Práce sestry v agenturách domácí péče

Zuzana Rabenseiferová

Bakalářská práce
2009

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Zuzana RABENSEIFEROVÁ**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Práce sestry v agenturách domácí péče.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části seznámit s historií, organizací a specifiky práce sestry v agenturách domácí péče.
V praktické části zjistit rozdíl v nabídce služeb a rozdíl v personálním zajištění jednotlivých agentur domácí péče.
Zmapovat spolupráci sester z agentur s praktickými lékaři a sestrami.
Provést analýzu výsledků šetření a navrhnout řešení do praxe.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HANZLÍKOVÁ, A. Komunitní ošetřovatelství. 1. české vydání, Martin: Osveta, 2007, s. 271, ISBN 978-80-8063-257-1.
JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2007, s. 100, ISBN 978-80-247-2150-7.
KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. Ošetřovatelství v komunitní péči. 1. vydání, Univerzita Tomáše Bati va Zlíně, Zlín, 2008, S. 159, ISBN 978-80-7318-726-2.
ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. Základy ošetřovatelství. 1. vydání, Univerzita Karlova v Praze, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006, s. 353, ISBN 80-246-1091-4.
MISCONIOVÁ, B. Komplexní domácí péče – od A do Z. Asociace domácí péče ČR, Praha, 1998, 1 svazek.
MISCONIOVÁ, B. Management Komplexní domácí péče. Asociace domácí péče ČR – Národní centrum domácí péče, Praha, 1998, s. 80.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká**
Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 15. 1. 2009 .....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Práce sestry v agenturách domácí péče se zabývá vymezením pojmů domácí péče, historií domácí péče, výhodami péče v domácím prostředí, složením multidisciplinárního týmu, formami domácí péče, domácí hospicovou péčí a dalšími informacemi, které se týkají domácí péče.

Obsahem práce je i praktická část, která obsahuje výsledky dotazníkového šetření a strukturovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky agentur domácí péče.

Klíčová slova: domácnost, rodina, domácí péče, agentury domácí péče, domácí hospicová péče.

ABSTRACT

The Bachelor Thesis is focused on determination of the home care conception, history of home care, advantage of home care background, composition of multidisciplinary team, forms of home care, hospice home care and other information, that relate to home care.

The content of this work is even practical part, which contains results of the questionnaire investigation and structured interview with managers of home care agents.

Key words: household, family, home care, agencies of home care, hospice home care.

Děkuji Mgr. Anně Krátké za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a trpělivost při shromažďování materiálů k vypracování této bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala všem zdravotním sestřičkám oslovených agentur domácí péče a také jejich vedoucím pracovníkům za čas, který věnovali vyplnění dotazníků a rozhovorům.

Velký dík patří rodině a přátelům za materiální a psychickou podporu během mého studia.

„Každý z nás dělá mnoho věcí tak, aby vyhověl snům jiných lidí – rodičů, partnerů, učitelů nebo spolužáků.“

Jack Welch

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Práce sestry v agenturách domácí péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 60 Zákona č. 121/2000 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce.

Ve Zlíně dne 5.6.2009 …….

Zuzana Rabenseiferová

OBSAH

ÚVOD **11**
I TEORETICKÁ ČÁST **12**
1 DOMÁCÍ PÉČE **13**
1.1 DEFINICE DOMÁCÍ PÉČE 13
1.2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE 14
1.2.1 Historie domácí péče ve světě 14
1.2.2 Historie domácí péče v českých zemích 14
1.2.3 Domácí péče v České republice 15
1.3 KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE 19
1.3.1 Odborná zdravotní péče 19
1.3.2 Sociální péče a pomoc 19
1.3.3 Laická péče 20
1.4 HLAVNÍ SLOŽKY DOMÁCÍ PÉČE 20
1.5 VÝHODY DOMÁCÍ PÉČE 20
1.6 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE 21
1.7 FORMY DOMÁCÍ PÉČE 21
1.8 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ROZVOJ DOMÁCÍ PÉČE 22
1.9 KVALITA KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE 24
1.10 ZŘIZOVATELÉ A FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE 25
1.10.1 Zřizovatelé domácí péče 25
1.10.2 Poskytovatelé domácí péče 25
1.10.3 Financování domácí péče 26
1.11 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM AGENTUR DOMÁCÍ PÉČE 27
1.12 MATERIÁLNÍ A TECHNICKÉ VYBAVENÍ 30
1.13 DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE 30
1.13.1 Zavedení domácí péče 32
1.13.2 Ošetřovatelský proces v domácí péči 32
1.13.3 Dokumentace v domácí péči 34
1.14 PÉČE O PEČOVATELE 36
1.15 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE 38
1.15.1 Historie domácí hospicové péče 39
1.15.2 Paliativní péče 39
II PRAKTICKÁ ČÁST **41**
2 METODIKA PRÁCE **42**
2.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU 42
2.2 METODY PRÁCE 42
2.2.1 Dotazník 42
2.2.2 Strukturovaný rozhovor 43

2.3 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK 43
2.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ 44
2.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT 44
3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 46
3.1 CÍLE A HYPOTÉZY 46
3.2 FAKTOGRAFICKÁ DATA 47
3.3 JEDNOTLIVÉ VÝSLEDKY ŠETŘENÍ 47
4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU 48
4.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ 48
4.2 STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR 94
5 DISKUZE 109
ZÁVĚR 115
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 116
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 118
SEZNAM TABULEK 119
SEZNAM GRAFŮ 121
SEZNAM PŘÍLOH 123

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že domácí péče je oborem medicíny, o kterém se příliš nemluví, a přesto má velké úspěchy. Jedná se o poměrně mladý obor, který se neustále vyvíjí a hledá si své místo v systému zdravotní i sociální péče.

Výsledky agentur domácí péče jsem si mohla sama prověřit během odborné praxe v jedné z agentur domácí péče v Olomouci. Stáž trvala pouze týden, ale i za tak krátkou dobu jsem rychle pochopila, že práce sestřiček v terénu je hluboce nedoceněna. Jejich práce totiž obnáší velkou samostatnost, schopnost rychle se rozhodnout, musejí se spoléhat jen na sebe a všechny své zkušenosti využít ku prospěchu klienta. Nutno také zmínit, že spolupráce s některými klienty a jejich rodinnými příslušníky není mnohdy jednoduchá a proto musí být každá sestřička také do jisté míry psychologem, aby si získala jejich důvěru. Zkušenosti z terénu jsou mi dodnes velkým přínosem. Až po absolvování této stáže jsem si uvědomila také starosti klientů, které jim nastávají po propuštění z nemocnice. Příjemci služeb agentur domácí péče jsou klienti všech věkových kategorií a různých diagnostických skupin, jež potřebují pomoc odborníků ať už z důvodů zdravotních, sociálních či psychických.

Přínosem péče o klienty prostřednictvím agentur domácí péče je nejen pobyt klientů v jejich přirozeném prostředí, ale zejména vysoce individualizovaná péče odvíjející se od potřeb klienta. Komplexní domácí péči zabezpečuje multidisciplinární tým, který společně komunikuje a předává si informace o klientech. Komunikace mezi členy týmu je důležitá pro kontinuitu péče.

Nejedna vědecká studie potvrzuje, že psychická pohoda, která je v domácím prostředí zajištěna, má vliv na imunitní systém člověka a tím se příznivě podílí na procesu uzdravování. Zároveň nám domácí prostředí umožní eliminovat přenos nozokomiálních nákaz a nejrůznějších iatrogenních poškození, kterým jsou hospitalizovaní klienti vždy v určité míře vystaveni.

Domácí péče je aktuálním tématem, ale aby mohla být patřičným způsobem využita je nutné o tomto druhu péče informovat nejen laickou, ale i odbornou veřejnost.

Cílem práce je zjistit nabídku nadstandardních služeb, zmapovat vzdělání zdravotních sester pracujících v agentuře domácí péče, zjistit míru spolupráce sester agentury domácí péče s praktickými lékaři a zdravotními sestrami a zmapovat spokojenost sester s prací v terénu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

Název domácí péče je odvozen z anglického termínu home care (domácí péče). Je potřeba výraz domácí péče odlišovat od pomoci v domácnosti (z anglického home help), která je zaměřena na úklid v domácnosti, donášku nákupu atd [6]. Vyspělé země považují domácí péči za systém zdravotní péče, který umožňuje nemocnému být i v době nemoci se svými blízkými, což nepochybně zlepšuje jeho psychický stav a mimo jiné se pobytem v domácím prostředí snižují náklady na zdravotní péči.

Domácí péče je jedním z nejrychleji se rozvíjejících sektorů ve zdravotnictví. Medicínský a ošetřovatelský pokrok, který s sebou přináší nové léky, pomůcky, přístroje a léčebné metody, nám umožňuje poskytovat kvalitní péči klientům v jejich přirozeném prostředí, které má nezanedbatelný vliv na psychiku klienta a hraje důležitou roli v procesu uzdravován [3]. Celá řada výzkumů potvrzuje, že pobyt v domácím prostředí urychluje hojení a znovunavrácení se do běžného denního života. Vědci se domnívají, že na tento jev má vliv vyplavování menšího množství tzv. stresových hormonů, které zpomalují proces hojení ran a regeneraci sil potřebných k uzdravení.

1.1 Definice domácí péče

Světovou zdravotnickou organizací je domácí péče definována jako: „*Jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech“* [3, s. 60].

Zdravotní řád definuje domácí péči jako: „*Zvláštní druh ambulantní péče, která zajišťuje svým pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odbornou zdravotní péči v jejich vlastním sociálním prostředí“* [4, s. 79].

Nejširší všeobecně uznávaná definice byla vyhlášena v roce 1980: *„Domácí ošetřovatelská péče je součástí kontinuální zdravotní péče, jejíž pomocí se poskytují zdravotní, sociální a podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, nebo alespoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledků neschopnosti a nemoci včetně terminálních stavů“* [2, s. 247].

1.2 Historie domácí péče

1.2.1 Historie domácí péče ve světě

Domácí péče jako přirozený způsob poskytování péče člověku, existuje již od nejstarších dob. První zmínky jsou už z období raného křesťanství v letech 1-500 n. l., kdy byla péče o nemocné svěřována ženám, které byly zároveň bylinkářky i porodní báby. Ve středověku byly založeny první řeholnické řády sester – ošetřovatelek Augustínek, které se zaměřovaly na poskytování ošetřovatelských služeb v domácnosti, a řád Vincentek, které poskytují ošetřovatelské služby dodnes. Dohled nad prací Řeholnic měl místní farář. V Anglii přišel na myšlenku moderní koncepce domácí péče Viliam Rathbon v době, kdy mu samotnému umírala manželka na zhoubné onemocnění. Na základě jeho myšlenky zakládá společně s Florance Nightingalovou v roce 1859 první školu pro sestry návštěvní služby, které poskytovaly ošetřovatelskou péči chudým a nemohoucím lidem. V roce 1885 vznikají v Americe první pokusy o poskytování domácí péče a to v Buffalu, poté vzniká v roce 1887 v Philadelphii společnost domácí péče a v roce 1888 je založena v Bostonu oblastní asociace domácí péče. Všechny tyto tři organizace byly založeny i řízeny neprofesionály. Až o něco později v New Yorku sestry založily i řídily společnost, která poskytovala služby chudým lidem. V roce 1893 vzniká pod záštitou ministerstva zdravotnictví ošetřovatelská služba pod vedením Lilian Waldové a Mary Neesterové. Waldová a Neesterová poprvé zavedly termín veřejná zdravotní sestra a staly se zakladatelkami školy, která se zaměřovala na poskytování ošetřovatelské péče v domácnosti. Koncem 19. století dochází v Evropě k prudkému rozvoji domácí péče, která se zaměřovala na poskytování služeb starým lidem. Výjimkou bylo Holandsko, kde byly služby poskytovány všem nemocným od narození až do konce života. Počátkem 70. let 20. století se na celém světě hledají způsoby na snížení nákladů na zdravotní péči a jednou z možností řešení, jak zvýšit kvalitu a snížit náklady, byl návrat k domácí péči [2,4].

1.2.2 Historie domácí péče v českých zemích

V 15. století poskytovaly návštěvní opatrovnictví v Praze diakonky, které byly speciálně školeny. Diakonky za nemocnými docházely každý den, staraly se o ně, myly je a praly jim i prádlo. Později byla jejich činnost církví zakázána, a proto vznikaly v soukromých domech lazarety, ve kterých byli nemocní ošetřováni staršími neškolenými ženami. Ve druhé polovině 19. století byla potřeba zajistit odborně připravené ženy pro péči o nemocné a

raněné, ale vzhledem k ekonomické situaci byla ošetřovatelská péče prováděna převážně v terénu. Československý Červený kříž podpořil první pokusy v oblasti domácí péče. Ošetřovatelská péče byla tehdy zaměřena na péči o děti, staré lidi a chudé nemocné, čímž začala mít charakter sociálního ošetřovatelství. Na tehdejším sjezdu Spolku diplomovaných sester došlo k nastínění náplně práce sestry a byly zformulovány tři hlavní úkoly sociálně zdravotní péče, a to úkol ošetřovatelský, sociální a lidovýchovný. Po druhé světové válce nastal prudký rozvoj ošetřovatelských škol, kde mezi nově zavedenými obory byla také odborná výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách. Po roce 1948 došlo k vytěsnění řeholních sester ze zdravotnictví a byly nahrazeny civilními sestrami, které pracovaly v nemocnicích a jiných institucích. Ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách zajišťoval nově vzniklý Ústav národního zdraví. Až do roku 1950 byla ošetřovatelská péče zajišťována sestrami a ošetřovatelkami Českého červeného kříže. V této době byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální, která připravovala první poskytovatelky domácí péče. Od 19. 8. 1952 přebírá odpovědnost za poskytování domácí péče stát, podle zákona 103/1951 Sb. Poskytování služeb domácí péče bylo tak začleněno do zdravotní péče [3,4].

1.2.3 Domácí péče v České republice

Po roce 1989 nastává období reformy struktury, řízení a financování zdravotnictví, čímž dochází ke zlomu v poskytování zdravotní péče. Od roku 1990 vznikají v Čechách první agentury domácí péče pod záštitou střediska ošetřovatelské péče při České katolické charitě, o 18 nemocných pečuje personál v jejich domácím prostředí.

V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví legalizuje činnost domácí péče a přistupuje na dvouletý experiment, ve kterém se začalo pracovat v domácnostech klientů 40 agentur domácí péče. V roce 1991 má Česká katolická charita 25 středisek charitní ošetřovatelské péče a v říjnu vzniká první agentura domácí péče s názvem Niké (vítězství) při nemocnici v Pardubicích a byla financována z rozpočtu nemocnice. Koncem roku 1991 je v České republice 26 agentur domácí péče a ty se starají cellem o 1459 klientů. Efektivitu péče dokazuje úspora 54 843 dnů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Na základě zákona č. 160/92 Sb. – „O podmínkách poskytování péče v nestátních zdravotnických zařízeních“ vznikají agentury domácí péče nejvíce v oblastech s vysokou nezaměstnaností (severní Morava, jižní Morava, východní Čechy). Zaregistrovalo se 27 agentur domácí péče vedených většinou zdravotními sestrami. Do péče je zařazována také sociální

péče. V září roku 1992 byla založena skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice, skládala se ze zástupců odborné i laické veřejnosti. Celkový počet agentur domácí péče je 68.

V roce 1993 dochází ke spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. V březnu téhož roku je uspořádán první workshop týkající se domácí péče. Z oblasti zdravotní péče v obci vystoupil MUDr. Jan Tůma, které byl reprezentantem Česko-Slovensko-Švýcarské společnosti. Agentury domácí péče vznikají pod Českou katolickou charitou, při fakultních nemocnicích, z iniciativy Diakonie, řádu Maltézských rytířů, sdružení Samaritán, Český červený kříž, Slezské humanity, Střediska křesťanské pomoci, městských úřadů atd. V tomto roce byla také založena Asociace domácí péče. Ta sdružuje sestry, lékaře, sociální pracovníky, rehabilitační pracovníky, psychology a další personál poskytující domácí péči. V listopadu se uskutečnil první mezinárodní kongres k problematice domácí péče v Chrudimi. Na jeho realizaci se podílela Česko-Slovensko-Švýcarská společnost, Asociace domácí péče, město Chrudim a Volketswil. Lepší se také spolupráce s praktickými lékaři, kteří chápou domácí péči jako následnou péči o své klienty. V závěru roku dochází k extrémnímu nárůstu počtu agentur domácí péče na 234.

V roce 1994 je uskutečněn projekt Hippokrates, což byl televizní seriál věnovaný problematice rodinného lékaře, domácí péče a komplexní péči v obci. Projekt byl sponzorován Česko-Slovensko-Švýcarskou společností. V některých agenturách domácí péče je aplikován model hospicové péče o klienty v terminálním stádiu života. V červenci roku 1994 je Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče se sídlem v Praze. Toto centrum poskytuje informace, zajišťuje koordinaci a edukuje odbornou i laickou veřejnost. Centrum vzniklo v souladu s Národním plánem opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Plán byl zadán vybraným agenturám domácí péče, které dostaly finanční dotaci. Podle průzkumu byly dotace efektivně využity zejména na zajištění pomůcek pro ošetřování klientů a zlepšení přístrojového vybavení agentur domácí péče. 21.-23.října se uskutečnil druhý Mezinárodní kongres primární péče v Chrudimi, který svojí účastí překonal všechna očekávání.

V roce 1995 dochází ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky k úpravám registračních listů, které by měly být předány pod novou odborností 925, jež je určena pouze pro domácí péči. Prezidium Asociace domácí péče chystá podklady pro návrh kategorizace agentur domácí péče dle rozsahu poskytované odborné péče a časové dostupnosti.

Návrh klasifikace byl následující:

- *„Komplexní (zdravotní – sociální – laická) – domácí péče poskytovaná 24 hodin denně a 7 dní v týdnu.*
- *Komplexní domácí péče poskytovaná v limitovaném časovém rozsahu.*
- *Domácí péče poskytovaná v limitovaném odborném (zdravotním – sociálním – laickém) i časovém rozsahu"* [12, s. 6].

Celkový počet agentur domácí péče vzrostl na 443, z toho 407 agentur domácí péče je nestátních a 36 státních. Došlo také k rozšíření struktury zaměstnanců agentur domácí péče. Stále největší zastoupení mají všeobecné sestry, dále jsou to lékaři, dětské sestry, ženské sestry, sestry specialistky, sociální pracovnice, rehabilitační pracovníci, nižší zdravotničtí pracovníci a pomocní zdravotničtí pracovníci. Rozvoj zaznamenala domácí ošetřovatelská péče, kterou poskytují ženské sestry a porodní asistentky – tzv. agentury POMAD – péče o matku a dítě. Pole působnosti je v oblasti prevence, edukace, věnuje pozornost těhotným ženám, pečuje o matku a dítě po porodu, ale také o ženy s onkologickým onemocněním. Součástí aktivit agentur domácí péče se stávají Centra komplexní domácí péče, kde je komplexní péče poskytována mobilním klientům formou stacionárních denních pobytů. V některých agenturách domácí péče je využívána přímá úhrada klienta za nadstandardní výkony, platba se pohybuje od 1 % do 50 % z rozsahu poskytované péče. Nejčastější diagnostické skupiny klientů v domácí péči jsou diabetes mellitus, CMP, IM, ICHS, ateroskleróza, psychická onemocnění, Parkinsonova choroba, respirační onemocnění, úrazy, bércové vředy atp. 18.-24.dubna se uskutečnil Mezinárodní kongres domácí péče – Itálie – Padova, Benátky. Kongresu se zúčastnilo 534 reprezentantů z více než 30 zemí celého světa. Kongres zahájil prezident Světové organizace domácí péče a péče formou hospicu, poradce Bílého domu v problematice zdravotní péče – doktor K. Steel z Washingtonu D. C. – USA. Cílem byla výměna zkušeností a informací o struktuře a funkci aktivit, které jsou realizovány v rámci komplexní domácí péče v celém světě. Klíčovými body byla problematika administrativy, legislativy, vzdělávání, koordinace a spolupráce prostřednictvím multidisciplinárních týmů sester, lékařů, sociálních pracovníků, rehabilitačních pracovníků, volontérů, rodinných příslušníků i vlastní aktivita klientů. Spektrum problematiky bylo dáno specifickými demografickými, epidemiologickými a politickými aspekty jednotlivých států. Zájem o rozvoj komplexní domácí péče je zřetelný ve všech zemích a pramení zejména z tíživé ekonomické situace, do které se dostává většina zdravotnických systémů,

hrozící stárnutí populace, epidemie známých i neznámých onemocnění. Experti všech zemí celého světa si kladli otázku – Jak dosáhnout toho, aby zdravotní systémy byly efektivnější, ekonomičtější, ale také lidštější? Odpovědí je domácí péče.

V lednu roku 1996 je zahájena realizace projektu INED – informace a edukace laické veřejnosti. Z 363 tematických okruhů, které vznikly monitoringem potřeb mezi poskytovateli primární péče, bylo vybráno 12 prioritních tematických okruhů. Tyto okruhy zpracovaly největší kapacity v daném oboru a v průběhu celého roku 1996 byly materiály distribuovány agenturám domácí péče a do ordinací praktických lékařů. Zahájila se také příprava Manuálu Komplexní domácí péče, který je určen pracovníkům agentur domácí péče a obsahuje informace týkající se dokumentace a analýzy dat, standardů a náplně činnosti v komplexní domácí péči. Ke konci roku 1996 je 573 řádně registrovaných agentur domácí péče a z toho je 525 nestátních a 48 státních agentur domácí péče. Domácí péče je poskytována zejména klientům třetího věku, u kterých je větší výskyt komplikací chorob chronických a dlouhodobých. V péči agentur domácí péče jsou v 64 % zastoupeny ženy, které mají na rozdíl od mužů větší snahu se co nejdříve vrátit do svého vlastního sociálního prostředí a podílet se na chodu domácnosti. Materiálně technické vybavení agentur domácí péče se skládá z dopravních prostředků, mobilních telefonů, vysílaček, signalizačních zařízení pro klienty, počítačů, infuzních pump a biolamp. Ze současných poznatků vyplynulo, že ideální tým agentury domácí péče by měl být tvořen 5 sestrami, 1 fyzioterapeutem, 2-3 nižšími zdravotnickými pracovníky na plný úvazek a částečnými úvazky sociálních pracovníků, psychologů atp. Tento tým je schopen zajistit kvalitní komplexní domácí péči na území s cca 25 000 obyvateli. Věková kategorie členů multidisciplinárního týmu agentury domácí péče se odvíjí od zákona č. 160/1992 Sb., který ukládá minimálně 5 let praxe z toho dva roky u lůžka a další aspekty, proto je většina pracovníků agentury domácí péče ve věkové kategorii od 27 do 45 let. V závěru roku 1996 se Asociace domácí péče České republiky stala jednou z prvních organizací, která vstoupila do nově vytvořené Světové organizace domácí a hospicové péče [4,12].

V roce 2000 působilo v České republice celkem 472 agentur domácí péče, v roce 2001 to bylo 477. Poslední statistická data z roku 2005 evidují 494 agentur domácí péče, u nichž 88 % poskytuje 24 hodinovou péči. Služeb v roce 2005 využilo 142,5 tisíc klientů [3].

1.3 Komplexní domácí péče

Komplexní domácí péče je podle Stanhope a Lancastera: „*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“* [3, s. 60].

Komplexní domácí péče se zabývá podporou zdraví, prevencí a léčbou nemocí, rehabilitací a resocializací [6]. Tyto služby velmi často nabízejí tzv. agentury domácí péče, které jsou základní jednotkou komplexní domácí péče a sdružuje je Asociace domácí péče České republiky [2,4].

Komplexní domácí péče musí být jak aktivitou sester, lékařů, rehabilitačních pracovníků, psychologů, sociálních pracovníků, dobrovolníků, tak i aktivitou samotného klienta a rodinných příslušníků. Veškerá péče musí být poskytována v souladu s lidskými právy, zákonnými i etickými normami. Specifické je poskytování komplexní domácí péče dětem a klientům v terminálním stadiu [4].

Prostřednictvím komplexní domácí péče jsou poskytovány zdravotní, sociální i laické formy péče, a to na základě ordinace ošetřujícího lékaře a rozsahu sociální indikace klienta [10]. Rozsah jednotlivých forem péče je dán aktuálním stavem klienta a jeho sociálního prostředí, ale také kompetencemi jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. Důležité jsou také kulturní zvláštnosti jednotlivých států a nastavení systému zdravotnictví [3].

1.3.1 Odborná zdravotní péče

Je indikována praktickým lékařem klienta, který určuje její rozsah a frekvenci nebo ji může indikovat ošetřující lékař za hospitalizace klienta, ten ale jen maximálně po dobu 14 dnů po ukončení hospitalizace. Poskytována je preventivní, léčebná, ošetřovatelská a rehabilitační péče.

1.3.2 Sociální péče a pomoc

Je indikována sociální pracovníkem státní správy nebo samosprávy na základě sociální diagnózy klienta a jeho prostředí. Poskytovány jsou pečovatelské služby, sociální poradenství, pomoc při řešení sociálních handicapů a krizí.

1.3.3 Laická péče

Vychází z aktuální situace ve vlastním prostředí klienta. Poskytována je za účasti rodinných příslušníků, blízkých osob klienta, dobrovolníků – spirituální péče, doprovod a osobní asistence atd.

Rozsah jednotlivých aktivit vždy vychází z aktuálního stavu klienta a jeho sociálního prostředí, je dán také kompetencemi multidisciplinárního týmu poskytujícího domácí péči. Neodmyslitelnou roli hrají kulturní zvláštnosti jednotlivých států, forma a legislativní nastavení systému zdravotnictví [3,4].

1.4 Hlavní složky domácí péče

Domácí péči můžeme rozčlenit na několik složek podle toho, kdo je jejím poskytovatelem. Poskytovateli domácí péče mohou být agentury domácí ošetřovatelské péče, ošetřovatelská služba, kterou zřizuje sociální oddělení obce, charitativní nebo humanitární organizace, Červený kříž, komunitní centra atd., dále mohou být poskytovateli rodinní příslušníci nebo lékař prvního kontaktu [2].

1.5 Výhody domácí péče

- **Ekonomičnost** – domácí péče snižuje náklady na péči zkracováním hospitalizace.
- **Víceoborovost** – domácí péče je poskytována multidisciplinárním týmem.
- **Individualizovaná péče** – péče je poskytována dle individuálních potřeb jedince.
- **Komplexnost** – domácí péče poskytuje činnosti léčebné, ošetřovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální, konzultační aj.
- **Dlouhodobá péče** – délka poskytované péče vychází z potřeb klienta a jeho blízkých, může být několik dní, týdnů, měsíců i roků.
- **Podpora zdraví** – domácí péče poskytuje i služby primární, sekundární a terciární prevence.
- **Přirozené prostředí** – domácí péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí, možnost většího uplatnění klienta a lepší adaptace na nemoc.
- **Účast rodinných příslušníků** – možnost aktivně se zapojit do péče o blízkého [2,3,4].

1.6 Cíle domácí péče

- Pomáhat jednotlivci a jeho blízkým dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví v souladu s jejich sociálním prostředím.
- Zachovat důstojnost a kvalitu života a umožnit klientům v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém sociálním prostředí.
- Zabezpečit komplexní domácí péči ve spolupráci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními za pomoci multidisciplinárního týmu.
- Udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta.
- Edukovat klienta k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví.
- Zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv nemoci na zdravotní a duševní stav klienta a jeho blízkých.
- Eliminovat riziko přenosu nozokomiálních nákaz a iatrogenního poškození klienta
- Poskytovat psychickou podporu klientovi a pečujícím členům rodiny [3,4].

1.7 Formy domácí péče

1. **Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)**

   Akutní domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci. Mezi nejčastější indikace patří exacerbace onemocnění kardiovaskulárních, neurologických, gastrointestinálních, urologických aj. Zahrnuje specializovanou domácí péči, která je určena klientům v pooperačním období a poúrazovém stavu. Péče je poskytována v rozsahu několika dnů nebo týdnů.

2. **Dlouhodobá domácí péče**

   Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče v ČR a je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného pracovníka. Klienti využívající tuto formu domácí péče jsou obvykle po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, s komplikovanou cukrovkou, s úplným nebo částečným ochrnutím nebo klienti se závažnými duševními chorobami či chronickou bolestí. Jde o formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců až let.

3. **Preventivní domácí péče**

   Preventivní domácí péče je určena klientům, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče monitorují fyziologické funkce, celkový stav a případné změny hlásí ošetřujícímu lékaři. Tato forma domácí péče je poskytována na základě celkového stavu klienta, podle kterého určí ošetřující lékař týdenní nebo měsíční frekvenci návštěv.

