient musí být při vědomí. Potrava se podává v různé konzistenci. Zde si všímáme způsobu polykání. Náročnější na koordinaci je polykání tekutin oproti tuhému soustu.

Test polykání vody

Při tomto testu můžeme zjistit možnou aspiraci. Test byl vyvinut pro osoby po náhlé cévní mozkové příhodě. Test se provádí tak, že pacientovi podáme malý hlt vody a po každém polknutí zkontrolujeme dutinu ústní. Sledujeme šest příznaků - kašel po polknutí, změnu hlasu po polknutí, dávivý reflex, dysfonii, dysartrii, abnormální volní kašel. Test je pozitivní při prokázání dvou z těchto šesti příznaků. V případě, že polykání probíhá v pořádku, můžeme přejít na polykání potravy hustší konzistence typu pudingu a tuhých soust. Po každém polknutí kontrolujeme dutinu ústní, aby neobsahovala zbytky potravy.

V zahraničí se k vyšetření poruch polykání používá vyšetřovací test tzv. *Dysfagie-Bedside-Test*. Tento test umožňuje zjištění aktuálního stavu a způsobu polykání pacienta, dále průběh orální fáze polykání. Určuje tak směr potřebné rehabilitace podle správné funkce či nefunkce dané části v orofaciální oblasti. Při tomto testu zjišťujeme například pohyblivost spodiny dutiny ústní, jazyky a hrtanu pomocí hmatu, způsob žvýkání a polykání pevné a tekuté stravy, délku orální a faryngeální fáze polykání a další Kaulfussová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Mezi nejznámější speciální vyšetřovací metody se řadí:

Videofluoroskopie

Videofluoroskopie - VFSS (videofluoroscopic swallow study) je radiologické vyšetření polykacího aktu, při kterém se analogově nebo digitálně zaznamenává a uchovává série snímků. Videofluoroskopii provádí radiodiagnostik a klinický logoped. Pacientovi je podáváno určité

množství potravy různé konzistence, která je označena kontrastní látkou. Sleduje se tak posun této potravy v orální a faryngeální fázi polykání.

Existují dva druhy videofluoroskopie. Diagnostická videofluoroskopie, která má za úkol zjistit příčinu polykacího aktu. Terapeutická videofluoroskopie nastává po diagnostické části. Zkouší se nejlepší konzistence a objem jídla, posturální techniky a kompenzační strategie.

Výsledkem tohoto vyšetření je stanovení dalších postupů, aby došlo ke zlepšení bezpečnosti a efektivity polykání. Dále je určen vhodný způsob výživy pacienta (Tedla, 2009).

Videoendoskopie

Videoendoskopie – FEES (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, flexible endoscopic evaluation of swallowing) je funkční vyšetření polykání, při kterém se používá flexibilní endoskop. Tento druh vyšetření vznikl poměrně nedávno. Donedávna se používala pouze videofluoroskopie. Při videoendoskopii je pacientovy podávána různá konzistence zabarvené potravy kontrastní látkou. Sledují se anatomické poměry v dutině nosní, hltanu a samotný průběh polykání.

Videoendoskopie se vykonává u pacientů, u kterých se potvrdila jakákoli dysfunkce polykacího aktu nebo aspirace. Cílem videoendoskopie je dosažení bezpečného polykání bez možné aspirace (Tedla, 2009).

Dalšími vyšetřovacími metodami jsou například elektromyografie (EMG), elektromagnetická artikulografie, endoskopie, ultrasonografie Kaulfussová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí mezi přístrojové metody ultrasonografii, scintigrafii, fiberoptickou endoskopii, manometrii a další.

2.5 Terapie

Po stanovení správné příčiny dysfagie přichází na řadu léčba. Léčba má za úkol odstranit či alespoň zmírnit příčinu dysfagie. Může se jednat jak o léčbu medikamentózní, tak chirurgickou. Medikamentózní léčba je vhodná především u zánětlivých příčin, u metabolických, zažívacích a neurologických poruch. Chirurgická léčba vede k odstranění vyvolávajících příčin. Zde se jedná především o nádory, stenózy (zúžení), strumy (zvětšení

štítné žlázy), aj. Po léčbě je velmi důležitá rehabilitace. „*cílem léčby je pokud možno navození schopnosti přijímat potravu a tekutiny ústy*“ (Kejklíčková, 2011, s. 119-120).

Terapii můžeme rozdělit na přímou a nepřímou. Cílem terapie je však zajistit bezproblémový příjem potravy a tekutin bez aspirace. Při terapii je také velmi důležitá správná poloha a postoj pacienta. Správná poloha a postoj může posun potravy zlepšit nebo u některých pacientů naopak zhoršit (Tedla, 2009).

Nepřímá terapie

Nepřímá terapie se realizuje soubory cvičení zaměřené na orální a hltanovou fázi. Při této terapii není použita potrava. Cílem nepřímé terapie je zlepšení síly a koordinace svalů zúčastňujících se polykání. Nepřímá terapie se používá u pacientů, u kterých nelze vyvolat hltanovou fázi a u pacientů s výraznou aspirací veškeré potravy, avšak bez perorálního příjmu.

Cvičení na orální fázi polykání

Cvičení na orální fázi polykání se zaměřují na lepší rozsah pohybů jazyka a dalších polykacích orgánů, zúčastňujících se aktu polykání. Jejich úkolem je především zlepšení orální kontroly a vyprazdňování obsahu ústní dutiny. Při tomto cvičení je velmi prospěšné, aby se prováděly před zrcadlem, kvůli klientově zpětné vazbě.

Příklady cvičení:

Rozsah pohybů jazyka a otevírání úst – tyto cviky se soustředují na práci s jazykem. Pacient má za úkol nejprve vypláznout jazyk a v této poloze chvíli setrvat. Poté vypláznout jazyk v koutcích. Nakonec zvedá špičku jazyka nahoru k hrotu nosu a dolů k bradě.

Při cvičení na otevírání úst pacient maximálně otevře ústa a vydrží pár sekund. Tato cvičení by se měla pro lepší výsledek vykonávat denně, a to nejlépe při ranní nebo večerní hygieně.

Síla jazyka – tato cvičení se provádějí s dřevěnou špachtlí, kdy pacient proti ní vytváří odpor. Místo dřevěné špachtle se může tlačit jazykem na tvář a zvenku tlačit na jazyk prstem.

Posílení rtů a tváří - zde se doporučuje protruze a retrakce rtů.

Orální kontrola sousta – u tohoto cvičení se používá gáza místo potravy a pacient si ji přesouvá ze strany na stranu a pokouší se ji vytlačit ven.

Vyvolání polykání – boční části jazyka se přitisknou k patrovým obloukům a spustí se hltanová fáze.

Tepelně-dotyková stimulace – stimulace se provádí pomocí laryngeálního zrcátka namočeného v ledové vodě při široce otevřených ústech, kdy se stimuluje přední patrový oblouk třením shora dolů.

Cvičení na hltanovou fázi polykání

Cvičení na hltanovou fázi se zaměřují na posílení hltanu a kořene jazyka, hlasivkového uzávěru a elevaci hrtanu.

Příklady cvičení:

Posílení hltanu – tzv. *tongue hold manévr* – polykání probíhá s jazykem mezi zuby, pacient cítí tah hltanu.

Posílení kořene jazyka – jazyk se přitlačí na patro a pacient polkne.

Hlasivkový uzávěr – zde je nejdůležitější přitažení hlasivek, příkladem jsou vyrážecí cvičení a probíhají čtením slov ze seznamu.

Elevace hrtanu – zde se jedná o cvičení na zvyšování svalů podílejících se na zvedání hrtanu a jazylky.

Přímá terapie

Přímá terapie probíhá s použitím potravy a tekutin, jelikož nejlepší léčbou je samotné polykání. Přímá terapie může mít psychologický efekt. Cílem přímé terapie je efektivní a bezpečný příjem potravy pomocí posílení polykacího svalstva. Nejlépe je opakovat tato cvičení každý druhý den.

Cvičení na posílení svalstva polykacích struktur

Tento druh cvičení slouží k posílení svalstva jazyka a hltanu a ke zlepšení pohybu sousta v orální a hltanové fázi polykání.

Příklady cvičení:

Posílení svalstva jazyka – provádí se polknutím malého množství pyré nebo tekutin.

Posílení hltanu – probíhá pomocí tepelně-dotykové stimulace.

Zlepšení retrakce a síly kořene jazyka – probíhá pomocí násilného polknutí, pomocí Mendelsohnova manévru (úkon zlepšující retrakci a sílu kořene jazyka, prodlužuje dobu otevření horního jícnového svěrače) či super-supraglotickým polknutím.

Zlepšení koordinace struktur podílejících se na polykání

Cílem je polknutí alespoň jedné konzistence potravy s použitím či bez použití kompenzačních strategií. Motivací je konzumace jídla a zážitek ze stolování. Intenzivní cvičení a nácvik správného polykání zvyšuje sílu a koordinaci svaloviny polykání.

Příklady cvičení:

Supraglotické polknutí – cílem supraglotického polknutí je uzavření vchodu do hrtanu. Pacient si nechá sousto v ústech, nadechne se nosem, zadrží dech před a po polknutí.

Po ukončení polknutí zakašle, tím dojde k vyčištění vchodu do hrtanu.

Super-supraglotické polknutí – probíhá skoro stejně jako supraglotické polknutí, liší se jen napnutým břišním svalstvem.

Koordinace polykání a dýchání – probíhá s hlubokým nádechem před polknutím, polkne se se zadrženým dechem nebo na začátku výdechu.

Zadržení bolusu – zadržení sousta v ústech před polknutím (Tedla, 2009).

Nezbytná je také logopedická péče o pacienty s dysfagií. Logopedická péče probíhá ve spolupráci s lékařem, popřípadě s lékaři, fyzioterapeutem, zdravotními sestrami a s rehabilitačními pracovníky. Logoped může navrhnout různé tréninkové metody, které budou vhodné pro pacienty s různými typy dysfagie. Logoped také musí projít zaškolovacím kurzem s praktickými dovednostmi (Kejklíčková, 2011).

Dle Kejklíčkové (2011, s. 120) je: „*cílem léčby pokud možno navození schopnosti přijímat potravu a tekutiny ústy.*“ Metodické postupy rozdělujeme do tří skupin: restituční, kompenzační a adaptační. Cílem restitučních metod je přiblížit polykání do normálního stavu. Uplatňují se zde cvičení zaměřená na stimulaci, hybnost polykacího svalstva a nácvik polykání. Cílem kompenzačních metod je nacvičit správné polykací techniky posunu sousta bez možnosti aspirace. Řadí se sem správné polohy těla, hlavy a krku a různé manipulační finty a pomůcky. Adaptační metody jsou zaměřeny na úpravu stravy a stolování. Jsou vhodné především na začátku polykacích obtíží. Jedná se zde o použití různých speciálních pomůcek, jako jsou lahve, lžičky a další.

Při terapii je velmi důležitá výživa a výběr vhodného způsobu stravování nebo podávání potravy.

Setkáváme se s různými pojmy ve výživě pacientů s poruchami polykání:

Enterální výživa – umělá forma výživy podávaná přímo do zažívacího traktu pacienta pomocí nazogastrické sondy, PEG (perkutánní endoskopické gastrostomie), jejunostomie nebo nazojejunální sondou. Vhodná je u pacientů s možnou podvýživou, ale při zachované funkci trávicího traktu. Cílem je obnovení funkčnosti trávicího traktu. Jsou využívány tzv. potraviny pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ).

Dle (Svačiny, a kol., 2008, s. 71) jsou cíle enterální výživy lokální tj.: „*ovlivnění integrity trávicího traktu*“ a obecné tj.: „*zajištění dostatečného energetického příjmu za účelem ovlivnění nutričního stavu pacienta, zajištění a podpory funkce trávicího traktu, překonání anatomických nebo funkčních poruch v oblasti horní části trávicí trubice a podávání specifických farmakologických substrátů do tenkého střeva.*“

Normální strava – forma jídla, které člověk konzumuje ať už doma, v nemocnici, ve stravovacích provozovnách, v jídelnách atd.

Fortifikovaná strava – obvyčejné jídlo obsahující základní složky potravy nezbytné pro lidský organismus.

Perorální nutriční doplňky – jedná se o přípravky enterální výživy v tekuté podobě.

Parenterální výživa – umělá forma výživy aplikovaná přímo do krevního či cévního řečiště pacienta mimo zažívací trakt. Je aplikována u pacientů, u nichž nelze využít enterální způsob výživy.

Plný perorální příjem – výživa bez nutričních doplňků obsahující energetickou hodnotu a všechny základní složky potravy. Většinou tento příjem u pacientů s dysfagiemi není možný a pro jeho obnovu je důležitá následná terapie.

Faktory ovlivňující perorální příjem jsou typ stravy (důležitý je správný výběr stravy a omezení či vyřazení stravy nevhodné), konzistence jídla (musíme nejprve zjistit, která konzistence je pro pacienta optimální) a další faktory (jedná se o chuť a čich, špatné otevírání úst, špatné kousání a pohyblivost jazyka) (Tedla, 2009).

Umělá výživa je jednou z možností, jak zajistit příjem potravy a tekutin do těla pacienta a zvýšit tím šance na zlepšení. Z důvodu vývoje nových technologií, přístrojových technik a teoretických znalostí existuje široká škála realizace umělé výživy. Důvodem pro zavedení umělé výživy je pomalé polykání, nedostatečný příjem energie a živin a aspirace potravy. Do úvahy je také potřeba brát délku trvání těchto obtíží a možnosti zlepšení poruch polykání, ale také postoje pacienta. Ne každý pacient se spokojí s možností náhradní umělé výživy.

U některých pacientů je možná i domácí umělá výživa v jejich domácím prostředí. Přípravky k tomu určené předepisuje lékař s licencií k předepisování umělé výživy. Enterální výživa je hrazena částečně a parenterální výživa je hrazena úplně z veřejného zdravotního pojištění. Formy enterální výživy jsou perorální nutriční doplňky, sondová výživa a perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG).

V případě perorálních nutričních doplňků pacient pije ochucenou umělou výživu obsahující energii a důležité složky potravy. V případě sondové výživy si pacient vpravuje stravu pomocí nazogastrické, nazoduodenální nebo nazojejunální sondy. V případě perkutánní endoskopické gastrostomie si pacient vpravuje stravu podobně jako u sondové výživy.

Domácí enterální výživa je mnohem jednodušší než domácí parenterální výživa. U domácí parenterální výživy může při aplikaci dojít k možným komplikacím (Tedla, 2009).

Existují také různé pomůcky pro pacienty s poruchami polykání nebo se do jídla přidávají zahušťovadla pro vhodnou konzistenci a lepší polykání.

Žvýkácké pomůcky – jsou to orálně motorické pomůcky, sloužící k rozvoji žvýkacích a kousacích dovedností z důvodu speciálního povrchu.

Suregrip – malý pohárek vybavený ventilem ve víčku zabraňující únik tekutiny při nahnutí nebo převrácení určený pro lepší sevření a úchop.

Dysphagia Cup – hrnek – slouží k podávání potravy bez naklánění hlavy. Hrnek obsahuje prostor pro nos, aby pacient při pití nemusel naklánět hlavu.

Provale Cup – hrnek, který slouží k dávkování daného množství tekutin při jednom nahnutí. Hrnek tak zajišťuje kontrolované požívání tekutin. V zahraničí jsou tímto hrnkem vybaveny všechny nemocnice.

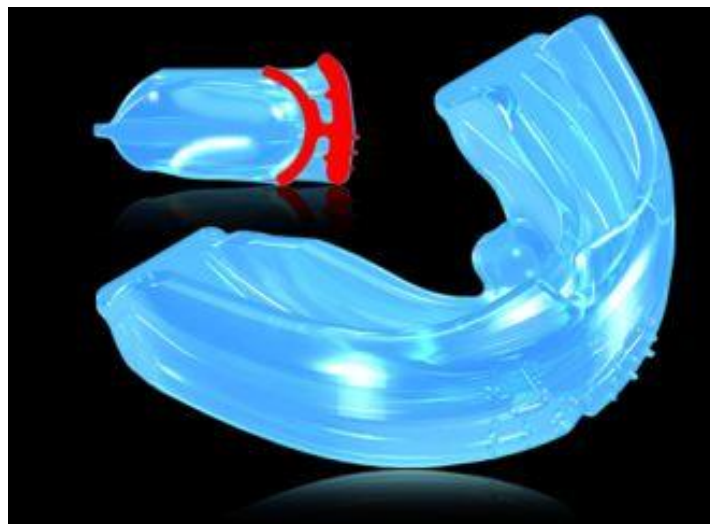
Kapi-Cup – hrnek – hrníčky přizpůsobené tvarem pro vhodné polykání a podávání tekutin. Pacient při pití nemusí naklánět hlavu. Dá se sehnat ve třech velikostech.

Spoons – lžice – mělké a úzké lžice, slouží k lepšímu podávání ze lžice do úst. Tyto lžice jsou vhodné pro pacienty, kteří mají oslabený uzávěr rtů, oslabenou funkci jazyka, hrdla nebo nadměrnou citlivost v oblasti úst. Jsou vhodné jak pro děti, tak pro dospělé.

Ora-Light lžičky – lžičky sloužící k orálně motorickým cvičením, zapojuje se svalstvo tváří, měkkého patra a hltanu. Vynálezcem se stal Jack Light, chirurg a stomatolog, který vytvořil také systém motorických cvičení Ora-light. Cílem těchto cviků je posílení svalstva, zlepšení neuro-motorické koordinace a řečových a polykacích dovedností.

Trainer – jedná se o myofunkční aparát. ([http:// www.moje-klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani](http://www.moje-klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani)).

Obr. č. 3 – Trainer – myofunkční aparát (Dostupné z: <http://www.moje-klinika.cz/trainer>).



3 HOME CARE

Cílem třetí kapitoly diplomové práce je uvedení do problematiky Home Care. V úvodu této kapitoly je popsána definice a jaké jsou cíle domácí péče. Dále se tato kapitola zabývá druhy, kvalitou, výhodami a financováním domácí péče.

3.1 Definice a cíle domácí péče

Termín HOME CARE je složený ze dvou anglických slov: **Home** – což znamená (*domov, domácí*) a **Care** – což znamená (*péče*), dohromady se tedy jedná o domácí péči.

Termín Home Care je používán nejvíce v zahraničí, a to zejména ve Spojených státech amerických a v Austrálii. Homecare je tedy termín mezinárodní a v České republice se setkáváme s termínem domácí zdravotní péče (Jarošová, 2007).

Domácí péče je v nejobecnějším smyslu jakákoli diagnostická, terapeutická nebo sociální podpora či služba poskytována pacientům v jejich domově. Tyto služby se mohou pohybovat v rozmezí návštěvy sester kontrolujících vitální funkce a počítání a přípravy předepsaných léků, ošetřujících či praktických lékařů nebo zdravotních sester hodnotících léčbu plicních edémů, logopedů poskytujících logopedickou rehabilitaci, asistentů koupajících nevléčitelně nemocného pacienta v domácích hospicích, nebo zdravotnické a sociální pracovníky pomáhající koordinovat veřejně prospěšné služby, které pomohou udržet pacienta v jeho domě, místo stěhování do ústavní dlouhodobé péče (Flaherty, Ham, a kol., 2014).

Domácí péče je definována dle Světové zdravotnické organizace (WHO) jako: „*jakákoli forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech.*“ Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2007, s. 60).

Čeledová, Kalvach (in Čeledová, Kalvach, a kol., 2011, s. 183) uvádí že: „*domácí péče je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo, při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení.*“

Domácí péče vznikla ve Velké Británii v období druhé světové války z důvodu uvolnění lůžek v ošetrovatelských ústavech. V České republice se domácí péče stala součástí moderní zdravotní a sociální péče od roku 1990. Nahradila služby sester, které navštěvovaly staré osoby či osoby dlouhodobě nemocné. Domácí péče je v České republice rozdělena

na dvě složky, na složku zdravotní (pojem home care) a sociální (pojem home help) (Čeledová, Kalvach, a kol., 2011)

Domácí péče je poskytována v rozsahu čtyř návštěv během dne. Dle návržení ošetřujícího lékaře je délka návštěvy buď 15 minut, 30 minut, 45 minut nebo 60 minut. Domácí péče je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Doba je však přizpůsobena zdravotnímu stavu klienta a potřebností domácí péče. Lékař k návrhu přidá požadované výkony, které mají být vykonány. Denně to mohou být maximálně tři návštěvy. Dohromady to mohou být tedy nejvýše tři hodiny denně. Na poskytování domácí péče má v České republice nárok ze Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) každý občan (Jarošová, 2007).

Domácí péči poskytují většinou agentury domácí péče nebo tým pracovníků, zejména lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, nutriční terapeut aj., pracující v určitých zařízeních. Dále může být domácí péče poskytována městskými, charitativními či soukromými agenturami (Kalvach, Zadák, a kol., 2004).

Na rozvoji domácí péče se podílí mnoho společenských faktorů. Mohou to být například zvyšující se náklady na poskytování zdravotní péče. Dále se může jednat o zvyšující se zájem z řad veřejnosti o služby zdravotní péče vykonávané v přirozeném prostředí pacienta. Důvodem může být také vznik nových technologií a přístrojů, které se používají při poskytování domácí péče nebo stále se zvyšující počet stárnoucích lidí, kteří mají zájem o poskytování domácí péče. Největší skupinu osob užívajících služby domácí zdravotní péče tvoří osoby v seniorském věku kolem 65 let. Vlivem jsou také politické faktory. Může se jednat o změny ve zdravotnických systémech, iniciativy samospráv nebo v neziskovém sektoru.

Cílem domácí péče je zajištění maximálního rozsahu a dostupnosti poskytované péče klientům a jejich rodině. Poskytovat klientům kvalitní a efektivní zdravotní péči kvalifikovanými odborníky. Pomáhat lidem a jejich blízkým a dosáhnout tak tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody člověka v rámci jejich možností. Poskytovat jim komplexní péči. Udržovat podporu zdraví, rozvíjet a zvyšovat soběstačnost osob a snížit potřebu nemocniční, následné či dlouhodobé péče v zařízeních k tomu určených. Dalším cílem je také dodržování léčebného postupu a snižování vlivu onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav nemocného i jejich rodiny (Jarošová, 2007)

Seznam výkonů prováděných v domácí péči je dán vyhláškou MZ ČR č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Pro poskytování domácí péče je nutné dodržovat určité podmínky. Klient musí být ve stabilizovaném stavu. Musí být také zajištěno vhodné domácí prostředí, umožňující poskytování domácí péče, kde se předpokládá i zapojení nejbližších členů rodiny, sousedské výpomoci či jiné osoby (Kalvach, Zadák, a kol., 2004).

Komplexní domácí péče je: dle Stanhope a Lancastera, 2004 (in Jarošová, 2007, s. 61) *„formou integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti.“*

V rámci komplexní domácí péče je klientům poskytována péče zdravotní, sociální a laická pomoc (Jarošová, 2007).

3.2 Druhy domácí péče

Jarošová (2007, s. 65) uvádí, že: *„v rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, včetně sociální péče a pomoci, a to ve vlastním sociálním prostředí klientům všech věkových kategorií, indikačních a diagnostických skupin podle rozhodnutí ošetrujícího lékaře, který domácí péči indikuje.“*

Činnosti vykonávané sestrou v domácí péči se dělí na péči přímou a nepřímou. Při péči přímé je sestra v přímém kontaktu s pacientem a vykonává následující činnosti, jako je posouzení stavu a potřeb pacienta. Provádí měření a zaznamenávání fyziologických funkcí, odběry fyziologických materiálů. Kontroluje stravu a jídelníček. Podává pacientovi léky popřípadě injekce, a podobně. Všechny tyto zjištěné stavy sestra zapisuje do ošetrovatelské dokumentace pacienta z důvodu vykazování příslušné zdravotní pojistovně. Při nepřímé péči sestra zajišťuje spolupráci různých odborníků, jako například s nutričním terapeutem, rehabilitačním pracovníkem, aj. Kontroluje a odesílá pacienty na diagnostická vyšetření. Posílá biologické materiály do laboratoří. Vykonává administrativní činnost. Čistí, steriluje a zajišťuje funkčnost nástrojů a nákup zdravotnických pomůcek a další (Kudlová, 2015).

Domácí péče je poskytována na návrh ošetřujícího či praktického lékaře a na základě zdravotního stavu pacienta, a to v rozsahu:

- základní zdravotní péče – jedná se o zajištění osobní hygieny, zajišťování stravy a tekutin, poskytování obkladů a další.
- odborná zdravotní péče – jedná se o podávání medikamentů, hlídání vitálních funkcí, odběry biologických materiálů, zajištění převazů, aplikaci injekcí, výchova a vzdělávání klienta, rehabilitační péče a další.
- specializovaná zdravotní péče – jedná se o aplikaci diagnostických přístrojů, podpůrnou psychoterapii, spirituální péči, odborný monitoring u chronicky nemocných klientů, a další. (<http://www.adp-cr.cz/4810/domaci-zdravotni-pece/>).

V České republice je domácí zdravotní péče poskytována v pěti základních formách:

1. Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Akutní domácí péče je poskytována klientům, kteří trpí krátkým akutním onemocněním, u kterého není potřeba hospitalizace. Nejčastěji se jedná o kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální a urologické onemocnění. Těmto klientům je poskytována specializovaná domácí péče, a to většinou po pooperačních a poúrazových stavech. Jedná se o péči krátkodobou, v rozsahu několika dnů nebo týdnů.

2. Dlouhodobá domácí péče (komplexní péče)

Dlouhodobá domácí péče je nejvíce poskytovanou formou domácí péče v České republice. Je určena klientům chronicky nemocným, kteří potřebují po stránce zdravotní a duševní dlouhodobou a pravidelnou péči specializovaných odborníků. Skupinou klientů jsou osoby po cévních mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, s komplikovanou cukrovkou, s plným nebo částečným ochrnutím, klienti trpící těžkým duševním onemocněním a další. Zde se jedná o péči dlouhodobějšího charakteru, kdy může být poskytována několik měsíců i let.

3. Preventivní domácí péče

Preventivní domácí péče je určena klientům na základě doporučení jeho ošetřujícího lékaře. Probíhá sledování jejich zdravotního a duševního stavu, je kontrolován celkový stav, probíhá měření fyziologických funkcí. Může se také jednat o odběr biologických materiálů

a další. Jakákoli změna je hlášena ošetřujícímu lékaři. Péče je poskytována v pravidelných intervalech.

4. Domácí hospicová péče (paliativní péče)

Domácí hospicová péče je určena obvykle těm klientům, kteří se nacházejí v preterminálním a terminálním stadiu života. Hospicová péče je poskytována klientům, u kterých se předpokládá ukončení jejich terminálního stavu do šesti měsíců. Pracovníci zajišťují klientům odbornou péči a jsou emocionální podporou pro klienta samotného i pro jeho příbuzné.

5. Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)

Jedná se o jednorázové výkony zdravotních sester, kde nedochází k poskytování pravidelné domácí péče. Může jít například o aplikaci injekcí, odběr biologických materiálů a další. U jednorázové péče nedochází k pravidelným návštěvám pacientů (Jarošová, 2007).

3.3 Kvalita domácí péče

Kvalitu poskytované domácí péče zvyšuje zavádění a vývoj nových technologií, přístrojů a možnost vypůjčení ošetrovatelských a zdravotnických pomůcek klientům do domácností i polohovacích lůžek. Kvalita závisí i na pracovních zkušenostech a délce odborné praxe pracovníků. Kvalitu také zvyšuje snaha pracovníků o další odborné vzdělávání. Budou tak připraveni na řešení všech možných situací i sociálních a zdravotních problémů, které je při práci mohou potkat. Důležitá je také empatická komunikace a respektování kompetencí a sociálních rolí. Nutno je přistupovat ke každému klientovi individuálně (Čeledová, Kalvach, a kol., 2011).

3.4 Klienti domácí péče

Nárok na poskytování domácí péče má v České republice ze Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) každý občan a je určena všem věkovým kategoriím, bez rozdílu věku, pohlaví a druhu onemocnění.

Klientem domácí péče je osoba se změněným zdravotním či sociálním stavem, která je zcela nebo částečně závislá na poskytování odborné pomoci druhého člověka. Poskytována je na základě doporučení ošetřujícího či praktického lékaře a na základě posouzení celkového zdravotního stavu. Nejčastějšími uživateli domácí péče jsou senioři a osoby s chronickým nebo dlouhodobým onemocněním. Dalšími uživateli jsou osoby v terminálním stadiu života. (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#prilohy>).

3.5 Výhody domácí péče

Výhodou domácí péče je zajištění dostupnosti domácí péče 24 hodin denně, 365 dní v roce na telefonním čísle, na které mohou lidé volat v případě nutnosti. Největší výhodou je však vliv domácího přirozeného prostředí na klienta a přítomnost jeho blízkých osob. Výhodou je také zkrácení doby pobytu v nemocničních či jiných zařízeních. Pacient si nemusí zvykat na jiné prostředí, na cizí osoby. Psychická pohoda a pohodlí člověka a přítomnost jeho blízkých je důležitá pro léčbu a zvyšuje šanci na jeho uzdravení popřípadě zlepšení zdravotního stavu. Další kladnou stránkou domácí péče je také možnost vypůjčení ošetřovatelských, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek do domácností. V domácím prostředí klienta můžeme předejít různým dalším onemocněním (tzv. nozokominálních nákaz), šířících se v nemocničních zařízeních a předejít tak možným komplikacím. Dalším pozitivem je také cena poskytované domácí péče. Některé výkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění pacienta nebo si je pacient, popřípadě jeho rodina platí sám. Na druhou stranu nevýhodou je poskytování domácí péče klientům, žijícím v nevhodném sociálním prostředí či v okolí podivuhodných osob. Klient musí chtít a být ochotný spolupracovat. Nevýhodou je také zhoršení zdravotního stavu klienta nebo onemocnění někoho dalšího z rodiny. Dalším negativem může být špatná dostupnost nebo malá odbornost pracovníků poskytující domácí péči (Čeledová, Kalvach, a kol., 2011).

Dle (Jarošové, 2007) je výhodou domácí péče ekonomičnost, víceoborovost, individualizovaná péče, komplexnost, podpora zdraví a dlouhodobá péče.

3.6 Financování domácí péče

Domácí péče je v České republice hrazena z fondu zdravotního pojištění dle vyhlášky MZČR č. 421/2013 Sb. kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Seznam zdravotních výkonů nalezneme ve vyhlášce MZČR č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Ze zdravotního pojištění jsou placeny ty výkony, které byly určeny ošetřujícím lékařem a jsou formou zdravotní péče. Domácí péče je hrazena těm pacientům, kteří jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny. Seznam úkonů hrazených ze zdravotního pojištění nalezneme v Zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Domácí péči si také klienti hradí sami, popřípadě jejich rodina, a to v případech, kdy nejsou pojištěni, nebo zdravotní úkony nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Dobré je pacienta předem upozornit, které úkony jsou hrazeny a které bude platit sám a samozřejmě v jaké výši.

V posledním případě je domácí péče hrazena buď sponzorskými dary, z fondů, grantů anebo dotací. (<http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>).

Domácí péče je poskytována maximálně tři hodiny odborné péče denně, která je pokud možno hrazena ze zdravotního pojištění. V určitých případech jde tato doba navýšit až na pět hodin denně. Nadstandartní péči si ovšem klienti musí hradit sami. Jedná se spíše o úkony, které nespádají do zdravotní péče. Většinou se jedná o úkony sociálního charakteru. (Jarošová, 2007).

Chtěli bychom také podotknout, že informace k těmto tématům se příliš nevyskytují v česky psané literatuře. V České republice prozatím není k dispozici příslušná literatura, která by se přímo zaměřovala na tuto problematiku. Většinou se jedná o zahraniční autory.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 HOME CARE, POSKYTOVÁNA OSOBÁM S DYSFAGIEMI NAPŘÍČ JEDNOTLIVÝMI KRAJI

Výzkumné šetření je zaměřeno na zjišťování dostupnosti a kvality domácí péče poskytované osobám s poruchami polykání. Výzkumné šetření probíhalo ve zdravotnických zařízeních, a to v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Dále výzkumné šetření probíhalo v domovech pro seniory a mezi pracovníky Charity České republiky, poskytující domácí péči osobám s poruchami polykání. Dotazníky byly rozeslány do všech krajů České republiky.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se v uvedených zařízeních vyskytují osoby s poruchami polykání a jestli je poskytována domácí péče těmto osobám. Dále bylo cílem zjistit dostupnost a kvalitu poskytované domácí péče osobám s poruchami polykání v daných zařízeních.

Následně jsme komparovali výsledky výzkumného šetření u osob s poruchami polykání a poskytovanou domácí péči v rezortu Ministerstva zdravotnictví České republiky a v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Zda se v daných zařízeních osoby s poruchami polykání vyskytují či nikoli, zda poskytují domácí péči a jestli poskytují domácí péči osobám s poruchami polykání.

V rámci výzkumného šetření bylo stanoveno těchto šest výzkumných otázek:

1. Vyskytují se osoby s dysfagiemi v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné?
2. Vyskytují se osoby s dysfagiemi v domovech pro seniory či v zařízeních nebo v domácnostech, kam docházejí pracovníci Charity České republiky?
3. Poskytují domácí péči osobám s dysfagiemi v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné?
4. Poskytují domácí péči osobám s dysfagiemi v domovech pro seniory nebo spíše pracovníci Charity České republiky?

5. Jaká je dostupnost a kvalita domácí péče poskytovaná osobám s dysfagiemi v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné?

6. Jaká je dostupnost a kvalita domácí péče poskytovaná osobám s dysfagiemi v domovech pro seniory či pracovníky Charity České republiky?

4.2 Metody sběru dat

Data ke zpracování praktické části byla získána pomocí kvantitativní výzkumné metody. Byla zjišťována pomocí dotazníků. Chráska (in Chráska, 2007, s. 163) uvádí, že: *„dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“*

Otázky v dotazníku mohou mít podobu uzavřených (strukturovaných), polouzavřených nebo otevřených (nestrukturovaných) otázek. V rámci uzavřených otázek respondent vybírá z připravených odpovědí. V rámci polouzavřených otázek je respondentovi nabídnuta nabídka jiné odpovědi. V rámci otevřených otázek je úkol respondenta volně odpovědět na připravenou otázku dle svého mínění.

Uzavřené otázky se dle počtu předložených odpovědí dělí na dichotomické, na které existuje vzájemně se vylučující odpověď (Ano-Ne), a na otázky polytomické, u kterých jsou předloženy více než dvě odpovědi. Polytomické otázky se ještě dále dělí na otázky výběrové (výběr jedné z odpovědí), výčtové (výběr více než jedné odpovědi) a stupnicové (seřazení otázek podle určitého kritéria). (Chráska, 2007).

Dotazníky byly vytvořeny celkem dva, které se lišily pouze druhem zařízení. Důvodem byla možnost srovnání poskytované či neposkytované domácí péče v daných zařízeních. Dotazníky byly vytvořeny v elektronické podobě. Otázek v každém dotazníku bylo dohromady osmnáct. Otevřené otázky byly v dotazníku dvě, cílem respondentů bylo volně odpovědět. Polouzavřených otázek bylo pět a uzavřených otázek bylo jedenáct. Mezi otázkami uzavřenými se nacházely jak otázky dichotomické, tak polytomické. Z polytomických otázek šlo konkrétně o otázky výběrové. Dotazníky jsou součástí diplomové práce (viz Příloha č. 1 a Příloha č. 2).

4.3 Organizační zajištění výzkumného šetření

Respondenti ve zdravotnických zařízeních byli vybíráni z adresáře poskytovatelů zdravotních služeb (viz Příloha č. 3) prostřednictvím internetových stránek Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky na webu www.uzis.cz z nabídky publikujeme – adresáře. Respondenti poskytující sociální služby byli vybíráni prostřednictvím internetových stránek na webu www.peceoseniory.cz v nabídce Terénní služby a na internetových stránkách www.charita.cz. Na zmíněných internetových stránkách byla vybrána vhodná zařízení a vybrány vhodné e-mailové adresy, na které byl zaslán odkaz na dotazník. Zařízení byla vybírána napříč všemi kraji České republiky z hlediska záměrného výběru pozice.

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

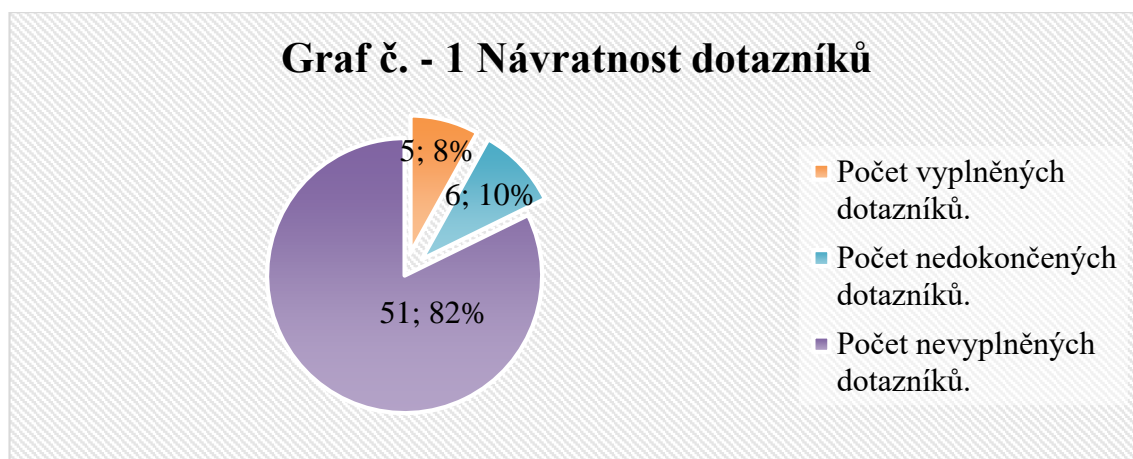
Osloveny byly vrchní sestry a sociální pracovníci pracující v zařízeních nemocnic následné péče, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech pro seniory a pod Charitou České republiky. Respondenti byli vybíráni dle pracovního zařazení v daném zařízení či organizaci. Dotazník obsahoval úvodní seznámení s problematikou a prosbu o jeho vyplnění. Odkaz na dotazník byl zaslán na e-mailové adresy respondentů.

4.5 Výsledky výzkumného šetření

Cílem této podkapitoly je zhodnocení dotazníkového šetření a vyhodnocení všech předkládaných otázek prvního a druhého dotazníku.

Dotazník č. 1 byl rozeslán 62 respondentům do zdravotnických zařízení, a to konkrétně do nemocnic následné péče a do léčeben pro dlouhodobě nemocné. Dotazník vyplnilo jen 5 respondentů, což činí návratnost z 62 rozeslaných dotazníků pouhých 8%. 6 respondentů dotazník nedokončilo, tj. 10%. 51 respondentů dotazník nevyplnilo, tj. 82%. Dotazník byl vyplňován v době od června do srpna 2015.

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků		
Dotazníky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Počet vyplněných dotazníků.	5	8%
Počet nedokončených dotazníků.	6	10%
Počet nevyplněných dotazníků.	51	82%



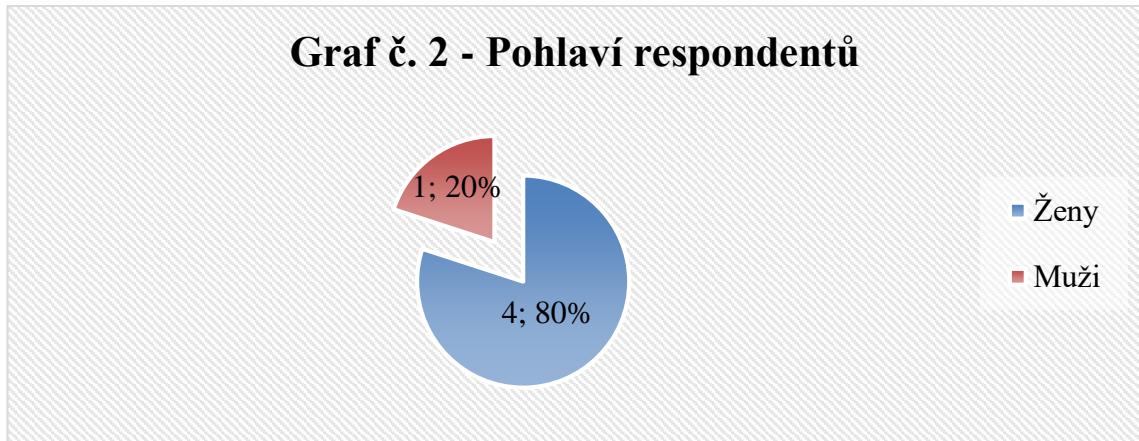
Analýza výsledků prvního výzkumného šetření

Otázka č. 1 – Vaše pohlaví?

Cílem první otázky bylo zjistit pohlaví respondentů, pracujících v daném zařízení. Z grafu č. 2 vyplývá, že dotazník vyplňovalo více žen než mužů. Z celkového počtu 5 vyplněných dotazníků ($N=5$) dotazník vyplnili 4 ženy ($N_1 = 4$, tj. 80%) a pouze 1 muž ($N_2 = 1$, tj. 20%). Zdá se, že v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné pracuje na postu vrchní sestry či sociálního pracovníka více žen než mužů.

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů		
Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	4	80%
Muži	1	20%

Graf č. 2 - Pohlaví respondentů



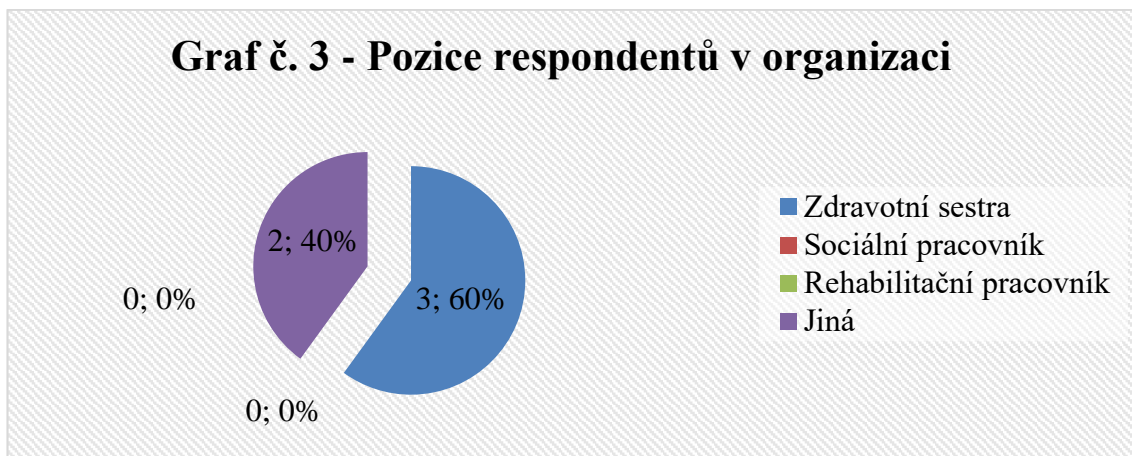
Otázka č. 2 – Vaše pozice v organizaci?

Cílem druhé otázky bylo zjistit pozici respondentů, pracujících v nemocnici následné péče nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Z grafu č. 3 vyplývá, že z celkového počtu 5 vyplněných dotazníků (N=5) dotazník vyplnili tři respondenti na pozici zdravotní sestry (N₁ = 3, tj. 60%), 0 na pozici sociální pracovník (N₂ = 0, tj. 0%) a 0 na pozici rehabilitační pracovník (N₃ = 0, tj. 0%). Z výběru jiné odpovědi (N₄ = 2, tj. 40 %) dotazník vyplnila respondentka na pozici vrchní sestra a respondentka na pozici logopedka.

Tabulka č. 3 Pozice respondentů v organizaci

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní sestra	3	60%
Sociální pracovník	0	0%
Rehabilitační pracovník	0	0%
Jiná	2	40%

Graf č. 3 - Pozice respondentů v organizaci



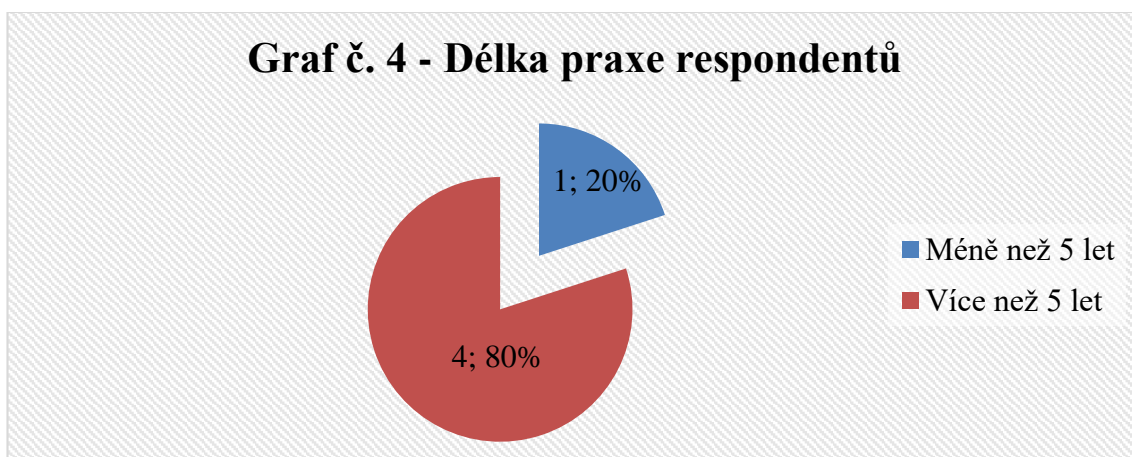
Otázka č. 3 - Délka Vaší praxe?

Cílem třetí otázky bylo zjistit délku praxe respondentů. Z grafu č. 4 vyplývá, že z celkového počtu 5 vyplněných dotazníků (N=5) dotazník vyplnil jeden respondent, který má praxi kratší dobu než pět let ($N_1 = 1$, tj. 20%). Čtyři respondenti uvedli, že mají praxi delší dobu jak pět let ($N_2 = 4$, tj. 80%).

Tabulka č. 4 Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	1	20%
Více než 5 let	4	80%

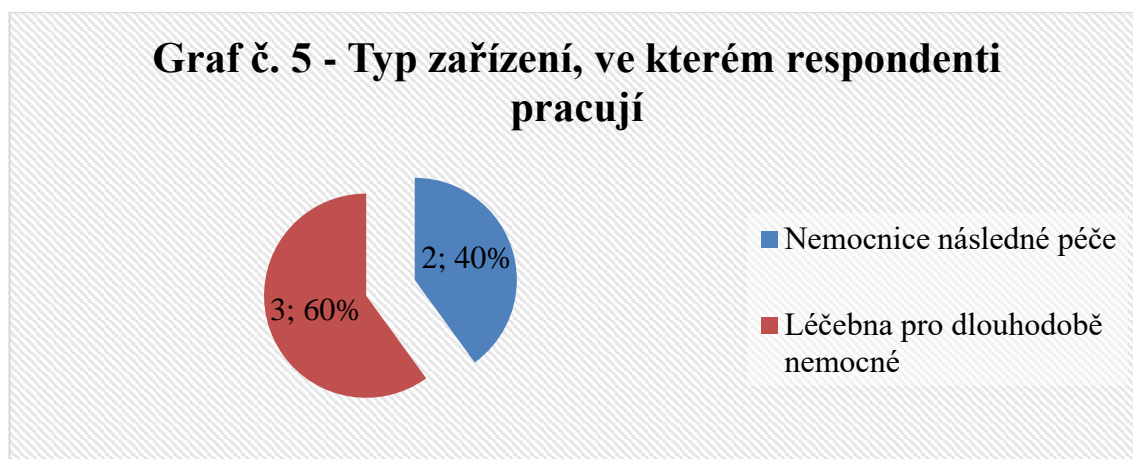
Graf č. 4 - Délka praxe respondentů



Otázka č. 4 – Typ zařízení, ve kterém pracujete?