4. **Domácí hospicová péče**

   Domácí hospicová péče zahrnuje péči o klienty v neterminálním nebo terminálním stadiu života. Tato forma domácí péče je určena klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců. Pracovníci domácí péče poskytují odbornou péči, která též zahrnuje management bolesti a emocionální podporu nejen klientovi, ale také jeho blízkým.

5. **Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)**

   Jednorázová domácí péče je mimořádné využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických nebo jiných ošetřujících lékařů. Jde o provedení odborných výkonů jako je např. odběr biologického materiálu, aplikace injekce bez zavedení domácí péče. Tato forma je indikována často z důvodu časového omezení ordinačních hodin ošetřujícího lékaře [3,4].

1.8 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Rozvoj domácí péče je ovlivňován mnoha faktory jak v pozitivním, tak i negativním slova smyslu. Mezi nejvýznamnější patří:

- **Vzrůstající ekonomický tlak**

  Asi nejdůležitějším faktorem současnosti je ekonomický tlak, který je vyvolaný neustále stoupajícími náklady na zdravotní péči. Lékařská a ošetřovatelská péče v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné je pro stát finančně náročná, a proto se uvažuje o alternativních formách péče, která je efektivní a zároveň finančně méně náročná. Jednou z alternativ je domácí péče, která vede ke snižování nákladů zkrácením délky hospitalizace.

- **Populační stárnutí**

  Nejčastějšími uživateli domácí péče jsou klienti nad 65 let. Důvodem je, že domácí péče umožňuje zachovat sociální integritu nemocného člověka a zejména u geriatrických klientů je dobré udržet je v jejich známém prostředí, které přispívá k lepšímu vyrovnání se s chronickým onemocněním.

- **Změny struktury a role v rodině**

  Možnosti domácí péče jsou také závislé na struktuře a funkci rodiny. Když rodina neplní svoje funkce, možnosti domácí péče jsou omezené.

- **Vzrůstající poptávka veřejnosti po službách v domácím prostředí**

  Hlavním důvodem proč se klienti rozhodují pro domácí péči, je zachování stávajícího životního stylu v přirozeném prostředí, v kruhu rodiny a přátel, zachování zaběhnutých návyků a stereotypů atd. klient se v domácím prostředí za příznivých podmínek uzdravuje rychleji než v nemocničním prostředí.

- **Rozvoj moderních technologií**

  Domácí péči výrazně ovlivňuje rozvoj technologií a přístrojů vhodných k využití v domácí péči. V současné době mají agentury domácí péče k dispozici dialyzační přístroje, infuzní pumpy, monitory, ventilátory atd.

- **Politické faktory**

  Domácí péči značně ovlivňují změny v systému zdravotní péče. Populace stárne a kvůli špatné finanční situaci není možné v nemocnicích každému nemocnému zajistit dostatečně dlouhou hospitalizaci a i doléčovací zařízení pro dlouhodobě nemocné mají omezenou kapacitu i dobu hospitalizace. Nyní se znát nedostatečně vyvinutá síť agentur domácí péče, a proto nemá každý občan možnost ji využít. O zřizování agentur domácí péče by byl ze strany sester zájem, ale odrazuje je nedostatečná legislativa a problémy s financováním jejich činnosti [2,3].

1.9 Kvalita komplexní domácí péče

Kvalita komplexní domácí péče je ovlivňována základními principy, které vzcházejí z filozofie domácí péče a je nutno tyto principy při poskytování péče respektovat.

- Komplexnost

  Klíčovým nástrojem tohoto principu je integrace zdravotní a sociální péče na všech úrovních. Je třeba harmonizovat politiku rezortu zdravotnictví a rezortu práce a sociálních věcí tak, aby jednotlivé nestátní subjekty působící ve formě agentur domácí péče měly stejné podmínky se státními subjekty, které poskytují tutéž formu péče. Cílem je vytvořit konkurenční prostředí ve smyslu kvality a efektivnosti poskytované péče.

- Respektování základních lidských práv

  Součástí mediální kampaně komplexní domácí péče je apelovat na uplatňování základních lidských práv a svobod v systému zdravotní péče v podobě práv pacientů. Tato kampaň má za úkol informovat laickou i odbornou veřejnost o problematice poskytování péče v oblasti primární péče, komplexní domácí péče a nové roli praktického lékaře v systému zdravotní a sociální péče.

- Podpora obnovy zdraví společnosti

  Tento princip je spojen s každodenní činností týmu agentur domácí péče. Podporu obnovy zdraví lze realizovat na základě indikace ošetřujícího lékaře (např. sledování TK, glykemie, kontrola kůže u imobilních klientů atd.) nebo pomocí dotazníkového průzkumu, který je určen vybraným rizikovým diagnostickým skupinám. Těmito způsoby můžeme kontinuálně monitorovat zdravotní stav a životní styl těchto klientů a případné ohrožení zdraví ihned hlásíme ošetřujícímu lékaři a realizujeme cílené intervence. Mezi aktivity domácí péče patří také vypracování projektů, které vedou ke svépomoci klientů. Projekty jsou realizovány spolu se samosprávou obce, kdy jsou klienti s trvalým zdravotním postižením připravováni na novou životní situaci a opětovné zařazení do společnosti. Týmy domácí péče mají nezastupitelnou roli v motivaci klientů na změnu životního stylu (např. změna pohybového, pitného, dietního režimu).

- Standardizace ošetřovatelských postupů

  Standardizace ošetřovatelských postupů znamená vykonávání jednotlivých ošetřovatelských činností v domácnosti klienta podle stanovených kritérií – standardů. Standardizace je nutná pro možnost zpětné kontroly kvality poskytovaných služeb a z důvodu vypracováni auditu jednotlivých poskytovatelů domácí péče.

- Kontinuální odborný růst a celoživotní vzdělávání poskytovatelů domácí péče

  Zodpovědnost za kvalitu ošetřovatelské péče vede poskytovatele domácí péče ke kontinuálnímu odbornému růstu. Školení a semináře jsou pravidelně organizovány Asociací domácí péče a vzdělávacími institucemi s kvalifikací na tento obor.

- Humanizace zdravotní péče
- Chápání lidské bytosti ve vztahu s prostředím
- Efektivní a cílené využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby [2,3].

1.10 Zřizovatelé a financování domácí péče

1.10.1 Zřizovatelé domácí péče

a) Právnická osoba (nemocnice, nestátní nezisková organizace, obec, charita atd.)

b) Fyzická osoba (zdravotnický pracovník s oprávněním – licencí, lékař, sestra, atd.)

Agentury nestátního typu – zřizovateli jsou humanitární sdružení (Český červený kříž), církevní sdružení (Česká katolická charita, Maltézští rytíři, diakonie).

Agentury státního typu – zřizovateli jsou státní nemocniční komplexy, polikliniky, některá města zřizují z vlastní iniciativy agentury domácí péče [2,4].

1.10.2 Poskytovatelé domácí péče

Většina členů agentur domácí péče se sdružuje v Asociaci domácí péče, která také dohlíží na kvalitu poskytované péče. Všichni pracovníci domácí péče musí splňovat po ukončení kvalifikačního vzdělání podle platných právních norem 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho 2 roky odborné praxe u lůžka. V současné době probíhá pregraduální vzdělávání sester na vysokých školách v bakalářských studijních programech ošetřovatelství a na vyšších zdravotnických školách absolvováním oboru všeobecná sestra. Celoživot-

ní studium bylo zajištěno formou specializačního studia ve speciálním úseku práce domácí péče, od roku 2005 je zajišťováno ve specializačním studiu oboru komunitní sestra. Sestry musí být registrovány a váže se na ně zákonná povinnost zdravotníka pracujícího bez odborného dohledu – zákon č. 96/2004 Sb.

Domácí péče je poskytována zdravotníky (lékaři, sestrami, rehabilitačními pracovníky atd.). Složení multidisciplinárního týmu je variabilní a závisí na aktuálních potřebách klientů, na typu organizace, na rejstříku požadovaných služeb [3,6,18].

1.10.3 Financování domácí péče

a) Financování zdravotní pojišťovnou

Agentury domácí péče uzavírají se zdravotními pojišťovnami smlouvy, ve kterých se obě smluvní strany zavazují k plnění jasně definovaných podmínek stanovených ve smlouvě. Zdravotní pojišťovny hradí výkony, které jsou uvedeny v Seznamu výkonů s bodovými hodnotami v tzv. sazebníku. Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky 55/2000 je domácí péče formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče. V sazebníku jsou přesně vymezeny možnosti v ordinaci domácí péče. Dále je možnost ordinace 4 typů návštěv, jedná se o stanovení délky návštěvy – 15, 30, 45 nebo 60 minut. Maximální rozsah frekvence je stanoven na tři hodiny odborné péče denně, v odůvodněných případech ji lze rozšířit na pět hodin denně. Typ návštěvy je indikován dle celkového zdravotního stavu klienta, dle fyzické náročnosti výkonu pro sestru a dle rozsahu prováděných výkonů.

b) Přímá platba samotným klientem nebo rodinou

Agentury domácí péče nabízejí určité nadstandardní služby, které mají zpracovány v ceníku. Klienti jsou s ceníkem předem seznámeni, aby měli možnost provedení výkonu odmítnout. Také služby na výslovnou žádost klienta jsou považovány jako nadstandardní a hrazeny přímo klientem. Pracoviště domácí péče nabízejí také pečovatelské služby, které jsou realizovány jako služba sociální péče a proto je poskytována za plnou nebo částečnou úhradu. Do pečovatelských služeb řadíme jednoduché ošetřovatelské úkony, pedikúru, masáže, úprava vlasů, nákupy, práce spojené s udržováním chodu domácnosti atd. tyto služby si klienti nejčastěji hradí z

příspěvku na péči. Dále si péči hradí klienti, kteří nejsou pojištěni a pokud zařízení nemá smlouvu s pojišťovnou, u které je klient pojištěn [3,6,11].

c) Alternativní možnosti financování

Při zpracovávání projektů je dobré myslet na předložení projektu sponzorům, protože mohou významně finančně pomoci při jejich realizaci. Finanční dary mohou poskytnout sami klienti nebo jejich rodinní příslušníci.

d) Příspěvky obcí na sociálně slabé

Každá obec si vytváří své finanční fondy, kterými může přispívat na projekty agentur domácí péče. Pomoc může být finanční, ale i materiální například darování dopravních prostředků, nákup pomůcek atd [11].

1.11 Multidisciplinární tým agentur domácí péče

Komplexní domácí péče je zajišťována multidisciplinárním týmem zdravotníků i laiků. Odborný zástupce agentury domácí péče musí splňovat již výše uvedené podmínky. Agentury domácí péče zaměstnávají sestry, které pracují v pozici sestry manažerky nebo terénní sestry, dále jsou to sestry-specialistky (porodní asistentky, dětské sestry atd.), lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci, nižší a pomocný zdravotnický personál a dobrovolníci. Složení týmu je závislé na typu a charakteru poskytovaných služeb [4,11].

V České republice existuje specializační vzdělávání v oboru komunitní péče. Vzdělávání nelékařských profesí se řídí zákonem č. 96/2004 Sb., nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí a vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [18]. Rámcové vzdělávací programy Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) nabízí vzdělávání v oboru komunitní ošetřovatelské péče. Cílem je připravit všeobecné sestry pro poskytování specializované ošetřovatelské péče jedincům i skupinám osob v jejich vlastním sociálním prostředím.

- **Sestry** zastupují v agenturách domácí péče několik rolí stejně jako v jiných zdravotnických zařízeních. Poskytují základní ošetřovatelskou péči, ale i superspecializovanou ošetřovatelskou péči. V agenturách domácí péče se uplatní zejména sestry zkušené a schopné poskytovat ošetřovatelskou péči v domácím prostředí klienta.

Sestra manažerka (popřípadě odborný zástupce právnické osoby) by měla mít minimálně bakalářské vzdělání a specializaci v domácí ošetřovatelské péči s minimálně dvouletou praxí u lůžka. Na základě indikace lékaře primární péče, lékaře specialisty, nebo ošetřujícího lékaře během hospitalizace klienta přijímá žádosti na poskytování domácí péče a organizuje péči podle možností agentury domácí péče [2,11].

Terénní sestra musí mít ukončené středoškolské vzdělání, specializaci v domácí ošetřovatelské péči a tříletou praxi u lůžka. V souladu s intervencemi lékaře provádí veškerou ošetřovatelskou péči, stanovuje ošetřovatelské diagnózy, spolu s klientem plánuje intervence a do ošetřovatelského procesu zapojuje další členy multidisciplinárního týmu.

- **Porodní asistentka** má ukončené vzdělání porodní asistentky, specializaci v domácí ošetřovatelské péči a tříletou praxi u lůžka.
- **Lékař** primární péče má nezastupitelnou roli v systému domácí péče. Při propuštění z nemocnice kontaktuje sestru-manažerku a vypracují smlouvu o poskytování domácí ošetřovatelské péče. Sestra informuje lékaře o případných změnách zdravotního stavu klienta a společně přizpůsobují léčbu a ošetřovatelské intervence.
- **Fyzioterapeuti** provádí odbornou rehabilitační péči nejvíce u chronicky a dlouhodobě nemocných. Každá agentura domácí péče by měla mít svého fyzioterapeuta, protože sestra může provádět základní rehabilitační péči, ale nemá kompetence k výkonu odborné rehabilitační péče. Zejména klienti po cévních mozkových příhodách potřebují péči fyzioterapeuta, aby byli schopni se opět zařadit do společenského života [2].
- **Ergoterapeuti** využívají přiměřenou práci jako metodu léčby a rehabilitace za účelem zlepšení fyzického i psychického stavu, ale i sociálního uplatnění. Ergoterapeuti pracují na základě indikace lékaře a úzce spolupracují s fyzioterapeuty, vychovateli, sestrou domácí péče atd. Ergoterapie se řadí do léčebné rehabilitace, jež je součástí komplexní domácí péče. Cílem je nácvik jemné i hrubé motoriky, nácvik úchopů a grafomotoriky. Můžeme se setkat s ergoterapeutem se specializovanou způsobilostí – pro geriatrii, pediatrii, neurologii, ortopedii aj. Ergoterapie se dělí také podle zaměření na ergoterapii cílenou na postiženou oblast, ergoterapii soustře-

děnou na výchovu, ergoterapii před pracovním výkonem a ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice [4].

- **Sociální pracovníci** tvoří důležitou součást týmu, monitorují aktuální sociální potřeba klientů a jejich role je důležitá zejména v sociální prevenci.
- **Nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci** zajišťují pečovatelské služby klientům, u nichž tuto funkci neplní rodinní příslušníci. Provádějí jednoduché ošetřovatelské intervence dle pokynů sestry [2,11].
- **Dobrovolníci (volontéři)** jsou dle zákona č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě, ve znění pozdějších předpisů, který vešel v účinnost k 1. 1. 2003, definováni jako fyzické osoby starší 15 let při výkonu dobrovolnické činnosti v ČR a starší 18 let při výkonu stejné činnosti v zahraničí, které se na základě svých vlastností, znalostí a dovedností svobodně rozhodly poskytovat dobrovolnickou službu. Nejčastěji se ve skupinách volontérů setkáváme se studenty, s nezaměstnanými, se ženami pečujícími o rodinu a děti a s lidmi v důchodu, kteří se cítí málo využiti. Dobrovolnická činnost je vykonávána na základě smlouvy s vysílající organizací. Dobrovolnickou službou je činnost, při níž dobrovolník poskytuje:

  1) pomoc nezaměstnaným, osobám sociálně slabým, zdravotně postiženým, seniorům, příslušníkům národnostních menšin, imigrantům, osobám po výkonu trestu odnětí svobody, osobám drogově závislým, osobám trpícím domácím násilím, ale i pomoc při péči o děti, mládež a rodiny v jejich volném čase,
  2) pomoc při přírodních, ekologických nebo humanitárních katastrofách, při ochraně a zlepšování životního prostředí, při péči o zachování kulturního dědictví, při pořádání kulturních nebo sbírkových charitativních akcích pro osoby uvedené v 1),
  3) pomoc při uskutečňování rozvojových programů a v rámci operací, projektů a programů mezinárodních organizací a institucí, včetně mezinárodních nevládních organizací.

  Volontéři pracují v pomáhajících profesích např. linky důvěry, ambulantní programy, nemocnice, hospice, ústavy sociální péče, nestátní neziskové organizace atd., ale i v církvi, kde se jejich činnost soustřeďuje na organizaci aktivit věří-

cích i nevěřících dětí a mladých lidí v jejich volném čase. Tento zákon pojímá dobrovolnickou službu jako dobrovolně vykonávanou činnost a bez nároku na odměnu [4,18].

- **Odborní administrativní pracovníci** jsou odpovědni za účetnictví, kalkulaci účtů za výkony hrazené klienty a kontrolu dokumentace, která je podkladem pro pojišťovnu. Zaznamenávají všechny příjmy a výdaje agentury domácí péče a vypracovávají podklady pro finanční hodnocení pracovníků agentury domácí péče. Nemusejí být přímými zaměstnanci agentury domácí péče [2].

1.12 Materiální a technické vybavení

Materiální a technické vybavení pracovišť je řízeno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. Zdravotnická zařízení musí být vybavena schválenou přístrojovou zdravotnickou technikou, musí mít zajištěnou likvidaci speciálního zdravotnického odpadu v souladu se zvláštními předpisy, musí splňovat hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz atd [3,4,19]. Vybavení kontaktního pracoviště by mělo splňovat tato základní doporučení: kancelářský nábytek pro administrativní práci, uzamykatelná kartotéka pro dokumentaci klientů, uzamykatelná skříň na léky, lednička s chladničkou, pevná i mobilní telefonická linka, osobní automobil. Dále do vybavení řadíme doporučené pomůcky a přístroje: tonometry, fonendoskopy, teploměry, injekční stříkačky a jehly, glukometry, nůžky, pinzety, peany, emitní misky, cévky, elektroodsávačku, obvazový materiál sterilní i nesterilní, rukavice sterilní i nesterilní, roušky sterilní i nesterilní, desinfekční prostředky, boxy na likvidaci nebezpečného odpadu, ochranné pomůcky a oděvy pro zaměstnance, přenosné brašny pro práci v terénu, přenosné EKG, sterilizátor nebo zajištění sterilizace materiálu v jiném zařízení. Dále je pro agenturu domácí péče výhodné mít sklad kompenzačních pomůcek pro klienty.

1.13 Domácí ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče je řazena do zdravotní péče, která se dělí podle zaměření aktivit na primární, sekundární a terciární péči.

- Primární zdravotní péče je zaměřena na ochranu a upevňování zdraví na prevenci onemocnění. Ošetřovatelská péče je zaměřena na edukaci, diagnostické a terapeutické výkony, uspokojování potřeb.

- Sekundární zdravotní péče se zabývá prevencí komplikací onemocnění a nejčastěji je realizována v institucích (např. nemocnice, léčebny aj.). Ošetřovatelská péče je zaměřena na komplexní, specializovanou a základní péči.
- Terciární zdravotní péče dokončuje terapeutický proces a zlepšuje zdravotní stav nemocného. Ošetřovatelská péče je zaměřena komplexní a základní péči, rehabilitaci, edukaci, paliativní péči a poskytuje se zejména v domácnostech klientů, zařízeních pro dlouhodobě nemocné, rehabilitačních zařízeních [3].

Ošetřovatelské aktivity v domácí péči jsou klientům poskytovány přímo sestrou (face to face) nebo nepřímo, kdy sestra není v přímém kontaktu s klientem.

a) Přímá péče

Zahrnuje všechny aktivity, kdy je sestra v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Mezi tyto aktivity patří např. přímé ošetřovatelské výkony, fyzické vyšetření a hodnocení klienta, převazy, aplikace injekcí, infuzní terapie, odběr biologického materiálu, monitorování fyziologických funkcí, ale také edukace klienta a rodiny. Všechny výkony musejí být evidovány v dokumentaci klienta a poté jsou vykazovány příslušným zdravotním pojišťovnám k proplacení.

b) Nepřímá péče

Zahrnuje aktivity týkající se zkvalitňování a koordinace péče a činností spojených s provozem agentury domácí péče. Do nepřímé péče řadíme konzultaci s odborníky, administrativní práce, plánování dalších aktivit atd [3,4].

Další členění domácí péče je podle zaměření a obsahu činností na epizodickou a distribuční činnost. Při epizodické péči jsou klientovi poskytovány léčebné úkony a prováděny aktivity sekundární a terciární prevence. Distribuční péče je zaměřena na aktivity pro podporu zdraví, prevence onemocnění nebo na primární prevenci [3].

Domácí ošetřovatelskou péči můžeme dělit podle délky poskytování péče na krátkodobou a dlouhodobou péči. Krátkodobá péče zahrnuje např. somatopsychickou přípravu na porod, péči o ženu v šestinedělí, pooperační stavy atd. Dlouhodobá péče je vhodná pro chronicky nemocné klienty, geriatrické klienty a klienty v terminálním stádiu života. V České republice v rámci domácí péče převládá péče dlouhodobá [2].

1.13.1 Zavedení domácí péče

Jak již bylo řečeno domácí ošetřovatelská péče je hrazena ze zdravotního pojištění a ordinuje ji praktický lékař nebo ošetřující lékař v závěru hospitalizace. Před zavedením domácí péče je nutné si položit několik otázek, aby péče byla smysluplná.

- Mohou být využity všechny cesty ke zkvalitnění života klienta v domácím prostředí?
- Je možné zajistit klientovi v domácím prostředí dostatečnou bezpečnost? (úprava prostředí, bezpečný pohyb klienta v domácnosti)
- Je možné zajistit okamžitou pomoc při vzniku jakýchkoliv komplikací? (navázání kontaktu s rodinou, ošetřujícím lékařem)
- Je klient schopen přebývat sám, nebo s někým kdo mu dělá společnost?
- Jaký je jeho zdravotní stav? (stabilizovaný, dekompenzovaný, terminální stadium)
- Je rodina schopna spolupráce?
- Jakou frekvenci návštěv bude klient potřebovat?

Domácí péče je poskytována v rozsahu:

- základní domácí péče (zajištění osobní hygieny, prevence a léčba dekubitů, podávání obkladů, zábalů, příprava léků, kontrola pitného režimu)

- odborná domácí péče (hodnocení celkového stavu klienta, odběr biologického materiálu, zavádění sond a katétrů)

- paliativní domácí péče (zvládání léčby bolesti a doprovodných symptomů onemocnění) [6].

1.13.2 Ošetřovatelský proces v domácí péči

Stejně jako ve zdravotnických zařízeních, tak i v domácí péči je ošetřování klienta poskytováno prostřednictvím ošetřovatelského procesu, který i zde probíhá ve všech pěti základních fázích. Do ošetřovatelského procesu se zapojují všichni členové multidisciplinárního týmu, se kterými sestra spolupracuje.

1. **Fáze: posuzování klienta**

   Při první návštěvě klienta v jeho domácím prostředí sestra posoudí jeho stav. Posuzování klienta probíhá při každé návštěvě. Sestra zaznamenává subjektivní i objektivní problémy klienta a jeho rodiny, na základě kterých pak ošetřující lékař indikuje rozsah zdravotní péče. Objektivní problémy jsou získávány měřením, fyzickým vyšetřením a přímým pozorováním klienta. Během hodnocení klienta sestra navrhuje zapojení dalších poskytovatelů domácí péče. Klient a jeho rodina jsou seznámeni s výsledky hodnocení a společně se všemi poskytovateli domácí péče se podílí na sestavování plánu péče.

2. **Fáze: diagnostika problému**

   Na základě poznatků z hodnocení klienta stanoví sestra ošetřovatelské diagnózy, které odpovídají problémům klienta. U nás můžeme využívat klasifikaci ošetřovatelských diagnóz dle NANDA klasifikace. V USA využívají klasifikační systémy sestavené speciálně pro ošetřování v domácí péči (např. Home Health Classification System) nebo klasifikační systémy pro komunitní péči (např. OMAHA klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz. Za stanovené ošetřovatelské diagnózy zodpovídá sestra, která je zpracovává na základě informací od klienta a jeho rodiny, popřípadě od členů multidisciplinárního týmu, kteří se podílí na péči o daného klienta.

3. **Fáze: plánování ošetřovatelských aktivit**

   Plánování ošetřovatelské péče probíhá na základě ošetřovatelských diagnóz, sestra společně s klientem a jeho rodinou formuluje krátkodobé a dlouhodobé cíle a sestavuje plán ošetřovatelské péče. Cíle bývají zaměřeny na podporu, udržení a navrácení zdraví, ale také na prevenci možných komplikací. Důležité je zvolit si vhodný způsob ošetřovatelské péče a stanovit si očekávané výsledky péče, které vycházejí z hodnocení a diagnostiky a musejí být specifikovány podle klienta a jeho přirozeného prostředí. Správně stanovené výsledky nám zajistí kontinuitu péče a musí být pečlivě zaznamenány v ošetřovatelské dokumentaci klienta.

4. **Fáze: realizace plánu**

   Sestra rozhodne o nejlepším způsobu provedení plánovaných činností tak, aby bylo dosaženo optimální úrovně zdraví a funkční zdatnosti klienta a aby se klient i jeho rodina aktivně podíleli na péči.

5. **Fáze: hodnocení klientova stavu**

   Sestra hodnotí klientův stav vzhledem k očekávaným výsledkům a stanoveným cílům společně s klientem, jeho rodinou a dalšími odborníky, kteří se podíleli na jeho péči. Během návštěv u klienta mohou být cíle upraveny nebo stanoveny nové, a to na základě změny klientova zdravotního stavu. Frekvence nebo rozsah návštěv mohou být upraveny dle aktuálních potřeb klienta, ale každou změnu musí sestra konzultovat s ošetřujícím lékařem. Dojde-li ke zlepšení zdravotního stavu a úrovně sebepéče nebo je rodina schopna zajistit základní péči o svého rodinného příslušníka, může sestra navrhnout ukončení domácí péče. Před ukončením péče je velmi důležité edukovat rodinu a blízké klienta o všem, co se týká péče o jejich blízkého. V případě, že sestra zjistí neschopnost rodiny zajistit klientovi potřebnou péči, je péče opět prováděna sestrou a dalšími poskytovateli domácí péče. Zjistí-li sestra, že potřeby odborné ošetřovatelské péče převyšují dobu tří hodin denně, doporučí klientovi hospitalizaci ve specializované instituci dle jeho zdravotního stavu (např. nemocnice, ošetřovatelský ústav, rehabilitační ústav, léčebna dlouhodobě nemocných, hospic aj.) [3,4].

1.13.3 Dokumentace v domácí péči

Domácí péče nemá jednotnou dokumentaci. Každá agentura domácí péče má svoji dokumentaci. Všechny typy dokumentací musí ale obsahovat:

1. **Osobní údaje klienta**

   Osobní údaje klienta nejsou určeny třetí osobě (např. jméno a příjmení klienta, adresa aj.), ale některá data mohou být využita ke statistickému zpracování (např. věk, pohlaví, standard bydlení, funkční stav klienta aj.). Tato část dokumentace nám pomáhá získat celkový obraz o situaci klienta a plánovat péči. Údaje o zdravotním stavu klienta obsahují základní a vedlejší lékařskou diagnózu, dietní a pitný režim, alergie, kontakt na praktického a ošetřujícího lékaře.

2. **Sociální anamnéza klienta**

   Popisuje aktuální situaci klienta, který potřebuje pomoc. Informace získáváme zejména pozorováním, rozhovorem s klientem a jeho blízkými. Zjišťujeme, jak klient zvládá aktivity denního života (např. nákup, příprava jídla, úklid, osobní hygiena, vylučování, spánek, chystání léků), schopnosti a dovednosti klienta (hrubá a jemná motorika), schopnost adaptace klienta, zhodnocení komunikace s klientem (smyslové poruchy, poruchy myšlení, čití, vnímání) a duševní život klienta.

3. **Zdravotní anamnéza klienta**

   Jde o objektivní posouzení zdravotního stavu klienta pomocí fyzikálního vyšetření (krevní tlak, puls, dech, tělesná teplota, váha, výška, stav pokožky, kožní defekty a jejich lokalizace, lokalizace a charakter bolesti, smyslové poruchy, paměť, stav vědomí, duševní stav atd.). Tento formulář by měl být vyplňován vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu.

4. **Diagnóza klienta**

   Diagnóza klienta je souhrnem informací a dat, které vypovídají o aktuální situaci klienta. Na základě těchto informací formulujeme dílčí opatření a určujeme si krátkodobé a dlouhodobé plány péče.

5. **Management péče a pomoci**

   Management péče se zabývá plánováním jednotlivých forem péče podle ordinace ošetřujícího lékaře a podle sociální diagnózy klienta. Podle plánu organizuje nasazení personálu tak, aby byla péče co nejefektivnější. Dále může být poskytována péče i na vlastní žádost klienta. Je nutné mít vypracovaný také harmonogram aktivit, který znázorňuje jednotlivé formy péče v průběhu vymezeného časového úseku. Harmonogram slouží k orientaci všech členů multidisciplinárního týmu, klienta a jeho rodinných příslušníků.

6. **Realizace plánované terapie, péče a pomoci**

   Jde o záznam, který zachycuje subjektivní vyjádření klienta k jeho psychosomatickému stavu i objektivní zhodnocení stavu klienta členem multidisciplinárního týmu.

7. **Dohoda o poskytování komplexní domácí péče**

   Dohoda obsahuje informace o rozsahu poskytované domácí péče, jsou zde akceptována případná přání klienta, která přesahují rozsah ordinované péče. Péče prováděná na přání klienta je hrazena přímou platbou klienta. Teprve po podepsání dohody oběma stranami se dohoda stává platnou i v mezích zákona [10].

1.14 Péče o pečovatele

Pečovatelé z řad rodinných příslušníků prožívají při péči o svého blízkého smíšené pocity. Na jednu stranu mají pocit uspokojení, že pomáhají členovi rodiny, ale tyto příjemné pocity často střídá rozmrzelost ze ztráty soukromí, ztráty duševní rovnováhy. Pro pečovatele bývá těžké vidět, jak jejich blízký slábne a schází.

Aby se pečovatelé ochránili před fyzickým i psychickým vyčerpáním, je důležité, aby pečovali stejnou měrou i sami o sebe a nacházeli způsoby, jak se vyrovnat s danou situací.

Ráda bych zde zmínila několik kroků péče o pečovatele:

- Sebehodnocení pečovatele (příloha P I).
  V příloze P I je uvedená stupnice, na které pečovatel zjistí, jakou úroveň péče poskytuje svému blízkému. Američtí autoři ji převzali z článku „Co-op Networker, Caregiver of Older Persons“ od Judy Bradleyové. Jde o dobrý návod pro pečovatele, kde zhodnotí úroveň poskytované péče a zároveň cenu, kterou připisuje příjemci péče a sobě samému.
- Co mohu učinit, abych pomohl/a sám sobě?
  Jde o to, aby si pečovatel dokázal uvědomit své pocity, které se přímo promítají ve způsobu poskytování péče. Je důležité, aby se naučil vyjadřovat všechny svoje pocity, i ty, které jej znepokojují (např. hněv, smutek), a to třeba členům rodiny, přátelům či profesionálům. Pro zjištění jak velkému stresu je pečovatel vystaven, slouží stresový test (příloha P II).
- Hledejte informace.
  Doporučuje se pečovatelům, aby si vyhledali knihy, články, brožury, videa a filmy o poskytování domácí péče. Dnes pořádají občanská sdružení, zabývající se jedním specifickým postižením, semináře pro rodinné příslušníky, vydávají informační brožury (např. Česká alzheimerovská společnost, Společnost PARKINSON, Liga proti rakovině atd.).

- Vyhledejte svépomocnou skupinu pečovatelů.

  Pečovatel může zkusit navázat kontakt s lidmi, kteří se také starají o své blízké. Svépomocné skupiny jsou výborné pro sdělení informací, výměnu zkušeností, podělení se s pocity. Pečovatelé pak lépe zvládají stres.
- Stanovte si reálné cíle.

  Péče o člena rodiny je velice náročná na čas, a proto je důležité, aby si pečovatel určil priority a stanovil si reálné cíle.
- Neváhejte se obrátit se žádostí o pomoc na ostatní.

  Pečovateli je nutné zdůraznit, aby se nestyděl říct si o pomoc!
- Komunikujte se svou rodinou a přáteli.
- Využívejte vnějších služeb a hledejte náhradní zdroje pomoci.

  Pečovatel také potřebuje odpočinek a právě pro tyto účely slouží tzv. odlehčovací služby, které nabízí některá lůžková zařízení nebo agentury domácí péče.
- Starejte se o své zdraví.

  Dobrý zdravotní stav pečující osoby ovlivňuje také úroveň poskytované péče. Je proto nezbytně nutné, aby kvalitně jedl, měl dostatek tělesného pohybu, spánku a odpočinku a zároveň měl čas na své koníčky.
- Naučte se relaxovat.
- Nejlepším lékem je smích.

  Tato prastará myšlenka se stala námětem mnoha studií, ve kterých se prokázalo, že smích dokáže uvolňovat tenzi, snižovat bolest, zlepšovat dýchání a celkově zlepšovat náladu. Zkrátka léčba smíchem je cenná a pomáhá nám překonat stresové situace.
- Vyhýbejte se destruktivnímu chování.

  Lidé často řeší své problémy pitím alkoholu, užíváním drog, přejídáním, kouřením, ale ani jedna z těchto činností problém neřeší a navíc si tím škodíme vlastnímu zdraví. Jestliže stres pečovatele má za následek až zanedbávání či poškozování svěřence, jde již o trestný čin. V těchto situacích je nutné vyhledat pomoc.
- Znovu hledejte pomoc
- Pěstujte svoje sebevědomí

  Pečovatel by měl pokračovat ve svých koníčcích a sociálních kontaktech i během péče o blízkého. Uspokojení potřeb pečovatele jej nabije energií pro plnění pečovatelské role.

- Jako pečovatel máte svá práva (příloha P III) [13].

1.15 Domácí hospicová péče

Jednou z forem domácí péče je domácí hospicová péče. Poskytuje zdravotní péči a lidskou pomoc terminálně nemocným a jejich blízkým v domácím prostředí. Posláním těchto zařízení je zajistit těžce nemocným klientům důstojný život ve svém domově, zajistit adekvátní léčbu bolesti a zmírnit nepříznivé projevy nemoci. Vždy musí být respektováno přání klienta.

Domácí hospice nabízí služby multidisciplinárního týmu (lékaře, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychoterapeutů, duchovních atd.) klientům, pro které již není nutná nemocniční péče a i jeho blízcí si přejí být společně doma. Domácí hospice však nenahrazují každodenní péči o dlouhodobě nemocné, kterou poskytují agentury domácí péče.

Podmínky pro přijetí do péče mobilního hospice:

- svobodné a promyšlené rozhodnutí klienta i jeho rodiny zůstat v domácím prostředí
- nemocný trpící nevyléčitelnou nemocí, kdy ošetřující lékař konstatoval, že byly vyčerpány všechny dostupné možnosti terapie vedoucí k uzdravení klienta, a nebo se nemocný sám rozhodl ukončit protinádorovou léčbu
- klient i rodina souhlasí s paliativní terapií, která se zaměřuje na zmírnění utrpení, léčbu bolesti a tlumení nepříznivých symptomů, které provází toto stadium nemoci
- mezi blízkými je alespoň jedna osoba, která je připravena převzít odpovědnost za každodenní péči o klienta.

Okamžik, kdy nemocný zahájí domácí hospicovou péči, je velice náročný pro rodinu a okolí nemocného. Je proto nutné umět pečující podpořit. Pro nemocného je nezbytné, aby měl dobré rodinné zázemí. Rodinní příslušníci, kteří pečují o nemocného, jsou sestrami zasvěcováni do péče, z čehož vyplývá, že stále ještě nedokážeme takto pečovat o opuštěného nemocného.

Návštěvy jsou téměř ve všech případech indikovány v maximální možné frekvenci a to 3x denně. Je tu ale ještě možnost frekvenci návštěv rozšířit po písemné žádosti ošetřujícího lékaře a po schválení revizním lékařem [15,16,17].

1.15.1 Historie domácí hospicové péče

Na území České republiky se proces umírání odehrával výhradně v rodinném kruhu za účasti všech členů rodiny a blízkých. Umírání mělo spíše charakter sociálního aktu, a proto každý člen rodiny věděl, že nezemře osamocen. Rituál umírání doprovázel kněz, který umírajícímu umožnil zpověď, a tím se smířit se s osudem, a poslední pomazaní. Z generace na generaci se tak předávaly zkušenosti jak pečovat o umírajícího. V průběhu 19. století a počátkem 20. století to byli rodinní lékaři, kteří se starali o umírající v jejich domácím prostředí. Jednou z jejich povinností bylo tišení bolestí, což je jeden ze základních pilířů hospicové péče. V padesátých letech rodinní lékaři zanikají a péče o umírající se přesouvá do institucionálních podmínek, kde umírá více než 87 % nemocných. Jen malé procento lidí umírá v rodinném kruhu podle tradic a zvyklostí. Rok 1989 s sebou přináší velký důraz na dodržování lidských práv a díky tomu se rozvíjí nové humánní postupy v péči o umírající. V roce 1991 je umožněno agenturám domácí péče a charitním organizacím pečovat o umírající. Počátkem roku 1994 vydala Asociace domácí péče České republiky metodiku „Domácí hospicové péče“ a následně jsou pořádány pravidelné odborné semináře zaměřené na domácí hospicovou péči. Domácí hospicová péče je v České republice nedílnou součástí komplexní domácí péče. Je podporována státní správou i samosprávou, ale největší podpory se jí dostává ze strany laické veřejnosti [9].

1.15.2 Paliativní péče

Rada Evropy definovala paliativní péči jako aktivní, na kvalitu života orientovanou péči, která je poskytována nemocným, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.

Dle WHO paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- neurychluje ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných nepříznivých symptomů
- začleňuje do péče o klienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných.

Cíle paliativní medicíny jsou symptomatická léčba, zmírňující péče, efektivní terapie somatické a psychické bolesti, emotivní podpora, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající a doprovodná odborná pomoc rodině umírajícího [7,8,14].

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 METODIKA PRÁCE

2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Základním souborem pro dotazníkové šetření byly zdravotní sestry pracující v agenturách domácí péče. Ze základního souboru byly pomocí náhodného výběru zvoleny do průzkumu zdravotní sestry pěti agentur domácí péče, které označujeme jako reprezentativní vzorek. Základním souborem pro metodu rozhovoru byli vedoucí pracovníci agentur domácí péče, ze kterých bylo náhodně vybráno pět vedoucích pracovníků agentur domácí péče. Zvláštní skupinu tvoří vedoucí pracovník, který pracuje sám na licenci. Tento pracovník je zahrnut do průzkumu metodou strukturovaného rozhovoru.

2.2 Metody práce

Při zpracování této bakalářské práce byla využita metoda dotazníkového šetření a metody strukturovaného rozhovoru.

2.2.1 Dotazník

Dotazník i rozhovor se řadí mezi tzv. explorační výzkumné metody získávání informací od respondentů. Metoda dotazníků je založena na otázkách a skládá se z tzv. dotazníkových položek. Každá položka se skládá z části otázkové (předmětové) a odpovědní.

Použitý dotazník obsahuje 32 položek (příloha P IV). Jednotlivé položky dotazníku vedly ke stanovení cílů a následně k ověření hypotéz. Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů – představení, seznámení s tématem průzkumu, zdůraznění anonymity a návod pro vyplnění dotazníku.

Druhy položek v dotazníku:

- Uzavřené položky dichotomické: 11, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 28, 30
- Uzavřené položky polytomické s úplným výběrem: 1, 3, 5, 7, 10, 17, 24, 25, 26
- Polozavřené položky polytomické s neúplným výběrem: 2, 6, 8, 12, 18, 22, 29
- Otevřené položky: 4, 9, 14, 27, 31, 32
- Výčtové položky: 10, 12, 18, 22, 26, 29
- Filtrační položky: 11, 28
- Populační položky: 1.

2.2.2 Strukturovaný rozhovor

Rozhovor je přímá interpersonální metoda, kdy jedna osoba klade druhé osobě otázky určené k získání odpovědí, které napomáhají k řešení výzkumného problému. Od běžného rozhovoru se liší těmito znaky:

- uskutečňuje se s jasným odborným zaměřením
- obsahuje standardizované otázky
- otázky jsou zaměřené na zkoumanou oblast
- probíhá za standardních podmínek
- uskutečňuje ho výzkumník [1].

Použitý rozhovor obsahuje 30 položek (příloha P V). Rozhovor je standardizovaný – otázky jsou předem určeny a odpovědi jsou přesně zapisovány, individuální – probíhá pouze za přítomnosti výzkumníka a respondenta, otevřený – cíl rozhovoru je respondentovi znám.

2.3 Charakteristika položek

Položka č. 1, 2 zjišťuje všeobecné informace o respondentech jako je věk a vzdělání. Položka č. 3 se zabývá délkou práce v agentuře domácí péče. Položka č. 4 zkoumá, kde respondenti pracovali dříve. Otázka č. 5 se ptá, v jak velké agentuře domácí péče respondenti pracují. Položka č. 6 zjišťuje, jak se respondenti dopravují ke klientům. Položka č. 7, 8, 9 zjišťuje, o kolik klientů se respondenti starají, kdo jim klienty rozděluje a kdo určuje rozsah poskytované péče. Položka č. 10 se dotazuje respondentů na jejich pracovní dobu. Otázka č. 11, 12, 13, 14 se zabývá nabídkou nadstandardních služeb, způsobem nabízení a zájmem klientů o tyto služby. Položka č. 15 se ptá, zda respondenti nějakým způsobem zjišťují spokojenost klientů s nabídkou služeb. Otázka č. 16, 17 se dotazuje, zda jsou respondenti v kontaktu s rodinnými příslušníky a jak s nimi spolupracují. Položka č. 18 se zabývá rekcemi klienta a příbuzných na poskytování péče. Položka č. 18, 19, 20, 21, 22, 23 se zabývá semináři celoživotního vzdělávání a zájmem respondentů dále se vzdělávat. Položka č. 24, 25 zkoumá, zda poskytuje zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu a jestli se nějak finančně podílí na vzdělávání respondentů. Otázka č. 26 zjišťuje míru spolupráce respondentů s praktickými lékaři a zdravotními sestrami. Položka č. 27 se dotazuje, zda se mají respondenti na koho obrátit pro radu v případě potřeby. Položka č. 28, 29 se zabývá syndromem vyhoření. Otázka č. 30 zjišťuje spokojenost respondentů s prací v agentuře domácí péče. Položka č. 31, 32 se zaměřuje na zjištění pozitiv a negativ práce v terénu.

2.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení dotazníku, který byl konzultován s vedoucím práce a následně schválen. V prosinci 2008 byla provedena pilotní studie. Bylo rozdáno pět dotazníků zdravotním sestrám jedné z agentur domácí péče. Na základě pilotní studie byla upravena jen otázka č. 22. Průzkum trval čtyři měsíce (leden až duben 2009). Dotazníky byly rozdány v pěti agenturách domácí péče a to SDOP Olomouc, Charita Olomouc, Charita Zábřeh, ADP Viktoria Šumperk, HOMECARE – Domácí péče Tom Kantorek. Distribuci dotazníků předcházela žádost jednotlivých pracovišť o umožnění dotazníkového šetření (příloha P VI, VII, VIII, IX, X). Na žádném pracovišti nedošlo k zamítnutí žádosti. Dotazníky byly osobně rozdány zdravotním sestrám pracujícím v agenturách domácí péče. Celkem bylo rozdáno 34 dotazníků a návratnost vyplněných dotazníků byla překvapivě 100%. Strukturované rozhovory byly provedeny s vedoucími pracovníky jednotlivých agentur domácí péče. Zpracované výsledky získaných dat jsou uvedeny v kapitole č. 4 – výsledky průzkumu.

2.5 Zpracování získaných dat

Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla uspořádána do tabulek četností. Podle podskupin byly sečteny absolutní a relativní četnosti a následně vytvořeny grafy. Zpracování dat bylo provedeno pomocí Microsoft Excel, kde byla data vložena do tabulek a poté graficky znázorněna.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem.

Relativní četnost je vyjádřena v procentech a informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

K testování hypotéz byl vybrán test P binomického rozdělení.

„Binomické rozdělení popisuje situaci, kdy náhodný jev A nastává s pravděpodobností p a kdy n-krát nezávisle opakujeme náhodný pokus, při kterém jev A může nastat. Zkoumáme počet x výskytů jevů A v sérii těchto nezávislých pokusů“ [5, s. 60].

Vzorec pro výpočet testu P binomického rozdělení:

$$t = \frac{x/n - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 \cdot (1 - p_0)}{n}}} \qquad (1)$$

t = testová statistika

x = počet prvků se sledovanou vlastností

n = počet odpovědí

p_0 = stanovená procenta

Pro výpočet testu P binomického rozdělení je nutné uskutečnit následující kroky:

- formulace hypotéz – nulová (H_0) a alternativní (H_A)
- stanovení hladiny významnosti ($\alpha = 0{,}05$)
- volba testového kritéria
- výpočet testového kritéria
- srovnání výsledné kritické hodnoty na stanovené hladině významnosti
- přijetí nebo zamítnutí hypotézy [5].

3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

3.1 Cíle a hypotézy

Cíl č. 1: Popsat historii a organizaci práce v agenturách domácí péče.

Cíl č. 2: Zjistit, zda mají zdravotní sestry z agentur domácí péče specializační vzdělání v oboru komunitní ošetřovatelské péče.

H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nemá specializační vzdělání.

HA: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče má specializační vzdělání.

Cíl č. 3: Zjistit nabídku nadstandardních služeb agentur domácí péče.

H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nenabízí nadstandardní služby.

HA: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nabízí nadstandardní služby.

Cíl č. 4: Zjistit, v jaké míře spolupracují zdravotní sestry z agentury domácí péče s praktickými lékaři a zdravotními sestrami.

H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nedostatečně spolupracuje s praktickými lékaři a zdravotními sestrami.

HA: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče dostatečně spolupracuje s praktickými lékaři a zdravotními sestrami.

Cíl č. 5: Zjistit spokojenost zdravotních sester z agentur domácí péče s prací v terénu.

H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče je nespokojena s prací v terénu.

HA: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče je spokojena s prací v terénu.

Cíl č. 6: Zpracovat výsledky průzkumu do odborného časopisu.

3.2 Faktografická data

Výzkumného šetření se zúčastnilo 34 respondentů. Všichni respondenti jsou ženy, kromě jednoho muže, který dělá domácí péči na licenci. Z celkového počtu respondentů je jich nejvíce ve věkové kategorii 31-40 let. Celých 97,1 % respondentů má vzdělání na střední zdravotnické škole. Nejvíce respondentů pracuje v agentuře domácí péče 5-9 let. A dříve pracovalo 73,5 % v různých nemocnicích (Fakultní nemocnice Olomouc, Šumperská nemocnice a.s., Nemocnice Zábřeh, Jesenická nemocnice spol. s.r.o.).

3.3 Jednotlivé výsledky šetření

Cíl č. 1 se zaměřuje na seznámení s historií a organizací práce sester v agenturách domácí péče. Cíl č. 2 zahrnuje v dotazníku položku č. 2, která zjišťuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Cíl č. 3 se vztahuje k otázce č. 11 a má za úkol zjistit, zda agentury domácí péče mají nabídku nadstandardních služeb. Cíl č. 4 se v dotazníku vztahuje k položce č. 26 a mapuje míru spolupráce sester agentur domácí péče s praktickými lékaři a zdravotními sestrami. Cíl č. 5 zahrnuje v dotazníku otázku č. 30, jejímž úkolem bylo zjistit spokojenost sester s prací v terénu. Cíl č. 6 se zaměřuje na zpracování výsledků průzkumu v odborném časopise.

4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

4.1 Dotazníkové šetření

Položka č. 1

Věk

□ 20-30 let

□ 31-40 let

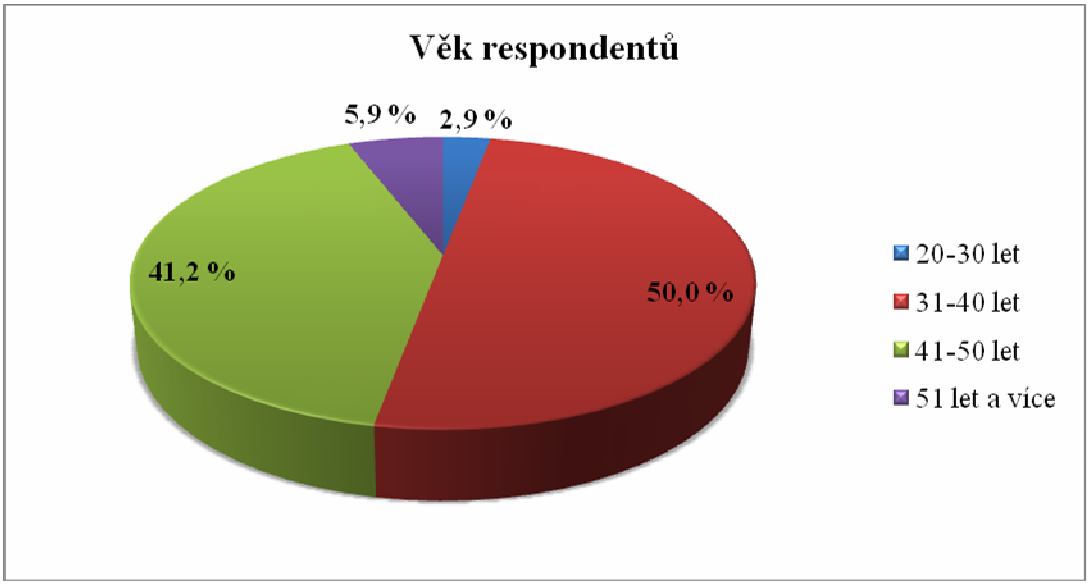
□ 41-50 let

□ 50 let a více

Tabulka č. 1 - Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-30 let	1	2,9 %
31-40 let	17	50,0 %
41-50 let	14	41,2 %
51 let a více	2	5,9 %
Celkem	34	100 %

Graf č. 1 – Věk respondentů



Z průzkumu vyplývá, že zdravotní sestry pracující v agenturách domácí péče se nejčastěji pohybují ve věkové kategorii 31-40 let (50 %) a druhou nejvíce zastoupenou věkovou kategorií je 41-50 let (41 %), jen 5,9 % respondentů se nachází v kategorii 51 let a více a zbylých 2,9 % respondentů je ve věku 20 – 30 let.

Položka č. 2

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

□ SZŠ, obor

□ VOŠZ, obor

□ VŠ – Bc., obor

□ VŠ – Mgr., obor

□ specializační studium – sestra pro komunitní péči

□ specializační studium – jiný obor

□ jiné, jaké?

Tabulka č. 2 - Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?

Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
SZŠ, obor všeobecná sestra	32	94,1 %
VOŠZ, obor diplomovaná všeobecná sestra	2	5,9 %
VŠ - Bc.	0	0 %
VŠ - Mgr.	0	0 %
specializační studium - sestra pro komunitní péči	0	0 %
specializační studium - jiný obor	0	0 %
jiné	0	0 %
Celkem	34	100,0 %

3H0: Více než polovina zaměstnanců agentur domácí péče nemá specializační vzdělání.

H_0	H_A	t	obor přijetí H_0
$p = p_0$ $p_0 = 50\ \%\ (0,5)$	$p > p_0$	$t = \frac{x/n - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 \cdot (1-p_0)}{n}}}$	$t < t_{1-\alpha}$

p = parametr, určitá procenta, zde 50 %

x = počet sester, které mají specializační vzdělání

n = celkový počet sester ADP

α = hladina významnosti = 0,05

t = testové kritérium

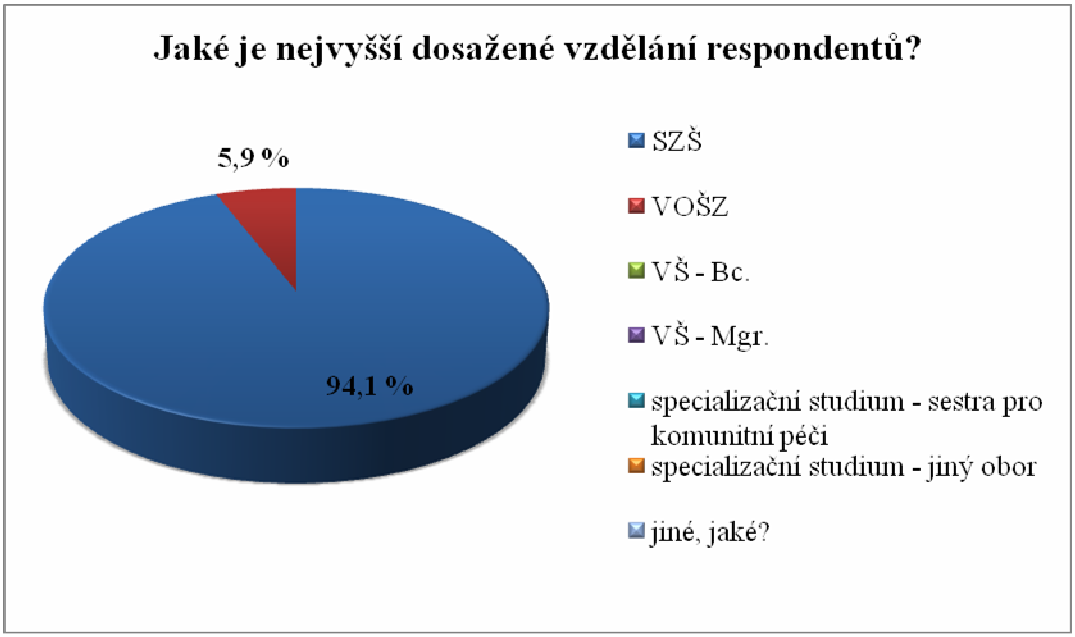
$$t = \frac{{}^{0}/_{34} - 0{,}5}{\sqrt{\frac{0{,}5 \cdot (1 - 0{,}5)}{34}}} = -5{,}83 \qquad (2)$$

I_α = obor přijetí testového kritéria = <- ∞; 1, 645>

t □ I_α hodnota testového kritéria patří do oboru přijetí H_0

Na hladině významnosti 0,05 s 95 % zamítám H_A a přijímám H_0, statistického testu parametru p binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že více než polovina zaměstnanců agentur domácí péče nemá specializační vzdělání.

Graf č. 2 – Jaké je nejvyšší vzdělání respondentů?



Z celkového počtu 34 respondentů má 94,1 % středoškolské vzdělání (SZŠ) a pouze 5,9 % respondentů má vzdělání na vyšší odborné škole zdravotnické (VOŠZ).

Položka č. 3

Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?

□ 1-4 roky

□ 5-9 let

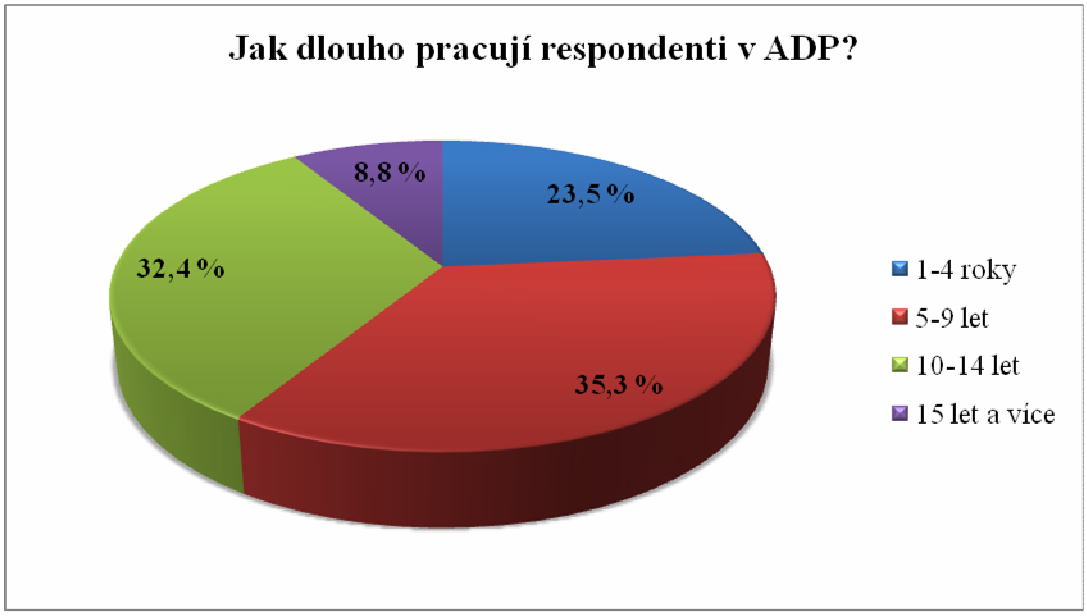
□ 10-14 let

□ 15 let a více

Tabulka č. 3 - Jak dlouho pracují respondenti v ADP?

Jak dlouho pracují respondenti v ADP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-4 roky	8	23,5 %
5-9 let	12	35,3 %
10-14 let	11	32,4 %
15 let a více	3	8,8 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 3 – Jak dlouho pracují respondenti v ADP?



Z grafu č. 3 vyplývá, že 35,3 % respondentů pracuje v ADP 5-9 let, 32,4 % respondentů je zaměstnancem ADP 10-14 let, 23,5 % respondentů pracuje v terénu 1-4 roky a zbývajících 8,8 % respondentů pracuje v ADP 15 let a více.