Cílem čtvrté otázky bylo zjistit druh zařízení, ve kterém respondenti pracují. Z grafu č. 5 vyplývá, že z celkového počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) dotazník vyplnili 2 respondenti pracující v nemocnicích následné péče ($N_1 = 2$, tj. 40%) a 3 pracovníci pracující v léčebnách pro dlouhodobě nemocné ($N_2 = 3$, tj. 60%).

Typ zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nemocnice následné péče	2	40%
Léčebna pro dlouhodobě nemocné	3	60%

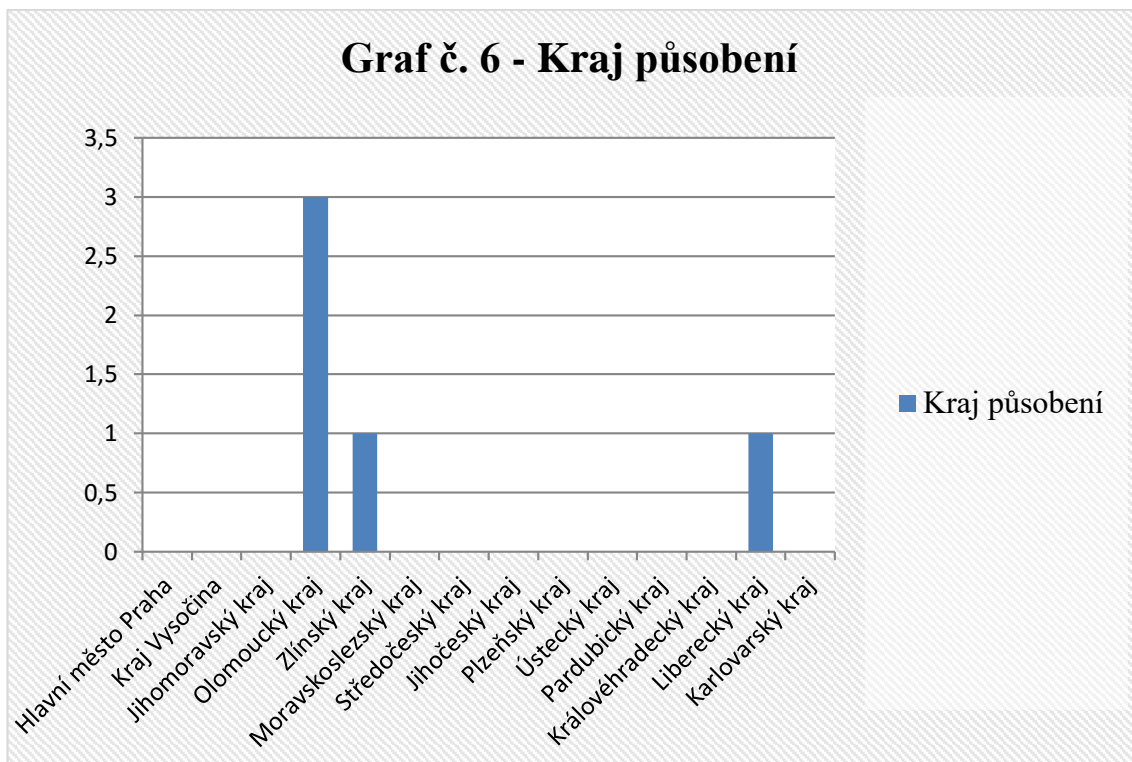


Otázka č. 5 - Kraj, ve kterém působíte?

Cílem páté otázky bylo rozeslání dotazníků do všech krajů České republiky z důvodu celorepublikového šetření a zjištění působnosti zařízení. Z grafu č. 6 však vyplývá, že z celkového počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) dotazník vyplnili pouze 3 respondenti z Olomouckého kraje ($N_1 = 3$, tj. 60%), 1 respondent ze Zlínského kraje ($N_2 = 1$, tj. 20%) a 1 respondent z Libereckého kraje ($N_3 = 1$, tj. 20%). Dotazník nevyplnili respondenti z Jihomoravského kraje ($N_4 = 0$, tj. 0%), z kraje Vysočina ($N_5 = 0$, tj. 0%), z Moravskoslezského kraje ($N_6 = 0$, tj. 0%), ze Středočeského kraje ($N_7 = 0$, tj. 0%),

z Jihočeského kraje ($N_8 = 0$, tj. 0%), z Plzeňského kraje ($N_9 = 0$, tj. 0%), z Ústeckého kraje ($N_{10} = 0$, tj. 0%), z Pardubického kraje ($N_{11} = 0$, tj. 0%), z Královéhradeckého kraje ($N_{12} = 0$, tj. 0%), z kraje Hlavního města Prahy ($N_{13} = 0$, tj. 0%) a z Karlovarského kraje ($N_{14} = 0$, tj. 0%). Z čehož vyplývá, že dotazník vyplnili respondenti pouze ze tří krajů České republiky. Z kraje Olomouckého, Zlínského a Libereckého. Tento fakt nás docela zaskočil.

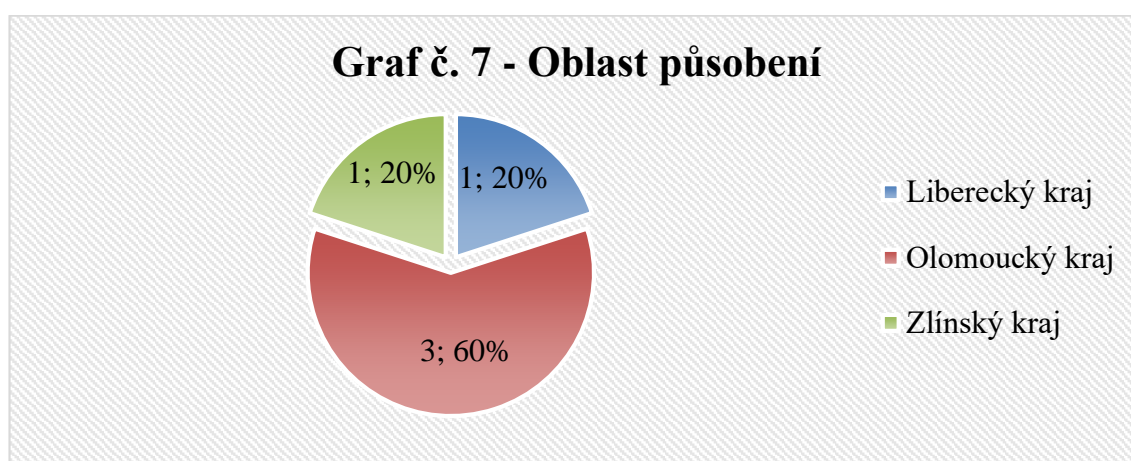
Tabulka č. 6 Kraj působení		
Kraj působení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Olomoucký kraj	3	60%
Zlínský kraj	1	20%
Liberecký kraj	1	20%
Jihomoravský kraj	0	0%
Kraj Vysočina	0	0%
Moravskoslezský kraj	0	0%
Středočeský kraj	0	0%
Jihočeský kraj	0	0%
Plzeňský kraj	0	0%
Ústecký kraj	0	0%
Pardubický kraj	0	0%
Královéhradecký kraj	0	0%
Hlavní město Praha	0	0%
Karlovarský kraj	0	0%



Otázka č. 6 - Oblast působení. Uveďte prosím, jak daleko dojíždíte za klienty?

Cílem šesté otázky bylo zjistit oblast působení pracovníků, jestli pracovníci pracují v místě zařízení, nebo za klienty dojíždějí. Z grafu č. 7 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) odpověděl 1 respondent z Libereckého kraje ($N_1 = 1$, tj. 20%), že za klienty nedojíždí, jelikož poskytují lékařskou a ošetrovatelskou péči přímo na lůžkovém oddělení. Dále odpověděli 3 respondenti z Olomouckého kraje ($N_2 = 3$, tj. 60%), a to že jeden respondent pracuje přímo na odděleních zařízení, dále jeden respondent uvedl, že pracuje přímo v zařízení v Nemocnici Prostějově a jeden respondent odpověděl, že za klienty dojíždí zhruba do vzdálenosti 20 km od místa pracoviště. 1 respondent ze Zlínského kraje ($N_3 = 1$, tj. 20%) nasal, že pracuje v oblasti Vsetínska.

Tabulka č. 7 Oblast působení		
Oblast působení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Za klienty nedojíždíme, poskytujeme lékařskou a ošetrovatelskou péči na lůžkovém oddělení.	1	20%
Pracuji přímo na odděleních zařízení.; Nemocnice Prostějov - v místě.; 20 km od základny.	3	60%
Vsetínsko	1	20%



Otázka č. 7 – Máte ve vašem zařízení osoby s dysfagiemi?

Cílem sedmé otázky bylo zjistit výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních nemocnice následné péče a léčebně pro dlouhodobě nemocné. Z grafu č. 8 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) odpověděli 3 respondenti kladně ($N_1 = 3$, tj. 60%) a 2 respondenti záporně ($N_2 = 2$, tj. 40%). Kladně odpověděli 3 respondenti pracující v léčebnách pro dlouhodobě nemocné ($N_1 = 3$, tj. 60%). Z čehož vyplývá, že v nemocnicích následné péče se osoby s poruchami polykání nevyskytují. ($N_2 = 2$, tj. 40%).

Tabulka č. 8 Výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních		
Výskyt osob s dysfagiemi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	60%
Ne	2	40%

Graf č. 8 - Výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních



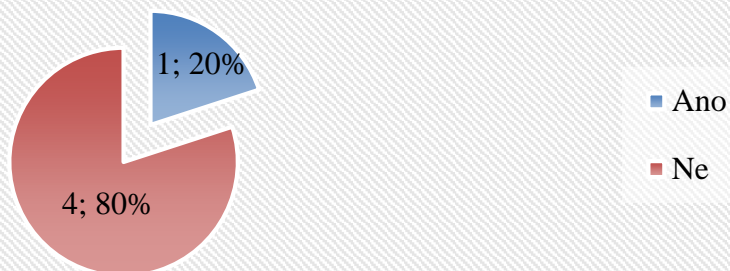
Otázka č. 8 - Poskytujete domácí péči těmto osobám?

Cílem osmé otázky bylo zjistit, zda v daných zařízeních poskytují domácí péči osobám s poruchami polykání. Z grafu č. 9 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) odpověděl pouze 1 respondent, že domácí péči těmto osobám poskytují ($N_1 = 1$, tj. 20%) a 4 respondenti odpověděli, že domácí péči osobám s poruchami polykání neposkytují ($N_2 = 4$, tj. 80%). Z výzkumného šetření vyplývá, že domácí péči osobám s poruchami polykání poskytují v jednom zařízení. Nachází se v léčebně pro dlouhodobě nemocné ve Zlínském kraji. ($N_1 = 1$, tj. 20%).

Tabulka č. 9 Poskytování domácí péče v zařízeních

Poskytujete domácí péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	1	20%
Ne	4	80%

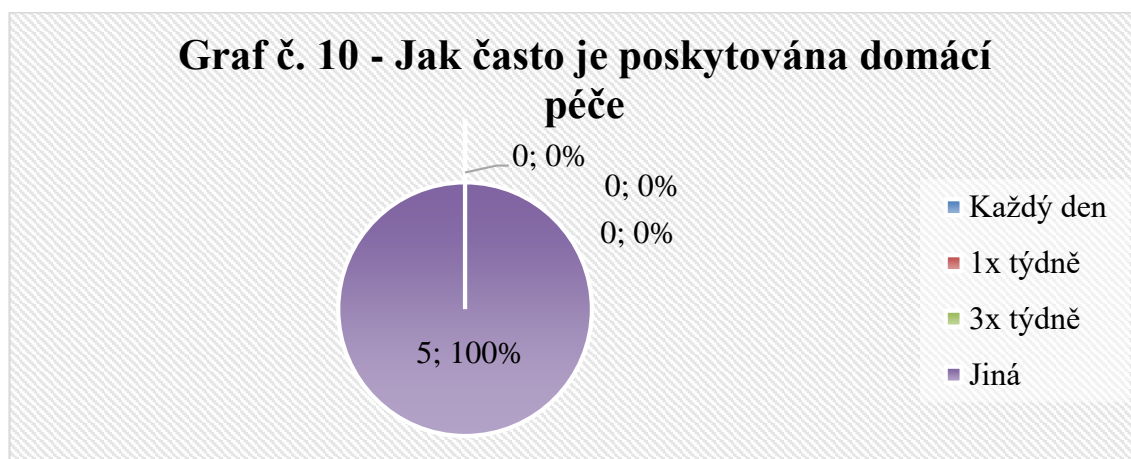
Graf č. 9 - Poskytování domácí péče v zařízeních



Otázka č. 9 - Pokud ano, jak často?

Cílem deváté otázky bylo zjistit, jak často je klientům (pacientům) poskytována domácí péče. Z grafu č. 10 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) odpověď každý den ($N_1 = 0$, tj. 0%), 1x týdně ($N_2 = 0$, tj. 0%), 3x týdně ($N_3 = 0$, tj. 0%) ne zvolil ani jeden respondent. Jinou odpověď zvolilo 5 respondentů. ($N_4 = 5$, tj. 5%). Z předchozího grafu č. 9 vyplývá, že domácí péči osobám s poruchami polykání poskytují pouze v léčebně pro dlouhodobě nemocné ve Zlínském kraji a respondent navíc odpověděl, že neví, jak dlouho je poskytována domácí péče těmto osobám. Čtyři zbývající respondenti odpověděli, že domácí péči v zařízeních těmto osobám neposkytují.

Interval poskytování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	0	0%
1x týdně	0	0%
3x týdně	0	0%
Jiná	5	100%

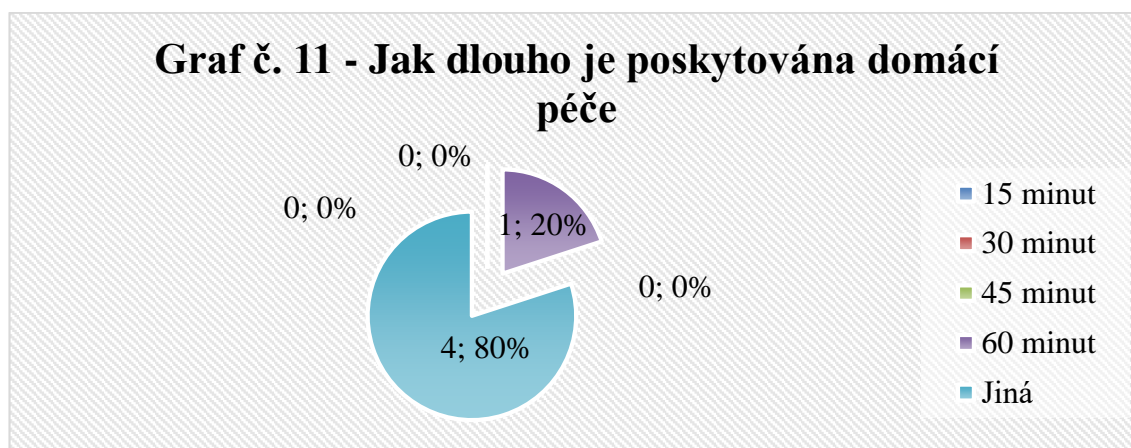


Otázka č. 10 - Jak dlouho?

Cílem desáté otázky bylo zjistit, jak dlouho je poskytována domácí péče klientům. Z grafu č. 11 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) odpověď 15 minut ($N_1 = 0$, tj. 0%), 30 minut ($N_2 = 0$, tj. 0%), 45 minut ($N_3 = 0$, tj. 0%) ne označil ani jeden respondent.

1 respondent uvedl, že domácí péče je poskytována 60 minut ($N_4 = 1$, tj. 20%) a 4 respondenti označili jinou odpověď ($N_5 = 4$, tj. 80%). Z čehož vyplývá, že domácí péči poskytují pouze v jednom zařízení, jak už bylo zmíněno výše. V ostatních zařízeních domácí péči osobám s poruchami polykání neposkytují.

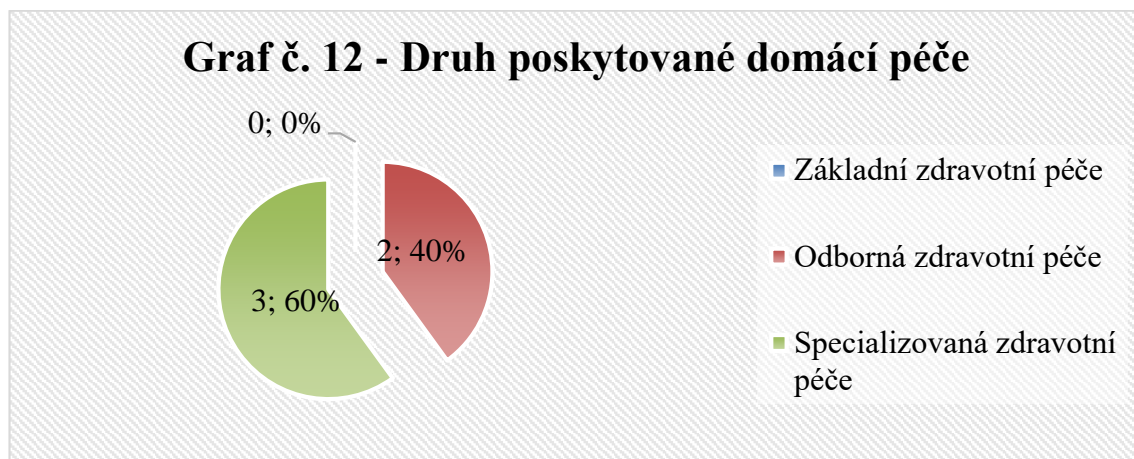
Doba poskytování	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 minut	0	0%
30 minut	0	0%
45 minut	0	0%
60 minut	1	20%
Jiná	4	80%



Otázka č. 11 - Jaký druh domácí péče poskytujete?

Cílem jedenácté otázky bylo zjistit, jaký druh domácí péče je klientům poskytován. Z grafu č. 12 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) základní zdravotní péči ($N_1 = 0$, tj. 0%) v daných zařízeních neposkytují. 2 respondenti uvedli, že klientům poskytují odbornou zdravotní péči ($N_2 = 2$, tj. 40%) a 3 respondenti uvedli, že klientům poskytují specializovanou zdravotní péči ($N_3 = 3$, tj. 60%). Což znamená, že péče je na vyšší úrovni.

Druh poskytované péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní zdravotní péče	0	0%
Odborná zdravotní péče	2	40%
Specializovaná zdravotní péče.	3	60%

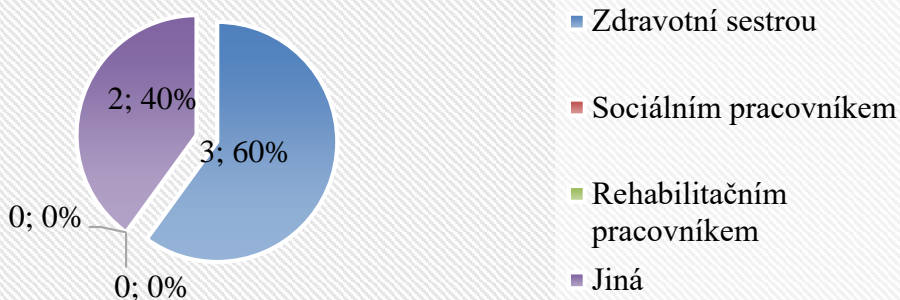


Otázka č. 12 - Kým je domácí péče poskytována?

Cílem dvanácté otázky bylo zjištění, kým je domácí péče poskytována. Z grafu č. 13 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) uvedli 3 respondenti, že domácí péče je poskytována zdravotní sestrou ($N_1 = 3$, tj. 60%). Odpověď sociálním pracovníkem ($N_2 = 0$, tj. 0%) a rehabilitačním pracovníkem ($N_3 = 0$, tj. 0%) označilo 0 respondentů. Jinou odpověď ($N_4 = 2$, tj. 40 %) označili 2 respondenti. Z jiné odpovědi 1 respondent uvedl, že domácí péči zařizuje dle potřeby sociální pracovnice a 1 respondent uvedl, že domácí péči poskytuje logoped.

Kým je péče poskytována	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní sestrou	3	60%
Sociálním pracovníkem	0	0%
Rehabilitačním pracovníkem	0	0%
Jiná	2	40%

Graf č. 13 - Kým je domácí péče poskytována



Otázka č. 13 - Je plně hrazena ze zdravotního pojištění?

Cílem třinácté otázky bylo zjištění, jestli je poskytovaná domácí péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Z grafu č. 14 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků (N=5) odpověděli 4 respondenti ano (N₁ = 4, tj. 80%) a 1 respondent odpověděl ne (N₂ = 1, tj. 20%). Z tohoto vyplývá, že ve většině zařízení je domácí péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění a pouze v jednom zařízení není domácí péče z tohoto pojištění hrazena.

Tabulka č. 14 Financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění

Je hrazena ze zdravotního pojištění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	80%
Ne	1	20%

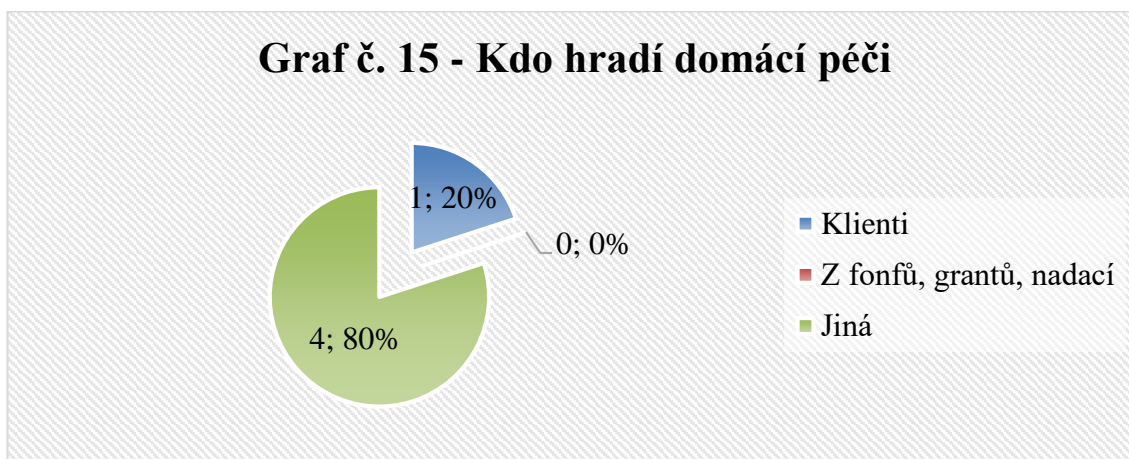
Graf č. 14 - Financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění



Otázka č. 14 - Pokud nehradí domácí péči zdravotní pojišťovny, kdo ji hradí?