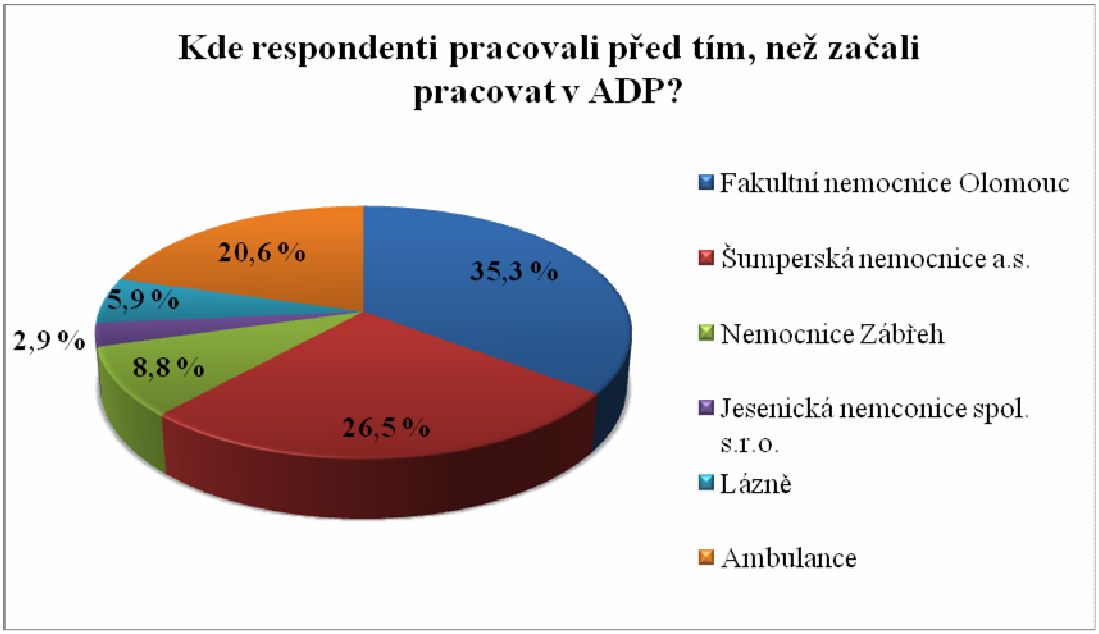
Položka č. 4

Kde jste pracovala před tím, než jste začala pracovat v ADP? Prosím napište.

Tabulka č. 4 - Kde respondenti pracovali před tím, než začali pracovat v ADP?

Kde respondenti pracovali před tím, než začali pracovat v ADP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fakultní nemocnice Olomouc	12	35,3 %
Šumperská nemocnice a.s.	9	26,5 %
Nemocnice Zábřeh	3	8,8 %
Jesenická nemocnice spol. s.r.o.	1	2,9 %
Lázně	2	5,9 %
Ambulance	7	20,6 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 4 – Kde respondenti pracovali před tím, než začali pracovat v ADP?



Z grafu č. 4 je patrné, že většina respondentů pracovala v nemocnicích a to 35,3 % ve Fakultní nemocnici Olomouc, 26,5 % v Šumperské nemocnici a.s., 8,8 % v Nemocnici Zábřeh a 2,9 % v Jesenické nemocnici spol. s.r.o. Dalších 20,6 % respondentů pracovalo v ambulantních zařízeních (ordinace praktického lékaře, zubního lékaře, diabetologická ambulance). Zbylých 5,9 % respondentů pracovalo v lázeňství.

Položka č. 5

Jak velká je ADP, ve které pracujete?

□ mám licenci, pracuji sama

□ 3-5 zaměstnanců

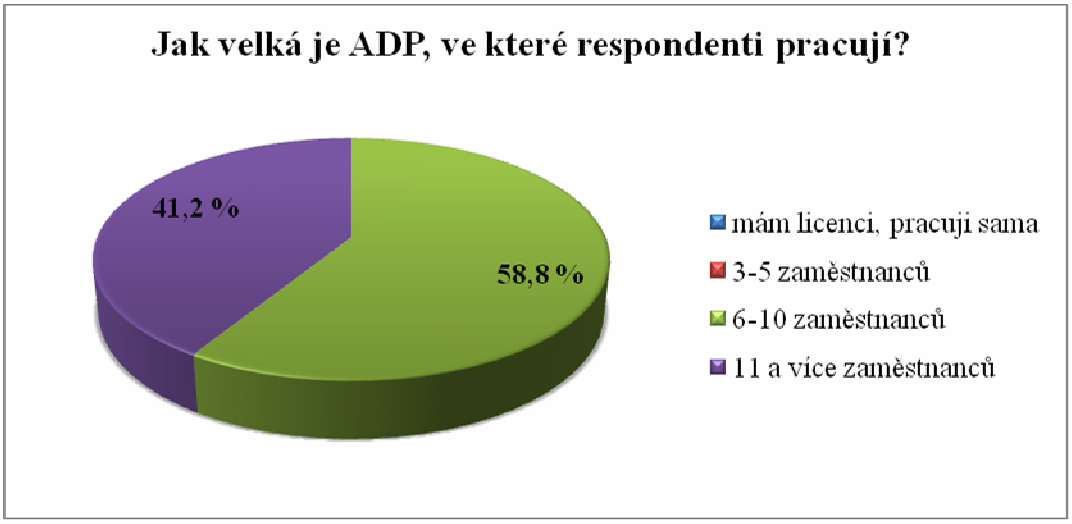
□ 6-10 zaměstnanců

□ 11 a více zaměstnanců

Tabulka č. 5 - Jak velká je ADP, ve které respondenti pracují?

Jak velká je ADP, ve které respondenti pracují?	Absolutní četnost	Relativní četnost
mám licenci, pracuji sama	0	0 %
3-5 zaměstnanců	0	0 %
6-10 zaměstnanců	20	58,8 %
11 a více zaměstnanců	14	41,2 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 5 – Jak velká je ADP, ve které respondenti pracují?



Z průzkumu je patrné, že 58,8 % respondentů pracuje v ADP, která má 6-10 zaměstnanců a zbylých 41,2 % respondentů pracuje v ADP s 3-5 zaměstnanci.

Položka č. 6

Jak se dopravujete ke klientům?

□ MHD

□ vlastním autem a ADP vám proplácí cestovné

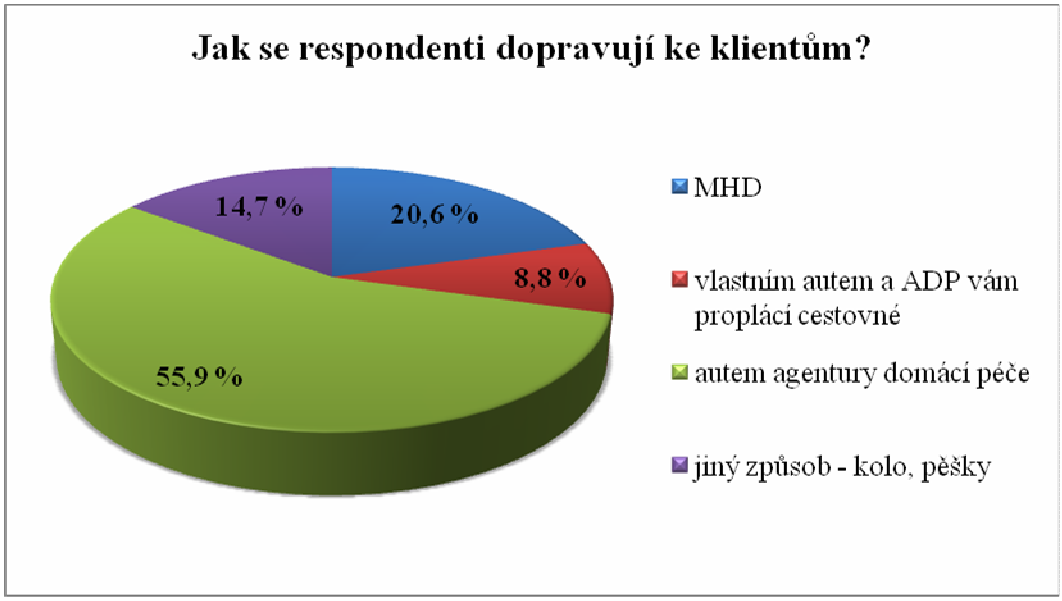
□ autem ADP

□ jiný způsob, napište prosím jaký?

Tabulka č. 6 - Jak se respondenti dopravují ke klientům?

Jak se respondenti dopravují ke klientům?	Absolutní četnost	Relativní četnost
MHD	7	20,6 %
vlastním autem a ADP vám proplácí cestovné	3	8,8 %
autem ADP	19	55,9 %
jiný způsob - kolo, pěšky	5	14,7 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 6 – Jak se respondenti dopravují ke klientům?



Z grafu č. 6 vyplývá, že 55,9 % respondentů se dopravuje ke klientům autem ADP, dalších 20,6 % respondentů se dopravuje pomocí MHD, 14,7 % respondentů jezdí ke klientům na kole nebo chodí pěšky a pouhých 8,8 % respondentů jezdí vlastním autem.

Položka č. 7

O kolik klientů se staráte?

□ 1-5

□ 6-10

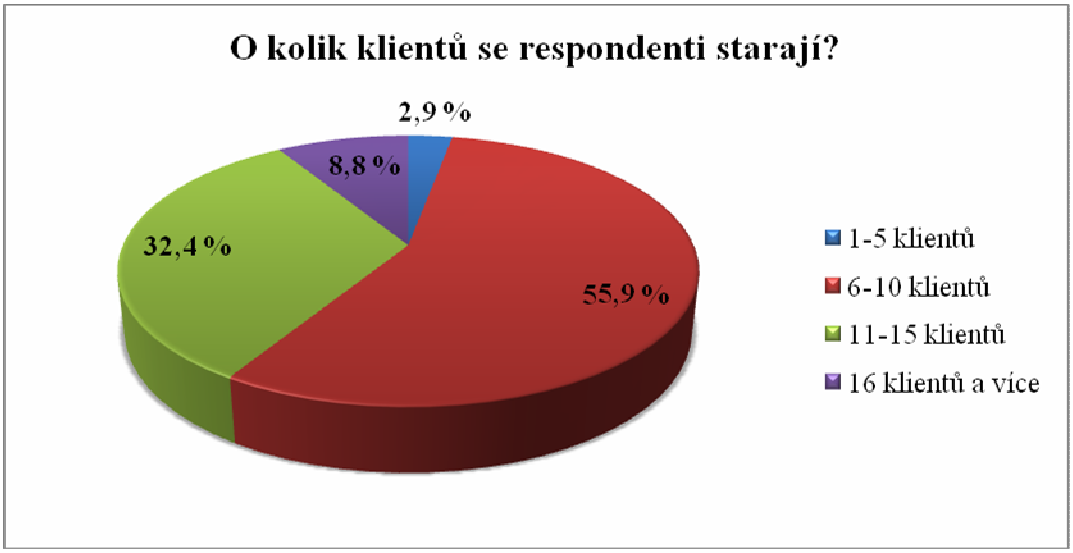
□ 11-15

□ 16 a více

Tabulka č. 7 - O kolik klientů se respondenti starají?

O kolik klientů se respondenti starají?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - 5	1	2,9 %
6 - 10	19	55,9 %
11 - 15	11	32,4 %
16 a více	3	8,8 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 7 – O kolik klientů se respondenti starají?



Z průzkumu vyplývá, že 55,9 % respondentů se stará o 6-10 klientů, 32,4 % respondentů se stará o 11-15 klientů, 8,8 % respondentů pečuje o 16 klientů a více a pouhých 2,9 % pečuje o 1-5 klientů.

Položka č. 8

Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budete pečovat?

□ vedoucí pracovník

□ manažerka ošetřovatelské péče

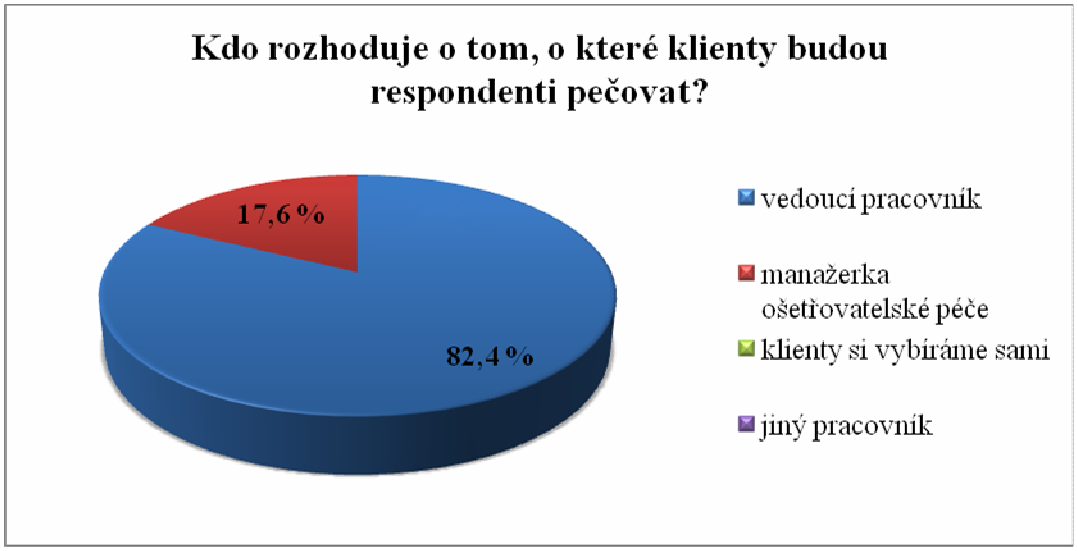
□ klienty si vybíráme sami

□ jiný, napište prosím kdo?

Tabulka č. 8 - Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budou respondenti pečovat?

Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budou respondenti pečovat?	Absolutní četnost	Relativní četnost
vedoucí pracovník	28	82,4 %
manažerka ošetřovatelské péče	6	17,6 %
klienty si vybíráme sami	0	0 %
jiný pracovník	0	0 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 8 – Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budou respondenti pečovat?



Z grafu č. 8 je patrné, že 82,4 % respondentů má určeno od vedoucího pracovníka, o které klienty bude pečovat a zbylých 17,6 % respondentů má přiděleny klienty od manažerky ošetřovatelské péče.

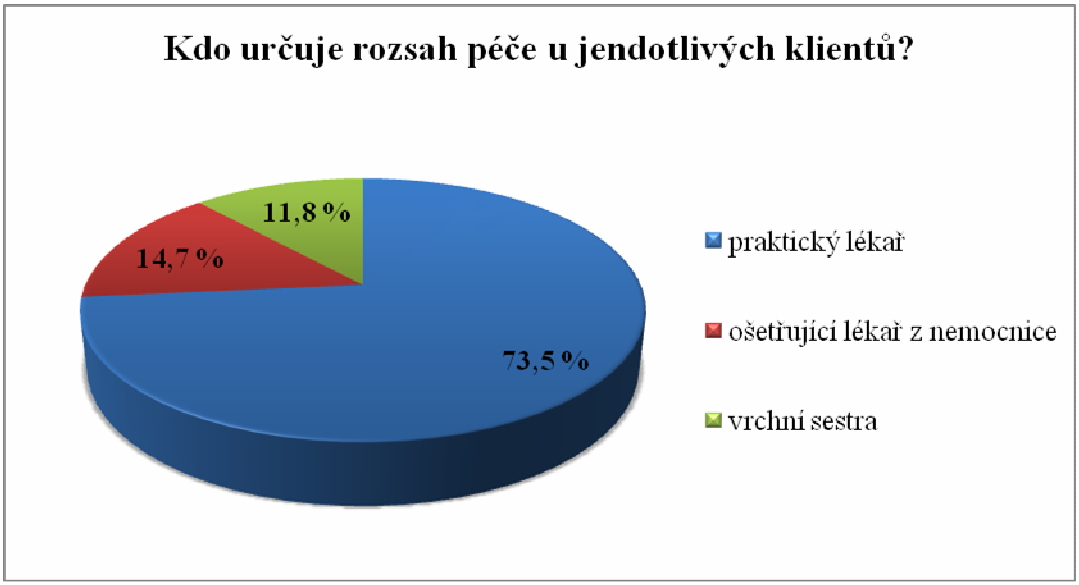
Položka č. 9

Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých klientů? Prosím napište.

Tabulka č. 9 - Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých klientů?

Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých klientů?	Absolutní četnost	Relativní četnost
praktický lékař	25	73,5 %
ošetřující lékař z nemocnice	5	14,7 %
vrchní sestra	4	11,8 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 9 - Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých klientů?



Z průzkumu je patrné, že rozsah péče určuje respondentům ze 73,5 % praktický lékař klienta, 14,7 % respondentům určuje rozsah péče ošetřující lékař z nemocnice a zbylým 11,8 % respondentům určuje péči vrchní sestra.

Položka č. 10

Jak máte rozvrženou pracovní dobu? (můžete označit více odpovědí)

□ pracuji méně než 8 hodin denně

□ pracuji 8 hodin denně

□ pracuji víc než 8 hodin denně

□ pracuji i o víkendu

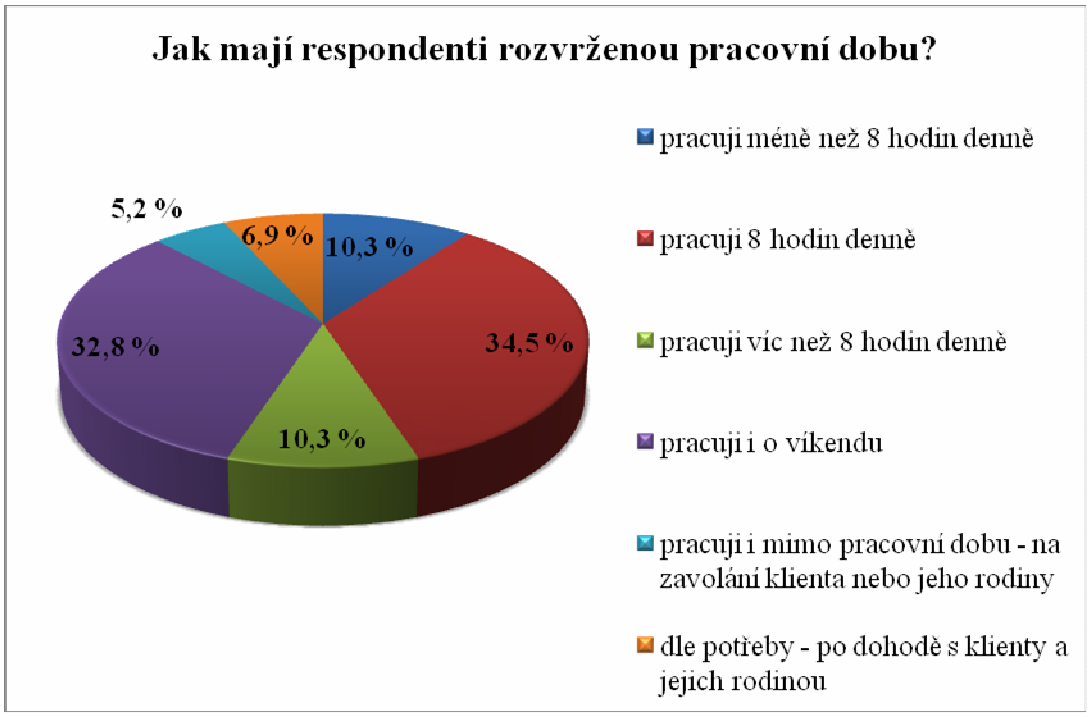
□ pracuji i mimo pracovní dobu – na zavolání klienta nebo jeho rodiny

□ dle potřeby – po dohodě s klienty a jejich rodinou

Tabulka č. 10 - Jak mají respondenti rozvrženou pracovní dobu?

Jak mají respondenti rozvrženou pracovní dobu?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
pracuji méně než 8 hodin denně	6	10,3 %
pracuji 8 hodin denně	20	34,5 %
pracuji víc než 8 hodin denně	6	10,3 %
pracuji i o víkendu	19	32,8 %
pracuji i mimo pracovní dobu - na zavolání klienta nebo jeho rodiny	3	5,2 %
dle potřeby - po dohodě s klienty a jejich rodinou	4	6,9 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 10 - Jak mají respondenti rozvrženou pracovní dobu?



Z grafu vyplývá, že 34,5 % respondentů má osmihodinovou pracovní dobu, 32,8 % respondentů pracuje i o víkendu, 10,3 % respondentů pracuje méně než 8 hodin denně a stejný počet respondentů pracuje více než 8 hodin denně, 6,9 % respondentů pracuje i dle potřeby po dohodě s klientem a jen pouhých 5,2 % respondentů pracuje mimo pracovní dobu na zavolání klienta nebo jeho rodiny.

Položka č. 11

Nabízíte vašim klientům nějaké nadstandardní služby?

□ ne (pokračujte prosím až otázkou č. 15)

□ ano

Tabulka č. 11 - Nabízí respondenti klientům nějaké nadstandardní služby?

Nabízí respondenti klientům nějaké nadstandardní služby?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
ne	20	58,8 %
ano	14	41,2 %
Celkem	34	100,0 %

2H0: Více než polovina agentur domácí péče nemá nabídku nadstandardních služeb.

H_0	H_A	t	obor přijetí H_0
$p = p_0$ $p_0 = 50\ \%\ (0,5)$	$p > p_0$	$t = \frac{x/n - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 \cdot (1-p_0)}{n}}}$	$t < t_{1-\alpha}$

p = parametr, určitá procenta, zde 50 %

x = počet sester ADP nabízejících nadstandardní služby

n = celkový počet sester ADP

α = hladina významnosti = 0,05

t = testové kritérium

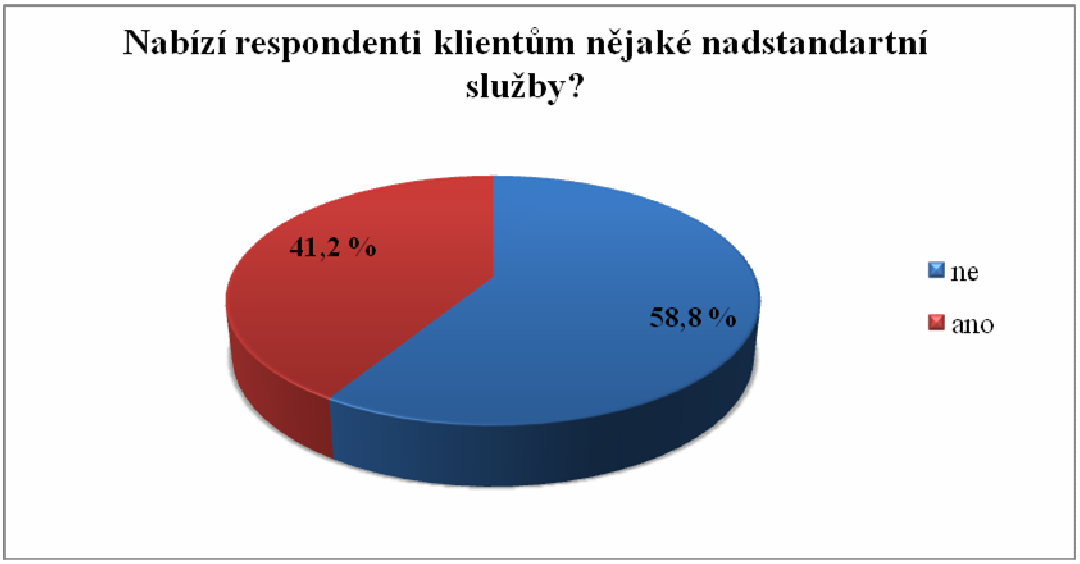
$$t = \frac{14/34 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 \cdot (1-0,5)}{34}}} = -1,03 \qquad (3)$$

I_α = obor přijetí testového kritéria = <- ∞; 1, 645>

t □ I_α hodnota testového kritéria patří do oboru přijetí H_0

Na hladině významnosti 0,05 s 95 % zamítám H_A a přijímám H_0, statistického testu parametru p binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že více než polovina agentur domácí péče nemá nabídku nadstandardních služeb.

Graf č. 11 - Nabízí respondenti klientům nějaké nadstandardní služby?



Průzkum poukazuje na to, že 58,8 % respondentů nenabízí klientům nadstandardní služby a zbylých 41,2 % respondentů tyto služby klientům nabízí.

Položka č. 12

Jakým způsobem tyto služby nabízíte? (můžete označit více odpovědí)

□ mám k dispozici ceník a nabídnu ho klientovi

□ mám k dispozici ceník a nabídnu ho rodinným příslušníkům

□ ceník nemám, ale služby nabídnu klientovi

□ ceník nemám, ale služby nabídnu rodinným příslušníkům

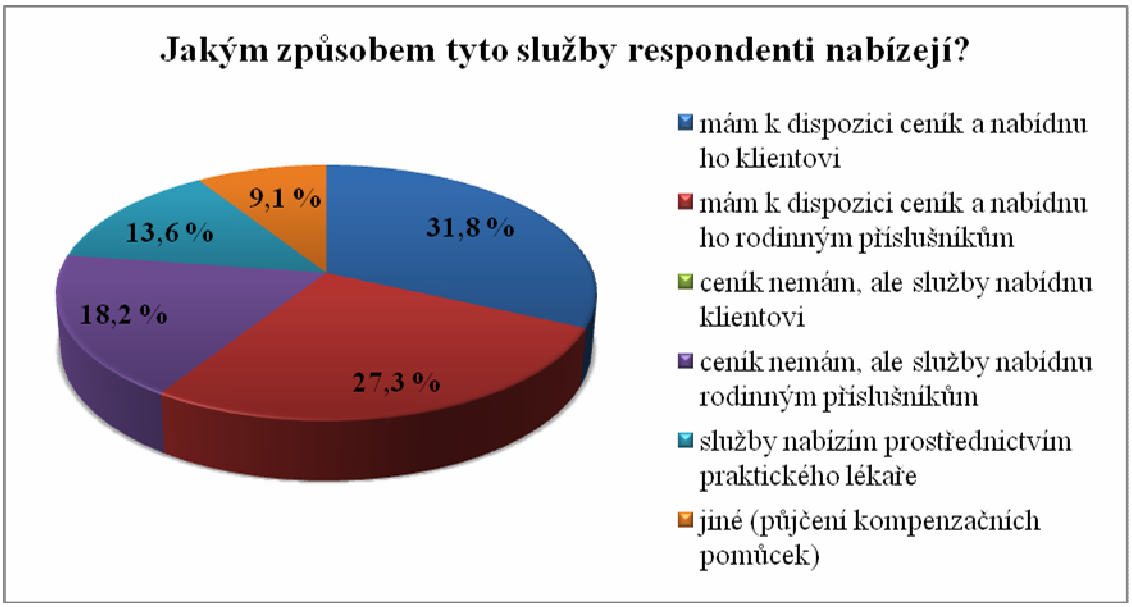
□ služby nabízím prostřednictvím praktického lékaře

□ jiné (specifikujte prosím)

Tabulka č. 12 - Jakým způsobem tyto služby respondenti nabízejí?

Jakým způsobem tyto služby respondenti nabízejí?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
mám k dispozici ceník a nabídnu ho klientovi	7	31,8 %
mám k dispozici ceník a nabídnu ho rodinným příslušníkům	6	27,3 %
ceník nemám, ale služby nabídnu klientovi	0	0 %
ceník nemám, ale služby nabídnu rodinným příslušníkům	4	18,2 %
služby nabízím prostřednictvím praktického lékaře	3	13,6 %
jiné (půjčení kompenzačních pomůcek)	2	9,1 %
Celkem	22	100,0 %

Graf č. 12 - Jakým způsobem tyto služby respondenti nabízejí?



Z grafu č. 12 vyplývá, že 31,8 % respondentů má k dispozici ceník a nabídne jej klientovi, 27,3 % respondentů nabídne ceník rodinným příslušníkům, 18,2 % respondentů ceník nemá, ale služby rodinným příslušníkům nabízí, jen 13,6 % respondentů nabízí služby prostřednictvím praktického lékaře a 9,1 % respondentů nabízí klientům zapůjčení kompenzačních pomůcek.

Položka č. 13

Mají klienti o nadstandardní služby zájem?