Cílem čtrnácté otázky bylo zjistit, kdo hradí domácí péči, jestliže není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Z grafu č. 15 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) označil 1 respondent, že domácí péče je hrazena klientem ($N_1 = 1$, tj. 20%), odpověď z fondů, grantů, nadací uvedlo 0 respondentů ($N_2 = 0$, tj. 0%) a 4 respondenti označili jinou odpověď ($N_3 = 4$, tj. 80%). Z předchozího grafu č. 14 vyplývá, že 4 respondenti uvedli, že domácí péče je hrazena ze zdravotního pojištění ($N_1 = 4$, tj. 80%).

Kým je péče hrazena	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klienti	1	20%
Z fondů, grantů, nadací	0	0%
Jiná	4	80%

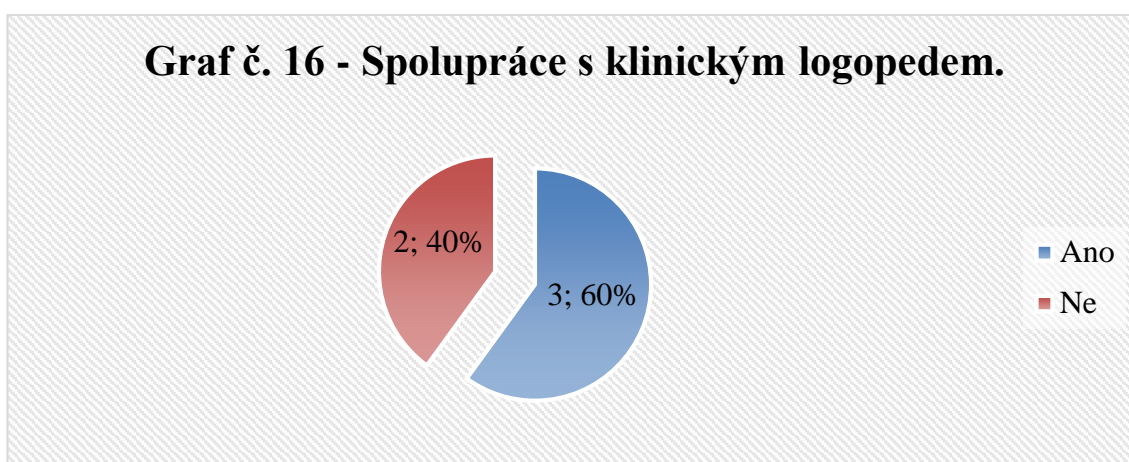


Otázka č. 15 - Spolupracujete v rámci oddělení s klinickým logopedem?

Cílem patnácté otázky bylo zjistit, jestli v rámci oddělení či zařízení spolupracují s klinickým logopedem v rámci diagnózy dysfagie. Z grafu č. 16 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) uvedli 3 respondenti ano ($N_1 = 3$, tj. 60%) a 2 respondenti ne ($N_2 = 2$, tj. 40%). Z čehož vyplývá, že ve třech z pěti zařízení spolupracují v rámci diagnózy dysfagie s klinickým logopedem. Klinický logoped by měl být součástí každého týmu

odborníků, jelikož léčba by měla probíhat interdisciplinárně. Klinický logoped by měl být schopen zhodnotit stav a navrhnout vhodnou léčbu.

Tabulka č. 16 Spolupráce s klinickým logopedem		
Spolupráce s klinickým logopedem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	60%
Ne	2	40%



Otázka č. 16 - Konzultujete výběr stravy s nutričním terapeutem?

Cílem šestnácté otázky bylo zjištění, zda v daných zařízeních konzultují výběr vhodné stravy s nutričním terapeutem. Z grafu č. 17 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) uvedlo 5 respondentů ano ($N_1 = 5$, tj. 100%). 0 respondentů uvedlo ne ($N_2 = 0$, tj. 0%). Z čehož vyplývá, že ve všech zařízeních spolupracují s nutričním terapeutem. Což si myslíme, že je velmi dobré, jelikož nutriční terapeut přizpůsobí stravu individuálně každému pacientovi.

Tabulka č. 17 Konzultace stravy s nutričním terapeutem		
Konzultace s nutričním terapeutem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	100%
Ne	0	0%

Graf č. 17 - Konzultace stravy s nutričním terapeutem



Otázka č. 17 - **Používáte speciální pomůcky při krmení osob s dysfagiemi?**

Cílem sedmnácté otázky bylo zjištění, jestli při krmení osob s poruchami polykání využívají některé speciální pomůcky. Z grafu č. 18 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) uvedli 2 respondenti ano ($N_1 = 2$, tj. 40%) a 3 respondenti ne ($N_2 = 3$, tj. 60%). Z tohoto vyplývá, že z pěti zařízení ($N = 5$) používají speciální pomůcky jen ve dvou zařízeních ($N_1 = 2$, tj. 40%).

Tabulka č. 18 Používání speciálních pomůcek

Využívání speciálních pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	2	40%
Ne	3	60%

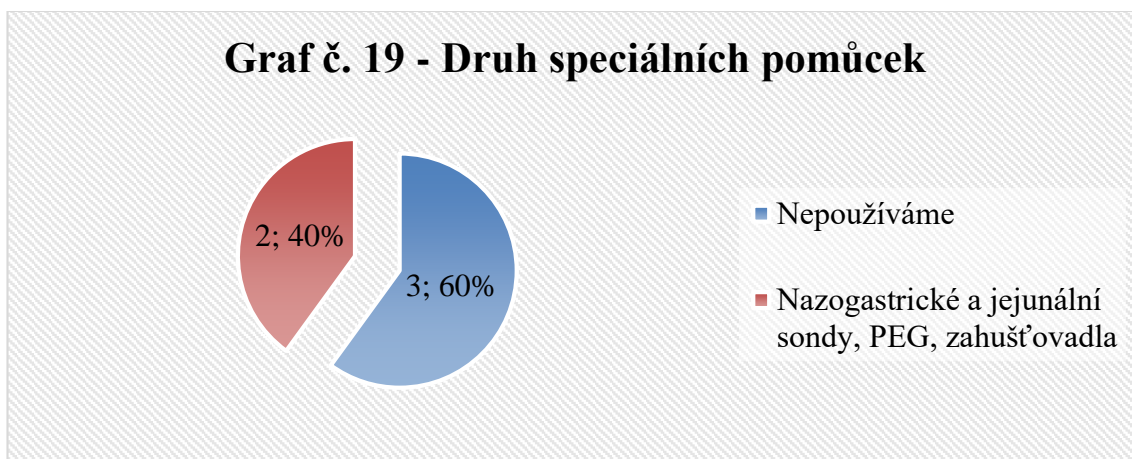
Graf č. 18 - Používání speciálních pomůcek



Otázka č. 18 - **Pokud ano, jaké? Vypište, prosím.**

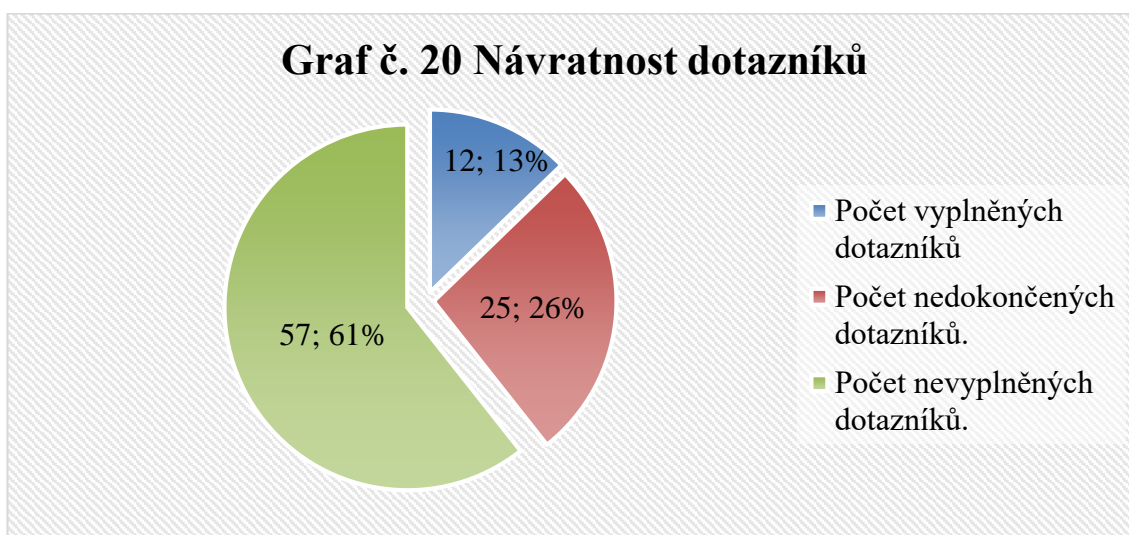
Cílem osmnácté otázky bylo úkolem respondentů vypsání využívaných speciálních pomůcek, zda je ovšem používají. Z grafu č. 19 vyplývá, že z počtu 5 vyplněných dotazníků ($N = 5$) uvedli 3 respondenti, že speciální pomůcky nepoužívají ($N_1 = 3$, tj. 60%) a 2 respondenti uvedli, že speciální pomůcky používají, a to zejména nazogastrické a jejunální sondy, PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) nebo zahušťovadla ($N_2 = 2$, tj. 40%). Což nás ale překvapilo, že v žádném zařízení nepoužívají speciální lžíce, lahve, či hrnky.

Druh speciálních pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepoužíváme	3	60%
Nazogastrické a jejunální sondy, PEG, zahušťovadla	2	40%



Dotazník č. 2 byl rozeslán 94 respondentům do zařízení či organizace poskytující sociální služby, do domovů pro seniory a pracovníkům Charity České republiky. Dotazníky byly rozeslány do všech krajů České republiky. Dotazník vyplnilo pouhých 12 respondentů, což činí návratnost z 94 rozeslaných dotazníků 13%. 25 respondentů dotazník nedokončilo, tj. 26%. 57 respondentů dotazník nevyplnilo, tj. 61%. Dotazník byl vyplňován v době od července do září 2015.

Tabulka č. 20 Návratnost dotazníků		
Dotazníky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Počet vyplněných dotazníků.	12	13%
Počet nedokončených dotazníků.	25	26%
Počet nevyplněných dotazníků.	57	61%

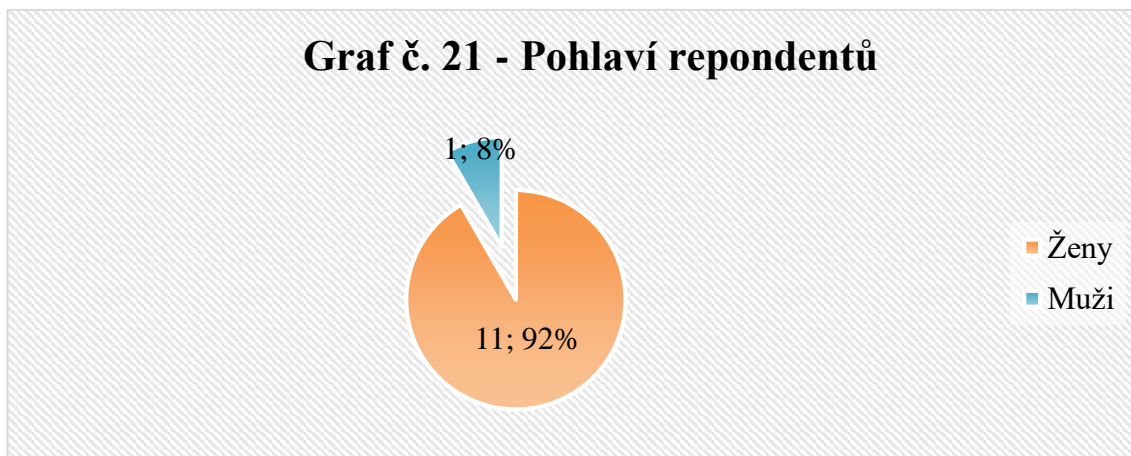


Analýza výsledků druhého výzkumného šetření

Otázka č. 1 - Vaše pohlaví?

Cílem první otázky druhého dotazníku bylo zjistit pohlaví respondentů, pracujících v daném zařízení. Z grafu č. 21 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) dotazník vyplnilo 11 žen ($N_1 = 11$, tj. 92%) a pouze 1 muž ($N_2 = 1$, tj. 8%). Zdá se tedy, že v domovech pro seniory a pod Charitou České republiky pracuje na pozici vrchní sestry či sociálního pracovníka více žen než mužů.

Tabulka č. 21 Pohlaví respondentů		
Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	11	92%
Muži	1	8%

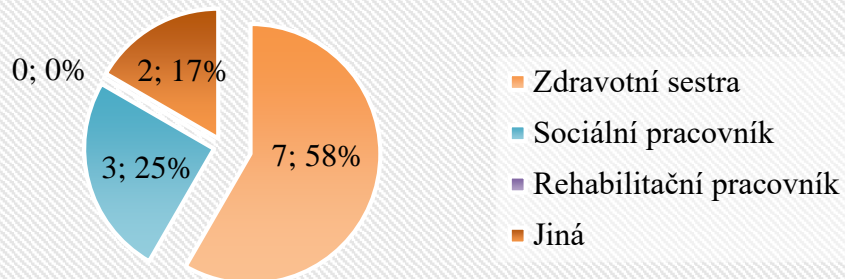


Otázka č. 2 - Vaše pozice v organizaci?

Cílem druhé otázky druhého dotazníku bylo zjištění pracovní pozice respondentů v organizaci či v daném zařízení. Z grafu č. 22 vyplývá, že dotazník vyplnilo sedm respondentů na pozici zdravotní sestry ($N_1 = 7$, tj. 58%), 3 respondenti na pozici sociální pracovník ($N_2 = 3$, tj. 25%) a 0 respondentů na pozici rehabilitační pracovník ($N_3 = 0$, tj. 0%) a 2 respondenti zvolili jinou odpověď ($N_4 = 2$, tj. 17%). Jeden respondent uvedl pozici vedoucí pobytové služby – zdravotní sestra a sociální pracovník v jedné osobě a jedna respondentka uvedla pozici ředitelka, koordinátorka.

Tabulka č. 22 Pozice respondentů v organizaci, v zařízení		
Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní sestra	7	58%
Sociální pracovník	3	25%
Rehabilitační pracovník	0	0%
Jiná	2	17%

Graf č. 22 - Pozice respondentů v organizaci, v zařízení



Otázka č. 3 - Délka Vaší praxe?

Cílem třetí otázky druhého dotazníku bylo zjištění délky praxe respondentů v zařízeních či v organizaci. Z grafu č. 23 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) dotazník vyplnil 1 respondent, který má praxi kratší dobu než 5 let ($N_1 = 1$, tj. 8%) a 11 respondentů, kteří mají praxi delší dobu než 5 let ($N_2 = 11$, tj. 92%). Z čehož vyplývá, že většina respondentů bude mít dobré zkušenosti.

Tabulka č. 23 Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	1	8%
Více než 5 let	11	92%

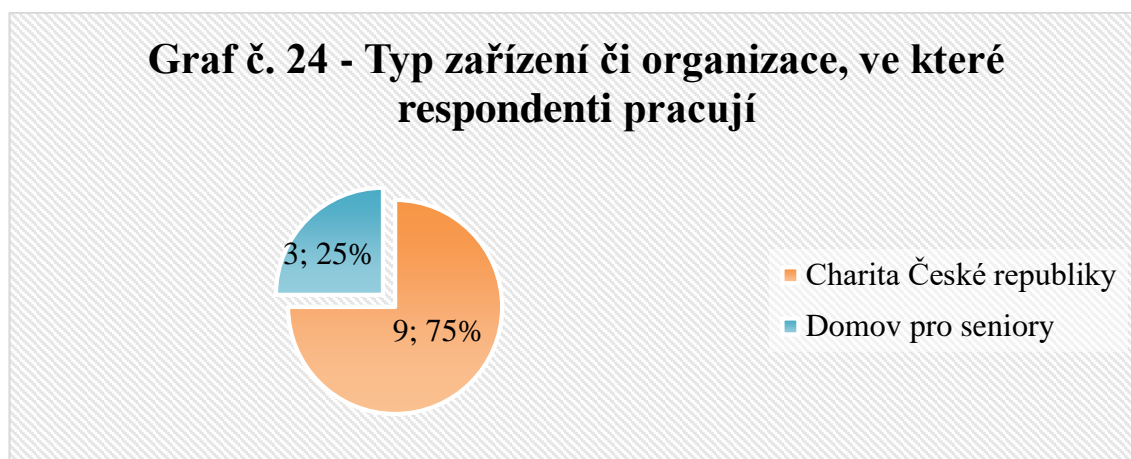
Graf č. 23 - Délka praxe respondentů



Otázka č. 4 - Typ zařízení či organizace, ve které pracujete?

Cílem čtvrté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, ve kterém zařízení či v jaké organizaci respondenti pracují. Z grafu č. 24 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků (N = 12) dotazník vyplnilo devět pracovníků, kteří pracují pod Charitou České republiky (N₁ = 9, tj. 75 %) a 3 pracovníci, kteří pracují v domově pro seniory N₂ = 3, tj. 25%). To znamená, že dotazník vyplnilo více pracovníků pracujících pod Charitou České republiky.

Typ zařízení, organizace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Charita České republiky	9	75%
Domov pro seniory	3	25%

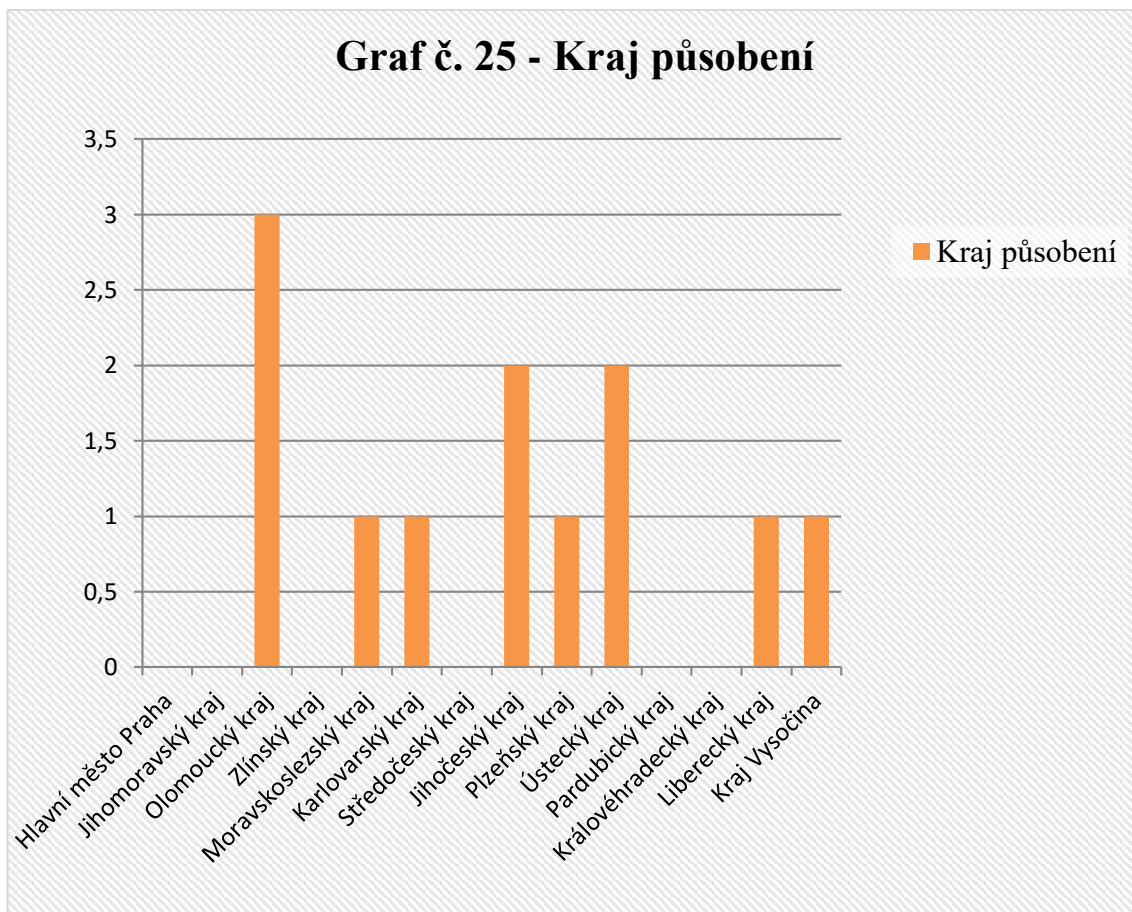


Otázka č. 5 - Kraj, ve kterém působíte?

Cílem páté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, ve kterém kraji respondenti pracují. Z grafu č. 25 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků (N = 12) dotazník vyplnili 3 respondenti pracující v Olomouckém kraji (N₁ = 3, tj. 25%), 2 respondenti pracující v Jihočeském kraji (N₂ = 2, tj. 17%), 2 respondenti pracující v Ústeckém kraji (N₃ = 2, tj. 17%), 1 respondent pracující v Moravskoslezském kraji (N₄ = 1, tj. 9%), 1 respondent pracující v Karlovarském kraji (N₅ = 1, tj. 8%), 1 respondent pracující v Plzeňském kraji (N₆ = 1, tj. 8%), 1 respondent pracující v Libereckém kraji (N₇ = 1, tj. 8%) a 1 respondent pracující v kraji

Vysočina ($N_8 = 1$, tj. 8%). Dotazník nevyplnili respondenti pracující v kraji Hlavního města Prahy ($N_9 = 0$, tj. 0%), ve Středočeském kraji ($N_{10} = 0$, tj. 0%), v Královéhradeckém kraji ($N_{11} = 0$, tj. 0%), v Pardubickém kraji ($N_{12} = 0$, tj. 0%), ve Zlínském kraji ($N_{13} = 0$, tj. 0%) a v Jihomoravském kraji ($N_{14} = 0$, tj. 0%). Z čehož vyplývá, že dotazník vyplnili respondenti pracující pouze v osmi krajích České republiky. V kraji Olomouckém, Jihočeském, Ústeckém, Moravskoslezském, Karlovarském, Plzeňském, Libereckém a v kraji Vysočina. Nejvíce respondentů odpovědělo z Olomouckého kraje ($N_1 = 3$, tj. 25%).