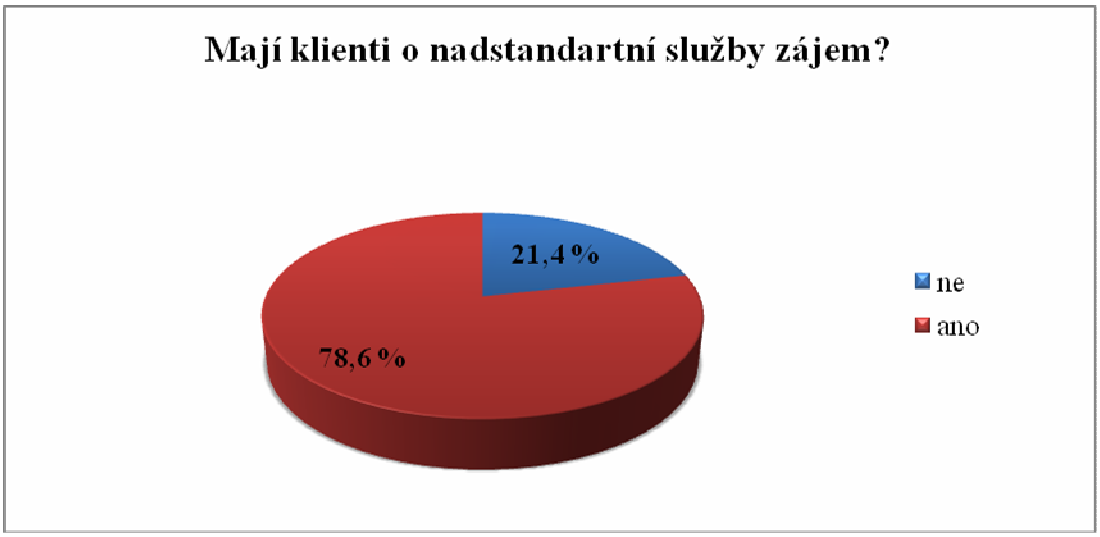
□ ne

□ ano

Tabulka č. 13 - Mají klienti o nadstandardní služby zájem?

Mají klienti o nadstandardní služby zájem?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
ne	3	21,4 %
ano	11	78,6 %
Celkem	14	100,0 %

Graf č. 13 - Mají klienti o nadstandardní služby zájem?



Z průzkumu je patrné, že 78,6 % klientů má zájem o nadstandardní služby a zbylých 21,4 % klientů o tyto služby zájem nemá.

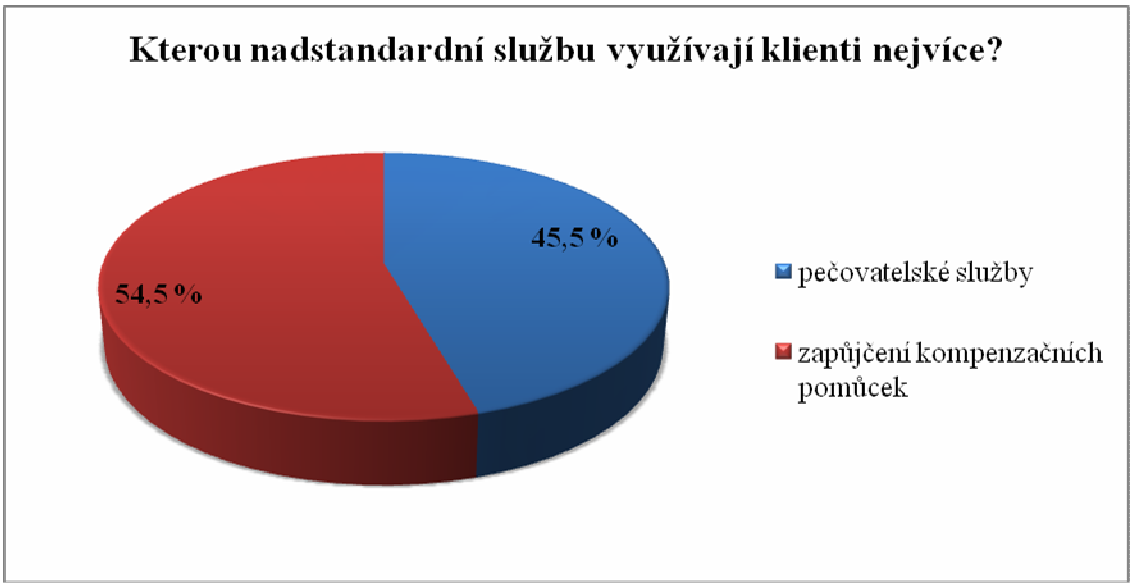
Položka č. 14

Kterou nadstandardní službu využívají vaši klienti nejvíce? Prosím napište.

Tabulka č. 14 - Kterou nadstandardní službu využívají klienti nejvíce?

Kterou nadstandardní službu využívají klienti nejvíce?	Absolutní četnost	Relativní četnost
pečovatelské služby	5	45,5 %
zapůjčení kompenzačních pomůcek	6	54,5 %
Celkem	11	100,0 %

Graf č. 14 - Kterou nadstandardní službu využívají klienti nejvíce?



Z grafu č. 14 vyplývá, že 54,5 % klientů využívá nadstandardní službu v podobě zapůjčení kompenzačních pomůcek a zbylých 45,5 % klientů využívá pečovatelské služby.

Položka č. 15

Zjišťujete nějakým způsobem spokojenost vašich klientů a jejich zájem o další služby?

□ ne

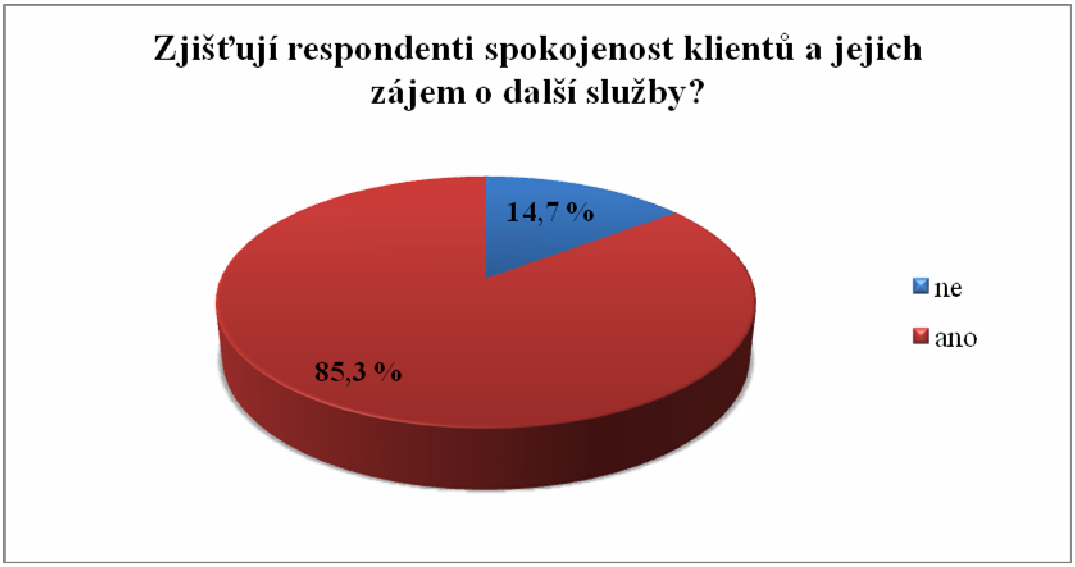
□ ano, napište prosím jak?

Tabulka č. 15 - Zjišťují respondenti spokojenost klientů a jejich zájem o další služby?

Zjišťují respondenti spokojenost klientů a jejich zájem o další služby?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	5	14,7 %
ano (dotazník, rozhovor)	29	85,3 %

Celkem	34	100,0 %

Graf č. 15 - Zjišťují respondenti spokojenost klientů a jejich zájem o další služby?



Z grafu č. 15 vyplývá, že 85,3 % respondentů zjišťuje spokojenost klientů, ale 14,7 % respondentů spokojenost klientů nezjišťuje.

Položka č. 16

Jste v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?

□ ne

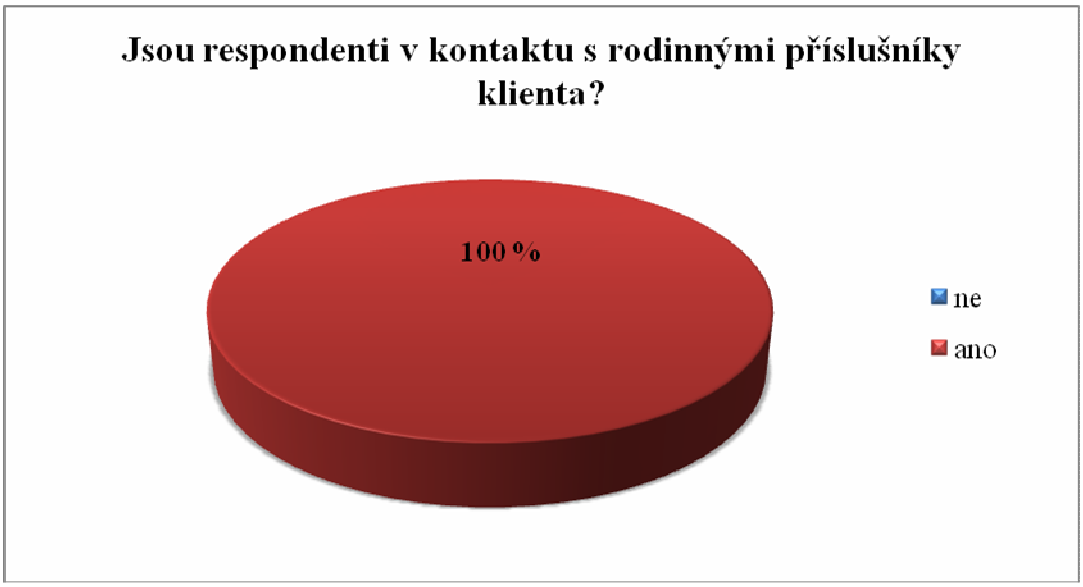
□ ano

Tabulka č. 16 - Jsou respondenti v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?

Jsou respondenti v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	0	0 %
ano	34	100,0 %

Celkem	34	100,0 %

Graf č. 16 - Jsou respondenti v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?



Výsledek tohoto grafu je jednoznačný, 100 % respondentů je v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta.

Položka č. 17

Pokud byste měla zhodnotit, spolupracují s vámi rodinní příslušníci?

□ většinou ano, snaží se a mají zájem se naučit pečovat o blízkého

□ většinou ano, ale jen o co je požádám

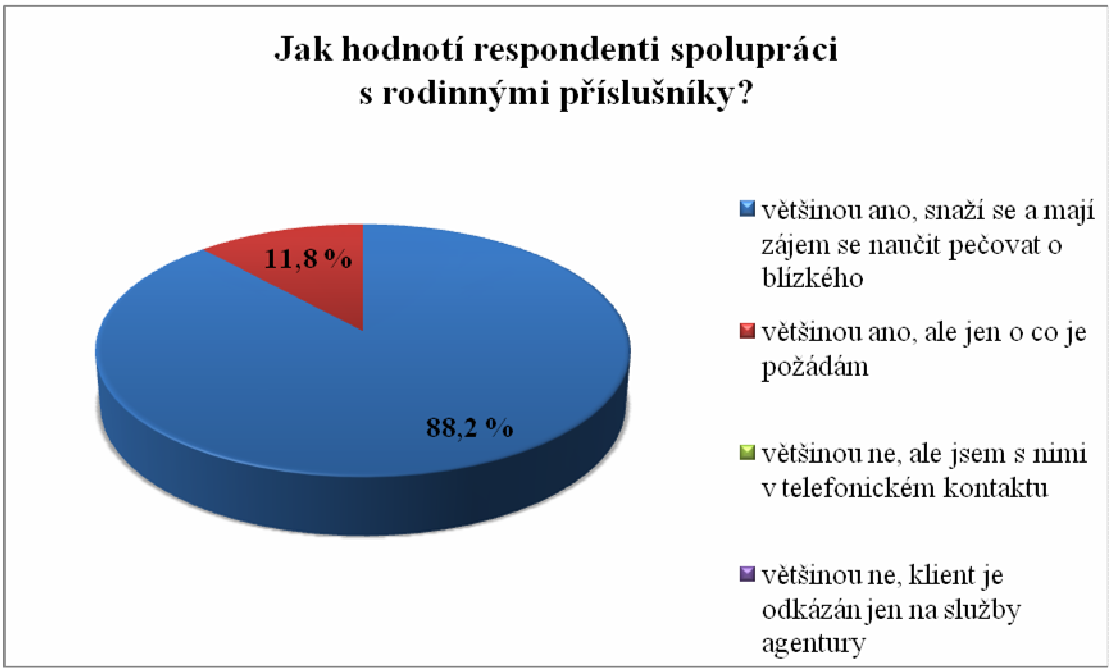
□ většinou ne, ale jsem s nimi v telefonickém kontaktu

□ většinou ne, klient je odkázán jen na službu agentury

Tabulka č. 17 - Jak hodnotí respondenti spolupráci s rodinnými příslušníky?

Jak hodnotí respondenti spolupráci s rodinnými příslušníky?	Absolutní četnost	Relativní četnost
většinou ano, snaží se a mají zájem se naučit pečovat o blízkého	30	88,2 %
většinou ano, ale jen o co je požádám	4	11,8 %
většinou ne, ale jsem s nimi v telefonickém kontaktu	0	0 %
většinou ne, klient je odkázán jen na služby agentury	0	0 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 17 - Jak hodnotí respondenti spolupráci s rodinnými příslušníky?



Z průzkumu vyplývá, že respondenti hodnotí spolupráci s rodinnými příslušníky pozitivně. 88,2 % respondentů zkušenost s klienty, kteří mají zájem naučit se pečovat o svého blízkého a 11,8 % respondentů se setkalo s příbuznými, kteří pomohou jen s tím, o co jsou požádáni.

Položka č. 18

Setkala jste se ve své praxi s některou z uvedených reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků? (můžete označit více odpovědí)

□ s ochotou ke spolupráci

□ s důvěrou v mou péči

□ s pochvalou

□ s nezájmem

□ s nespokojeností s mou péčí

□ s verbálním napadením

□ s fyzickým napadením

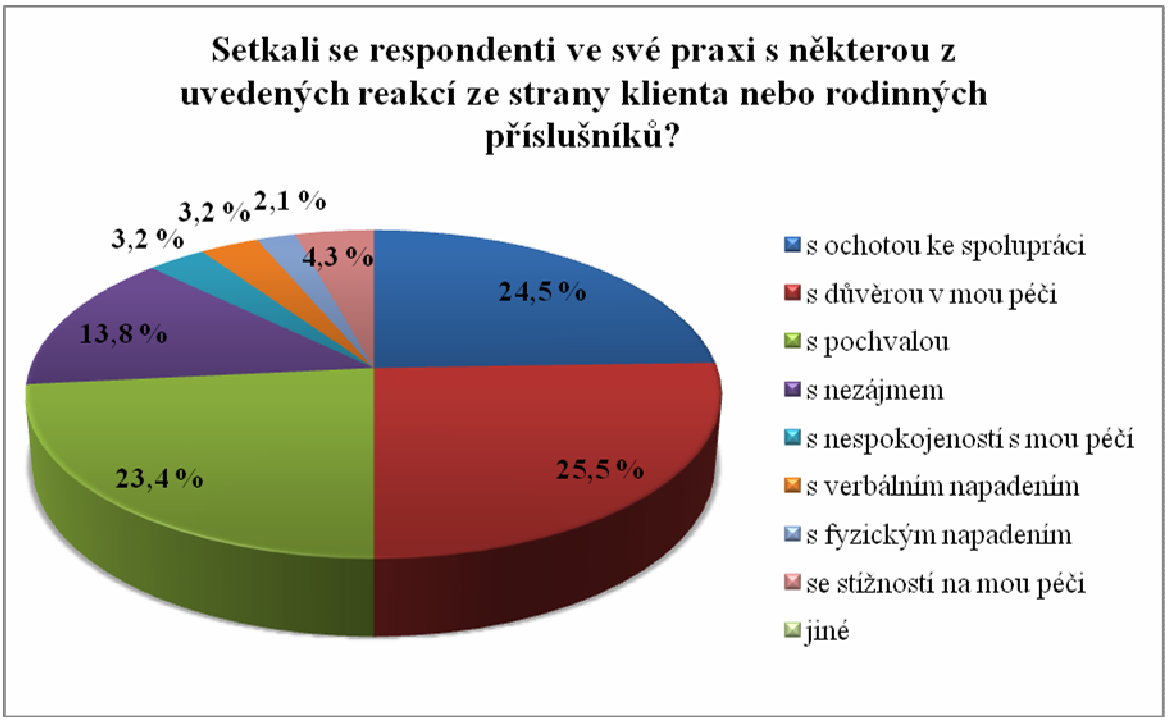
□ se stížností na mou péči

□ jiné, uveďte prosím jaké?

Tabulka č. 18 - Setkali se respondenti ve své praxi s některou z uvedených reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků?

Setkali se respondenti ve své praxi s některou z uvedených reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
s ochotou ke spolupráci	23	24,5 %
s důvěrou v mou péči	24	25,5 %
s pochvalou	22	23,4 %
s nezájmem	13	13,8 %
s nespokojeností s mou péčí	3	3,2 %
s verbálním napadením	3	3,2 %
s fyzickým napadením	2	2,1 %
se stížností na mou péči	4	4,3 %
jiné	0	0 %
Celkem	94	100,0 %

Graf č. 18 - Setkali se respondenti ve své praxi s některou z uvedených reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků?



Z grafu č. 18 je patrné, že reakce klienta a rodinných příslušníků jsou ve většině případů pozitivní, s ochotou ke spolupráci se setkalo 24,4 % respondentů, důvěru vyjádřili klienti 25,5 % respondentů, pochvaly se dostalo 23,4 % respondentům, ale reakce na respondenty jsou také negativní a dokazuje to 13,8 % respondentů, kteří se setkali s nezájmem. Již menší procento respondentů setkalo s nespokojeností s poskytovanou péčí, verbálním či fyzickým napadením a se stížností na péči.

Položka č. 19

Myslíte si, že je dostatek seminářů týkajících se domácí péče v rámci celoživotního vzdělávání?

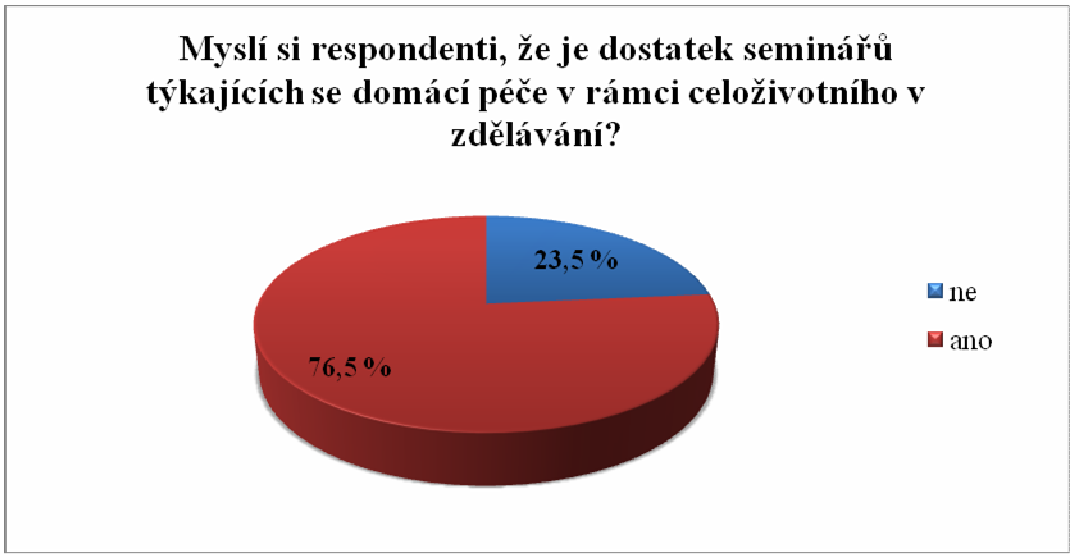
□ ne

□ ano

Tabulka č. 19 - Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se domácí péče v rámci celoživotního vzdělávání?

Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se domácí péče v rámci celoživotního vzdělávání?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	8	23,5 %
ano	26	76,5 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 19 - Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se domácí péče v rámci celoživotního vzdělávání?



Z průzkumu je patrné, že si 76,5 % respondentů myslí, že je v jejich oboru dostatek seminářů, ale 23,5 % respondentů si myslí, že je seminářů nedostatek.

Položka č. 20

Vyhledáváte možnosti účastnit se semináře nebo konference?

□ ne

□ ano

Tabulka č. 20 - Vyhledávají respondenti možnost účastnit se semináře nebo konference?

Vyhledávají respondenti možnost účastnit se semináře nebo konference?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	0	0 %
ano	34	100,0 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 20 - Vyhledávají respondenti možnost účastnit se semináře nebo konference?

Z grafu č. 20 je jednoznačně patrné, že 100 % respondentů vyhledává možnost účasti na semináři nebo konferenci.

Položka č. 21

Máte osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registraci)?

□ ne

□ ano, obor

Tabulka č. 21 - Mají respondenti osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registraci)?

Mají respondenti osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registraci)?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
ne	0	0 %
ano, obor všeobecná sestra	34	100,0 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 21 - Mají respondenti osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registraci)?

Z průzkumu je patrné, že osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu má 100 % respondentů, protože bez tohoto osvědčení by v ADP nemohli pracovat.

Položka č. 22

Jak zjišťujete možnost vzdělávacích aktivit? (můžete označit více odpovědí)

□ od kolegyň

□ z profesních časopisů

□ z internetu

□ jinak, specifikujte prosím jak?

Tabulka č. 22 - Jak zjišťují respondenti možnost vzdělávacích aktivit?

Jak zjišťují respondenti možnost vzdělávacích aktivit?	Absolutní četnost	Relativní četnost
od kolegyň	22	44 %
z profesních časopisů	5	10 %
z internetu	23	46 %
jinak	0	0 %
Celkem	50	100,0 %

Graf č. 22 - Jak zjišťují respondenti možnost vzdělávacích aktivit?

Z grafu vyplývá, že 46 % respondentů zjišťuje možnost vzdělávacích aktivit z internetu, 44 % respondentů od kolegyň a pouhých 10 % respondentů získává informace o vzdělávacích aktivitách z profesních časopisů.

Položka č. 23

Měla byste zájem si doplnit vzdělání v oblasti domácí péče studiem (specializační kurz)?

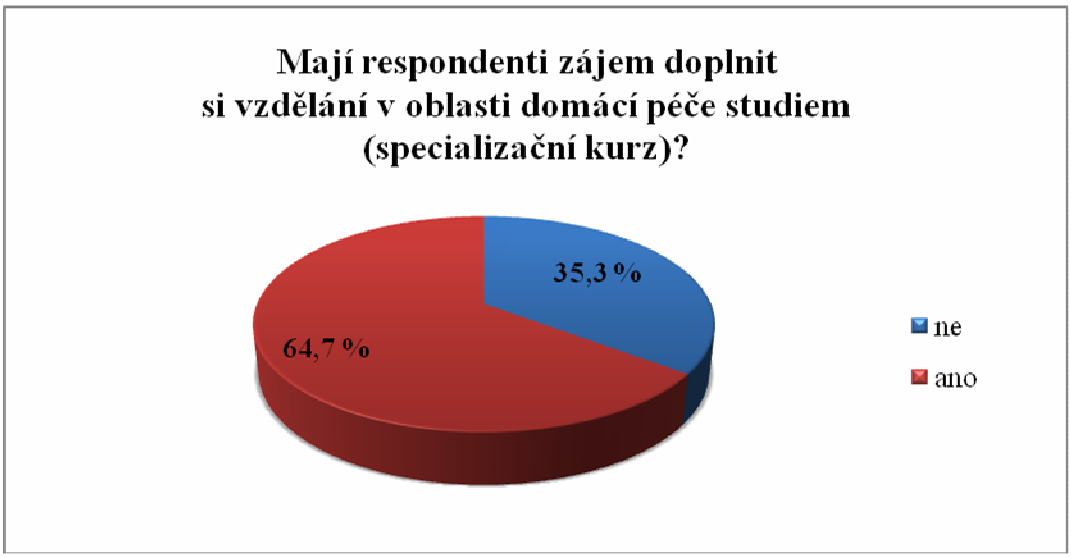
□ ne, napište prosím proč?

□ ano, doplňte jaký?

Tabulka č. 23 - Mají respondenti zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče studiem (specializační kurz)?

Mají respondenti zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče studiem (specializační kurz)?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
ne (nedostatek financí)	12	35,3 %
ano (Home Care, domácí hospicová a paliativní péče)	22	64,7 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 23 - Mají respondenti zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče studiem (specializační kurz)?



Z grafu č. 23 je patrné, že 64,7 % respondentů má zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče a to např. kurzem Home Care, domácí hospicové a paliativní péče, ale 35,3 % respondentů o studium zájem nemá nejčastěji z důvodu nedostatku financí na studium.

Položka č. 24

Poskytuje vám zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?

□ ne, odmítá mě uvolnit

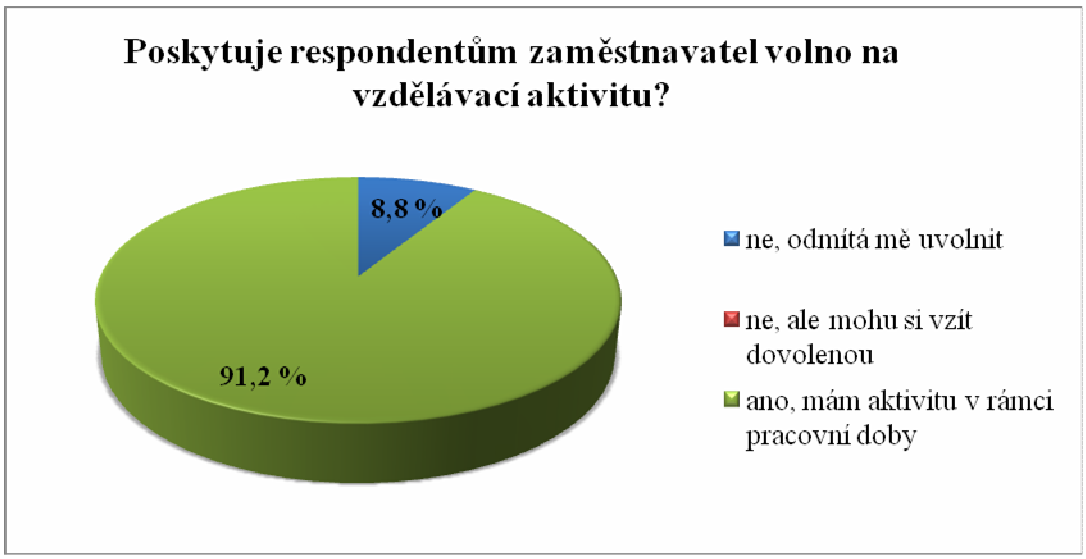
□ ne, ale mohu si vzít dovolenou

□ ano, mám aktivitu v rámci pracovní doby

Tabulka č. 24 - Poskytuje respondentům zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?

Poskytuje respondentům zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne, odmítá mě uvolnit	3	8,8 %
ne, ale mohu si vzít dovolenou	0	0 %
ano, mám aktivitu v rámci pracovní doby	31	91,2 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 24 - Poskytuje respondentům zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?



Z grafu č. 24 vyplývá, že 91,2 % respondentům poskytuje zaměstnavatel účast na vzdělávací aktivitě v rámci pracovní doby, ale naproti tomu 8,8 % respondentů zaměstnavatel odmítá uvolnit.

Položka č. 25

Účastní se zaměstnavatel finančně na vašich vzdělávacích aktivitách?

□ ne, vše si hradím z vlastních prostředků

□ ano, přispívá mi

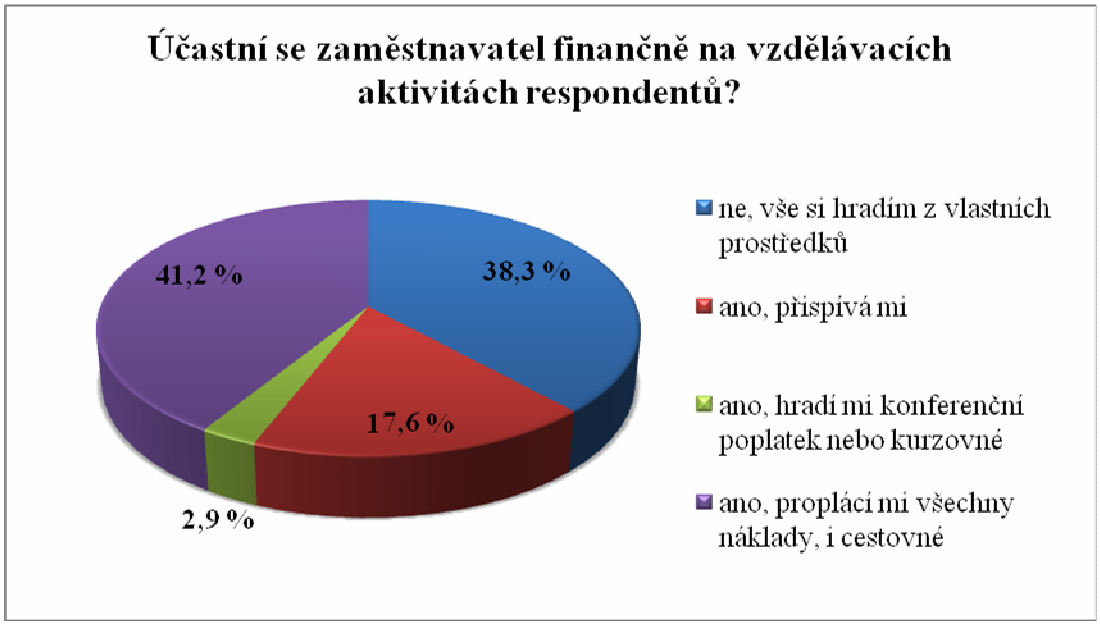
□ ano, hradí mi konferenční poplatek nebo kurzovné

□ ano, proplácí mi všechny náklady i cestovné

Tabulka č. 25 - Účastní se zaměstnavatel finančně na vzdělávacích aktivitách respondentů?

Účastní se zaměstnavatel finančně na vzděláva-cích aktivitách respondentů?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne, vše si hradím z vlastních prostředků	13	38,3 %
ano, přispívá mi	6	17,6 %
ano, hradí mi konferenční poplatek nebo kurzovné	1	2,9 %
ano, proplácí mi všechny náklady i cestovné	14	41,2 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 25 - Účastní se zaměstnavatel finančně na vzdělávacích aktivitách respondentů?



Z průzkumu vyplývá, že 41,2 % respondentům zaměstnavatel proplácí všechny náklady, 38,3 % respondentů si všechny náklady hradí sami, 17,6 % respondentům zaměstnavatel

přispívá a zbylým 2,9 % respondentům zaměstnavatel hradí konferenční poplatek nebo kurzovné.

Položka č. 26

Jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami? (můžete označit více odpovědí)

□ spolupráce s lékařem pouze při předepsání domácí péče

□ spolupráce s lékařem v průběhu poskytování péče

□ spolupráce se sestrou žádná

□ spolupráce se sestrou praktického lékaře pouze při předání klienta do péče ADP

□ spolupráce se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče

Tabulka č. 26 - Jaká je spolupráce respondentů s praktickými lékaři a sestrami?

Jaká je spolupráce respondentů s praktickými lékaři a sestrami?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
spolupráce s lékařem pouze při předepsání domácí péče	9	13,4 %
spolupráce s lékařem v průběhu poskytování péče	32	47,8 %
spolupráce se sestrou žádná	2	3,0 %
spolupráce se sestrou praktického lékaře pouze při předání klienta do péče ADP	3	4,5 %
spolupráce se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče	21	31,3 %
Celkem	67	100,0 %

4H0:Více než polovina sester agentur domácí péče nedostatečně spolupracuje s praktickými lékaři a zdravotními sestrami.

H_0	H_A	t	obor přijetí H_0
$p = p_0$ $p_0 = 50\ \%\ (0,5)$	$p > p_0$	$t = \frac{x/n - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 \cdot (1 - p_0)}{n}}}$	$t < t_{1-\alpha}$

p = parametr, určitá procenta, zde 50 %

x = počet sester ADP, které dostatečně spolupracují s praktickými lékaři a zdravotními sestrami

n = celkový počet sester ADP, které spolupracují s praktickými lékaři a zdravotními sestrami

α = hladina významnosti = 0,05

t = testové kritérium

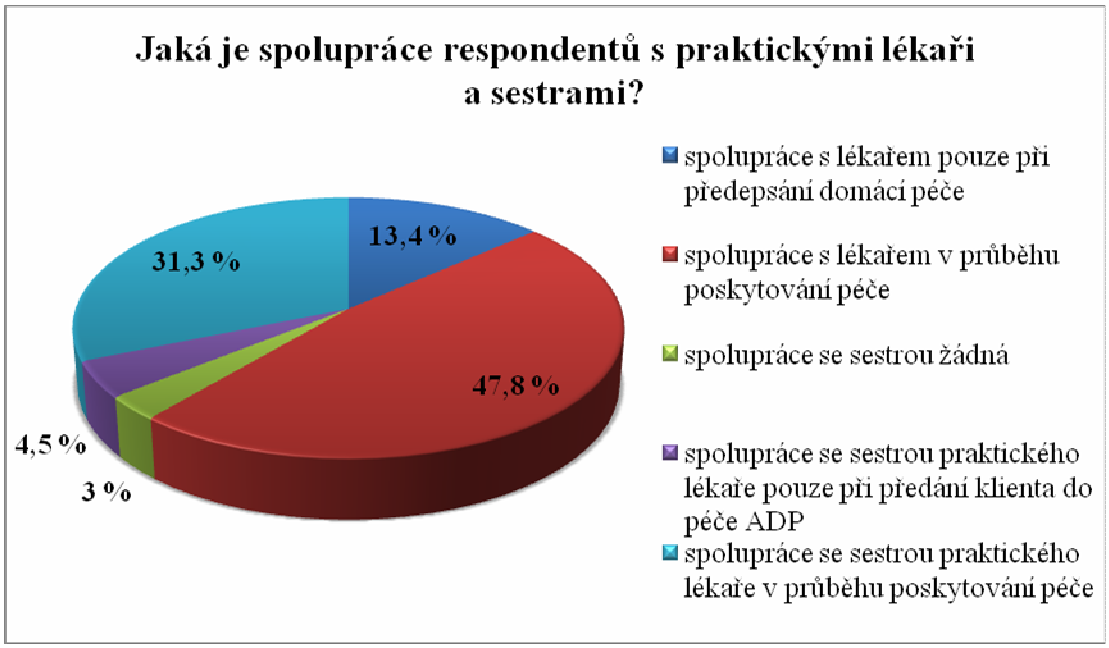
$$t = \frac{53/65 - 0{,}5}{\sqrt{\frac{0{,}5 \cdot (1 - 0{,}5)}{65}}} = 5{,}09 \qquad (4)$$

I_α = obor přijetí testového kritéria = <- ∞; 1, 645>

t ∉ I_α hodnota testového kritéria nepatří do oboru přijetí H_0

Na hladině významnosti 0,05 s 95 % zamítám H_0 a přijímám H_A, statistického testu parametru p binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že více než polovina sester agentur domácí péče dostatečně spolupracuje s praktickými lékaři a zdravotními sestrami.

Graf č. 26 - Jaká je spolupráce respondentů s praktickými lékaři a sestrami?



Z grafu č. 26 je patrné, že 47,8 % respondentů spolupracuje s praktickým lékařem v průběhu poskytování péče, ale 13,4 % respondentů spolupracuje s praktickým lékařem jen při předepsání domácí péče. Se sestrou praktického lékaře pouze při předání klienta do péče agentury spolupracuje 4,5 % respondentů, ale 31,3 % respondentů se sestrou spolupracuje i v průběhu poskytování domácí péče. Jen 3 % respondentů se sestrou vůbec nespolupracují.

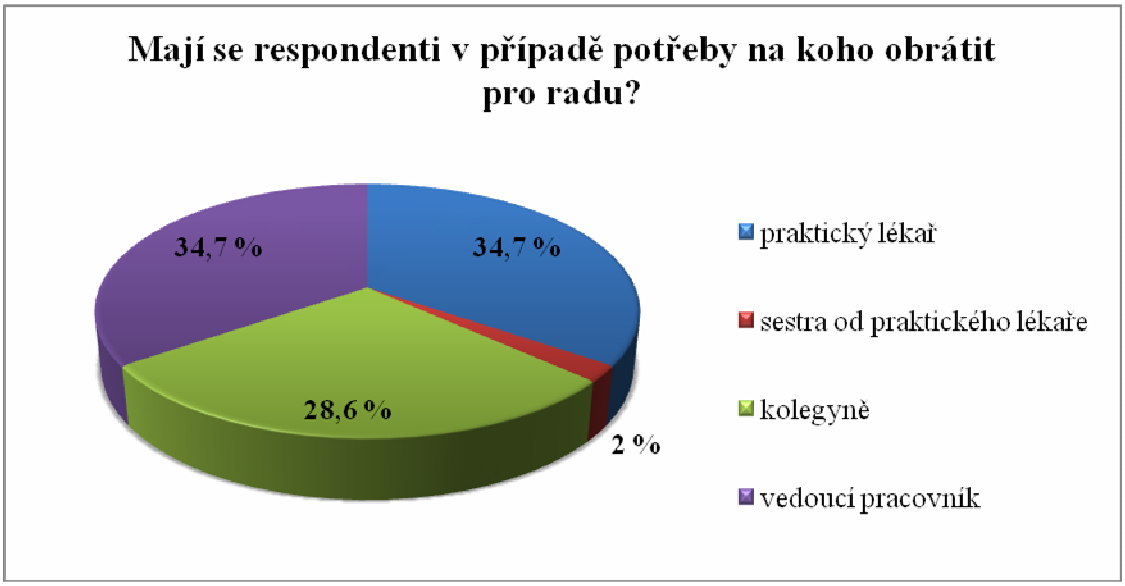
Položka č. 27

Máte se na koho v případě potřeby obrátit pro radu? Na koho? Prosím napište.

Tabulka č. 27 - Mají se respondenti v případě potřeby na koho obrátit pro radu?

Mají se respondenti v případě potřeby na koho obrátit pro radu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
praktický lékař	17	34,7 %
sestra od praktického lékaře	1	2,0 %
kolegyně	14	28,6 %
vedoucí pracovník	17	34,7 %
Celkem	49	100,0 %

Graf č. 27 - Mají se respondenti v případě potřeby na koho obrátit pro radu?



Z průzkumu vyplývá, že 34,7 % respondentů se s radou obrací na praktického lékaře daného klienta a shodný počet respondentů se radí s vedoucím pracovníkem ADP. 28,6 % respondentů poprosí o radu své kolegyně a jen 2 % respondentů se radí se sestrou od praktického lékaře.

Položka č. 28

Pozorovala jste na sobě během práce v ADP nějaký příznak syndromu vyhoření?

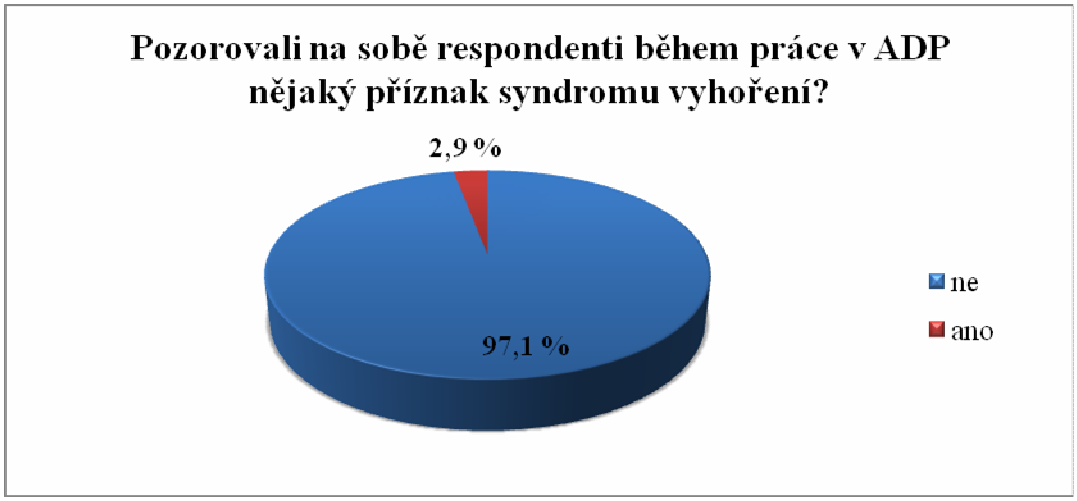
□ ne (pokračujte prosím otázkou č. 30)

□ ano, jaký?

Tabulka č. 28 - Pozorovali na sobě respondenti během práce v ADP nějaký příznak syndromu vyhoření?

Pozorovali na sobě respondenti během práce v ADP nějaký příznak syndromu vyhoření?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	33	97,1 %
ano	1	2,9 %
Celkem	34	100,0 %

Graf č. 28 - Pozorovali na sobě respondenti během práce v ADP nějaký příznak syndromu vyhoření?



Z grafu č. 28 je patrné, že 97,1 % respondentů na sobě nezpozorovali žádný příznak syndromu vyhoření, ale 2,9 % respondentů se již se syndromem vyhoření setkalo.

Položka č. 29

Co jste pro to dělala? (můžete označit více odpovědí)

□ změna zaměstnání

□ dovolená

□ návštěva psychologa

□ relaxace

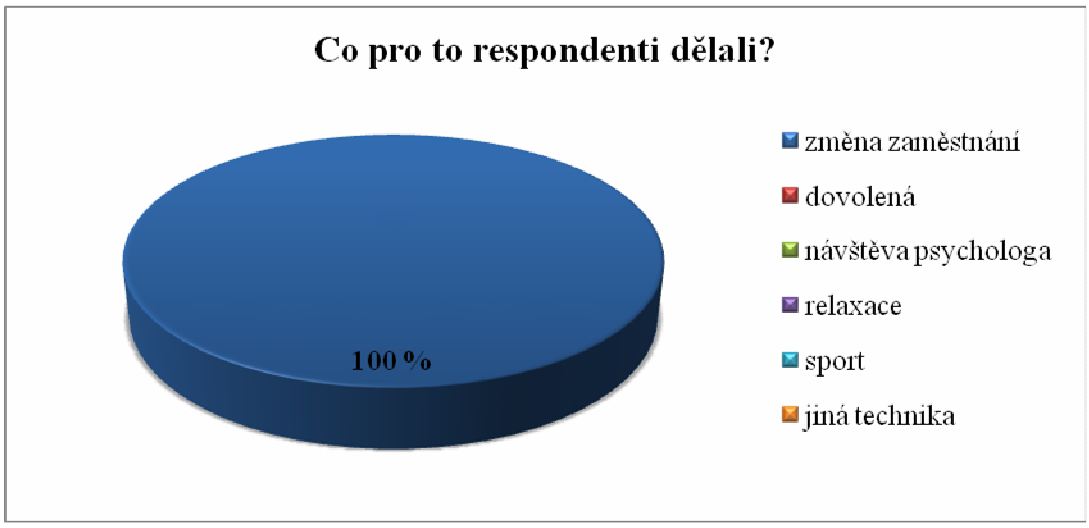
□ sport

□ jiná technika, napište prosím jaká?

Tabulka č. 29 - Co pro to respondenti dělali?

Co pro to respondenti dělali?	Absolutní četnost	Relativní četnost
změna zaměstnání	1	100,0 %
dovolená	0	0 %
návštěva psychologa	0	0 %
relaxace	0	0 %
sport	0	0 %
jiná technika	0	0 %
Celkem	1	100,0 %

Tabulka č. 29 - Co pro to respondenti dělali?



Z průzkumu vyplývá, že respondentka řešila syndrom vyhoření změnou zaměstnání.

Položka č. 30

Jste spokojená s prací v agentuře domácí péče?

□ ne, proč?

□ ano

Tabulka č. 30 - Jsou respondenti spokojeni s prací v ADP?

Jsou respondenti spokojeni s prací v ADP?	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
ne	0	0 %
ano	34	100,0 %
Celkem	34	100,0 %

5H0: Více než polovina zaměstnanců agentur domácí péče je nespokojena s prací v terénu.

H_0	H_A	t	obor přijetí H_0
$p = p_0$ $p_0 = 50\ \%\ (0,5)$	$p > p_0$	$t = \frac{x/n - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 \cdot (1-p_0)}{n}}}$	$t < t_{1-\alpha}$

p = parametr, určitá procenta, zde 50 %

x = počet sester ADP, které jsou spokojené s prací v terénu

n = celkový počet sester ADP

α = hladina významnosti = 0,05

t = testové kritérium

$$t = \frac{34/34 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 \cdot (1-0,5)}{34}}} = 5,83 \qquad (5)$$

I_α = obor přijetí testového kritéria = <- ∞; 1, 645>

t ∉ I_α hodnota testového kritéria nepatří do oboru přijetí H_0

Na hladině významnosti 0,05 s 95 % zamítám H_0 a přijímám H_A, statistického testu parametru p binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že více než polovina sester agentur domácí péče je spokojena s prací v terénu.

Graf č. 30 - Jsou respondenti spokojeni s prací v ADP?

Z grafu č. 30 jednoznačně vyplývá, že 100 % respondentů je spokojeno s prací v ADP.

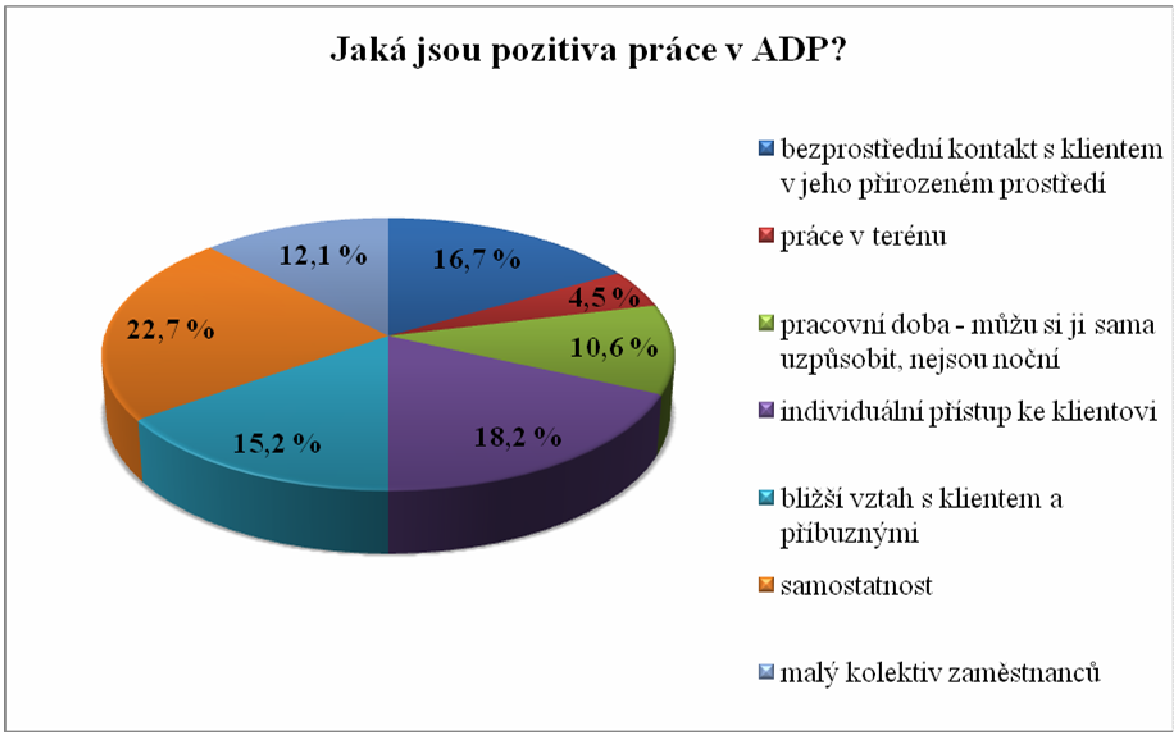
Položka č. 31

Jaká jsou pozitiva vaší práce? Prosím napište.

Tabulka č. 31 - Jaká jsou pozitiva práce v ADP?

Jaká jsou pozitiva práce v ADP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
bezprostřední kontakt s klientem v jeho přirozeném prostředí	11	16,7 %
práce v terénu	3	4,5 %
pracovní doba - můžu si ji sama uzpůsobit, nejsou noční	7	10,6 %
individuální přístup ke klientovi	12	18,2 %
bližší vztah s klientem a příbuznými	10	15,2 %
samostatnost	15	22,7 %
malý kolektiv	8	12,1 %
Celkem	66	100,0 %

Graf č. 31 - Jaká jsou pozitiva práce v ADP?



Z průzkumu je patrné, že 22,7 % respondentů hodnotí pozitivně samostatnost práce, 18,2 % respondentům vyhovuje individuální přístup ke klientovi, 16,7 % respondentům se zamlouvá bezprostřední kontakt s klientem v jeho přirozeném prostředí, 15,2 % respondentů má díky domácí péči se svými klienty a jejich příbuznými bližší vztah, 12,1 % respon-

dentů pozitivně hodnotí malý kolektiv pracovníků, 10,6 % respondentům vyhovuje, že si řídí sami svoji pracovní dobu a 4,5 % respondentů vidí jako pozitivum práci v terénu.

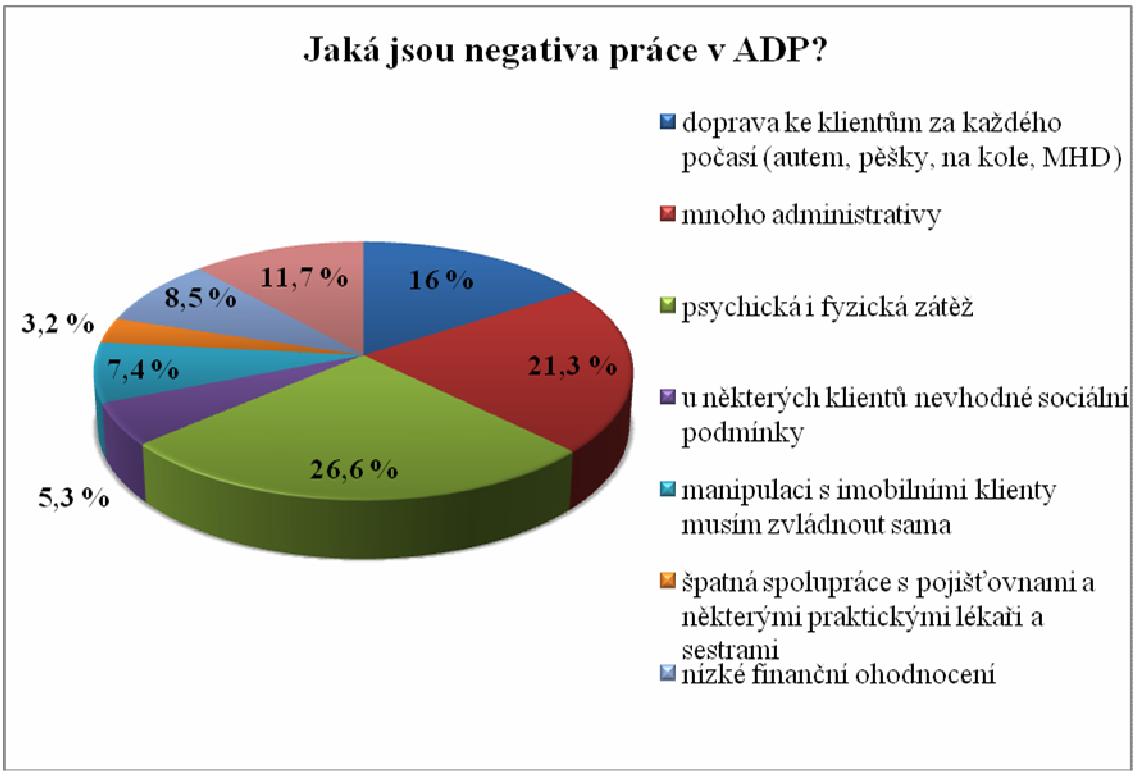
Položka č. 32

Jaká jsou negativa vaší práce? Prosím napište.

Tabulka č. 32 - Jaká jsou negativa práce v ADP?

Jaká jsou negativa práce v ADP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
doprava ke klientům za každého počasí (autem, pěšky, na kole, MHD)	15	16,0 %
mnoho administrativy	20	21,3 %
psychická i fyzická zátěž	25	26,6 %
u některých klientů nevhodné sociální podmínky	5	5,3 %
manipulaci s imobilními klienty musím zvládnout sama	7	7,4 %
špatná spolupráce s pojišťovnami a některými praktickými lékaři a sestrami	3	3,2 %
nízké finanční ohodnocení	8	8,5 %
horší dostupnost materiálu (obvazy, pomůcky)	11	11,7 %
Celkem	94	100,0 %

Graf č. 32 - Jaká jsou negativa práce v ADP?



Z průzkumu vyplývá, že 26,6 % respondentů hodnotí negativně psychickou a fyzickou zátěž, 21,3 % respondentům vadí mnoho administrativy, 16 % respondentů vidí negativně dopravu ke klientům zejména v zimních měsících. Zbylým procentům respondentům vadí nevhodné sociální podmínky u některých klientů, manipulace s imobilními klienty, špatná spolupráce s pojišťovnami a některými praktickými lékaři a sestrami, nízké finanční ohodnocení a horší dostupnost materiálu.

4.2 Strukturovaný rozhovor

Pro větší přehlednost bylo pro odpovědi jednotlivých agentur využito číselné označení takto:

1. SDOP Olomouc
2. ADP Viktoria Šumperk
3. Charita Zábřeh
4. Charita Olomouc
5. HOMECARE – Domácí péče, Tom Kantorek, Mohelnice

Položka č. 1

Kolik je vám let?

1. Je mi 58 let.
2. Je mi 46 let.
3. Je mi 48 let.
4. Je mi 35 let.
5. Je mi 47 let.

Tři z pěti vedoucích pracovníků ADP se pohybují ve věkové kategorii 41-50 let, jeden je v kategorii 31-40 let a poslední ze zkoumaných vedoucích pracovníků zastupuje věkovou kategorii 51 let a více.

Položka č. 2

Jak dlouho děláte práci vedoucího pracovníka?

1. Již 14 let.
2. 16 let.
3. Už 14 let.
4. 4 rokem.
5. Od roku 1994 pracuji na licenci, což je 15 let.

Dva vedoucí pracovníci ADP zastupují tuto funkci již 14 let, další dva 15 let a více a jen jeden z vedoucích pracovníků je ve funkci 4 roky.

Položka č. 3

Pracoval/a jste před tím v terénu ADP? Jak dlouho?

1. V ADP pracuji od 1. 6. 1995. V terénu pracuji od roku 1995 i nadále. Nedělám jen administrativu, ale mám i své klienty.
2. V terénu pracuji od roku 1992 až doposud.
3. V terénu pracuji od roku 1993 až doposud. Dělám příjmy klientů do péče a poté jsou předáni některé ze sestřiček. I já mám své klienty.
4. Ano, v jiné ADP – brigádně asi jeden rok.
5. Práci v terénu dělám již od roku 1987, kdy jsem pracoval pod charitou.

Všichni vedoucí pracovníci pracují i nadále v terénu.

Položka č. 4

Jaké je vaše vzdělání?

1. Mám gymnázium a potom jsem si udělala nástavbu na porodní asistentku.
2. Mám vystudovanou vysokou školu – bakalář všeobecná sestra.
3. Mám střední zdravotnickou školu, dále mám kurz Home Care a kurz pro vedoucí pracovníky v Brně.
4. Střední zdravotnická škola – obor dětská sestra, nyní studuji na FZV UP Olomouc 1. ročník bakalářského programu – obor všeobecná sestra
5. Mám vystudovanou střední zdravotnickou školu v oboru všeobecná sestra.

Vedoucí pracovníci mají vystudovanou zdravotnickou školu a jeden z nich gymnázium. Dále mají vystudováno např. Bc., nástavbu, kurzy pro vedoucí pracovníky a kurz Home Care.

Položka č. 5

Kde jste pracovala před prací v ADP?

1. Pracovala jsem ve Fakultní nemocnici v Olomouci.
2. Pracovala jsem jako vrchní sestra v charitě Zábřeh, Mohelnice, Šumperk.
3. Pracovala jsem ve Fakultní nemocnici v Olomouci a na poliklinice v Litovli.
4. V soukromé interní a diabetologické ambulanci.
5. Pracoval jsem v nemocnici v Opavě – 3 roky na gerontologii a potom na charitě.

Tři vedoucí pracovníci dříve pracovali v nemocnici a zbylí vedoucí pracovníci pracovali v ambulantním zařízení a na charitě.

Položka č. 6

Jak jste se dostala k práci v ADP?

1. Chtěla jsem uplatnit svoji profesi na vyšší úrovni. V roce 1995 byl velký rozmach vzniku ADP, tak jsem to zkusila.
2. Zakládala jsem charitu v Zábřehu a už jsem u domácí péče zůstala.
3. Po mateřské dovolené jsem hledala práci a domácí péče tady začala vznikat, tak jsem to zkusila a už jsem tu 16 let.
4. Změna zaměstnání.
5. Založil jsem si licenci a lákala mě práce v terénu.

Jeden vedoucí pracovník má licenci na poskytování domácí péče, dva vedoucí pracovníci agenturu založili a zbylí dva chtěli změnu zaměstnání.

Položka č. 7

Co vás motivovalo k založení ADP?

1. Chtěla jsem nějakou změnu v zaměstnání.
2. Poskytovat lidem kvalitní odbornou péči v domácím prostředí.
3. Já jsem ADP nezakládala.
4. Nejsem zakladatelka ADP.
5. Problémy v charitě, chtěl jsem se osamostatnit.

Důvody pro založení agentury domácí péče byly změna zaměstnání, osamostatnění se a touha poskytovat lidem kvalitní péči v jejich přirozeném prostředí.