Kraj působení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Olomoucký kraj	3	25%
Jihočeský kraj	2	17%
Ústecký kraj	2	17%
Moravskoslezský kraj	1	9%
Karlovarský kraj	1	8%
Plzeňský kraj	1	8%
Liberecký kraj	1	8%
Kraj Vysočina	1	8%
Hlavní město Praha	0	0%
Středočeský kraj	0	0%
Královéhradecký kraj	0	0%
Pardubický kraj	0	0%
Zlínský kraj	0	0%
Jihomoravský kraj	0	0%

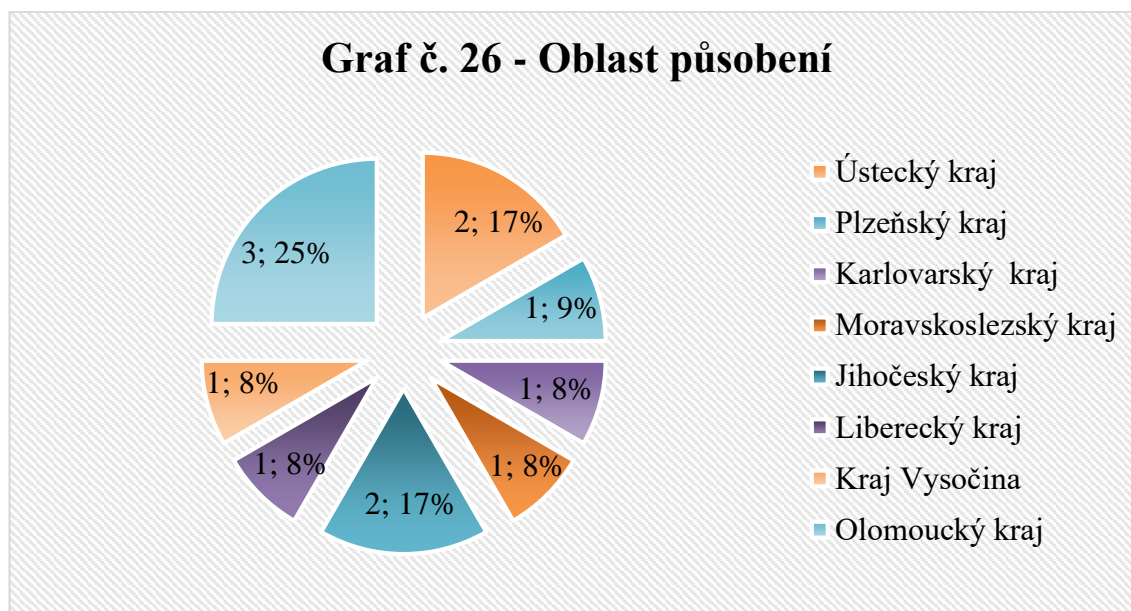


Otázka č. 6 - Oblast působení, uveďte prosím, jak daleko dojíždíte za klienty?

Cílem šesté otázky druhého dotazníku bylo úkolem respondentů vypsát jejich oblast působení, jak daleko dojíždějí za svými klienty, popřípadě zda pracují v místě zařízení. Z grafu č. 26 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) odpověděli 3 respondenti z Olomouckého kraje ($N_1 = 3$, tj. 25%). Jeden respondent napsal, že za klienty jezdí v rozsahu 30 km od místa pracoviště. Dále jeden respondent uvedl, že za klienty jezdí po Šumpersku a Hanušovicku cca do vzdálenosti 20 km a 1 respondent uvedl, že za klienty nedojíždí. 2 respondenti odpověděli z Ústeckého kraje ($N_2 = 2$, tj. 17%). Jeden respondent odpověděl, že za klienty jezdí v okolí 27 km od pracoviště a jeden respondent uvedl, že pracuje v místě zařízení. 2 respondenti odpověděli z Jihočeského kraje ($N_3 = 2$, tj. 17%) a to že, jeden respondent uvedl, že za klienty dojíždí v rozsahu 25 km od místa zařízení a jeden respondent uvedl, že jejich organizace poskytuje sociální a zdravotní péči v pobytovém zařízení. 1 respondent z Plzeňského kraje ($N_4 = 1$, tj. 9%) napsal, že za klienty jezdí v rozsahu 20 km od místa pracoviště. 1 respondent z Karlovarského kraje ($N_5 = 1$, tj. 8%) uvedl, že

za klienty jezdí v rámci ORP Sokolov. 1 respondent z Moravskoslezského kraje ($N_6 = 1$, tj. 8%) uvedl, že za klienty jezdí po Opavě a jejím okolí ve vzdálenosti 15 km. 1 respondent z Libereckého kraje ($N_7 = 1$, tj. 8%) uvedl, že za klienty jezdí po Liberci a jeho okolí 10-15 km a 1 respondent z kraje Vysočina ($N_8 = 1$, tj. 8%) uvedl, že za klienty jezdí v rozsahu 30 km od Pelhřimova – Pelhřimovsko, Pacovsko, Kamenicko a Žirovnicko.

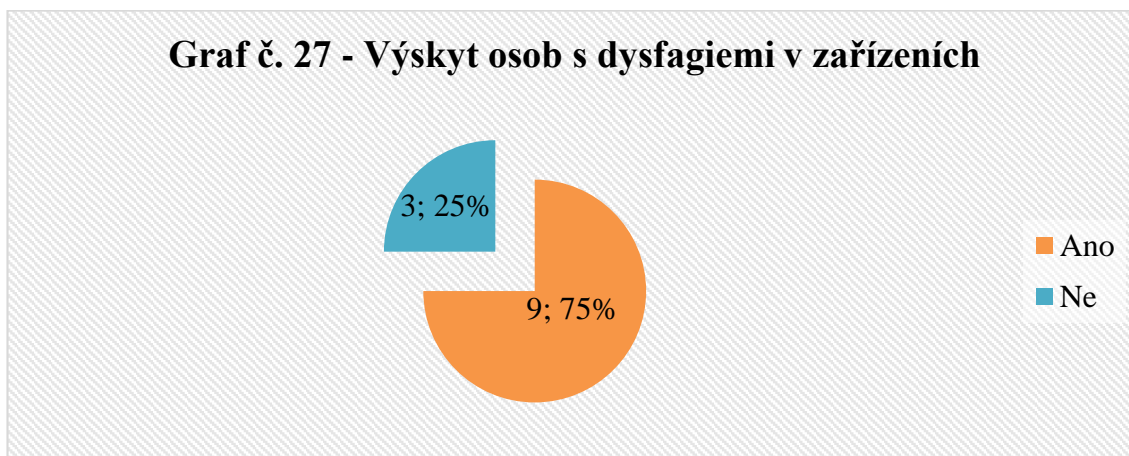
Oblast působení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozsah 30 km; Šumpersko – Hanušovicko, přibližně do 20km; Za klienty nedojíždíme.	3	25%
Okolí 27 km.; V místě.	2	17%
Do 25 km.; Naše organizace poskytuje sociální a zdravotní péči v pobytovém zařízení.	2	17%
20 km od základny.	1	9%
Bývalý okres Sokolov, dnes ORP Sokolov.	1	8%
Opava a 15 km okolí.	1	8%
Město Liberec, max. 10-15 km.	1	8%
Rozsah cca 30 km od Pelhřimova. (Pelhřimovsko, Pacovsko, Kamenicko, Žirovnicko).	1	8%



Otázka č. 7 - Máte ve vašem zařízení osoby s dysfagiemi?

Cílem sedmé otázky druhého dotazníku bylo zjistit, zda v daných zařízeních mají osoby s dysfagiemi, či se pracovníci Charity ČR starají o tyto osoby. Z grafu č. 27 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků (N = 12) 9 respondentů uvedlo ano (N₁ = 9, tj. 75%) a 3 respondenti uvedli ne (N₂ = 3, tj. 25%). Osoby s dysfagiemi se vyskytují v domovech pro seniory v Ústeckém a Jihočeském kraji. Pracovníci Charity České republiky pečují o osoby s dysfagiemi ve třech zařízeních v Olomouckém kraji. O osoby s dysfagiemi pečují pracovníci Charity ČR v Ústeckém, Plzeňském, Karlovarském a v Moravskoslezském kraji. Z čehož vyplývá, že k osobám s poruchami polykání jezdí většinou pracovníci Charity České republiky.

Tabulka č. 27 Výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních		
Výskyt osob s dysfagiemi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	75%
Ne	3	25%

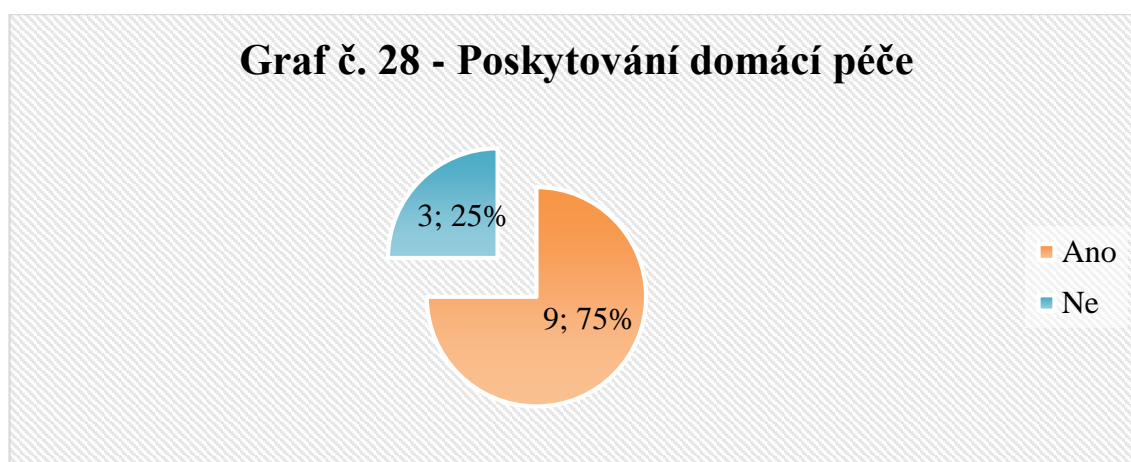


Otázka č. 8 - Poskytujete domácí péči těmto osobám?

Cílem osmé otázky druhého dotazníku bylo zjistit, zda v domovech pro seniory či pracovníci charity poskytují osobám s dysfagiemi domácí péči. Z grafu č. 28 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků (N = 12) 9 respondentů uvedlo ano (N₁ = 9, tj. 75%) a 3 respondenti uvedli ne (N₂ = 3, tj. 25%). Domácí péči osobám s dysfagiemi poskytují pracovníci Charity ČR v Olomouckém kraji, Ústeckém kraji, Plzeňském kraji, Karlovarském,

Moravskoslezském a v kraji Vysočina. Domácí péči osobám s dysfagiemi poskytují v domově pro seniory v Ústeckém kraji.

Tabulka č. 28 Poskytování domácí péče		
Poskytujete domácí péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	75%
Ne	3	25%

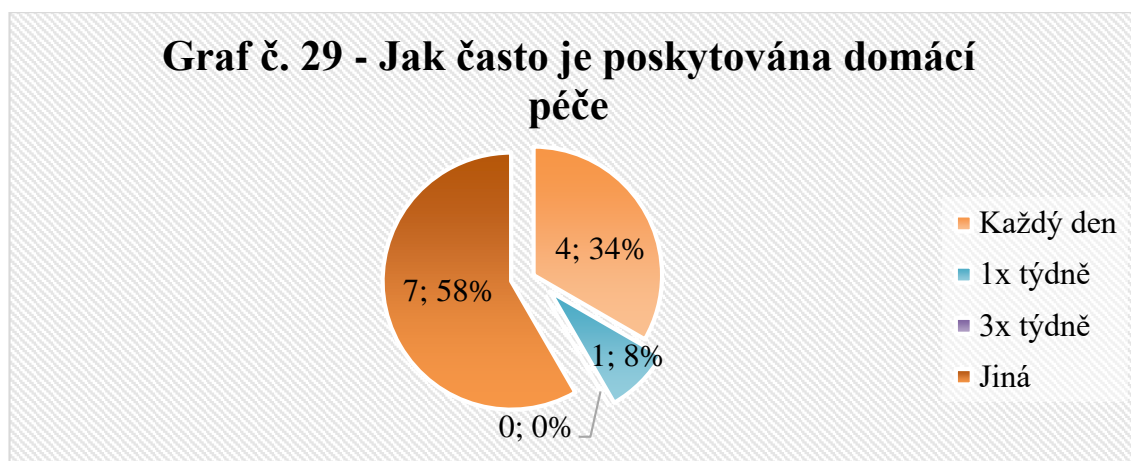


Otázka č. 9 - Pokud ano, jak často?

Cílem deváté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, jak často je domácí péče poskytována osobám s dysfagiemi. Z grafu č. 29 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) 4 respondenti uvedli, že poskytují domácí péči každý den ($N_1 = 4$, tj. 34%), 1 respondent uvedl, že domácí péči poskytují 1x týdně ($N_2 = 1$, tj. 8%), 0 respondentů uvedlo 3x týdně ($N_3 = 0$, tj. 0%) a 7 respondentů označilo jinou odpověď ($N_4 = 7$, tj. 58%). Z předchozího grafu vyplývá, že tři respondenti uvedli, že domácí péči osobám s dysfagiemi neposkytují a tři respondenti uvedli, že domácí péče je poskytována dle potřeby. Jeden respondent uvedl, že domácí péče je poskytována nepravidelně.

Tabulka č. 29 Jak často je poskytována domácí péče

Interval poskytování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	4	34%
1x týdně	1	8%
3x týdně	0	0%
Jiná	7	58%

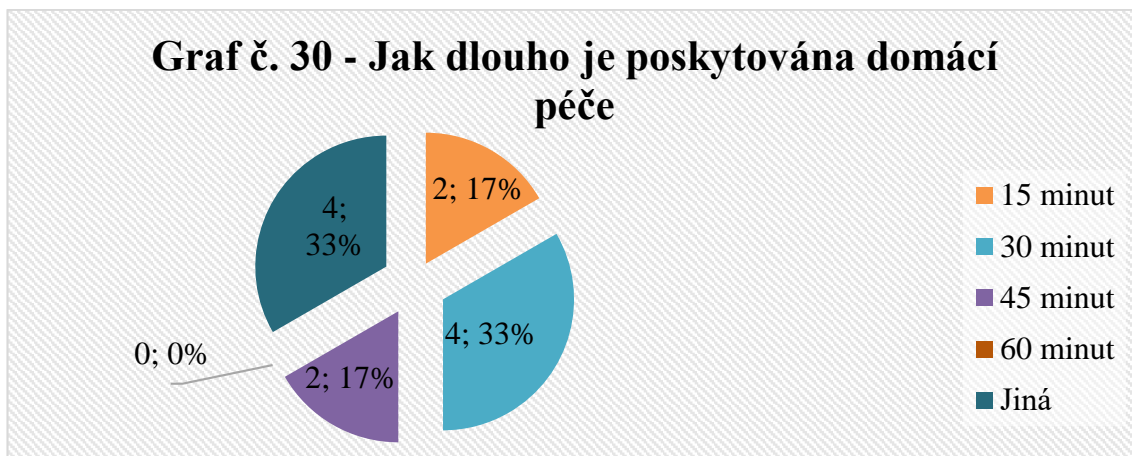


Otázka č. 10 - **Jak dlouho?**

Cílem desáté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, jak dlouho je klientům domácí péče poskytována. Z grafu č. 30 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) uvedli 2 respondenti, že domácí péče je osobám s dysfagiemi poskytována 15 minut ($N_1 = 2$, tj. 17%), 4 respondenti uvedli 30 minut ($N_2 = 4$, tj. 33%), 2 respondenti uvedli 45 minut ($N_3 = 2$, tj. 17%), 0 respondentů uvedlo 60 minut ($N_4 = 0$, tj. 0%) a 4 respondenti uvedli jinou odpověď ($N_5 = 4$, tj. 33%). Tři respondenti uvedli, že domácí péči neposkytují a jeden respondent uvedl, že je domácí péče poskytována v intervalu 30-45 minut.

Tabulka č. 30 Jak dlouho je poskytována domácí péče

Doba poskytování	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 minut	2	17%
30 minut	4	33%
45 minut	2	17%
60 minut	0	0%
Jiná	4	33%

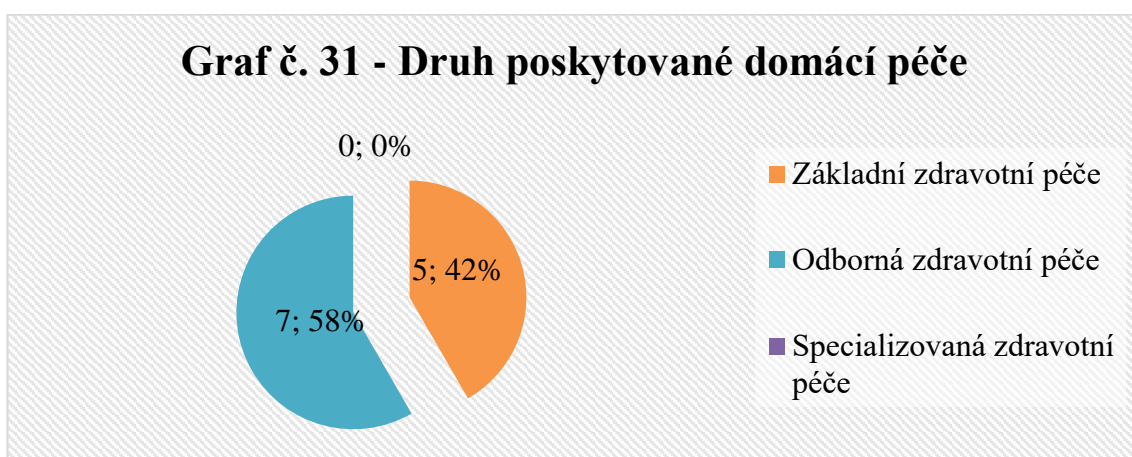


Otázka č. 11 - Jaký druh domácí péče poskytujete?

Cílem jedenácté otázky druhého dotazníku bylo zjistit druh poskytované domácí péče. Z grafu č. 31 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) uvedlo 5 respondentů, že poskytují základní zdravotní péči ($N_1 = 5$, tj. 42%) a 7 respondentů odbornou zdravotní péči ($N_2 = 7$, tj. 58%) Specializovanou zdravotní péči ($N_3 = 0$, tj. 0%) uvedlo 0 respondentů. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že v zařízeních poskytujících sociální služby není poskytována specializovaná zdravotní péče na rozdíl od zdravotnických zařízení.

Tabulka č. 31 Druh poskytované domácí péče

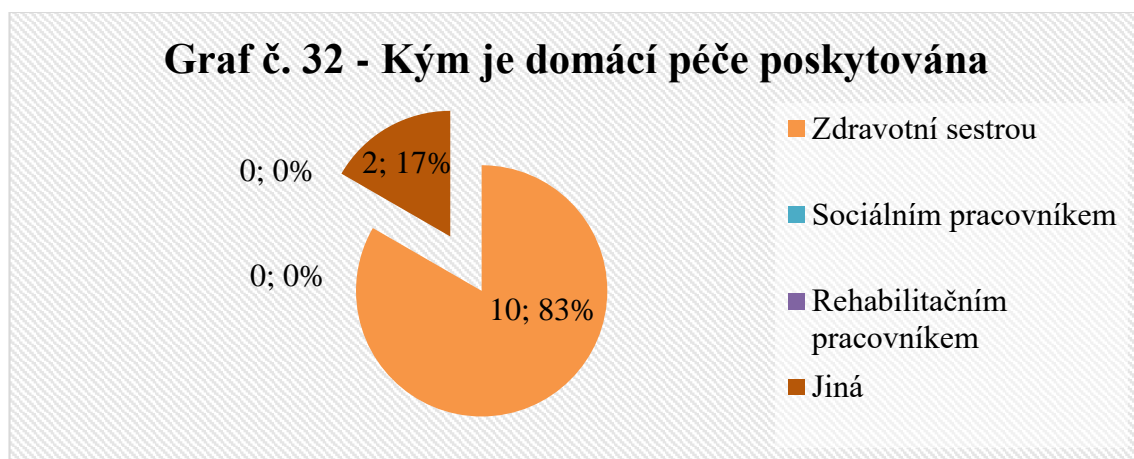
Druh poskytované péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní zdravotní péče	5	42%
Odborná zdravotní péče	7	58%
Specializovaná zdravotní péče.	0	0%



Otázka č. 12 - Kým je domácí péče poskytována?

Cílem dvanácté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, kým je domácí péče poskytována. Z grafu č. 32 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) uvedlo 10 respondentů, že domácí péči poskytují zdravotní sestry ($N_1 = 10$, tj. 83%). 0 respondentů uvedlo sociální pracovník ($N_2 = 0$, tj. 0%) a rehabilitační pracovník ($N_3 = 0$, tj. 0%). 2 respondenti označili jinou odpověď ($N_4 = 2$, tj. 17%). Jeden respondent odpověděl, že domácí péči neposkytují a jeden respondent uvedl, že domácí péče je poskytována všemi zmíněnými. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že domácí péče je většinou poskytována zdravotními sestrami.

Kým je poskytována	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní sestrou	10	83%
Sociálním pracovníkem	0	0%
Rehabilitačním pracovníkem	0	0%
Jiná	2	17%

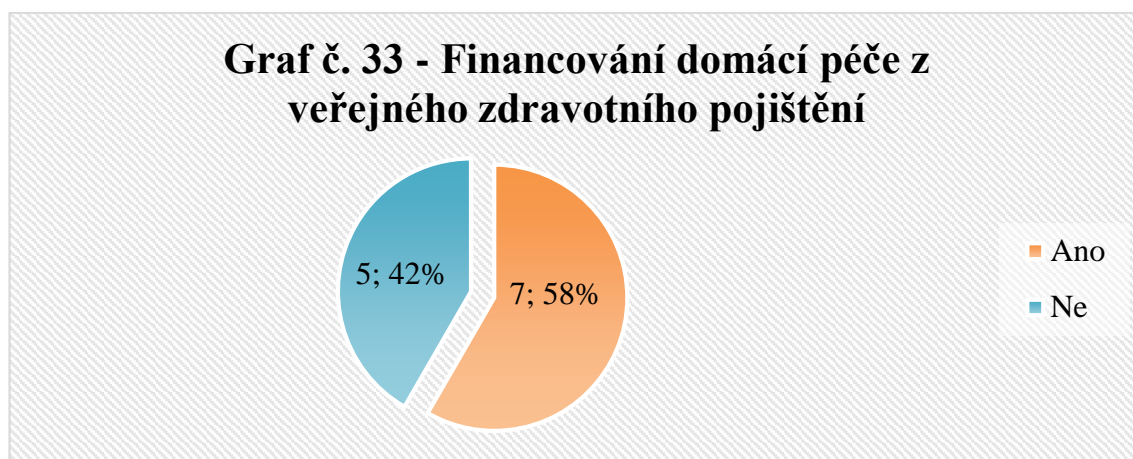


Otázka č. 13 - Je plně hrazena ze zdravotního pojištění?

Cílem třinácté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, zda je domácí péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Z grafu č. 33 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných

dotazníků (N = 12) uvedlo 7 respondentů ano ($N_1 = 7$, tj. 58%) a 5 respondentů ne ($N_2 = 5$, tj. 42%). Z čehož vyplývá, že domácí péče je většinou hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka č. 33 Financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění		
Financování ze zdravotního pojištění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	58%
Ne	5	42%

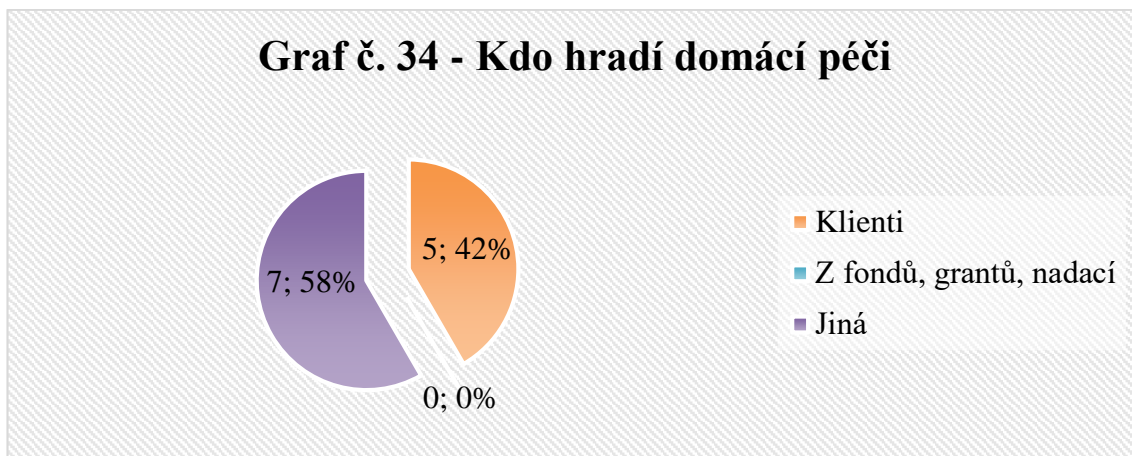


Otázka č. 14 - Pokud nehradí domácí péči zdravotní pojišťovny, kdo ji hradí?

Cílem čtrnácté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, kdo hradí domácí péči klientům, když není péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Z grafu č. 34 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků (N = 12) uvedlo 5 respondentů, že domácí péči si hradí klienti sami ($N_1 = 5$, tj. 42%), volbu z fondů, grantů, nadací ($N_2 = 0$, tj. 0%) uvedlo 0 respondentů a 7 respondentů uvedlo jinou odpověď ($N_3 = 7$, tj. 58%). Z informací tedy je zřejmé, že v pěti případech si domácí péči hradí klienti sami.

Tabulka č. 34 Kdo hradí domácí péči		
Kdo hradí domácí péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klienti	5	42%
Z fondů, grantů, nadací	0	0%
Jiná	7	58%

Graf č. 34 - Kdo hradí domácí péči



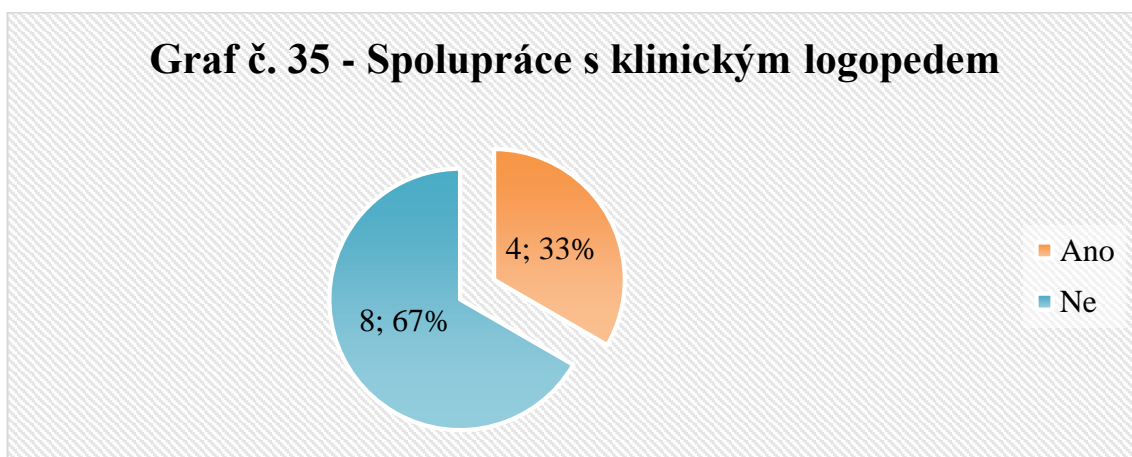
Otázka č. 15 - Spolupracujete v rámci zařízení s klinickým logopedem?

Cílem patnácté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, zda pracovníci spolupracují s klinickým logopedem, v rámci onemocnění dysfagie. Z grafu č. 35 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) pouze 4 respondenti označili odpověď ano ($N_1 = 4$, tj. 33%) a 8 respondentů označilo odpověď ne ($N_2 = 8$, tj. 67%). Z čehož vyplývá, že pouze 4 zmínění respondenti uvedli, že spolupracují s klinickým logopedem. Domníváme se, že klinický logoped by měl být součástí skupiny odborníků u pacientů s poruchami polykání. Klinický logoped zhodnotí stav klienta, stanoví diagnózu a navrhne postup léčby.

Tabulka č. 35 Spolupráce s klinickým logopedem

Spolupráce s klinickým logopedem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	33%
Ne	8	67%

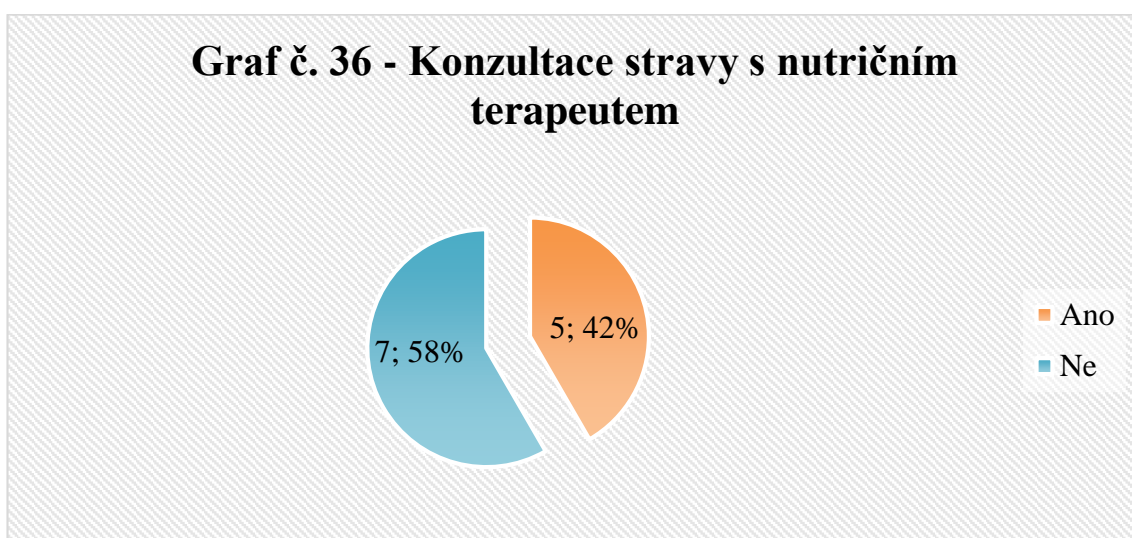
Graf č. 35 - Spolupráce s klinickým logopedem



Otázka č. 16 - Konzultujete výběr stravy s nutričním terapeutem?

Cílem šestnácté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, zda konzultují výběr stravy s nutričním terapeutem. Z grafu č. 36 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) uvedlo 5 respondentů ano ($N_1 = 5$, tj. 42%) a 7 respondentů uvedlo ne ($N_2 = 7$, tj. 58%). Z výsledků je patrné, že pouze v pěti z dvanácti zařízení spolupracují s nutričním terapeutem, což si myslíme, že není moc dobré. Nutriční terapeut stanoví každému klientovi individuální stravu přímo na míru.

Tabulka č. 36 Konzultace stravy s nutričním terapeutem		
Konzultace s nutričním terapeutem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	42%
Ne	7	58%

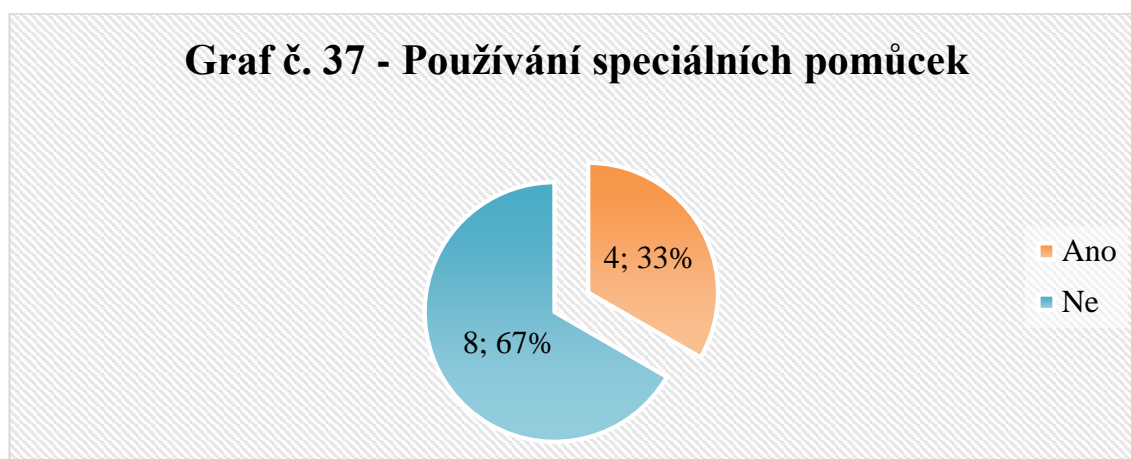


Otázka č. 17 - Používáte speciální pomůcky při krmení osob s dysfagiemi?

Cílem sedmnácté otázky druhého dotazníku bylo zjistit, zda při podávání stravy pacientům s poruchami polykání využívají speciální pomůcky. Z grafu č. 37 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků ($N = 12$) uvedli 4 respondenti ano ($N_1 = 4$, tj. 33%)

a 8 respondentů uvedlo ne (N2 = 8, tj. 67%). Z čehož vyplývá, že speciální pomůcky používají pouze ve čtyřech z uvedených zařízení.

Tabulka č. 37 Používání speciálních pomůcek		
Používání speciálních pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	33%
Ne	8	67%

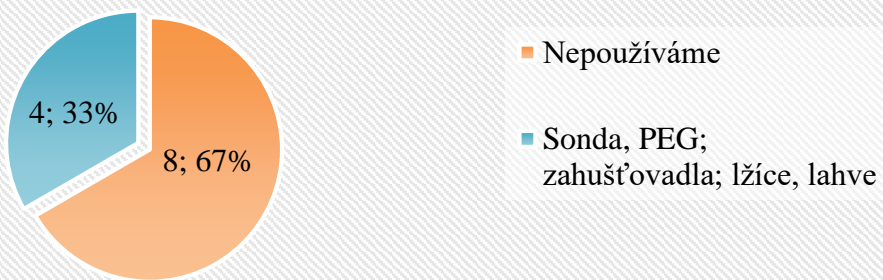


Otázka č. 18 - Pokud ano, jaké? Vypište, prosím.

Cílem osmnácté otázky druhého dotazníku bylo úkolem respondentů vypsát používané speciální pomůcky – jsou-li používány. Z grafu č. 38 vyplývá, že z celkového počtu 12 vyplněných dotazníků (N = 12) 8 respondentů uvedlo, že speciální pomůcky nepoužívají (N₁ = 8, tj. 67%) a 4 respondenti uvedli, že používají většinou bezlepková zahušťovadla, zahušťovadla Protifar nebo Resource ThickenUp Clear, dále pak lžice, lahve na podávání tekutin, sondy a PEG (N₂ = 4, tj. 33%).

Tabulka č. 38 Druh speciálních pomůcek		
Druh speciálních pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepoužíváme	8	67%
Sonda, PEG; bezlepková zahušťovadla; lžice, lahve, zahušťovadla – Protifar; zahušťovadla Resource ThickenUp Clear	4	33%

Graf č. 38 Druh speciálních pomůcek



4.6 Analýza výsledků výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo pomocí elektronických dotazníků, které byly vytvořeny na základě stanovených a předběžných cílů v rámci celorepublikového šetření. Výzkumné šetření probíhalo zhruba v rámci čtyř měsíců, a to od června do září roku 2015.

Mezi respondenty, kteří nám dotazník vyplňovali, se většinou vyskytovaly ženy. Tento jev nás nepřekvapil, jelikož pozici vrchní sestry a sociálního pracovníka vykonávají v těchto zařízeních většinou osoby ženského pohlaví. Nejvíce respondentů z prvního i druhého výzkumného šetření nám odpovídalo z Olomouckého kraje.

V rámci výzkumného šetření jsme si stanovili šest výzkumných otázek. První otázka zněla: *Vyskytují se osoby s dysfagiemi v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné?* V rámci první výzkumné otázky jsme zjistili, že se osoby s poruchami polykání vyskytují ve třech zařízeních. Jednalo se o léčebny pro dlouhodobě nemocné nikoli o nemocnice následné péče, jak jsme předpokládali. Dvě léčebny pro dlouhodobě nemocné se nacházejí v Olomouckém kraji a jedna léčebna pro dlouhodobě nemocné se nachází ve Zlínském kraji. V nemocnicích následné péče se osoby s poruchami polykání nevyskytují.

Druhá otázka zněla: *Vyskytují se osoby s dysfagiemi v domovech pro seniory nebo v zařízeních či domácnostech, kam docházejí pracovníci Charity České republiky?* V rámci druhé výzkumné otázky bylo zjištěno, že se osoby s poruchami polykání vyskytují v devíti zařízeních v šesti krajích České republiky, a to v kraji Olomouckém, Jihočeském, Ústeckém, Moravskoslezském, Karlovarském, Plzeňském. Osoby s poruchami polykání se nacházejí ve dvou domovech pro seniory. Domov pro seniory se nachází v Ústeckém a v Jihočeském kraji. V ostatním případě se osoby s poruchami polykání vyskytují v zařízeních či domácnostech, do kterých docházejí či dojíždějí pracovníci Charity České republiky. Jedná se o tři zařízení v Olomouckém kraji, a o jednotlivá zařízení v kraji Ústeckém, Plzeňském, Karlovarském a Moravskoslezském.

Třetí otázka zněla: *Poskytují domácí péči osobám s dysfagiemi v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné?* V rámci třetí výzkumné otázky jsme zjistili, že domácí péči těmto osobám poskytují pouze v jednom z těchto zařízení, a to v léčebně pro dlouhodobě nemocné ve Zlínském kraji. V ostatních zařízeních domácí péči osobám s poruchami polykání prozatím neposkytují.

Čtvrtá otázka zněla: *Poskytují domácí péči osobám s dysfagiemi v domovech pro seniory a pracovníci Charity České republiky?* V rámci čtvrté výzkumné otázky jsme zjistili, že domácí péči těmto osobám poskytují celkem v devíti zařízeních. Většinou domácí péči poskytují pracovníci Charity České republiky, a to v pěti krajích ČR. Jedná se o kraj Olomoucký, Ústecký, Plzeňský, Karlovarský a Moravskoslezský. Domácí péči osobám s poruchami polykání poskytují pouze v jednom domově pro seniory, který se nachází v Ústeckém kraji. Z výsledků výzkumného šetření jsme tedy přišli na to, že většinou domácí péči poskytují pracovníci Charity České republiky. Jedná se o tři zařízení v kraji Olomouckém a o jednotlivá zařízení v krajích Ústeckém, Plzeňském, Karlovarském, Moravskoslezském a kraji Vysočina.

Pátá otázka zněla: *Jaká je dostupnost a kvalita poskytované domácí péče v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné?* V rámci páté výzkumné otázky jsme zjistili, že pracovníci zdravotnických zařízení pracují většinou v místě zařízení. Jednalo se pouze o léčebny pro dlouhodobě nemocné. Z výzkumného šetření také vyplývá, že respondenti mají většinou delší praxi než pět let. Pouze jeden respondent uvedl, že má praxi kratší než pět let. V rámci druhu poskytované péče jsme zjistili, že v nemocnicích následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné poskytují klientům ve dvou zařízeních odbornou zdravotní péči a ve třech zařízeních je klientům poskytována specializovaná zdravotní péče. Což si myslíme, že je dobré. Péče je ve většině případů poskytována zdravotní sestrou a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pouze v jednom případě si klient poskytovanou péči hradí sám. Ve třech z pěti zařízení spolupracují v rámci problematiky dysfagie s klinickým logopedem, což se domníváme, že je dobré, jelikož problematika spadá pod obor logopedie a klinický logoped by měl být součástí speciálního dysfagického týmu. Ve všech zmíněných zařízeních spolupracují s nutričním terapeutem. Což je také velmi dobré, jelikož nutriční terapeut zvolí vhodný typ konzistence stravy pro lepší polykání individuálně, pro každého přímo na míru. Vhodná strava totiž může vést ke zlepšení zdravotního stavu klienta. Ve dvou z těchto pěti zařízení využívají speciální pomůcky. Nejčastěji to jsou nazogastrické a jejunální sondy, PEG a obzvláště zahušťovadla. Tento fakt nás docela překvapil, protože žádný respondent neuvěděl ze speciálních pomůcek ani hrnky, hrníčky nebo lžičky apod.

Šestá otázka zněla: *Jaká je dostupnost a kvalita domácí péče poskytovaná osobám s dysfagiemi v domovech pro seniory či pracovníky Charity České republiky?* V rámci šesté výzkumné otázky jsme zjistili, že pracovníci většinou za klienty dojíždějí do okolí od místa pracoviště, jelikož se jedná o pracovníky Charity České republiky. V Ústeckém kraji jezdí

za klienty do okolí 27 km od místa pracoviště. V Plzeňském kraji jezdí za klienty do okolí 20 km od místa pracoviště. V Karlovarském kraji poskytují domácí péči klientům v bývalém okrese Sokolov, dnes ORP Sokolov. V Jihočeském kraji jezdí za klienty do okolí 25 km od místa pracoviště. V Moravskoslezském kraji poskytují domácí péči osobám s dysfagiemi v městě Opavě a jejím 15 km okolí. V kraji Vysočina jezdí za klienty do vzdálenosti 30 km od Pelhřimova (jedná se o Pelhřimovsko, Pacovsko, Kamenicko a Žirovnicko, Humpolecko už nikoliv). V Olomouckém kraji jezdí z jednoho zařízení do okolí 30 km od místa pracoviště a z druhého zařízení jezdí po Šumpersku a Hanušovicku zhruba 20 km od místa pracoviště. Domácí péči osobám s poruchami polykání poskytují pouze v domově pro seniory v Ústeckém kraji. V domově pro seniory v Jihočeském kraji mají osoby s poruchami polykání, ale neposkytují domácí péči těmto osobám.

Z výzkumného šetření také vyplývá, že pracovníci mají delší praxi než pět let. Pouze jeden respondent uvedl, že má praxi kratší než pět let. V rámci druhu poskytované péče jsme zjistili, že pracovníci poskytují klientům v pěti zařízeních základní zdravotní péči a v sedmi zařízeních odbornou zdravotní péči. Tato péče se liší kvalitou na rozdíl od poskytované péče v nemocnicích následné péče a v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde klientům poskytují specializovanou péči ve třech zařízeních. Péče je ve většině případů poskytována zdravotní sestrou a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V pěti případech si klienti péči hradí sami. Průměrná doba poskytované péče je zhruba 30 až 45 minut. Což nás ovšem překvapilo, že pouze ve čtyřech z dvanácti zařízení spolupracují v rámci problematiky dysfagie s klinickým logopedem. Domníváme se, že klinický logoped by měl být každopádně součástí každého týmu odborníků v rámci stanovení správné diagnózy a následné terapie. Počet se nám zdá poněkud nízký. Pouze v pěti z dvanácti zařízení spolupracují s nutričním terapeutem. Což je pro nás také překvapivé. Vhodné je, aby stravu volil specialista k tomu určený a vybral každému klientovi stravu přímo na míru. Zvyšuje se tím šance na zlepšení zdravotního stavu a předchází se tak možným komplikacím. Speciální pomůcky používají ve čtyřech z dvanácti zařízení. Jsou to zejména sondy, PEG, speciální lžice, lahve na podávání tekutin a zahušťovadla. Jedná se konkrétně o bezlepková zahušťovadla, zahušťovadla Protifar a Resource ThickenUp Clear. Ani v jednom zařízení ale nepoužívají speciální hrnky, hrníčky, lžice, lžičky. Tento fakt je pro nás také poněkud překvapivý, jelikož určité druhy speciálních pomůcek jsou typické pro využívání v domovech pro seniory.

Odkaz na vyplnění dotazníku byl poslán na e-mailové adresy pracovníků dle jejich pozice. Dotazníky byly rozeslány především vrchním sestřám nebo sociálním pracovníkům.

Dotazníky byly rozeslány nejprve do nemocnic následné péče a léčeben dlouhodobě nemocných. Poté z důvodu překvapivých výsledků byly dotazníky rozeslány do domovů pro seniory a pracovníkům Charity České republiky, jelikož jsme předpokládali, že v těchto zařízeních bude osob s poruchami polykání více.

Zařízení byla vybírána dle záměrného výběru pracovní pozice, jelikož jsme předpokládali, že se v nich často vyskytují starší osoby s tímto typem onemocnění. Dotazníky byly rozeslány do všech krajů České republiky. Vyplněných dotazníků rozeslaných do nemocnic následné péče a do léčeben pro dlouhodobě nemocné se vrátilo pouze z pěti zařízení, což činí z celkového počtu 62 rozeslaných dotazníků návratnost pouhých 8%. Dotazníky přišly jenom ze tří krajů. Jednalo se o kraje Olomoucký, Zlínský a Liberecký. Návratnost byla tedy celkem hodně nízká. Počet nás docela nemile překvapil. Důvodem nízké návratnosti může být fakt, že se v některých zařízeních vůbec nevyskytují osoby s poruchami polykání. Dalším důvodem může být také to, že v zařízeních domácí péči poskytují ale ne osobám s poruchami polykání.

Vyplněných dotazníků rozeslaných do domovů pro seniory a pracovníkům Charity České republiky se vrátilo jen dvanáct, což činí z celkového počtu 94 rozeslaných dotazníků návratnost 13%. Dotazníky přišly pouze z osmi krajů. Z kraje Olomouckého, Jihočeského, Ústeckého, Moravskoslezského, Karlovarského, Plzeňského, Libereckého a z kraje Vysočina.

Z kraje Hlavního města Prahy, Středočeského, Pardubického a Královéhradeckého se nám nevrátil ani jeden dotazník v rámci celkového výzkumného šetření. Výsledky druhého výzkumného šetření byly poněkud lepší než výsledky prvního výzkumného šetření, ale stále nedostatečné. Proto je nutné k výsledkům přistupovat orientačně. Z výsledků výzkumného šetření jsme byli docela překvapeni a mohli bychom polemizovat o reprezentativnosti vzorků, z důvodu nízkého počtu vyplněných dotazníků.

4.7 Diskuse

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjišťování kvality a dostupnosti domácí péče poskytované osobám s poruchami polykání v rámci všech krajů České republiky. Výzkumné šetření probíhalo ve zdravotnických zařízeních v rezortu Ministerstva zdravotnictví České republiky a v zařízeních poskytující sociální služby v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Naším cílem bylo srovnat poskytovanou domácí péči a její kvalitu v rámci těchto zařízení. Tyto cíle však nemohly být naplněny, jelikož se nám dotazníky nevrátily ze všech krajů a domácí péče není poskytována ve všech zařízeních.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 17 respondentů pracujících v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v nemocnicích následné péče, v domovech pro seniory a pod Charitou České republiky. Dotazníky prvního výzkumného šetření se vrátily pouze ze tří krajů České republiky, a to z kraje Olomouckého, Zlínského a Libereckého a dotazníky druhého výzkumného šetření se vrátily z osmi krajů, a to z Olomouckého, Jihočeského, Ústeckého, Moravskoslezského, Karlovarského, Plzeňského, Libereckého a z kraje Vysočina. Nelze tedy srovnat kvalitu a dostupnost domácí péče poskytovanou osobám s poruchami polykání, jelikož se shodovaly pouze dva kraje, a to kraj Olomoucký a kraj Liberecký.

Výsledky obou výzkumných šetření nás velmi nemile překvapily a jsou pro nás neuspokojivé. Z celkového počtu 156 rozeslaných dotazníků se nám jich vrátilo 17, což je překvapivě málo a činí dohromady návratnost 21%. Někteří respondenti odpověděli e-mailem, že dotazník nemohou vyplnit a omlouvali se, jelikož domácí péči neposkytují. Bylo jich dohromady třicet jedna, což činí 36%. Návratnost dotazníků byla velmi nízká. Nutno si položit otázku, proč se výzkumného šetření zúčastnilo tak málo respondentů?

Důvodem může být předpoklad, že v některých zařízeních se osoby s poruchami polykání vyskytují, ale není jim poskytována domácí péče. Dalším důvodem může být také předpoklad, že se v zařízeních osoby s poruchami polykání nevyskytují, proto dotazník nevyplnili. Může se také jednat o to, že v některých zařízeních domácí péči poskytují, ale ne osobám s poruchami polykání. Předpokladem může být také to, že v České republice není domácí péče natolik rozšířena a využívána jako v zahraničních zemích.

Například v Německu je domácí péče na mnohem lepší úrovni než u nás. Dokonce jsou služby domácí péče jedním z nejlepších a nejčastěji používaných služeb. Služby jsou účtovány z pojištění dlouhodobé péče LTCI (Long-Term Care Insurance), které bylo založeno roku 1996 a stalo se finančním zdrojem pro pečovatele. Pojištění se dělí do tří úrovní poskytované péče,

tzv. Care Level. První úroveň (Care Level 1) - do této úrovně spadají osoby, které potřebují péči alespoň jednou denně (90 minut) ve dvou oblastech péče a nejméně jednou týdně pomoc v domácnosti v rámci základní zdravotní péče 45 minut. Druhá úroveň (Care Level 2) – do této úrovně spadají osoby, které jsou silně závislé na pomoci jiných osob, a to alespoň třikrát denně v různém čase (min 180 minut) a nejméně ve dvou oblastech péče a potřebují více než jednou týdně pomoc v domácnosti v rámci základní zdravotní péče 120 minut. Třetí úroveň (Care Level 3) – do této úrovně spadají osoby, které jsou velmi silně závislé na pomoci jiných osob po celý den (a to i v noci) a potřebují více než jednou týdně pomoc v domácnosti v rámci základní zdravotní péče 240 minut. (Jansen, Lengerke, Nadine, 2014).

Druhy služeb domácí péče, na které se vztahuje LTCI jsou:

Osobní hygiena – jako je mytí, sprchování a koupání, dentální hygiena, česání, holení a pomoc dojít na toaletu.

Výživa: – jedná se především o pomoc při jídle.

Mobilita: – jde o pomoc dostat se do postele i z postele, pomoc při vstávání, chůze nahoru a dolů po schodech, pomoc při opouštění a navracení se do domu.

Péče o domácnost: – je to nakupování, vaření, úklid, mytí nádobí, výměna a praní prádla, vytápění domu.

Organizovaná péče: – jedná se o respitní péči, o denní a noční péči.

Různé pomůcky: - jde o ošetrovatelské a technické pomůcky. (<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Germany>).

Různé nemoci nebo postižení jsou uvedeny v právních předpisech péče. Patří mezi ně psychické a psychiatrické choroby, fyzické a duševní poruchy. Aby byly způsobilé pro podporu nebo péči v rámci LTCI, osoba musí mít uznáno onemocnění nebo zdravotní postižení, jakož i uznávanou potřebu péče. LTCI je financováno prostřednictvím daně 1,7% z hrubé mzdy, které se rozděluje rovným dílem mezi zaměstnavatele a zaměstnance. LTCI je povinné pro každého člověka, který má zdravotní pojištění a také pro lidi, kteří jsou pojištěni soukromě. LTCI zahrnuje osobní hygienu, výživu, pohyblivost a úklid.

K dispozici jsou čtyři úrovně domácí péče (I, II, III a zvláštní těžkosti (strádání) a člověk musí potřebovat značnou pomoc po dobu nejméně 6 měsíců, aby se kvalifikovaly. Financování probíhá buď jako měsíční příspěvek na péči v hotovosti dle jednotlivých úrovní, a to pro soukromé organizované pečovatele, jakou jsou například rodinní příslušníci nebo jako

měsíční platba v naturáliích za ambulantní služby v domácnosti dle jednotlivých úrovní nebo jako měsíční splátka za ošetrovatelství v domácí péči (zde se účtuje především úhrada za materiál) v určité výši dle dané kategorie dle Bundesministerium für Gesundheit. (<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Germany>).

Německo se také vyznačuje vynikajícím zdravotním systémem a klade velký důraz na rozsáhlou lékařskou přípravu a pravidelné vzdělávací programy. (<http://www.make-it-in-germany.com/en/for-qualified-professionals/working/industry-profiles/health-and-care>).

V České republice nejsou služby domácí péče poskytovány v takovém rozsahu jako v Německu. Se vznikem pojištění dlouhodobé péče (LTCI) začaly vznikat i nové soukromé agentury domácí péče pro osoby, které potřebují každodenní nebo pravidelnou péči v domácím prostředí. Péče je v Německu rozdělena také do několika úrovní podle potřeby péče. Domácí péče je hrazena z pojištění dlouhodobé péče v měsíčních splátkách, a to dle úrovně potřeby. U nás v České republice je domácí péče hrazena buď z veřejného zdravotního pojištění (jedná se o služby předepsané ošetřujícím či praktickým lékařem, nebo si klienti hradí služby domácí péče sami. Obvykle se jedná o výkony, které nebyly předepsány ošetřujícím či praktickým lékařem, nebo o nadstandartní péči. Domácí péče může být také hrazena z fondů, grantů, nadací nebo dotací. Domácí péče je v České republice poskytována v pěti formách. V Německu jsou poskytovatelé služeb domácí péče, ošetrovatelé či rodinní příslušníci placeni z fondu pojištění dlouhodobé péče, které vzniklo roku 1996. Existují však významné rozdíly v poskytování služeb dlouhodobé péče. Jedná se o ty, kteří jsou ve vyšším společenském postavení, kteří nejčastěji využívají domácí služby poskytované soukromými institucemi. Na druhé straně se jedná o ty, kteří jsou v nižším sociálním postavení a nejčastěji využívají peněžité dávky. (http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Care_System_of_Elderly_in_Germany).

ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou polykání, poruchami polykání, domácí péčí a vztahem mezi sebou. Diplomová práce byla rozdělena na dvě části, na část teoretickou a na část praktickou. Diplomová práce byla dále rozdělena na čtyři kapitoly, z nichž první tři kapitoly pojednávaly o teoretických poznatcích, a čtvrtá se zabývala výzkumným šetřením.

V první kapitole diplomové práce jsme zmiňovali základními teoretické poznatky o problematice polykání. Popisovali jsme průběh polykání a jeho jednotlivé fáze. V druhé kapitole jsme uvedli základní teoretické poznatky o dysfagii. V druhé kapitole jsme charakterizovali terminologii, klasifikaci, etiologii, diagnostiku a terapii dysfagie. Ve třetí kapitole jsme se zaměřili na charakteristiku domácí péče v České republice. Zabývali jsme se definicí a cílemi domácí péče. Dále jsme se zabývali druhy domácí péče, kvalitou, výhodami, klientelou a financováním domácí péče.

Praktická část byla zaměřena na výzkumné šetření. Zabývali jsme se kvalitou a dostupností domácí péče poskytované osobám s poruchami polykání v nemocnicích následné péče, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech pro seniory a domácí péči poskytovanou pracovníky Charity České republiky. Tato výzkumná šetření jsme vyhodnotili a jednotlivé výsledky jsme srovnali.

Informace pro vypracování praktické části jsme získávali pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo v rámci všech krajů České republiky v průběhu čtyř měsíců v době od června do září roku 2015. Dotazníky byly rozeslány elektronicky na emailové adresy respondentů (pracovníkům jednotlivých zařízení). Zařízení jsme vybírali podle krajů a dle poskytujících služeb. Dotazníky jsme rozeslali do následujících zařízení: Charita České republiky, domov pro seniory, nemocnice následné péče a léčebna pro dlouhodobě nemocné.

Zaměřili jsme se na zjištění, která zařízení mají osoby s poruchami polykání a jestli poskytují domácí péči těmto osobám. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že se osoby s poruchami polykání vyskytují ve třech zařízeních, a to v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nikoli v nemocnicích následné péče. Dvě léčebny pro dlouhodobě nemocné se nacházeli v Olomouckém kraji a jedna léčebna pro dlouhodobě nemocné se nacházela ve Zlínském kraji. V nemocnicích následné péče se osoby s poruchami polykání nevyskytovali.

Dále jsme z dotazníkového šetření zjistili, že se osoby s poruchami polykání vyskytovaly v devíti zařízeních v šesti krajích České republiky, a to v kraji Olomouckém,

Jihočeském, Ústeckém, Moravskoslezském, Karlovarském, Plzeňském. Osoby s poruchami polykání se nacházely ve dvou domovech pro seniory. Domov pro seniory se nacházel v Ústeckém a v Jihočeském kraji. V ostatním případě se osoby s poruchami polykání vyskytovaly v zařízeních či domácnostech, do kterých docházeli či dojížděli pracovníci Charity České republiky. Jednalo se o tři zařízení v Olomouckém kraji a jednotlivá zařízení v kraji Ústeckém, Plzeňském, Karlovarském a Moravskoslezském.

Domácí péči osobám s poruchami polykání poskytovali pouze v jednom ze zdravotnických zařízení, a to v jedné léčebně pro dlouhodobě nemocné, která se nacházela ve Zlínském kraji. V ostatních zařízeních domácí péči osobám s poruchami polykání prozatím neposkytovali.

Domácí péči v zařízeních poskytujících sociální služby poskytovali osobám s poruchami polykání celkem v devíti zařízeních. Většinou se jednalo o pracovníky Charity České republiky, kteří pracovali v pěti krajích České republiky. Jednalo se o kraj Olomoucký, Ústecký, Plzeňský, Karlovarský a Moravskoslezský. Domácí péči osobám s poruchami polykání poskytovali pouze v jednom domově pro seniory, který se nacházel v Ústeckém kraji. Z výsledků výzkumného šetření jsme tedy přišli na to, že většinou domácí péči poskytovali pracovníci Charity České republiky. Jednalo se o tři zařízení v kraji Olomouckém a o jednotlivá zařízení v krajích Ústeckém, Plzeňském, Karlovarském, Moravskoslezském a kraji Vysočina.

Do praktické části jsme také zařadili pár informací o domácí péči v zahraničí, konkrétně v Německu. Důvodem bylo srovnání poskytované domácí péče v České republice s poskytovanou domácí péčí v Německu. Zjistili jsme, že v Německu je domácí péče na mnohem lepší úrovni než u nás. Dbá na lékařskou odbornost a pravidelnou přípravu. Je rozdělena do určitých kategorií a je financována z pojištění dlouhodobé péče.

SEZNAM LITERATURY

BASSETTI, C., DAETWYLER, CH., MUMENTHALER, M., 2008. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 5. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2298-6.

CICHERO, J., MURDOCH, B., 2006. MARS, M., SELL D., and HABEL A., 2008. *Dysphagia: Foundation, Theory and Practice*. John Wiley and Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester. ISBN 13 978-1-86156-505-1.

ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., KALVACH, Z., WIJA, P., ZAVÁZALOVÁ, H., a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., TOMEŠ, I., a VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

DVOŘÁČKOVÁ, D., HROZENSKÁ, M., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

FLAHERTY, E., HAM, J. R., POTTER, J. F., SLOANE, D. P., WARSHAW, A. G., 2014 *Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach*. Philadelphia: Elsevier Saunders. ISBN 978-0-323-08936-4.

GRIEBENOW, R., MEUTHEN, I., SCHRAPPE, M., STEFFEN, M-H, ZIEGENHAGEN, J. D., 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. 5. vydání. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-2780-6.

GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

HRICAK, H., KNAUTH, M., REISER, F., M., 2012. *Dysphagia. Diagnosis and Treatment*. Heidelberg. Springer. ISBN 978-3-642-17887-0.

NELLES, G., 2004. *Neurologische Rehabilitation*. Georg Thieme Verlag: Stuttgart. ISBN 3-13-136261-8.

CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

Joint Commission Resources., 2012. *Joint Commission International Accreditation Standards for Home Care*. USA: Oakbrook Terrace. ISBN 978-1-59940-728-9.

JANSSEN, CH., SWART, E., LENGERTE, T., 2014. *Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology and Results*. New York: Springer. ISBN 978-1-4614-9191-0.

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRÁK, R., KALVACH, Z., SUCHARDA, P., ZADÁK, Z., ZAVÁZALOVÁ, H., a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7038-3.

KALFUSSOVÁ, J., Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 551-561. ISBN 978-80-7367-340-6.

KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.

KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelství v diabetologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9859-2.

KUPKA, A., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

LECHTA, V., 2005. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V., 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-961-5.

LOVE, R., WEBB, W., 2009. *Mozek a řeč: Neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2015. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.

MORALES, C., R., 2006. *Orofaciální regulační terapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-105-0.

NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4402-5.

NEUBAUER, K., a kol., 2007. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.

PANDOLFINO, E., J., RICHTER, E., J., VELA, F., M., a kol., 2015. *Refluxní choroba jícnu – GERD*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4063-8.

POKORNÁ, A., a kol., 2008. *Ošetrovatelství v geriatrici: Hodnoticí nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8.

STANSCHUS, S., Ed. 2010. *Metódy v klinickej dysfagiológii*. Bratislava: Kalligram. ISBN 978-80-8101-336-2.

ŠVAČINA, Š., a kol., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7031-4.

ŠPINAR, J., a kol., 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1749-4.

TEDLA, M., a kol., 2009. *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobíáš. ISBN 978-80-7311-105-2.

VITÁSKOVÁ, K., Poruchy polykání - DYSFAGIE. In: VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 85-95. ISBN 80-244-10885.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) [online]. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/Dysphagia-Teams/>.

Asociace domácí péče ČR. [online]. [cit. 2015-08-10]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz>.

Domácí zdravotní péče. [online]. [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/4810/domaci-zdravotni-pece/?c=570>.

Dysfágie, poruchy polykání. [online]. [cit. 2015-08-15]. Dostupné z: http://www.logopedie-fritzlova.cz/?page_id=103.

Health Care System of Elderly in Germany. [online]. [cit. 2015-11-27]. Dostupné z: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Care_System_of_Elderly_in_Germany.

Homecare in Germany. [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Germany>.

Make it in Germany. [online]. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: <http://www.make-it-in-germany.com/en/for-qualified-professionals/working/industry-profiles/health-and-care>.

Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). [Online]. [cit. 2015-11-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-_1982_3.html.

Pomůcky pro poruchy polykání. [online]. [cit. 2015-11-14]. Dostupné z: <http://www.moje-klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani>.

System domácí péče – informace pro klienty. [online]. [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>.

Sekce domácí péče. [online]. [cit. 2015-09-11]. Dostupné z: <http://www.sekcedomaci-pece.cz/o-nas/>.

Předpis č. 421/2013 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-421>.

Předpis č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [online]. [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.

Předpis č. 134/1998 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. [online]. [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>.

Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Návratnost dotazníků
Tabulka č. 2	Pohlaví respondentů
Tabulka č. 3	Pozice respondentů v organizaci
Tabulka č. 4	Délka praxe respondentů
Tabulka č. 5	Typ zařízení, ve kterém respondenti pracují
Tabulka č. 6	Kraj působení
Tabulka č. 7	Oblast působení
Tabulka č. 8	Výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních
Tabulka č. 9	Poskytování domácí péče v zařízeních
Tabulka č. 10	Jak často je poskytována domácí péče
Tabulka č. 11	Jak dlouho je poskytována domácí péče
Tabulka č. 12	Druh poskytované domácí péče
Tabulka č. 13	Kým je domácí péče poskytována
Tabulka č. 14	Financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění
Tabulka č. 15	Kdo hradí domácí péči
Tabulka č. 16	Spolupráce s klinickým logopedem
Tabulka č. 17	Konzultace stravy s nutričním terapeutem
Tabulka č. 18	Používání speciálních pomůcek
Tabulka č. 19	Druh speciálních pomůcek
Tabulka č. 20	Návratnost dotazníků
Tabulka č. 21	Pohlaví respondentů
Tabulka č. 22	Pozice respondentů v organizaci, v zařízení
Tabulka č. 23	Délka praxe respondentů
Tabulka č. 24	Typ zařízení či organizace, ve které respondenti pracují
Tabulka č. 25	Kraj působení
Tabulka č. 26	Oblast působení
Tabulka č. 27	Výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních
Tabulka č. 28	Poskytování domácí péče
Tabulka č. 29	Jak často je poskytována domácí péče
Tabulka č. 30	Jak dlouho je poskytována domácí péče
Tabulka č. 31	Druh poskytované domácí péče
Tabulka č. 32	Kým je domácí péče poskytována

Tabulka č. 33	Financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění
Tabulka č. 34	Kdo hradí domácí péči
Tabulka č. 35	Spolupráce s klinickým logopedem
Tabulka č. 36	Konzultace stravy s nutričním terapeutem
Tabulka č. 37	Používání speciálních pomůcek
Tabulka č. 38	Druh speciálních pomůcek

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Návratnost dotazníků
- Graf č. 2 Pohlaví respondentů
- Graf č. 3 Pozice respondentů v organizaci
- Graf č. 4 Délka praxe respondentů
- Graf č. 5 Typ zařízení, ve kterém respondenti pracují
- Graf č. 6 Kraj působení
- Graf č. 7 Oblast působení
- Graf č. 8 Výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních
- Graf č. 9 Poskytování domácí péče v zařízeních.
- Graf č. 10 Jak často je poskytována domácí péče
- Graf č. 11 Jak dlouho je poskytována domácí péče
- Graf č. 12 Druh poskytované domácí péče
- Graf č. 13 Kým je domácí péče poskytována
- Graf č. 14 Financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění
- Graf č. 15 Kdo hradí domácí péči
- Graf č. 16 Spolupráce s klinickým logopedem
- Graf č. 17 Konzultace stravy s nutričním terapeutem
- Graf č. 18 Používání speciálních pomůcek
- Graf č. 19 Druh speciálních pomůcek
- Graf č. 20 Návratnost dotazníků
- Graf č. 21 Pohlaví respondentů
- Graf č. 22 Pozice respondentů v organizaci, v zařízení
- Graf č. 23 Délka praxe respondentů
- Graf č. 24 Typ zařízení či organizace, ve které respondenti pracují
- Graf č. 25 Kraj působení
- Graf č. 26 Oblast působení
- Graf č. 27 Výskyt osob s dysfagiemi v zařízeních
- Graf č. 28 Poskytování domácí péče
- Graf č. 29 Jak často je poskytována domácí péče
- Graf č. 30 Jak dlouho je poskytována domácí péče
- Graf č. 31 Druh poskytované domácí péče

- Graf č. 32 Kým je domácí péče poskytována
- Graf č. 33 Financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění
- Graf č. 34 Kdo hradí domácí péči
- Graf č. 35 Spolupráce s klinickým logopedem
- Graf č. 36 Konzultace stravy s nutričním terapeutem
- Graf č. 37 Používání speciálních pomůcek
- Graf č. 38 Druh speciálních pomůcek

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník (1.)

Příloha č. 2 Dotazník (2.)

Příloha č. 3 Adresář poskytovatelů zdravotních služeb v České republice k 31. 5. 2013 -
(Nemocnice následné péče a Léčebny pro dlouhodobě nemocné).

Příloha č. 1

DOTAZNÍK (1.)

Dobrý den,

jmenuji se Monika Jedelská. Jsem studentkou Pedagogické fakulty v Olomouci oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který je podkladem pro vypracování praktické části diplomové práce s názvem: „Homecare poskytována osobám s dysfagiemi napříč jednotlivými kraji – (dostupnost a kvalita péče)“. Dotazník je anonymní a bude využit pouze pro účely diplomové práce.

Velice děkuji za Váš čas.

1. Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Vaše pozice v organizaci?

- Zdravotní sestra
- Sociální pracovník
- Rehabilitační pracovník
- Jiné _____

3. Délka Vaší praxe?

- Méně než 5 let
- Více než 5 let

4. Typ zařízení, ve kterém pracujete?

- Nemocnice následné péče
- Léčebna pro dlouhodobě nemocné

5. Kraj, ve kterém působíte?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hlavní město Praha | <input type="checkbox"/> Královéhradecký kraj |
| <input type="checkbox"/> Středočeský kraj | <input type="checkbox"/> Liberecký kraj |
| <input type="checkbox"/> Jihočeský kraj | <input type="checkbox"/> Kraj Vysočina |
| <input type="checkbox"/> Plzeňský kraj | <input type="checkbox"/> Jihomoravský kraj |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Karlovarský kraj | <input type="checkbox"/> Olomoucký kraj |
| <input type="checkbox"/> Ústecký kraj | <input type="checkbox"/> Zlínský kraj |
| <input type="checkbox"/> Pardubický kraj | <input type="checkbox"/> Moravskoslezský kraj |

6. Oblast působení? Uveďte prosím, jak daleko dojíždíte za klienty.

7. Máte ve vašem zařízení osoby s dysfagiemi?

- Ano
 Ne

8. Poskytujete domácí péči těmto osobám?

- Ano
 Ne

9. Pokud ano, jak často?

- Každý den
 1x týdně
 3x týdně
 Jiné _____

10. Jak dlouho?

- 15 minut
 30 minut
 45 minut
 60 minut
 Jiné _____

11. Jaký druh domácí péče poskytujete?

- Základní zdravotní péči
 Odbornou zdravotní péči
 Specializovanou zdravotní péči

12. Kým je domácí péče poskytována?

Zdravotní sestra

Sociální pracovník

Rehabilitační pracovník

Jiné _____

13. Je plně hrazena ze zdravotního pojištění?

Ano

Ne

14. Pokud nehradí domácí péči zdravotní pojišťovny, kdo ji hradí?

Klienti

Z fondů, grantů, nadací

Jiné _____

15. Spolupracujete v rámci oddělení s klinickým logopedem?

Ano

Ne

16. Konzultujete výběr stravy s nutričním terapeutem?

Ano

Ne

17. Používáte speciální pomůcky při krmení osob s dysfagiemi?

Ano

Ne

18. Pokud ano, jaké? Vypište prosím.

Příloha č. 2

DOTAZNÍK (2.)

Dobrý den,

jmenuji se Monika Jedelská. Jsem studentkou Pedagogické fakulty v Olomouci oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který je podkladem pro vypracování praktické části diplomové práce s názvem: „*Homecare poskytována osobám s dysfagiemi napříč jednotlivými kraji – (dostupnost a kvalita péče)*“. Dotazník je anonymní a bude využit pouze pro účely diplomové práce.

Velice děkuji za Váš čas.

1. Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Vaše pozice v organizaci?

- Zdravotní sestra
- Sociální pracovník
- Rehabilitační pracovník
- Jiné _____

3. Délka Vaší praxe?

- Méně než 5 let
- Více než 5 let

4. Typ zařízení či organizace, ve které pracujete?

- Charita Česká republika
- Domov pro seniory

5. Kraj, ve kterém působíte?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Královéhradecký kraj
- Liberecký kraj

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jihočeský kraj | <input type="checkbox"/> Kraj Vysočina |
| <input type="checkbox"/> Plzeňský kraj | <input type="checkbox"/> Jihomoravský kraj |
| <input type="checkbox"/> Karlovarský kraj | <input type="checkbox"/> Olomoucký kraj |
| <input type="checkbox"/> Ústecký kraj | <input type="checkbox"/> Zlínský kraj |
| <input type="checkbox"/> Pardubický kraj | <input type="checkbox"/> Moravskoslezský kraj |

6. Oblast působení? Uveďte prosím, jak daleko dojíždíte za klienty.

7. Máte ve vašem zařízení osoby s dysfagiemi?

- Ano
 Ne

8. Poskytujete domácí péči těmto osobám?

- Ano
 Ne

9. Pokud ano, jak často?

- Každý den
 1x týdně
 3x týdně
 Jiné _____

10. Jak dlouho?

- 15 minut
 30 minut
 45 minut
 60 minut
 Jiné _____

11. Jaký druh domácí péče poskytujete?

- Základní zdravotní péči
 Odbornou zdravotní péči
 Specializovanou zdravotní péči

12. Kým je domácí péče poskytována?

- Zdravotní sestra
- Sociální pracovník
- Rehabilitační pracovník
- Jiné _____

13. Je plně hrazena ze zdravotního pojištění?

- Ano
- Ne

14. Pokud nehradí domácí péči zdravotní pojišťovny, kdo ji hradí?

- Klienti
- Z fondů, grantů, nadací
- Jiné _____

15. Spolupracujete v rámci zařízení s klinickým logopedem?

- Ano
- Ne

16. Konzultujete výběr stravy s nutričním terapeutem?

- Ano
- Ne

17. Používáte speciální pomůcky při krmení osob s dysfagiemi?

- Ano
- Ne

18. Pokud ano, jaké? Vypište prosím.

Příloha č. 3

Adresář poskytovatelů zdravotních služeb v České republice k 31. 5. 2013.

Adresář poskytovatelů zdravotních služeb v ČR k 31.5.2013

Nemocnice následné péče

Nemocnice následné péče

Dopravní zdravotnictví a.s., Nemocnice s poliklinikou Praha Italská, Praha 2

PHA Jiná právnická osoba
121 43 Praha 2, Italská 560/37
tel.: 221087111, 221087401
fax: 222253027
↔ [úop,]
↑ [int, kar, rev, dia, gas, endo, n, p, ang, chi, o, u, unk, oč, k, pl, plde, plg, nef, kb, kh, radg, re,]

Nemocnice sv. Alžběty spol. s r.o., Praha 2

PHA Jiná právnická osoba
128 00 Praha 2, Na Slupi 6
tel.: 221969311, 224921899
fax: 224921899
↔ [úop,]
↑ [int, al, trn, n, radg, re,]

SDI s.r.o., Nemocnice na Žižkově, Praha 3

PHA Jiná právnická osoba
130 00 Praha 3, Kubelíkova 16
tel.: 222724630
fax: 222730013
↔ [úop, diop,]
↑ [int, kar, gas, trn, radg, re,]

Městská nemocnice následné péče, Praha 9

PHA Kraj
190 00 Praha 9, K Moravině 343/6
tel.: 284000811, 284000813
fax: 284000854, 284000868
↔ [úop,]
↑ [int, kar, re, oodd,]

Poliklinika Prosek a.s. - následná lůžková péče, Praha 9

PHA Jiná právnická osoba
190 00 Praha 9, Lovosická 440/40
tel.: 266010111
fax: 286589362
↔ [úop,]

Vršovická zdravotní a.s., Praha 10

PHA Jiná právnická osoba
101 00 Praha 10, Oblouková 837/7
tel.: 271008801
↔ [úop,]
↑ [int, kar, p, chi, u, plg, radg, re,]

ETOILE CZ a.s. - Oddělení dlouhodobé intenzivní péče, Praha 10

PHA Jiná právnická osoba
100 00 Praha 10, Šrobárova 1150/50
tel.: 267163807-8
↔ [dip,]

Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly, Praha 20

PHA Církev
193 00 Praha 20, Stoliňská 920
tel.: 281040771, 281040774
fax: 281040746
↔ [úop,]
↑ [re, dzp,]

RHG spol. s r.o., NsP v Kralupech nad Vltavou

STC Jiná právnická osoba
278 01 Kralupy nad Vltavou, Mostní 934
tel.: 315704411
fax: 315721585
↔ [úop,]
↑ [int, gas, n, o, oč, pl, plg, kb, radg, re,]

Centrum integrované onkologické péče, Nemocnice Měšice

STC Jiná právnická osoba
250 64 Měšice, Zámecká 1
tel.: 283981049-51
fax: 283980332
↔ [úop,]
↑ [ko,]

RHG spol. s r.o., Městská nemocnice v Roztokách

STC Jiná právnická osoba
252 63 Roztoky, Tiché údolí 376
tel.: 220911032
fax: 220910027
↔ [úop,]
↑ [int, n, o, radg, re,]

Nemocnice Třebotov a.s.

STC Jiná právnická osoba
252 26 Třebotov, V Lesoparku 81
tel.: 257899941
fax: 257899945
↔ [úop,]
↑ [int, g, radg, re,]

Nemocnice Dačice, a.s.

JHC Jiná právnická osoba
 380 16 Dačice, Antonínská 85/II
 tel.: 384358211
 fax: 384358200
 ⇔ [re, úop,]
 ↑ [int, al, pl, plde, radg, re,]

BH - Nemocnice Vimperk a.s.

JHC Jiná právnická osoba
 385 01 Vimperk, Pivovarská 28/317
 tel.: 388400100
 fax: 388411634
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, chi, o, plde, kb, radg, re,]

Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, s.r.o.

PLZ Jiná právnická osoba
 341 01 Horažďovice, Blatenská 314
 tel.: 376512331-3
 fax: 376512231
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, kb, radg, re,]

Hornická nemocnice s poliklinikou spol. s r.o., Bílina

UST Jiná právnická osoba
 418 01 Bílina, Pražská 206/95
 tel.: 417823741
 fax: 417823191
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, trn, n, chi, unk, oč, k, pl, plde, plg, re, lbol, dzp,]

NEUROLOGIE, s.r.o., Jiřetín pod Jedlovou

UST Jiná právnická osoba
 407 56 Jiřetín pod Jedlovou, Křížová 233
 tel.: 412379204
 fax: 412379204
 ⇔ [n,]
 ↑ [n, re,]

Krušnohorská poliklinika s.r.o., Podkrušnohorská nemocnice následné péče, Litvínov

UST Jiná právnická osoba
 436 01 Litvínov, Podkrušnohorská 638
 tel.: 478012111
 fax: 478012277
 ⇔ [úop,]

Nemocnice Louny, a.s.

UST Jiná právnická osoba
 440 37 Louny, Rybalkova 1400
 tel.: 415242400
 fax: 415620230
 ⇔ [úop, diop,]
 ↑ [int,]
 440 37 Louny, Pod Nemocnicí 2503
 tel.: 415242400
 fax: 415620230
 ↑ [n, aro, radg, re,]

REMED Meziboří s.r.o.

UST Jiná právnická osoba
 435 13 Meziboří, Javorová 105
 tel.: 476748161
 fax: 476748127
 ⇔ [re,]

Nemocnice následné péče Most, p.o.

UST Kraj
 434 01 Most, Jana Žižky 1304
 tel.: 476449111
 fax: 476705473
 ⇔ [úop,]
 ↑ [endo, re,]

MEDICINA, spol. s r.o., Podbořany

UST Jiná právnická osoba
 441 18 Podbořany, Valovská 252
 tel.: 415237111
 fax: 415214635
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, chi, unk,]

Nemocnice následné péče Ryjice, p.o., Ústí nad Labem-Neštětice

UST Kraj
 403 31 Ústí nad Labem-Neštětice, Ryjice 6
 tel.: 472734050
 fax: 472734183
 ⇔ [úop,]
 ↑ [re,]

Nemocnice Varnsdorf, p.o.

UST Obec, město
 407 47 Varnsdorf, Karlova 2280
 tel.: 412372445-7
 fax: 412371214
 ⇔ [úop,]
 ↑ [chi, o, pl, plde, plg, kb, radg, re, dop,]

Nemocnice následné péče Moravská Třebová

PAR Kraj
 571 01 Moravská Třebová, Svitavská 25
 tel.: 461352327
 fax: 461352318
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, dia, ž, chi, plde, kb, radg, re, dop,]

Poličská nemocnice, s.r.o.

PAR Jiná právnická osoba
 572 01 Polička, Eimova 294
 tel.: 461722700
 fax: 461725951
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, trn, pl, kb, radg, re, dzp, dop,]

Vysokomýtská nemocnice

PAR Kraj
 566 23 Vysoké Mýto 2, Hradecká 167
 tel.: 465467210, 465467235
 fax: 465424830
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, kar, dia, g, ž, chi, aro, radg, re,]

Nemocnice Valtice s.r.o.

JHM Jiná právnická osoba
 691 42 Valtice, Klášterní 4
 tel.: 519363111, 519363101
 fax: 519363108
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, ž, chi, unk, f, pl, kb, kh, radg, re,]

Interna Zábřeh s.r.o.

OLO Jiná právnická osoba
 789 01 Zábřeh, Jiráskova 123/24
 tel.: 583484280
 fax: 583484223
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, kar,]

Městská nemocnice Slavičín

ZLI Obec, město
 763 21 Slavičín, Komenského 1
 tel.: 577341743
 fax: 577343735
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, endo, kb, re,]

Městská nemocnice s poliklinikou Uherský Brod, s.r.o.

ZLI Jiná právnická osoba
 688 01 Uherský Brod, Partyzánů 2174
 tel.: 572629111
 fax: 572634744
 ⇔ [úop,]
 ↑ [pl, re,]

Nemocnice Milosrdných bratří ve Vizovicích

ZLI Církev
 763 12 Vizovice, Zlínská 467
 tel.: 577005812
 fax: 577005827
 ⇔ [úop,]
 ↑ [int, kb, radg, re,]

Léčebny pro dlouhodobě nemocné

MEDICON Hospitals s.r.o., Praha 4

PHA Jiná právnická osoba
140 44 Praha 4, Roškotova 1717/2
tel.: 234105224, 234105225
fax: 234105341

Thomayerova nemocnice, LDN, Praha 4

PHA MZ
140 59 Praha 4, Vídeňská 800
tel.: 261081111
fax: 241721634

Fakultní nemocnice v Motole, LDN, Praha 5

PHA MZ
150 06 Praha 5, V Úvalu 84/1
tel.: 224431111, 224434500
fax: 224434520

Léčebna dlouhodobě nemocných Praha 6

PHA Obec, město
160 00 Praha 6, Chittussiho 1108/1a
tel.: 224322286
fax: 224322286

INTERNA Co, spol. s r.o., Praha 6

PHA Jiná právnická osoba
160 00 Praha 6, Chittussiho 144/1
tel.: 224310194, 224311200
fax: 233324269

Psychiatrická léčebna Bohnice, LDN, Praha 8

PHA MZ
181 02 Praha 8, Ústavní 91/7
tel.: 284016111, 284016225
fax: 284016595

MEDICON Hospitals s.r.o., Praha 9

PHA Jiná právnická osoba
190 00 Praha 9, Sokolovská 810/304
tel.: 266006364, 266006290
fax: 266006290

Léčebna dlouhodobě nemocných Vršovice, Praha 10

PHA Obec, město
101 00 Praha 10, Oblouková 837/7
tel.: 271008111

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, LDN, Praha 10

PHA MZ
100 34 Praha 10, Šrobárova 50
tel.: 267162857, 267163216

MSCARE s.r.o., Praha 15

PHA Jiná právnická osoba
102 00 Praha 15, Tesaříkova 1028/4
tel.: 223002258, 777228484
fax: 223002259

Domov Sv. Karla Boromejského, Praha 17

PHA Církev
163 00 Praha 17, K Šancím 50
tel.: 235323248
fax: 235302720

MEDI HELP spol. s r.o., Dobříš

STC Jiná právnická osoba
263 80 Dobříš, Na Čihadle 833
tel.: 318541211
fax: 318522787

Geriatrické a rehabilitační centrum Kladno, s.r.o. Kladno

STC Jiná právnická osoba
272 01 Kladno, Fr. Kloze 37
tel.: 312249045
fax: 312249045

Oblastní nemocnice MI.Boleslav, a.s., LDN, Mladá Boleslav

STC Jiná právnická osoba
293 01 Mladá Boleslav, Na Celně 1405
tel.: 326742751
fax: 326303421

Oblastní nemocnice MI.Boleslav, a.s., LDN, Mnichovo Hradiště

STC Jiná právnická osoba
295 01 Mnichovo Hradiště, Turnovská 500
tel.: 326771602
fax: 326322803

GERIMED a.s., LDN Sedlec - Prčice

STC Jiná právnická osoba
257 91 Sedlec-Prčice, Vítkovo náměstí 3
tel.: 317834311-12, 317701
fax: 317834553

Oblastní nemocnice Kolín a.s., LDN na Vojkově, Tehovec

STC Jiná právnická osoba
251 62 Tehovec, K nemocnici 83
tel.: 323627111
fax: 323660817

Nemocnice České Budějovice, a.s., LDN

JHC Jiná právnická osoba
370 87 České Budějovice, Boženy Němcové 54/585
tel.: 387871111
fax: 386461941

Nemocnice Písek, a.s., LDN

JHC Jiná právnická osoba
397 01 Písek, Karla Čapka 589
tel.: 382772111
fax: 382213330

Nemocnice Prachatice, a.s., LDN

JHC Jiná právnická osoba
383 01 Prachatice, Nebahovská 1015
tel.: 388600412
fax: 388316594

Nemocnice Volyně s.r.o.

JHC Jiná právnická osoba
387 01 Volyně, Husova 401
tel.: 383372864
fax: 383372266

Nemocnice následné péče Svatá Anna, s.r.o., Planá

PLZ Jiná právnická osoba
348 15 Planá, Kyjovská 607
tel.: 374751911
fax: 374751999

PRIVAMED a.s., LDN, Plzeň

PLZ Jiná právnická osoba
323 00 Plzeň, Kotíkovská 19
tel.: 377524806
fax: 377520746

Carvac s.r.o., LDN, Aš

KAR Jiná právnická osoba
352 01 Aš, Nemocniční 52
tel.: 354403111
fax: 354403110

DOP-HC s.r.o., Dům ošetrovatelské péče, Dolní Rychnov

KAR Jiná právnická osoba
356 04 Dolní Rychnov, Bergmannova 140
tel.: 352628698
fax: 352628698

AMICA CENTRUM s.r.o., LDN, Cheb

KAR Jiná právnická osoba
350 02 Cheb, Na Vyhlídce 1854/20
tel.: 354415111 (spoj.)
fax: 354415110

Léčebna dlouhodobě nemocných, Nejdek

KAR Kraj
362 21 Nejdek, Perninská 975
tel.: 353176721
fax: 353825447

Dům klidného stáří s.r.o., Svatava

KAR Jiná právnická osoba
357 03 Svatava, Kraslická 26
tel.: 352629867
fax: 352629870

VIA s.r.o., LDN Česká Kamenice

UST Jiná právnická osoba
407 21 Česká Kamenice, 5. května 527
tel.: 412582651
fax: 412582076

Krajská zdravotní, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z., LDN

UST Jiná právnická osoba
430 12 Chomutov, Kochova 1185
tel.: 474447111, 474447442
fax: 474626196

Nemocnice Kadaň s.r.o., LDN

UST Jiná právnická osoba
432 01 Kadaň, Golovinova 1559
tel.: 474944111
fax: 474333935

Městská nemocnice v Litoměřicích, p.o., LDN

UST Obec, město
412 01 Litoměřice, Žitenická 18
tel.: 416723111
fax: 416723100

Podřipská NsP Roudnice n. L., s.r.o., LDN

UST Jiná právnická osoba
413 01 Roudnice nad Labem, Jungmannova 671
tel.: 416858111
fax: 416831163

Krajská zdravotní, a.s., Nemocnice Teplice, o.z., LDN, Teplice

UST Jiná právnická osoba
415 29 Teplice, Duchcovská 53
tel.: 417519111, 417519822
fax: 417539033

Nemocnice následné péče Lomnice n. Popelkou, p.o.

LIB Obec, město
512 51 Lomnice nad Popelkou, Komenského 440
tel.: 481671112
fax: 481672923

Městská nemocnice Hořice, LDN

HRA Obec, město
508 01 Hořice, Riegrova 655
tel.: 493623611
fax: 493623945

Léčebna pro dlouhodobě nemocné, Hradec Králové

HRA Kraj
500 03 Hradec Králové, Pospíšilova třída 351/4
tel.: 495514780
fax: 495511125

Oblastní nemocnice Jičín a.s., LDN, Nový Bydžov

HRA Jiná právnická osoba
504 01 Nový Bydžov, Jana Maláta 493
tel.: 495490321
fax: 495493349

Léčebna dlouhodobě nemocných Opočno

HRA Kraj
517 73 Opočno, Nádražní 521
tel.: 494674211
fax: 494674208

Ambat Health Care a.s., Trutnov

HRA Jiná právnická osoba
541 01 Trutnov, Novodvorská 949
tel.: 499811818
fax: 499826363

AESKULAP, s.r.o., Červená Voda

PAR Jiná právnická osoba
561 61 Červená Voda 333
tel.: 465626321
fax: 465626436

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví

PAR Kraj
533 54 Rybitví, Činžovních domů 140
tel.: 466680125
fax: 466680326

Vysočinské nemocnice s.r.o., LDN, Ledec nad Sázavou

VYS Jiná právnická osoba
584 01 Ledec nad Sázavou, Háj 675
tel.: 569492106
fax: 569492104
396 01 Humpolec, 5. května 319

Nemocnice Třebíč, p.o., LDN, Moravské Budějovice

VYS Kraj
676 02 Moravské Budějovice, náměstí Svobody 358
tel.: 568809111
fax: 568840862

Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o., LDN

VYS Kraj
592 31 Nové Město na Moravě, Žďárská 610
tel.: 566664221-3
fax: 566664710

Nemocnice Počátky, s.r.o., LDN

VYS Jiná právnická osoba
394 64 Počátky, Havlíčkova 206
tel.: 565301370
fax: 565495632

Nemocnice Třebíč, p.o., LDN

VYS Kraj
674 01 Třebíč, Družstevní 1320
tel.: 568809111
fax: 568840862

Nemocnice Milosrdných bratří, p.o., LDN, Brno

JHM Obec, město
639 00 Brno, Polní 3
tel.: 543165111
fax: 543215125
639 00 Brno, Červený kopec 1
tel.: 543165111, 543165356
fax: 543215125

- Nemocnice Milosrdných bratří Letovice, p.o.**
JHM Kraj
679 61 Letovice, Pod Klášterem 17
tel.: 516474151
fax: 516474151
- Jesenická nemocnice, spol. s r.o., LDN, Jeseník**
OLO Jiná právnická osoba
790 32 Jeseník, Lipovská 103
tel.: 584458411
fax: 584413936
- Nemocnice Hranice a.s., LDN, Lipník nad Bečvou**
OLO Jiná právnická osoba
751 31 Lipník nad Bečvou, Jezerská 506
tel.: 581727212, 581679111
fax: 581679138
- Vojenská nemocnice Olomouc, LDN**
OLO Ostatní centrální orgány
771 11 Olomouc- Kláš. Hradisko, Sušilovo
náměstí 5
tel.: 973407150, 973407071
fax: 585222486
- Odborný léčebný ústav Paseka, p.o., LDN**
OLO Kraj
783 97 Paseka 145
tel.: 585007800
fax: 585007809
- Středomoravská nemocniční a.s., LDN Prostějov**
OLO Jiná právnická osoba
796 04 Prostějov, Mathonova 1/291
tel.: 582315111
fax: 582315611
- ADP-SANCO s.r.o., LDN, Prostějov**
OLO Jiná právnická osoba
798 11 Prostějov, Vrahovická 721/109
tel.: 582343370
- Středomoravská nemocniční a.s., LDN Přerov**
OLO Jiná právnická osoba
751 52 Přerov, Dvořákova 75
tel.: 581271111, 581271390
fax: 581202297
- Nemocnice Milosrdných sester, Kroměříž**
ZLI Církev
767 01 Kroměříž, Malý Val 1553
tel.: 573340518
fax: 573338324
- Nemocnice Valašské Meziříčí a.s., LDN**
ZLI Jiná právnická osoba
757 42 Valašské Meziříčí, U Nemocnice 980
tel.: 571758111
fax: 571758555
- Vsetínská nemocnice a.s., LDN**
ZLI Jiná právnická osoba
755 32 Vsetín, Nemocniční 955
tel.: 571490111
fax: 571419295
- Krajská nemocnice T. Bati a.s., LDN, Zlín**
ZLI Jiná právnická osoba
762 75 Zlín, Havlíčkovo nábřeží 600
tel.: 577551111
fax: 577552107
- Bohumínská městská nemocnice, a.s., LDN**
MSK Jiná právnická osoba
735 81 Bohumín-Starý Bohumín, Slezská 207
tel.: 596096111
fax: 596012057
- Gaudium Frýdek-Místek s.r.o.**
MSK Jiná právnická osoba
738 01 Frýdek-Místek, Revoluční 1282
tel.: 558630327, 558628150
- Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o., LDN**
MSK Kraj
736 01 Havířov-Město, Dělnická 1132/24
tel.: 596491111
fax: 596491536
- Dům Kochova, s.r.o., Sanatorium Kochova,
Havířov-Šumbark**
MSK Jiná právnická osoba
736 01 Havířov-Šumbark, Kochova 816/3
tel.: 553810436
- Sanatorium Jablunkov, a.s., LDN**
MSK Jiná právnická osoba
739 91 Jablunkov, Alej Míru 442
tel.: 558357291
- Therápon 98, a.s., LDN, Kopřivnice**
MSK Jiná právnická osoba
742 21 Kopřivnice, Štefánikova 1301
tel.: 556870111
fax: 556812221

SZZ Krnov, p.o., LDN Město Albrechtice

MSK Kraj
793 95 Město Albrechtice, Nemocniční 1
tel.: 554690500
fax: 554652201
793 68 Dvorce, Nemocniční 287
tel.: 554745013
fax: 554610164

Městská nemocnice v Odrách, LDN

MSK Obec, město
742 35 Odry, Nadační 1
tel.: 556778100
fax: 556731604

Slezská nemocnice v Opavě, p.o., LDN

MSK Kraj
746 79 Opava, Olomoucká 86
tel.: 553766111
fax: 553766884

**Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o., LDN,
Orlová-Lutyně**

MSK Kraj
735 14 Orlová-Lutyně, Masarykova 900
tel.: 596583111
fax: 596511041

Městská nemocnice Ostrava, p.o., LDN

MSK Obec, město
716 00 Ostrava Radvanice, U Stavisek 235/65
tel.: 59522610-11,20,50
fax: 595222604

Nemocnice Nový Jičín a.s., LDN, Vítkov

MSK Jiná právnická osoba
749 01 Vítkov, Opavská 90
tel.: 556314212
fax: 556314212

**Fakultní nemocnice Ostrava, LDN,
Vítkov-Klokočov**

MSK MZ
747 47 Vítkov-Klokočov, Klokočov 59
tel.: 597371111
fax: 596917340

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Monika Jedelská
Ústav:	Speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. et. Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Homecare poskytována osobám s dysfagiemi napříč jednotlivými kraji ČR (dostupnost a kvalita péče).
Název v angličtině:	Homecare provided to persons with dysphagia across different regions of the Czech Republic (availability and quality of care).
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá poruchami polykání a domácí péčí poskytovanou osobám s poruchami polykání. Diplomová práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na teoretické uvedení do problematiky polykání, poruchy polykání a domácí péče. Praktická část se zabývá výzkumným šetřením. Výzkumné šetření se zabývá zjišťováním dostupnosti a kvality domácí péče poskytované osobám s dysfagiemi v daných zařízeních napříč jednotlivými kraji České republiky.
Klíčová slova:	polykání, dysfagie, domácí péče
Anotace v angličtině:	The thesis deals with swallowing disorders and home care provided to people with swallowing disorders. The thesis is divided into two parts, the theoretical and the practical. The theoretical part is focused on theoretical introduction to the problems swallowing, swallowing disorders, and home care. The practical part deals with the research survey. The survey aimed at identifying the availability and quality of home care provided to people with dysphagia in these facilities across the county Czech Republic.
Klíčová slova v angličtině:	Swallowing, dysphagia, Home Care
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník (1.) Příloha č. 2 – Dotazník (2.) Příloha č. 3 – Adresář poskytovatelů zdravotních služeb v ČR k 31. 5. 2013
Rozsah práce:	105 stran
Jazyk práce:	český jazyk