Položka č. 8

Kolik zaměstnanců má vaše ADP?

1. Máme 7 zaměstnanců, z toho 6 zdravotních sester a jednu sociální pracovnici.
2. ADP má 6 zaměstnanců.
3. Agentura má 14 zaměstnanců.
4. 8 zdravotních sester.
5. Pracuji zde sám.

Agentury mají 6-14 zaměstnanců a jeden vedoucí pracovník má licenci.

Položka č. 9

Jaká je struktura zaměstnanců a jejich vzdělání?

1. Zaměstnávám jen sestry s registrací.
2. Mám 6 všeobecných zdravotních sester a jednu bakalářku – mě.
3. 14 všeobecných zdravotních sester, které musí být registrované.
4. Všechny jsou všeobecné zdravotní sestry s registrací a dvě mají VOŠZ.
5. Mám SZŠ obor všeobecná sestra a registraci.

Zaměstnanci agentur domácí péče mají SZŠ a jen dva mají VOŠZ, všechny zdravotní sestry musí být registrované.

Položka č. 10

Jsou mezi vámi i muži?

1. Ne.
2. Ne.
3. Ne.
4. Ne.
5. Ano.

Jen v jedné agentuře domácí péče pracuje muž – zakladatel, vedoucí pracovník.

Položka č. 11

Myslíte si, že je v oboru komunitního ošetřovatelství dostatek seminářů celoživotního vzdělání?

1. Myslím si, že seminářů je dostatek. Ale v našem povolání je problém odjet si na seminář, vždy musíme za sebe najít jinou kolegyni, která se mi postará ten den o klienty.
2. Myslím si, že se situace rok od roku zlepšuje.
3. Myslím si, že seminářů je dost. Musíme si je zjišťovat přes internet, z časopisů, ale možností je dost.
4. Vzdělávacích seminářů je již dostatek. Přiznávám ale, že dříve jsme absolvovali semináře jen kvůli kreditům.
5. Myslím si, že seminářů je dost, ale je potřeba to sledovat.

Všichni vedoucí pracovníci si myslí, že je dostatek seminářů celoživotního vzdělávání.

Položka č. 12

Pořádáte vy nějaké vzdělávací aktivity pro zaměstnance?

1. Ne.
2. Jelikož nemáme akreditaci, žádné semináře nepořádáme.
3. Semináře nepořádáme, jezdíme po seminářích.
4. Některá školení objednávám na zakázku přímo pro nás dle aktuální potřebnosti.
5. –

Žádná z agentur nepořádá vlastní semináře.

Položka č. 13

Pořádáte kurzy pro rodinné příslušníky v oblasti péče o klienty?

1. Edukace rodinných příslušníků probíhá vždy přímo v domácnosti klienta. Hromadné kurzy nepořádáme.
2. Kurzy pro rodinné příslušníky nepořádáme, provádíme edukaci příbuzných přímo u klientů doma.
3. Nepořádáme, edukujeme přímo v domácnosti.
4. Ne, ale v rámci péče provádíme i edukaci rodinných příslušníků. Pokud má rodinný příslušník zájem o tento kurz, je možné mu předat kontakt na Moravskoslezský kruh, který tyto kurzy pořádá.
5. Rodinné příslušníky edukuji přímo v domácnosti klienta při poskytování péče.

Žádná z agentur nepořádá hromadné kurzy pro rodinné příslušníky, blízké edukují přímo v domácnosti klienta při poskytování péče.

Položka č. 14

O kolik klientů se Vaše ADP stará?

1. Nyní máme asi 120 klientů.
2. Máme asi 50-60 klientů.
3. Za loňský rok jsem podle výroční zprávy spočítala, že jsme se starali o 550 klientů.
4. Nyní je to 55 klientů.
5. Momentálně se starám o 15 klientů.

Počty klientů, o které se agentury starají se různí podle počtu zaměstnanců.

Položka č. 15

Je zájem o služby vaší ADP?

1. Ano, ale nemusíme zatím klienty odmítat.
2. Ano, zájem je velký, ale klienty neodmítáme.
3. Zájem o služby je velký, ale nemusíme klienty odmítat.
4. Ano.
5. Zájem o služby je velký.

Jednoznačně z průzkumu vyplývá, že klienti mají zájem o služby agentur domácí péče.

Položka č. 16

Jak se vaše ADP prezentuje na veřejnosti?

1. Máme vyvěšeny kontakty v ordinacích praktických lékařů a v nemocnicích.
2. Máme letáky v ordinacích obvodních lékařů a v nemocnici a naší největší prezentací je kvalitní péče zdravotních sestřiček.
3. Máme svoje internetové stránky, ve kterých se člověk dozví téměř vše. Dále se o nás hodně mluví v regionálních televizích, regionálním tisku a u obvodních lékařů.
4. Máme letáky, webové stránky a dobré jméno agentury.
5. Nějak se neprezentuji.

Kromě jedné se agentury prezentují pomocí letáků, webových stránek, přes praktické lékaře, a nejlepší prezentací je dobrá práce zdravotních sestřiček.

Položka č. 17

O kolik klientů se v průměru stará jedna sestřička?

1. Denně má jedna sestřička asi 10-15 návštěv u klientů. Je to ale různé, záleží na zdravotním stavu klientů a náročnosti ošetřovatelských úkonů.
2. Za den má v průměru 8-10 klientů.
3. V průměru se sestřička stará o 10-12 klientů denně.
4. Denně mají asi 7-8 klientů, ale vždy to závisí na rozsahu péče.
5. Denně se starám o 6-8 klientů.

Sestřičky se starají o 6-15 klientů denně. Vždy to ale závisí na rozsahu poskytované péče.

Položka č. 18

Jaké jsou nejčastější diagnózy vašich klientů?

1. Stavy po zlomeninách krčku kosti stehenní po totálních endoprotézách kyčelního kloubu, CMP, dekubity, bércové vředy, DM, stomie.
2. Karcinomy, CMP, DM, bércové vředy, dekubity, IM, stomie.
3. Nejčastěji DM a s ním spojené komplikace (amputace), CMP, roztroušená skleróza, bércové vředy. Dále chodíme i ke klientům jen na odběry – pokud jsou léčeni Warfarinem atd.
4. Demence, roztroušená skleróza, pacienti po CMP, diabetici a onemocnění srdce.
5. Nejčastější diagnózy jsou DM, CMP, bércové vředy a dále jsou to třeba jen odběry např. při léčbě Warfarinem.

Nejčastější diagnózy, o které se starají agentury domácí péče, jsou DM, stavy po CMP, bércové vředy, roztroušená skleróza.

Položka č. 19

Jaké služby nabízí vaše ADP?

1. Nabízíme pouze ošetřovatelské služby.
2. Pouze ošetřovatelské služby.
3. My nabízíme klientům pouze ošetřovatelskou péči, ale charita má své další aktivity a nabízí pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací službu, denní stacionář.
4. Nabízíme základní péči dle ordinace lékaře, dále možnost kombinace s pečovatelskou službou. Potom domácí hospicovou péči.
5. Pouze ošetřovatelské.

Všechny agentury domácí péče nabízejí pouze ošetřovatelské služby.

Položka č. 20

Nabízíte vašim klientům nějaké nadstandardní služby? Jaké? Máte ceník?

1. Služby nabízíme podle ceníku VZP a pečovatelské služby za úhradu.
2. Nadstandardní služby nenabízíme.
3. Do nadstandardní služby řadíme pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací službu i denní stacionář – všechny tyto služby si klienti hradí sami.
4. Nenabízíme.
5. Nadstandardní služby nenabízím.

Žádná z agentur nenabízí nadstandardní služby, některé agentury nabízejí pečovatelské služby za úhradu.

Položka č. 21

Komunikujete více s klienty nebo s jejich rodinnými příslušníky?

1. Je to individuální, ale asi komunikujeme více s klienty. Domlouváme se na poskytování péče a na časech návštěv.
2. Komunikujeme s oběma stranami.
3. Záleží na stavu klienta, ale snažíme se komunikovat s rodinou i s klientem.
4. Individuálně, dle možností konkrétního klienta.
5. Záleží na stavu klienta, ale snažím se komunikovat s oběma.

Zaměstnanci agentur domácí péče komunikují s klientem, dle jeho zdravotního stavu a komunikují i s rodinnými příslušníky.

Položka č. 22

Mají klienti o nadstandardní služby zájem?

1. Spíše nemají.
2. Ne.
3. Naši klienti mají o tyto služby zájem. Řekla bych, že je to díky sociálním dávkám, které mají většinou naši klienti vyřízené a pokud nemají, tak jim s tím pomůže naše sociální pracovnice.
4. Nezjišťovali jsme.
5. Ne.

Jen jedna z agentur domácí péče uvádí, že klienti mají zájem o nadstandardní služby.

Položka č. 23

Zjišťujete nějak spokojenost klientů a zájem o další nadstandardní služby?

1. Rozhovorem během poskytování péče.
2. Ano, provádím kontroly u klientů a jednou za čas rozdáváme dotazníky pro zjištění spokojenosti s péčí.
3. Rozhovorem během péče u toho daného klienta.
4. Ano, dotazníky a kontrolami vrchní sestry přímo v terénu.
5. Spojenost zjišťuji rozhovorem během poskytování péče.

Jen tři agentury domácí péče provádí kontrolu spokojenosti pomocí dotazníků, všechny agentury zjišťují spokojenost rozhovorem během péče.

Položka č. 24

Poskytuje vaše ADP výpůjčky pomůcek klientům?

1. Ano, půjčujeme polohovací lůžka, vozíčky, WC židle, podložní mísy, sedačky do vany,…
2. Ano.
3. Ano, půjčujeme pomůcky všeho druhu, postele, vozíčky, nástavce na WC, sedačky do vany,…
4. Ano.
5. Nabízím klientům možnost zapůjčit si pomůcky nebo si je mohou zakoupit.

Všechny agentury poskytují klientům nabídku výpůjčky pomůcek.

Položka č. 25

Jak se sestřičky ke klientům dopravují?

1. Dopravují se auty agentury nebo soukromými auty a je jim proplaceno cestovné.
2. Dopravují se auty agentury, na kole a někdy i pěšky.
3. Dopravují se autem charity, každá sestřička má k dispozici auto.
4. MHD, pěšky a autem do vzdálenějších míst.
5. Dopravuji se pěšky nebo na kole.

Čtyři agentury umožňují sestřičkám dopravit se ke klientům automobily ADP a mezi další způsoby dopravy ke klientům patří MHD, kolo a někdy i pěšky.

Položka č. 26

Zaměstnáváte ve vaší ADP manažera, který by zajišťoval veškerou organizaci?

1. Ne, práci si organizujeme sami.
2. Ne.
3. Ano, má na starosti zdravotní a sociální práci
4. Ne.
5. –

Jen jedna agentura domácí péče zaměstnává manažera ošetřovatelské péče.

Položka č. 27

Uspokojuje vás práce v ADP?

1. Ano, jsem tu spokojená.
2. Ano.
3. Ano, velice mě uspokojuje.
4. Ano.
5. Ano, jsem zde spokojený.

Všechny vedoucí pracovníky uspokojuje práce v ADP.

Položka č. 28

Staráte se nějak o své zaměstnance, co se týče odreagování se po práci?

1. Žádné permanentky jim neposkytujeme. Je jim ale proplácen kredit do mobilních telefonů, mají stravenky a přispíváme jim na důchodové pojištění.
2. Ráda bych, ale bohužel nejsou příjmy takové, abych to utáhla.
3. Ano, máme zaplacené každý rok masáže a míváme různá setkání zaměstnanců i s rodinnými příslušníky, dále máme charitní ples a každoročně předvánoční setkání.
4. Pořádáme společné výlety a další nabídku zvažujeme.
5. –

Každá z ADP se snaží pro své zaměstnance pořádat různé aktivity (společné výlety, plesy a různá setkání), nebo alespoň jim přispívá na důchodové pojištění, kredit do mobilních telefonů, platí jim stravenky.

Položka č. 29

Pokud vidíte příznaky přepracování u vašich zaměstnanců, jak to řešíte?

1. Nejdříve zkusíme provést výměnu klientů, a pokud to nepomůže, domluvím se se sestrou na řešení. Jednou jsem to musela řešit i výpovědí.
2. Zdravotní sestřičky pracují 6 hodin z toho 4-5 hodin u klientů + administrativa – snažím se je nepřetěžovat fyzicky ani psychicky.
3. Snažíme se tomu předcházet, měníme si klienty. Pokud má sestra víkendovou službu, snažím se, aby měla pak jeden nebo dva dny volno.
4. Individuálně – supervize, náhradní volno, po dohodě snížení pracovního úvazku. V rámci prevence jsou klienti pravidelně obměňováni.
5. -

Všechny ADP dělají preventivní opatření, aby k přepracování nedošlo. Pokud se ale přece jen přepracování vyskytne, řeší se vždy individuálně např. snížením pracovního úvazku, změnou klientů, náhradním volnem a v nejzazším případě výpovědí.

Položka č. 30

Jak řešíte případné stížnosti klientů na sestry?

1. Nejdříve si zjistím, čeho se stížnost týká. Promluvím si se sestrou. Nejčastěji to ale řešíme výměnou klientů.
2. Zatím se žádné stížnosti nevyskytly. Řešila bych to podle závažnosti stížnosti.
3. Zatím se žádná stížnost nevyskytla, ale pokud by k tomu došlo, neřešila bych to sama. Poradila bych se s ředitelem.
4. Dle stanovených postupů pro podávání stížností.
5. -

Stížnosti jsou nepříjemná věc. Řeší se dle závažnosti, je nutné zjistit si okolnosti dané stížnosti. Nejčastěji se řeší výměnou klientů.

5 DISKUZE

Praktická část této bakalářské práce obsahuje řadu zajímavých poznatků, které si zaslouží hlubší zamyšlení. Z celkového počtu 34 dotazovaných zdravotních sester pracujících v ADP a pěti vedoucích pracovníků, kteří odpovídali na otázky prostřednictvím strukturovaného rozhovoru, vyšla tato data. Věk zdravotních sester agentur domácí péče se v 50 % pohybuje ve věkové kategorii 31-40 let a 41,2 % sester zastupuje věkovou kategorii 41-50 let. V menší míře jsou zde sestry ve věku 20-30 let (2,9 %) a 51 let a více (5,9 %). Tyto věkové kategorie jsou dány zřejmě podmínkou, kterou je 5 let praxe ve zdravotnictví, z toho 2 roky u lůžka. Předpokládá se, že pro klienty je jen dobře, pokud o ně pečuje sestra, která má již velké zkušenosti. A pro samotnou sestru je potřeba mít mnoho zkušeností, aby byla schopná si poradit ve složitých situacích.

Cílem číslo 2 bylo zjistit, zda mají zdravotní sestry pracující v ADP specializační vzdělání v oblasti komunitní péče. Otázka na vzdělání sester v agenturách poukázala jednoznačně na to, že nemají specializační vzdělání. Z toho vyplývá, že byla potvrzena hypotéza H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nemá specializační vzdělání. Všechny sestry mají vzdělání na střední zdravotnické škole a jen dvě mají vyšší odbornou školu zdravotnickou. Jeden vedoucí pracovník má bakalářské vzdělání a jeden jej právě studuje. Další vzdělání vedoucích pracovníků je vyšší odborné v oboru porodní asistence, kurz Home Care a kurz pro vedoucí pracovníky ADP. Poslední z vedoucích pracovníků vystudoval jen střední zdravotnickou školu. Z průzkumu ale také vyplynulo, že 64,7 % zdravotních sester by si chtělo doplnit vzdělání specializačním kurzem. Největší zájem je o kurzy Home Care a kurzy domácí hospicové a paliativní péče. Všechny sestry musejí být registrované, tedy způsobilé práce bez odborného dohledu. Vzhledem k registraci musí sbírat kredity a účastnit se seminářů celoživotního vzdělávání. Většina sester (76,5 %) si myslí, že nabídka seminářů je dostatečná i v oblasti domácí péče, ale zároveň přiznávají, že je nutno nabídku neustále sledovat. Všechny sestry aktivně vyhledávají možnost účastnit se seminářů a informace o pořádání vzdělávací aktivity získávají nejčastěji z internetu (46 %), pak od kolegyň (44 %) a v poslední řadě z odborných časopisů (10 %). Co se týče uvolňování na vzdělávací aktivity, 91,2 % sester má seminář v rámci pracovní doby, ale naopak zbývajících 8,8 % sester odmítá zaměstnavatel uvolnit. Finančně se zaměstnavatel podílí na vzdělávacích aktivitách u 61,7 % sester a to v různé míře. Některým hradí veškeré náklady a jiným přispívá na konferenční poplatek nebo kur-

zovné. Žádná z agentur nepořádá vlastní seminář pro zaměstnance, některé agentury si školení objednávají na zakázku dle svých potřeb.

Na otázku, jak dlouho sestry pracují v ADP, jich 35,3 % označilo odpověď 5-9 let, další nejčastější odpovědí (32,4 %) bylo 10-14 let. Už v menším zastoupení (23,5 %) jsou zde sestry, které v agentuře pracují 1-4 roky a nejméně sester (8,8 %) vykonává tuto práci 15 let a více. Z průzkumu tedy vyplývá, že ve zkoumaných agenturách pracují převážně sestry s dlouholetými zkušenostmi s ošetřováním klientů v domácím prostředí. Vedoucí pracovníci agentur, mimo jednoho, který zastává funkci pouze 4 roky, pracují na této pozici v rozmezí 14-16 let, což je opravdu úctyhodné vzhledem k tak fyzicky i psychicky náročnému povolání.

Předmětem zájmu bylo, kde sestry pracovaly, než se rozhodly pro práci v terénu. Většina sester (73,5 %) pracovala v různých nemocnicích (Fakultní nemocnice Olomouc, Šumperská nemocnice a.s., Nemocnice Zábřeh, Jesenická nemocnice spol. s.r.o.) a zbylých 26,5 % sester pracovalo v ambulancích (ordinace praktického lékaře, zubního lékaře, diabetologická ambulance) a v lázeňství. Také vedoucí pracovníci pracovali nejčastěji v nemocnici, dále pak na charitě a v interní a diabetologické ambulanci. Tři vedoucí pracovníci jsou také zakladateli ADP. K založení ADP je přiměla touha po změně zaměstnání, dále poskytovat lidem kvalitní a odbornou péči v domácím prostředí a osamostatnit se.

Na otázku, v jak velké ADP pracujete, 58,8 % sester odpovědělo, že jejich agentura má 6-10 zaměstnanců. Takto velké agentury se starají v průměru o 50-120 klientů. Zbylých 41,2 % sester pracuje v agentuře, která zaměstnává 11 a více zaměstnanců. Takto velká je jen jedna z vybraných agentur a v loňském roce se starala o 550 klientů. V průměru se jedna sestra stará v 55,9 % o 6-10 klientů denně a 32,4 % sester se stará denně o 11-15 klientů. V průzkumu je zahrnut i vedoucí pracovník pracující na licenci a ten se stará o 15 klientů. Počet klientů, které sestra denně navštíví, se vždy odvíjí od náročnosti poskytované péče. Ke klientům se sestry dopravují nejčastěji (55,9 %) autem ADP, nebo vlastním autem a ADP jim proplácí cestovné (8,8 %). Tento způsob dopravy využívají sestry, které se starají o klienty, jež bydlí v okrajových částech města nebo v přilehlých obcích. Dále se sestry dopravují pomocí MHD (20,6 %), na kole a pěšky (14,7 %). Rozsah poskytované péče u klientů určuje u 73,5 % sester praktický lékař, u 14,7 % sester určuje péči ošetřující lékař z nemocnice a u 11,8% péči určuje vrchní sestra. Všeobecně je známo, že rozsah péče musí jednoznačně předepsat praktický lékař, nebo ošetřující lékař z nemocnice, ten ale jen na dobu 14 dnů. Rozdělení klientů mezi sestry agentury dělá u 82,4 % sester vedoucí pra-

covník a u 17,6 % sester manažerka ošetřovatelské péče, kterou zaměstnává pouze jedna ze zkoumaných agentur. Dle všeobecného mínění je potřeba mít ve větších ADP manažera pro ošetřovatelskou péči, vzhledem k tomu, že většina vedoucích pracovníků kromě toho, že zastává pozici vedoucího, má tak jako ostatní sestry ještě své klienty. Rozvržení pracovní doby je velice variabilní a i to bylo jedním z pozitiv, která sestry uváděly na závěr dotazníku. V otázce týkající se pracovní doby nejvíce sester (34,5 %) označilo, že má osmihodinovou pracovní dobu, dalších 32,8 % sester pracuje i o víkendu. O víkendu se provádí péče u menšího počtu klientů, a proto se sestry na víkendové služby střídají. Shodný počet sester (10,3 %) označilo, že pracuje více než 8 hodin denně a méně než 8 hodin denně. Už menší procento sester pracuje i mimo pracovní dobu na zavolání klienta (5,2 %) či dle potřeby po domluvě s klientem a jeho rodinou (6,9 %). Z různorodosti pracovní doby sester je patrné, že domácí péče se opravdu individuálně přizpůsobuje potřebám klienta.

Třetím cílem bylo zjistit nabídku nadstandardních služeb ADP a v tomto případě byla potvrzena hypotéza H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nenabízí nadstandardní služby. Z průzkumu vyplývá, že 58,8 % sester nenabízí klientům nadstandardní služby. Údajně tyto služby nenabízí z důvodu nezájmu většiny klientů platit si služby z vlastních prostředků. Naopak 41,2 % sester nadstandardní služby nabízí a právě zde sestry i vedoucí pracovník udávají zájem klientů o placené služby. Myslí si, že zájem klientů je způsoben změnou systému sociálních dávek, které mají většinou klienti vyřízené. Jako nadstandardní služby agentura nabízí pečovatelské služby, osobní asistenci, odlehčovací služby, denní stacionáře a nabídku kompenzačních pomůcek. O tyto služby se v agentuře starají např. pečovatelky, dobrovolníci, sociální pracovníci a osobní asistenti. Sestry nabízejí klientům výhradně ošetřovatelské služby, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Sestry z agentury, která nadstandardní služby nabízí, se setkávají s 78,6 % zájmem klientů o tyto služby. Sestry mají k dispozici ceník, který 31,8 % sester nabídne klientovi a 27,3 % jej nabídne rodinným příslušníkům. Ale 18,2 % sester ceníky nemá a přesto služby nabízejí rodinným příslušníkům. Jen 13,6 % sester nabízí služby prostřednictvím praktického lékaře. Nejvíce využívanými nadstandardními službami jsou pečovatelské služby, které využívá 45,5 % klientů, a 54,5 % má zájem o zapůjčení kompenzačních pomůcek. Spokojenost klientů s nabídkou služeb agentury a s péčí pracovníků agentury zjišťuje 85,3 % sester. Jen dvě agentury rozdávají svým klientům čas od času dotazníky spokojenosti, ale všechny agentury prověřují spokojenost klientů rozhovorem během po-

skytování péče. Někteří vedoucí pracovníci si dělají vlastní kontroly kvality péče přímo u klientů.

Co se týká komunikace s rodinnými příslušníky, 100 % sester se snaží být v kontaktu s rodinnými příslušníky. Rozsah spolupráce s blízkými závisí na zdravotním i psychickém stavu klienta. Velká část (88,2 %) rodinných příslušníků má většinou zájem naučit se pečovat o svého příbuzného, ale je i 11,8 % blízkých, kteří spolupracují, jen když jsou o to požádáni. Žádná z agentur však nepořádá kurzy pro rodinné příslušníky v oblasti péče o své blízké, ale všechny sestry provádějí edukaci příbuzných přímo v domácnosti klienta při poskytování péče. Ze strany klientů i rodinných příslušníků se sestry setkávají s pozitivní, ale bohužel i s negativní reakcí. Nejčastěji se sestry setkávají s důvěrou v péči, kterou poskytují (25,5 %), s ochotou ke spolupráci (24,5 %) a s pochvalou (23,4 %). Ale jak již bylo zmíněno, reakce bývají i negativní, a proto se sestry setkávají s nezájmem (13,8 %), s nespokojeností s poskytovanou péčí (3,2 %), s verbálním (3,2 %) i fyzickým napadením (2,1 %) a také se stížností na péči (4,3 %). Stížnosti klientů na sestry řeší vedoucí pracovníci vždy individuálně. Žádná z agentur neměla ještě tak závažnou stížnost, která by vyžadovala ukončení pracovního poměru. Většinu stížností řeší vedoucí pracovníci výměnou klientů mezi sestrami, a pokud ani tento krok není účinný, je klientovi nabídnuta péče jiné agentury. Nejvíce stížností podle vedoucích pracovníků vzniká dlouhodobou péčí o jednoho klienta, který pak začne zvyšovat své požadavky, jejichž splnění často není v silách pečující sestry. Některé agentury dělají pravidelné výměny klientů, aby předcházely právě těmto stížnostem.

Cílem číslo 4 bylo zjistit, v jaké míře spolupracují zdravotní sestry z ADP s praktickými lékaři a zdravotními sestrami. Z průzkumu je patrné, že většina sester z agentury dostatečně spolupracuje s praktickými lékaři a zdravotními sestrami, z čehož vyplývá, že byla přijata hypotéza HA: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče dostatečně spolupracuje s praktickými lékaři a zdravotními sestrami. Průzkum poukázal na to, že 47,8 % sester spolupracuje s praktickými lékaři i v průběhu poskytování péče, 31,3 % sester spolupracuje v průběhu péče se sestrou od praktického lékaře, 13,4 % sester spolupracuje s praktickým lékařem pouze při předepsání domácí péče, 4,5 % sester spolupracuje se sestrou praktického lékaře pouze při předání klienta do domácí péče a jen 3 % sester ADP vůbec se sestrou praktického lékaře nespolupracují. Komunikace a spolupráce praktických lékařů a jejich sester se sestrami ADP by měla být vždy dostatečná, protože je to nutné pro kontinuitu péče o klienta. Některé sestry (34,7 %) mají s praktickými

lékaři natolik dobrou spolupráci, že je kontaktují s žádostí o radu v případě potřeby, a jen 1 % sester ADP zavolá pro radu sestře praktického lékaře. S kolegyněmi se radí 28,6 % sester a zbývajících 34,7 % sester zavolá pro radu vedoucímu pracovníkovi ADP. Sestry pracují ve fyzicky i psychicky náročném prostředí, a proto je na místě otázka, zda na sobě pozorovaly nějaký příznak syndromu vyhoření. Výsledek je překvapivý, protože 97,1 % sester na sobě nezpozorovalo žádný příznak a jen jedna sestra (2,9 %) se se syndromem vyhoření již setkala. Sestra na sobě pozorovala neochotu sloužit lidem, a proto se dobrovolně rozhodla změnit zaměstnání na dobu jednoho roku. Nyní pracuje v agentuře na zkrácený úvazek. Jen jedna agentura svým zaměstnancům proplácí masáže na celý rok v rámci péče o pracovníky, dále pořádá setkání zaměstnanců i s rodinnými příslušníky a charitní ples. Výlety zaměstnanců pořádá další z agentur. Zbylé agentury svým zaměstnancům z finančních důvodů nenabízejí žádné aktivity. Jedna z nich ale zaměstnancům platí stravenky, kredit do mobilních telefonů a přispívá jim na důchodové pojištění. Přepracovanost sester vedoucí pracovníci většinou řeší výměnou „těžších“ klientů mezi sestrami, náhradním volnem nebo snížením pracovního úvazku. Některé agentury se však tomu snaží předcházet pravidelnou výměnou klientů. Přepracování není jev, za který by se měla sestra stydět, protože při péči o klienty s diagnózami, které vyžadují často dlouhodobou, ne-li trvalou péči, je velice těžké oddělit práci od běžného života. Nejčastějšími diagnózami jsou stavy po CMP, roztroušená skleróza, klienti s bércovými vředy, s dekubity, se stomiemi, s DM a jeho komplikacemi, stavy po TEP kyčle či kolene, u kterých se zajišťuje rehabilitační péče, a klienti s nádorovým onemocněním v různých stádiích.

Pátým cílem bylo zjistit spokojenost zdravotních sester s prací v terénu. Průzkum jednoznačně poukazuje na to, že sestry jejich práce naprosto uspokojuje. Vedoucí pracovníci dostali stejnou otázku a žádný z nich neváhal ani vteřinu a odpověděl: „Ano, uspokojuje.“ Z toho vyplývá, že byla přijata hypotéza HA: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče je s prací v terénu spokojena. Ač jsou všichni spokojeni, vidí na své práci určitá negativa, která se však snaží eliminovat celou řadou pozitiv. Negativem práce sester v ADP je v 16 % doprava ke klientům za každého počasí. Nejhorší jsou zimní měsíce, kdy je nutné se dopravit ke klientům, kteří bydlí na těžko dostupných místech. Administrativu hodnotí negativně většina zdravotníků a ani sestry v ADP na tom nejsou jinak (21,3 %). Psychická i fyzická zátěž práce v terénu (26,6 %) byla zmíněna již několikrát a samotné sestry jsou si náročnosti vědomy vždy, když manipulují s imobilními klienty a starají se o klienty například s roztroušenou sklerózou. Překážkou v poskytování kvalitní péče

v domácím prostředí jsou u některých klientů nevhodné sociální podmínky (5,3 %), s čímž sestry mohou jen stěží něco udělat. Špatnou spolupráci s pojišťovnami a některými praktickými lékaři a sestrami hodnotí negativně 3,2 % sester, 8,5 % sester se nelíbí nízké finanční ohodnocení za jejich náročnou práci a 11,7 % sester vadí horší dostupnost spotřebního materiálu. Nejvíce sester (22,7 %) hodnotí pozitivně samostatnost, kvůli které většina z nich začala pracovat v ADP. Individuální přístup ke klientovi se líbí 18,2 % sester. Péči plánují přesně podle aktuálních potřeb klienta. Bezprostřední kontakt s klientem v jeho přirozeném prostředí vidí jako pozitivum 16,7 % sester Pro to, aby mohly sestry poskytovat klientovi péči v jeho domácím prostředí, potřebují navázat bližší vztah nejen s klientem, ale i s rodinnými příslušníky. Právě to vidí jako pozitivum 15,2 % sester ADP. Co se týká pracovního zázemí, sestrám se líbí malý kolektiv (12,1 %) a pracovní doba, kterou si mohou samy uzpůsobit, a absence nočních služeb (10,6 %). Samotná práce v terénu se líbí 4,5 % sester.

Cílem číslo 6 bylo zveřejnit výsledky průzkumu v odborném časopise. Článek se zpracovává a pro jeho prezentaci byl vybrán časopis Sestra.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Práce sestry v agenturách domácí péče je zaměřena na specifika poskytování péče klientovi v jeho domácím prostředí a na samotnou práci sester v terénu.

V praktické části bylo stanoveno několik cílů a hypotéz. Cílem číslo jedna bylo popsat historii a organizaci práce v agenturách domácí péče, k čemuž došlo v teoretické části této bakalářské práce. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají zdravotní sestry z agentur domácí péče specializační vzdělání v oboru komunitní ošetřovatelské péče. Zde došlo k přijetí hypotézy H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nemá specializační vzdělání v oboru komunitní péče. Je ale nutno zmínit, že nadpoloviční většina sester má zájem si doplnit vzdělání ať už na vysoké škole, tak i prostřednictvím specializačních kurzů. Třetí cíl měl zmapovat nabídku nadstandardních služeb agentur domácí péče. A i u tohoto cíle došlo k potvrzení hypotézy H0: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče nenabízí nadstandardní služby. Z celkového počtu pěti zkoumaných agentur nabízí nadstandardní služby pouze jedna z nich a zájem o tento druh služeb mají veliký. Zvýšený zájem zaznamenali po změně systému příspěvků na péči, která nastala 1.1.2007. Čtvrtý cíl měl za úkol zjistit míru spolupráce zdravotních sester z agentur domácí péče s praktickými lékaři a zdravotními sestrami. Zde došlo k milému překvapení, kdy byla přijata hypotéza HA: Více než polovina zdravotních sester z agentury domácí péče dostatečně spolupracuje s praktickými lékaři a zdravotními sestrami. Pátým cílem bylo zjistit spokojenost sester v agenturách domácí péče. Průzkum poukázal na to, že všechny dotazované sestry i vedoucí pracovníci jsou spokojeni s prací v terénu, i přes fyzickou a psychickou náročnost tohoto povolání. Byla proto potvrzena hypotéza HA: Více než polovina zdravotních sester z agentur domácí péče je spokojena s prací v terénu. Posledním cílem bylo zveřejnit výsledky výzkumu v odborném časopise. Pro prezentaci výzkumu byl vybrán časopis Sestra.

Na základě zjištěných skutečností lze konstatovat, že domácí péče má nezastupitelné místo v systému zdravotní i sociální péče. Pro klienty, kteří využívají jejich služeb, je velkým přínosem pro zachování spokojeného a plnohodnotného života v domácím prostředí.

Vzhledem k výsledkům výzkumu agenturám domácí péče doporučujeme, aby si vytvořily nabídku nadstandardních služeb a více tyto služby prezentovaly v ordinacích praktického lékaře. Co se týká vzdělávání, doporučujeme motivovat sestry vytvořením podmínek ze strany zaměstnavatele, např. uznání studia a semináře v rámci pracovní doby.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

1) FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Výzkum v ošetřovatelství.* 1. české vydání, Martin: Osveta, 2006, 87 s., ISBN 80-8063-229-4.

2) HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetřovatelství.* 1. české vydání, Martin: Osveta, 2007, 271 s., ISBN 978-80-8063-257-1.

3) JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2007, 100 s., ISBN 978-80-247-2150-7.

4) KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetřovatelství v komunitní péči.* 1. vydání, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín, 2008, 159 s., ISBN 978-80-7318-726-2.

5) RYTÍŘ, V. et al. *Přednášky z Metod statistické analýzy*. 1. vydání, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín, 2005, 118 s., ISBN 80-7318-353-6.

6) ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2006, 353 s., ISBN 80-246-1091-4.

Jiné zdroje:

7) ANDREJKIVOVÁ, P. *Hospicová domácí péče.* Sestra. 2008, č. 12, s. 49-50, ISSN 1210-0404.

8) LENOCHOVÁ, E., BLINKOVÁ, M. *Hospicová a paliativní péče.* Sestra. 2008, č. 12, s. 47-48, ISSN 1210-0404.

9) MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče.* Asociace domácí péče ČR, Praha, 2000, 96 s.

10) MISCONIOVÁ, B. *Komplexní domácí péče – od A do Z.* Asociace domácí péče ČR, Praha, 1998, 1 svazek.

11) MISCONIOVÁ, B. *Komplexní domácí péče 94.* Asociace domácí péče ČR - Národní centrum domácí péče, Praha, 1994, 95 s.

12) MISCONIOVÁ, Blanka. [online]. [citováno 30. října 2008]. Dostupné z http://www.domaci-pece.info/prehled-vyvoje-komplexni-domaci-pece-na-uzemi-cr-v-obdobi-let-1990-az-1996-bc-blanka-misconiova

13) Příručka pečovatele. Uspořádala a k tisku připravila T. Tošnerová. Ambulance pro poruchy paměti, 1. interní klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, 1999, 63 s.

14) VÁCLAVSKÁ, M., ŽVÁČKOVÁ, P. *Péče o imobilního pacienta v domácím prostředí.* Sestra. 2008, č. 4, s. 38, ISSN 1210-0404.

15) [online]. [citováno 19. března 2009]. Dostupné z http://www.mhondrasek.cz/

16) [online]. [citováno 19. března 2009]. Dostupné z http://www.hospice.cz

17) [online]. [citováno 19. března 2009]. Dostupné z http://www.cestadomu.cz

18) [online]. [citováno 30. října 2008]. Dostupné z http://www.epravo.cz/

19) [online]. [citováno 19. Března 2009]. Dostupné z http://www.mzcr.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADP	agentura domácí péče
aj.	a jiné
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
CMP	cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiogram
IM	infarkt myokardu
např.	například
MZ	ministerstvo zdravotnictví
n. l.	našeho letopočtu
tzv.	takzvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Tabulka č. 2 Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?

Tabulka č. 3 Jak dlouho pracují respondenti v ADP?

Tabulka č. 4 Kde respondenti pracovali před tím, než začali pracovat v ADP?

Tabulka č. 5 Jak velká je ADP, ve které respondenti pracují?

Tabulka č. 6 Jak se respondenti dopravují ke klientům?

Tabulka č. 7 O kolik klientů se respondenti starají?

Tabulka č. 8 Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budou respondenti pečovat?

Tabulka č. 9 Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých klientů?

Tabulka č. 10 Jak mají respondenti rozvrženou pracovní dobu?

Tabulka č. 11 Nabízí respondenti klientům nějaké nadstandardní služby?

Tabulka č. 12 Jakým způsobem tyto služby respondenti nabízejí?

Tabulka č. 13 Mají klienti o nadstandardní služby zájem?

Tabulka č. 14 Kterou nadstandardní službu využívají klienti nejvíce?

Tabulka č. 15 Zjišťují respondenti spokojenost klientů a jejich zájem o další služby?

Tabulka č. 16 Jsou respondenti v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?

Tabulka č. 17 Jak hodnotí respondenti spolupráci s rodinnými příslušníky?

Tabulka č. 18 Setkali se respondenti ve své praxi s některou z uvedených reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků?

Tabulka č. 19 Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se domácí péče v rámci celoživotního vzdělávání?

Tabulka č. 20 Vyhledávají respondenti možnost účastnit se semináře nebo konference?

Tabulka č. 21 Mají respondenti osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registraci)?

Tabulka č. 22 Jak zjišťují respondenti možnost vzdělávacích aktivit?

Tabulka č. 23 Mají respondenti zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče studiem (specializační kurz)?

Tabulka č. 24 Poskytuje respondentům zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?

Tabulka č. 25 Účastní se zaměstnavatel finančně na vzdělávacích aktivitách respondentů?

Tabulka č. 26 Jaká je spolupráce respondentů s praktickými lékaři a sestrami?

Tabulka č. 27 Mají se respondenti v případě potřeby na koho obrátit pro radu?

Tabulka č. 28 Pozorovali na sobě respondenti během práce v ADP nějaký příznak syndromu vyhoření?

Tabulka č. 29 Co pro to respondenti dělali?

Tabulka č. 30 Jsou respondenti spokojeni s prací v ADP?

Tabulka č. 31 Jaká jsou pozitiva práce v ADP?

Tabulka č. 32 Jaká jsou negativa práce v ADP?

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů

Graf č. 2 Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů?

Graf č. 3 Jak dlouho pracují respondenti v ADP?

Graf č. 4 Kde respondenti pracovali před tím, než začali pracovat v ADP?

Graf č. 5 Jak velká je ADP, ve které respondenti pracují?

Graf č. 6 Jak se respondenti dopravují ke klientům?

Graf č. 7 O kolik klientů se respondenti starají?

Graf č. 8 Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budou respondenti pečovat?

Graf č. 9 Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých klientů?

Graf č. 10 Jak mají respondenti rozvrženou pracovní dobu?

Graf č. 11 Nabízí respondenti klientům nějaké nadstandardní služby?

Graf č. 12 Jakým způsobem tyto služby respondenti nabízejí?

Graf č. 13 Mají klienti o nadstandardní služby zájem?

Graf č. 14 Kterou nadstandardní službu využívají klienti nejvíce?

Graf č. 15 Zjišťují respondenti spokojenost klientů a jejich zájem o další služby?

Graf č. 16 Jsou respondenti v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?

Graf č. 17 Jak hodnotí respondenti spolupráci s rodinnými příslušníky?

Graf č. 18 Setkali se respondenti ve své praxi s některou z uvedených reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků?

Graf č. 19 Myslí si respondenti, že je dostatek seminářů týkajících se domácí péče v rámci celoživotního vzdělávání?

Graf č. 20 Vyhledávají respondenti možnost účastnit se semináře nebo konference?

Graf č. 21 Mají respondenti osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registraci)?

Graf č. 22 Jak zjišťují respondenti možnost vzdělávacích aktivit?

Graf č. 23 Mají respondenti zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče studiem (specializační kurz)?

Graf č. 24 Poskytuje respondentům zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?

Graf č. 25 Účastní se zaměstnavatel finančně na vzdělávacích aktivitách respondentů?

Graf č. 26 Jaká je spolupráce respondentů s praktickými lékaři a sestrami?

Graf č. 27 Mají se respondenti v případě potřeby na koho obrátit pro radu?

Graf č. 28 Pozorovali na sobě respondenti během práce v ADP nějaký příznak syndromu vyhoření?

Graf č. 29 Co pro to respondenti dělali?

Graf č. 30 Jsou respondenti spokojeni s prací v ADP?

Graf č. 31 Jaká jsou pozitiva práce v ADP?

Graf č. 32 Jaká jsou negativa práce v ADP?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: SEBEHODNOCENÍ PEČOVATELE

Příloha P II: STRESOVÝ TEST PRO PEČOVATELE

Příloha P III: SEZNAM PRÁV PEČOVATELE

Příloha P IV: DOTAZNÍK

Příloha P V: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Příloha P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Příloha P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Příloha P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Příloha P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Příloha P X: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

PŘÍLOHA P I: SEBEHODNOCENÍ PEČOVATELE

Pečlivě si přečtěte popisy jednotlivých položek stupnice. Zakroužkujte toto číslo, nebo několik sousedících čísel, která nejlépe vystihují Vaši úroveň poskytování péče.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

STUPNICE POSKYTOVÁNÍ PÉČE

1. OPUŠTĚNÍ: Pečovatel neposkytuje žádnou péči, ochranu ani podporu příjemci péče, případně ho i zneužívá ve svůj prospěch.
2. ZANEDBÁNÍ: Pečovatel připustí, aby se vyskytly u příjemce péče život ohrožující situace, nebo dává najevo soustavný chlad nebo zlobu.
3. LHOSTEJNOST/POVÝŠENOST: Pečovatel udržuje lhostejnost nebo povýšenost, povrchnost při poskytování, neprojevuje skutečný zájem, vykonává pouze nezbytné povinnosti. Zabývá se pouze základními tělesnými potřebami příjemce péče.
4. POVŠECHNÁ PODPORA: Pečovatel posykuje péči soustavně, s určitým stupněm laskavosti a respektu, občas s prvky manipulace. Zabývá se citovými i tělesnými potřebami svého svěřence.
5. VYJÁDŘENÍ EMPATIE: Pečovatel má schopnost cítit, co cítí jeho příjemce péče, jedná se o kvalitní vztah mezi nimi, kdy city mohou být volně dávány najevo a starostlivě přijímány bez hodnotících soudů.
6. SYMPATIE: Pečovatel pociťuje lítost za svého svěřence, dává mu najevo svoji účast, soustřeďuje se na ztráty, které ho postihly.
7. OBČANSKÁ NADMĚRNÁ ZAINTERESOVANOST: Činnost pečovatele je charakterizovaná občasnými pokusy dělat pro příjemce péče to nejlepší, při opominutí jeho názorů a pocitů.
8. TRVALÁ NADMĚRNÁ ZAINTERESOVANOST: Pečovatel považuje svého svěřence za objekt pokusů, které je nutné uskutečnit, aby pečovatel netrpěl pocity, že svého svěřence zanedbává.
9. HEROICKÁ NADMĚRNÁ PÉČE: Činnost pečovatele je charakterizovaná občasnými zoufalými a hektickými pokusy poskytovat všemožnou péči, která jen přichází v úvahu. Pečovatel je velmi závislý na příjemci péče, nedovoluje mu žádnou nezávislost.

10. SPLYNUTÍ OSOBNOSTÍ – mezi svěřencem a pečovatelem. Pečovatelovy potřeby již nemají žádný význam. Pečovatel se plně odevzdal potřebám svého svěřence.

Popisy chování u nízkých čísel (1, 2, 3) vyjadřují malý význam, který přikládáte potřebám svého svěřence. Vysoká čísla (8, 9, 10) vyjadřují malý význam, který přikládáte svým vlastním potřebám.

PŘÍLOHA P II: STRESOVÝ TEST PRO PEČOVATELE

Následující test Vám pomůže si uvědomit svoje pocity, tlaky a stresy, které pociťujete.

Každý výrok označte písmenem podle toho, jak často s ním souhlasíte

(N = nikdy, Č = často, O = obvykle).

- Myslím, že nemám dost odpočinku
- Nemám pro sebe dost času
- Nemám čas k tomu, abych pro péči o svého svěřence byl/a pohromadě s ostatními členy rodiny
- Cítím se vinen svou situací
- Již na mnoho nestačím
- S příjemcem péče jsem v konfliktu
- Mám konflikty s ostatními členy rodiny
- Denně pláči
- Mám nesnáze s tím, abych vyšel/a s penězi
- Mám pocit, že nebudu mít dost znalostí nebo zkušeností k tomu, abych poskytoval/a péči tak, jak bych si přál/a
- Moje zdraví není pořádku

Jestliže Vaše odpověď na jednu nebo více položek je O = obvykle, nebo Č = často, může být právě zralá chvíle k tomu, abyste se poohlédl/a po pomoci při poskytování péče a svého svěřence a také po pomoci pro sebe samého.

PŘÍLOHA P III: SEZNAM PRÁV PEČOVATELE

- Pečovatel má právo na dostatečný výcvik v pečovatelských dovednostech spolu s právem na přesnou a srozumitelnou informaci o podmínkách a potřebách příjemce péče.
- Pečovatel má právo na příznivé hodnocení a citovou podporu svého rozhodnutí poskytovat péči.
- Pečovatel má právo na ochranu svých příjmů a finančního zabezpečení, aniž by to poškodilo jeho vztahy k příjemci péče.
- Pečovatel má právo na výpomoc v naléhavých případech, aby mohl pečovat o své zdraví, psychiku a vztahy k ostatním lidem.
- Pečovatel má právo očekávat od všech členů rodiny, mužů i žen, že se budou podílet na péči o staré příbuzné.
- Pečovatel má právo poskytovat péči doma, dokud je to tělesně, finančně a emočně možné. Jakmile to přestane být únosné, má pečovatel povinnost vyzkoušet jiné alternativy, zejména vnější zdroje pomoci.
- Pečovatel má právo dočasně pozměnit svůj životní styl ve vztahu k ostatním členům rodiny, je-li to zapotřebí k poskytování bezpečného a přijatelného bydlení svého svěřence.
- Pečovatel má právo na dostupné a kulturně vhodné služby, které mu pomohou při péči o staré osoby.
- Pečovatel má právo očekávat, že profesionálové v rámci své specializace uznají důležitost jeho paliativní péče a že uznají starosti a obavy plynoucí ze vztahu mezi příjemcem péče a pečovatelem.
- Pečovatel má právo na citlivou a podpůrnou reakci zaměstnavatele v případě neočekávaných nebo obtížně uspokojitelných potřeb péče.

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK

Dobrý den,

dovolte mi, abych se představila, jsem studentka Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra a v rámci své bakalářské práce bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky dotazníku budou využity pouze pro účely výzkumu. Dotazník je zaměřen na práci sestry v domácí péči (nabídka nadstandardních služeb jednotlivých agentur, spolupráce s praktickými lékaři a celoživotní vzdělávání sester domácí péče). Tento dotazník je anonymní, obsahuje 33 otázek a na jeho vyplnění je třeba asi 10 minut. U každé z otázek vyberte jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak. Za vyplnění tohoto dotazníku Vám předem děkuji. S pozdravem studentka

Zuzana Rabenseiferová

1. Věk

- □ 20-30 let
- □ 31-40 let
- □ 41-50 let
- □ 51 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- □ SZŠ, obor …….
- □ VOŠZ, obor …….
- □ VŠ – Bc., obor …….
- □ VŠ – Mgr., obor ……..
- □ specializační studium - sestra pro komunitní péči
- □ specializační studium - jiný obor ……
- □ jiné, jaké? ……

3. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče (dále jen ADP)?

- □ 1-4 roky
- □ 5-9 let
- □ 10-14 let
- □ 15 let a více

4. Kde jste pracovala před tím, než jste začala pracovat v ADP? Prosím napište.

…….....

5. Jak velká je ADP, ve které pracujete?

□ mám licenci, pracuji sama

□ 3-5 zaměstnanců

□ 6-10 zaměstnanců

□ 11 a více zaměstnanců

6. Jak se dopravujete ke klientům?

□ MHD

□ vlastním autem a ADP Vám proplácí cestovné

□ autem agentury domácí péče

□ jiný způsob, napište prosím jaký? …….

7. O kolik klientů se staráte?

□ 1-5

□ 6-10

□ 11-15

□ 16 a více

8. Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budete pečovat?

□ vedoucí pracovník

□ manažerka ošetřovatelské péče

□ klienty si vybíráme sami

□ jiný, napište prosím kdo? ……..

9. Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých klientů? Prosím napište.

……..

10. Jak máte rozvrženou pracovní dobu? (můžete označit více odpovědí)

□ pracuji méně než 8 hodin denně

□ pracuji 8 hodin denně

□ pracuji víc než 8 hodin denně

□ pracuji i o víkendu

□ pracuji i mimo pracovní dobu - na zavolání klienta nebo jeho rodiny

□ dle potřeby – po dohodě s klienty a jejich rodinou

11. Nabízíte Vašim klientům nějaké nadstandardní služby?

□ ne (pokračujte prosím až otázkou č. 15)

□ ano

12. Jakým způsobem tyto služby nabízíte? (můžete označit více odpovědí)

□ mám k dispozici ceník a nabídnu ho klientovi

□ mám k dispozici ceník a nabídnu ho rodinným příslušníkům

□ ceník nemám, ale služby nabídnu klientovi

□ ceník nemám, ale služby nabídnu rodinným příslušníkům

□ služby nabízím prostřednictvím praktického lékaře

□ jiné (specifikujte prosím) …….

13. Mají klienti o nadstandardní služby zájem?

□ ne

□ ano

14. Kterou nadstandardní službu využívají Vaši klienti nejvíce? Prosím napište.

……

15. Zjišťujete nějakým způsobem spokojenost Vašich klientů a jejich zájem o další služby?

□ ne

□ ano, napište prosím jak? ……

16. Jste v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?

□ ne (pokračujte prosím otázkou č. 18)

□ ano

17. Pokud byste měla zhodnotit, spolupracují s Vámi rodinní příslušníci?

□ většinou ano, snaží se a mají zájem se naučit pečovat o blízkého

□ většinou ano, ale jen o co je požádám

□ většinou ne, ale jsem s nimi v telefonickém kontaktu

□ většinou ne, klient je odkázán jen na službu agentury

18. Setkala jste se ve své praxi s některou z uvedených reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků? (můžete označit více odpovědí)

□ s ochotou ke spolupráci

□ s důvěrou v mou péči

□ s pochvalou

□ s nezájmem

□ s nespokojeností s mou péčí

□ s verbálním napadením

□ s fyzickým napadením

□ se stížností na mou péči

□ jiné, uveďte prosím jaké? ……

19. Myslíte si, že je dostatek seminářů týkajících se domácí péče v rámci celoživotního vzdělávání?

□ ne

□ ano

20. Vyhledáváte možnosti účastnit se semináře nebo konference?

□ ne

□ ano

21. Máte osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registraci)?

□ ne

□ ano, obor ……..

22. Jak zjišťujete možnost vzdělávacích aktivit? (můžete označit více odpovědí)

□ od kolegyň

□ z profesních časopisů

□ z internetu

□ jinak, specifikujte prosím jak? ……..

23. Měla byste zájem si doplnit vzdělání v oblasti domácí péče studiem (specializační kurz)?

□ ne, napište prosím proč? ……

□ ano, doplňte jaký? …….

24. Poskytuje Vám zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?

□ ne, odmítá mě uvolnit

□ ne, ale mohu si vzít dovolenou

□ ano, mám aktivitu v rámci pracovní doby

25. Účastní se zaměstnavatel finančně na Vašich vzdělávacích aktivitách?

□ ne, vše si hradím z vlastních prostředků

□ ano, přispívá mi

□ ano, hradí mi konferenční poplatek nebo kurzovné

□ ano, proplácí mi všechny náklady, i cestovné

26. Jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami? (můžete označit více odpovědí)

□ spolupráce s lékařem pouze při předepsání domácí péče

□ spolupráce s lékařem v průběhu poskytování péče

□ spolupráce se sestrou žádná

□ spolupráce se sestrou praktického lékaře pouze při předání klienta do péče ADP

□ spolupráce se sestřičkou praktického lékaře v průběhu poskytování péče

27. Máte se na koho v případě potřeby obrátit pro radu? Na koho? Prosím napište.

…….....

28. Pozorovala jste na sobě během práce v agentuře domácí péče nějaký příznak syndromu vyhoření?

□ ne (pokračujte prosím otázkou č. 30)

□ ano, jaký? ……

29. Co jste pro to dělala? (můžete označit více odpovědí)

□ změna zaměstnání

□ dovolená

□ návštěva psychologa

□ relaxace

□ sport

□ jiná technika, napište prosím jaká? …….

30. Jste spokojená s prací v agentuře domácí péče?

□ ne, proč? .....

□ ano

31. Jaká jsou pozitiva Vaší práce? Prosím napište.

……

32. Jaká jsou negativa Vaší práce? Prosím napište.

……

PŘÍLOHA P V: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Strukturovaný rozhovor pro vedoucí pracovníky ADP:

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho děláte práci vedoucího pracovníka?
3. Pracovala jste před tím v terénu ADP? Jak dlouho?
4. Jaké je Vaše vzdělání?
5. Kde jste pracovala před prací v ADP?
6. Jak jste se dostal/a k práci v ADP?
7. Co Vás motivovalo k založení ADP?
8. Kolik zaměstnanců má Vaše ADP?
9. Jaká je struktura zaměstnanců a jejich vzdělání?
   (kolik všeobecných sester, sester pro komunitní péči, ošetřovatelek, bakalářek, magister,…)
10. Jsou mezi nimi i muži?
11. Myslíte si, že je v oboru komunitního ošetřovatelství dostatek seminářů celoživotního vzdělání? Nebo Vaši zaměstnanci absolvují jakékoliv semináře jen pro sběr kreditů?
12. Pořádáte Vy nějaké vzdělávací aktivity pro zaměstnance?
13. Pořádáte kurzy pro rodinné příslušníky v oblasti péče o klienty?
14. O kolik klientů se Vaše ADP stará?
15. Je zájem o služby Vaší agentury?
16. Jak se Vaše ADP prezentuje na veřejnosti? (letáky,…)
17. O kolik klientů se v průměru stará jedna sestřička?
18. Jaké jsou nejčastější diagnózy Vašich klientů?
19. Jaké služby nabízí Vaše ADP?
20. Nabízíte Vašim klientům nějaké nadstandardní služby? Jaké? Máte ceník?
21. Komunikujete víc s klienty nebo s jejich rodinnými příslušníky?
22. Mají klienti o nadstandardní služby zájem?

23. Zjišťujete nějak spokojenost klientů a zájem o další nadstandardní služby?
24. Poskytuje Vaše ADP výpůjčky pomůcek klientům? (vozíčky, lůžka,…)
25. Jak se sestřičky ke klientům dopravují?
26. Zaměstnáváte ve Vaší ADP manažera, který by zajišťoval veškerou organizaci?
27. Uspokojuje Vás práce v ADP?
28. Staráte se nějak o své zaměstnance, co se týče odreagování po práci?
    (masáže, koupele, permanentky na sporty,…?)
29. Pokud vidíte příznaky přepracování u Vašich zaměstnanců, jak to řešíte?
30. Jak řešíte případné stížnosti klientů na sestry?

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zuzana Rabenseiferová
Téma bakalářské práce	Práce sestry v agenturách domácí péče.
Pracoviště	Tom Kantorek, Okružní 10, Mohelnice, 789 85

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19.12.2008

.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

93 409 001
HOMECARE - DOMÁCÍ PÉČE
TOM KANTOREK
Okružní 10, MOHELNICE
IČ: 600 45 221
Tel.: 583 430 268

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zuzana Rabenseiferová
Téma bakalářské práce	Práce sestry v agenturách domácí péče.
Pracoviště	Agentura domácí péče – Viktoria, Nerudova 41, Šumperk 787 01

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19.12.2008

.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

93 181 000
Agentura domácí péče
- Victoria -
ŠUMPERK, Nerudova 41
787 01 IČO: 67341802
DIČ: CZ6749/335751

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zuzana Rabenseiferová
Téma bakalářské práce	Práce sestry v agenturách domácí péče.
Pracoviště	SDOP – středisko domácí ošetřovatelské péče, Černá cesta 10, Olomouc, 772 00

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19.12.2008

.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

89 SDOP OI OMOUC spol. s r.o.
349 středisko domácí ošetřovatelské péče
000 Černá cesta 10, 772 00 Olomouc

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zuzana Rabenseiferová
Téma bakalářské práce	Práce sestry v agenturách domácí péče.
Pracoviště	Charita Zábřeh, Žižkova 15, Zábřeh, 789 01

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19. 12. 2018

.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

CHARITA ZÁBŘEH
Žižkova 15, 789 01 Zábřeh
Caritas
IČO: 42766796, DIČ: CZ42766796

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P X: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zuzana Rabenseiferová
Téma bakalářské práce	Práce sestry v agenturách domácí péče.
Pracoviště	Charitní a ošetřovatelská péče o dospělé – Olomouc, Wurmova 5, Olomouc, 771 11

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19.12.2008

.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

IČZ 89 804 000 charita OLOMOUC Ošetřovatelská péče o dospělé TEL.: 585 754 680 Wurmova 5 > 771 11 Olomouc > IČ: 44936487

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz