Návaznost ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice

Jarmila Hanáková

Bakalářská práce
2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Jarmila HANÁKOVÁ**
Osobní číslo:	**H10104**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Návaznost ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti návaznosti ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice.
Stanovení cílů a příprava metodiky průzkumu.
Realizace průzkumu v domácí péči a v nemocnici pomocí dotazníkového šetření.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol. Komunitní ošetřovatelství. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-251-7.
JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha: Grada, 2007. ISBN 987-80-247-2150-7.
KRÁTKÁ, Anna. Potřeby nemocných v ošetřovatelském procesu. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. ISBN 978-80-7318-643-2.
KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. Ošetřovatelství v komunitní péči. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetřovatelství. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
MARKOVÁ, Marie. Komunitní ošetřovatelství pro sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.
ZACHAROVÁ, Eva et al. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 4. února 2013

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka 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 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.2.1999 ....

---

[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 nevyhlašuje zveřejňuje dimenzní, 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 se zabývá problematikou při propuštění pacienta z nemocnice do domácí péče. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou vymezeny pojmy ošetřovatelství, komunitní ošetřovatelství, komunitní péče, domácí péče. Zvláštní pozornost je věnována organizaci domácí péče, specifikům práce sestry v domácí péči při uspokojování potřeb klientů a spolupráci sestry s rodinou.

Praktická část je zaměřena na zjištění, zda byli klienti při propuštění z nemocnice informováni o možnosti využití služeb domácí péče, jak získává management domácí péče informace o klientovi a zda sestry z nemocnice a domácí péče spolupracují.

Klíčová slova: komunitní ošetřovatelství, domácí péče, nemocnice, pacient, všeobecná sestra, klient, rodina, služby, potřeby.

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with theissue of when the patient is discharged from hospital to home care. The work is dividend into theoretical and practical.

In the theoretical partit defines the concepts of nursing, community nursing, community care, home care. Particular attention is paid to the organization of home care, the specifics of nursing home care in meeting the needs of clients and cooperation of nurses with the family.

The practical part is focused on whether clients were being released from the hospital informed on the use of home care services as home care management obtains informations about the client and whether the nurses from the hospital and home care together.

Keywords: community nursing, home care, hospital, patient, nurse, client, family, service, needs.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Anně Krátké, Ph. D. za trpělivost, cenné rady, podněty a připomínky, které mi poskytla během zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem pracovníkům a klientům domácí péče a všem sestrám na odděleních nemocnice, které se podílely na realizaci průzkumu pomocí dotazníkového šetření. Děkuji také své rodině za podporu při studiu.

„Utrpení je Božím darem, který těm, jež se starají o trpící, umožňuje ukázat svou lásku.“

Matka Tereza

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **11**
I TEORETICKÁ ČÁST **13**
1 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ **14**
1.1 DEFINICE KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ 14
1.2 VYMEZENÍ KOMUNITY 15
1.3 ÚLOHA KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ 16
1.4 DOMÁCÍ PÉČE 17
1.5 VZNIK A HISTORIE 18
1.6 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE 19
1.7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE 20
1.8 NÁVAZNOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 21
1.9 KLIENTI DOMÁCÍ PÉČE 22
1.9.1 Potřeby klientů 23
1.9.2 Spolupráce s rodinou 25
2 CHARAKTERISTIKA PRÁCE KOMUNITNÍ SESTRY **27**
2.1 NÁPLŇ PRÁCE KOMUNITNÍ SESTRY 27
2.2 DOKUMENTACE 29
2.2.1 Základní ošetřovatelská dokumentace v domácí péči 29
2.3 SPOLUPRÁCE S LÉKAŘI A ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM 30
3 CHARAKTERISTIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY **31**
3.1 NÁPLŇ PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY 31
3.2 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE 32
3.2.1 Základní ošetřovatelská dokumentace v nemocnici 33
3.3 SPOLUPRÁCE S LÉKAŘI A ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM 33
II PRAKTICKÁ ČÁST **35**
4 METODIKA PRÁCE **36**
4.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU 36
4.2 CÍLE PRÁCE 36
HLAVNÍ CÍL: ZJISTIT, ZDA A JAK JE ZAJIŠTĚNA NÁVAZNOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PO PROPUŠTĚNÍ PACIENTA DO DOMÁCÍ PÉČE. 36
4.3 METODA PRÁCE 37
4.4 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK 38
4.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ 39
4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT 40
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ **41**
5.1 JEDNOTLIVÉ VÝSLEDKY ŠETŘENÍ 41
5.1.1 Dotazník pro všeobecné sestry domácí péče 41
5.1.2 Dotazník pro klienty domácí péče 60
5.1.3 Dotazník pro všeobecné sestry nemocnice 82
6 DISKUZE **101**

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 106
ZÁVĚR 107
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 111
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 114
SEZNAM GRAFŮ 115
SEZNAM TABULEK 117
SEZNAM PŘÍLOH 119

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože pracuji v nemocnici i v domácí péči jako všeobecná sestra a vidím na vlastní oči, jak důležité a prospěšné je komunitní ošetřovatelství v péči o naše blízké i spoluobčany. Důležitost komunitního ošetřovatelství se zdůrazňuje v souvislosti se stárnoucí populací našeho státu. Současně i ekonomická situace našeho zdravotnictví vyžaduje, aby pacienti zůstávali v nemocnicích jen po dobu nezbytně nutnou k léčení. Snahou je zajistit zbývající péči o nemocného tzv. komunitním ošetřovatelstvím, tedy v domácích podmínkách. Domácí komunitní péče je výhodnější a po finanční stránce méně zatěžující.

Problém stárnoucí populace se v dnešní uspěchané době dotýká každého z nás. Jen si dejme ruku na srdce, kdo z nás při svém pracovním vytížení, ekonomické situaci a při všech rodinných povinnostech, má čas věnovat se ještě péči o své rodiče, kterým pomalu a jistě přibývají nejen roky, ale i choroby. Ubývá jim sil a nastává čas, kdy bychom jim měli pomoci. A právě v této situaci máme možnost využít služeb komunitního ošetřovatelství.

Komunitní ošetřovatelství nabízí služby hlavně v oblasti sociální a zdravotní. Je zaměřeno nejen na nemocné, ale i zdravé jedince. Poskytuje pomoc rodinám i různým komunitám. Zaměřuje se na péči v jejich přirozeném prostředí.

Cílem práce je zjistit zda a jak funguje návaznost ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice. Bakalářská práce srovnává práci všeobecných sester v nemocnici a v domácí péči.

Pokud však chceme srovnávat práci komunitní sestry a práci všeobecné sestry v nemocnici, je to úkol velmi složitý, nedá se objektivně posoudit, čí práce je náročnější, zodpovědnější nebo která práce vyžaduje více odborných znalostí či zkušeností.

Dá se jen konstatovat, že obě sestry splňují téměř stejná kriteria vzdělání. Komunitní sestra může absolvovat specializační studium v oboru Komunitní ošetřovatelská péče. Ale aby mohla pracovat v domácí péči, musí nejdříve pracovat 5 let ve zdravotnickém zařízení a z toho nejméně 2 roky u lůžka. Rozlišná jsou i specifika práce. Komunitní sestra se za klientem přesunuje terénem. K tomu účelu využívá auto, proto je důležité, aby vlastnila řidičský průkaz. Vyrovnává se mnohdy s rozmary počasí. Všechny zdravotnické pomůcky si musí s rozvahou připravit, protože je nosí v návštěvní tašce. Samozřejmě její technické vybavení je velmi omezené. Pokud zajišťuje klientům léky, zdravotní pomůcky nebo

obvazový materiál, musí si vše sama fyzicky obstarat. Nemá po ruce spolupracovníky a personál, který by jí v této činnosti pomohl. Při práci s klienty je většině případů sama, musí se sama rozhodnout pro daný postup. Sama si musí poradit s nesoběstačnými, těžkými a nespolupracujícími pacienty. Pracuje v domácím prostředí klienta, kde on má určitou převahu a jistotu.

Naopak všeobecná sestra v nemocnici, pracuje na jednom oddělení, nemusí se složitě přesouvat od jednoho pacienta ke druhému, nemusí mít řidičský průkaz. Pracuje vždy v teple a v suchu. Všechny pomůcky, obvazový materiál i přístroje má na jednom místě, nemusí si je složitě přepravovat. Technické vybavení v nemocnici je na vysoké úrovni a v dostatečném množství. Vždy má po ruce spolupracovníky, kteří jí pomáhají v řešení složitých situací, sama se rozhoduje jen při některých činnostech a vždy má možnost své rozhodnutí s někým konzultovat. A to hlavně v situaci, kdy u pacienta nastane náhlé zhoršení zdravotního stavu. Vždy je přítomen lékař, který ihned stanoví nutné intervence k léčbě. Na péči o nesoběstačné, těžké a nespolupracující pacienty se vždy podílí více personálu. Pracuje v nemocničním prostředí, kde má určitou jistotu a převahu ona.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Komunitní ošetřovatelství není obor zcela mladý, má kořeny již v historii. První zmínky se objevily v období 13. století. Tehdy se hovořilo o řádovém ošetřovatelství. Opravdu většího rozvoje se komunitní ošetřovatelství dočkalo až v 18. a 19. století. Řád šedých sester a Česká diakonie zajišťovaly charitní a laickou péči. Kolébkou komunitního ošetřovatelství je Velká Britanie. V 19. století zde první průkopnice Florance Nightingalová zorganizovala komunitní péči sester. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 31)

U nás má zásluhu na rozvoji komunitního ošetřovatelství především Československý červený kříž v průběhu I. světové války. V období mezi dvěma světovými válkami a hlavně po II. světové válce však dochází k úpadku komunitního ošetřovatelství. K rozvoji komunitního ošetřovatelství dochází opět až v 70. letech 20. století zásluhou geriatrických sester. Jejich činnost taky brzy zaniká. Teprve po reorganizaci našeho zdravotnictví v 90. letech se mohlo komunitní ošetřovatelství plně rozvíjet jako domácí péče. (Marková, 2009, s. 13)

1.1 Definice komunitního ošetřovatelství

Komunitní ošetřovatelství je soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nejen nemocným, ale i zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Komunitní péče se tedy více zabývá celými skupinami nebo celými komunitami, než jednotlivci. Její činnost vychází právě z potřeb komunity. Klade si za cíl poskytovat péči v domácím prostředí. Tím zajistí jedinci co nejdelší setrvání v komunitě, a to i v případě jeho zdravotního postižení nebo chronické nemoci. Spojuje zdroje veřejné a zdroje jednotlivce tak, aby se zapojili všichni. Nejenom klient, rodina, komunita, ale i profesionálové, poskytovatelé a zřizovatelé. Komunitní péče vychází ze dvou základních faktorů. Existence rodiny a existence komunity. Základem práce celého týmu je rodina. Komunitní tým tvoří nemocní nebo postižení, zdravotničtí a sociální pracovníci a dobrovolníci. Komunitní péče poskytuje fyzické, psychologické, paliativní a duchovní služby. (Jarošová, 2007, s. 25)

Komunitní péče má svá paradigmata.

- Osoba je popisována jako komunita, do komunity patří všechny osoby, které žijí ve stejném geografickém a politickém prostředí. Všichni mají společné základní charakteristiky.

- Prostředí vytváří okolí a podmínky, ve kterých osoba žije. Okolí a vnější podmínky determinují a ovlivňují vývoj a život v komunitě.
- Zdraví je popsatelný stav rovnováhy, která vytváří harmonii a maximální potenciál. (Marková, 2009, s. 12)

Systém zdravotní péče je soubor všech služeb poskytovaných zdravotnickými organizacemi. Tyto služby jsou poskytovány nejen nemocným, ale i zdravým. Zaměřují se na léčebnou a preventivní péči. (Marková, 2009, s. 12)

Komunitní péče je soubor činností směřujících k péči o zdraví celé populace. Péče probíhá mimo nemocnici, většinou v domácím prostředí. Rozlišujeme dva typy péče. Péči, která se poskytuje v rámci komunity. Zajišťují ji státní i nestátní služby a ty jsou dostupné všem. Druhým typem je svépomocná péče. Tu zajišťuje rodina, sousedé, známí nebo různá neformální společenství. Oba typy poskytované péče směřují k péči o nemocného člověka v domácím prostředí, k prevenci, upevnění a podpoře zdraví, k edukaci populace v péči o své zdraví, k zvyšování odpovědnosti každého občana za své zdraví, k odhalování potřeb jedince a k poskytování pomoci v oblasti sociální. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 30)

1.2 Vymezení komunity

Definice komunity jsou různé. Světová zdravotnická organizace definuje komunitu jako sociální skupinu, která je determinovaná geografickými hranicemi, společnými hodnotami a zájmy. Členové komunity se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Vše je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří. (WHO, 1974 cit podle Jarošová, 2007, s. 23)

Komunita je v českém Encyklopedickém slovníku definována ze dvou hledisek. Z hlediska sociologického a psychologického. Sociologické hledisko se dále dělí na teritoriální a zájmové. Teritoriální přístup hovoří o tom, že komunita je souhrn osob, které se vyskytují v určitém vymezeném prostoru, zde vykonávají své každodenní činnosti a tvoří autonomní jednotku. Zájmový přístup popisuje komunitu jako skupinu lidí se společnými zájmy, ideami a myšlenkami. Jsou to lidé například se stejným etnickým původem nebo postižením. Psychologický přístup popisuje komunitu jako organizaci, v které nejsou nadřízení ani podřízení a tak se lépe komunikuje i spolupracuje. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 24-25)

Specifickým rysem komunity je pocit komunitní sounáležitosti. Skupina osob v komunitě spolu hovoří. Jejich řeč má stejný jazyk a formu. Komunita se tedy utváří za předpokladu,

že soubor činností, které vykonávají, se skládá z výběru, plánování a rozvoje dosavadních cílů. Tyto cíle směřují k prospěchu celého prostoru, v němž se komunita vyskytuje. Často se uvádí sídelní (ekologická) komunita. Osoby této komunity spojuje obývání sociálně vymezeného fyzického prostoru. V tomto prostředí se rozvíjí individuální schopnosti jedince. A tak se dá říct, že komunitou jsou i osoby, které pečují o své blízké a členy komunity. Komunita má tři základní prvky:

- Lidé – členové komunity nebo obyvatelé.
- Místo – geografické nebo časové určení (vymezení prostoru).
- Funkce – cíle a každodenní aktivity komunity. (Jarošová, 2007, s. 24)

Komunita je jednou z oblastí primární péče. Zdraví celé komunity zahrnuje dobrovolné činnosti jednotlivých členů komunity, skupin a terénních pracovníků. Jejich činnost se zaměřuje na podporu zdraví, informování veřejnosti a plánování zdravotnických aktivit komunit. (Jarošová, 2007, s. 24)

1.3 Úloha komunitního ošetřovatelství

Úlohou komunitního ošetřovatelství je předcházet vzniku nemocí, chránit, udržovat a podporovat zdraví. V komunitním zdravotnictví je tedy ošetřovatelství zaměřeno nejen na vykonávání terapeutických zásahů, ale hlavně na poradenskou, manažerskou, edukační činnost a obhajovací aktivity. Zaměřuje se na komunity jako celky, na rodiny i jednotlivce. Tato činnost se uskutečňuje holistickým přístupem ke komunitám, rodinám a k jednotlivcům. Klienti jsou vybíráni na základě programové politiky zdraví. Ta reaguje na prioritní potřeby společnosti a komunity. (Hanzlíková, 2007, s. 31)

Úloha ošetřovatelství vyplývá z potřeb, které se v ochraně zdraví vyskytují. Je stupňovitě rozdělena. Za nejnižší stupeň se pokládá podpůrné působení. Za nejvyšší stupeň se pokládá péče v plném rozsahu.

- Podpůrné působení se uplatňuje v situaci, kdy je povědomí o zodpovědnosti za vlastní zdraví a úroveň zdravotního uvědomění nízká nebo není vůle upevňovat zdraví.
- Edukační činnost se využívá v situaci, kdy klient neví jak pečovat o své zdraví.
- Péče v plném rozsahu je převzetí zodpovědnosti za nesoběstačného či závislého klienta. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 33)

Rozlišujeme tři úlohy komunitního ošetřovatelství. Primární úloha je podporovat zdraví, edukovat a doporučovat. Sekundární úloha je plánovat a poskytovat péči akutně i chronicky nemocným. A terciární úloha je poskytovat specializovanou ošetřovatelskou, paliativní a terminální péči. (Marková, 2009, s. 11)

Obecné principy komunitní péče jsou:

- Čtyřiadvacetihodinová dostupnost základní pomoci.
- Snadná dostupnost zdravotnických a sociálních služeb.
- Rychlé předávání klienta odpovídajícím službám.
- Návaznost ošetřovatelské péče, propojenost zdravotní, sociální, ústavní a komunitní péče.
- Multidisciplinární spolupráce a koordinace péče.
- Možnost výběru služeb.
- Individuální přístup.
- Diskrétnost.
- Účelnost nákladů. (Jarošová, 2007, s. 28)

1.4 Domácí péče

Komplexní domácí péče je soubor služeb, které pomáhají občanům s omezenou soběstačností, se zdravotním, tělesným nebo psychickým postižením zůstávat co nejdéle ve svém vlastním sociálním prostředí. Je poskytována pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. (Pochylá, 2005, s. 24)

Dle vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb. je formálně jako odbornost 925 – domácí péče. Řídí ji Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Služby poskytují agentury domácí péče, které jsou sdružené v Asociaci domácí péče České republiky. Zajišťují zdravotní péči indikovanou lékařem, sociální péči, jež vychází z aktuálních sociálních potřeb klienta a jeho prostředí a laickou pomoc. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 78-79)

Na komplexní domácí péči se podílí lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, logopedi, porodní asistentky, sociální pracovníci, ošetřovatelky, pečovatelky, osobní asistenti a dobrovolníci.

Zřizovatelem domácí péče je právnická osoba nebo fyzická osoba. Financuje ji zdravotní pojišťovna nebo samotný klient či jeho rodina. Může se také hradit ze sponzorských darů a příspěvků obcí na sociálně slabé. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 83-84)

Formy domácí péče:

- Základní zdravotní a sociální péče zahrnuje činnosti, které poskytují komunitní sestry, pečovatelky nebo dobrovolníci. Činnosti komunitní sestry jsou spojené s osobní hygienou, krmením klientů, dodržováním pitného režimu nebo podáváním léků. Důraz se klade na prevenci dekubitů u ležících a nesoběstačných pacientů formou polohování a používáním antidekubitních pomůcek. Často se přikládají různé obklady a zábaly. Pozornost se věnuje i vyprazdňování. Nezbytnou součástí je zajištění rehabilitačních pomůcek, zajištění léků, obvazového materiálu a odvoz odběrů. V oblasti sociální vykonávají pečovatelky úklid domácnosti, praní, nákup nebo přivážejí obědy. Dobrovolníci doprovází klienty např. k lékaři, do kostela nebo na různé společenské akce. (Šamánková, 2006, s. 84-85)
- Odborná zdravotní a sociální péče se skládá z činností, které zabezpečují komunitní sestry. Jejich práce spočívá ve sledování fyziologických funkcí, v aplikaci injekcí, inzulínu a infuzí, v zavádění katétrů a sond. Ošetřují rány a dekubity, odebírají biologický materiál, edukují klienty a jejich příbuzné, zajišťují rehabilitační péči atd. (Šamánková, 2006, s. 84-85)
- Specializovaná zdravotní a sociální péče se zabývá paliativní léčbou. Ta zahrnuje aplikaci diagnostických přístrojů, tišení bolesti, spirituální péči nebo psychoterapeutickou péči poskytovanou nejen klientům, ale i jejich příbuzným. (Šamánková, 2006, s. 84-85)

1.5 Vznik a historie

Domácí péče existovala již od pradávna jako přirozený způsob péče o člověka. Poprvé se o domácí péči začalo mluvit koncem 12. století. Koncem 13. století se rozvíjelo ošetřovatelství v domácnostech zajišťované řeholnicemi, na které dohlížel místní farář. V 15. století vykonávaly v Praze školené diakonky návštěvní opatrovnictví. Tuto činnost však církev zakázala. Proto vznikaly v soukromých domech lazarety, zde se o nemocné staraly starší ženy, které vybírali konšelé. Po mnohá staletí byli nemocní ošetřováni v různých institutech, jako je například lazaret nebo špitál. Později se péče přenesla do nemocnic. Teprve až

v druhé polovině 19. století, s rozvojem přírodních věd a s pokroky v medicíně, vznikla potřeba opatrovníky odborně vzdělávat. Ženy se začaly vzdělávat pro péči o zraněné a nemocné. Ošetřovatelská péče se uskutečňovala převážně v terénu. S podporou Československého červeného kříže vznikaly první pokusy v oblasti domácí péče. K rozvoji ošetřovatelských škol dochází po druhé světové válce. Práce sester se přesunula do různých institucí a nemocnic. Organizaci ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách zajišťoval Ústav národního zdraví. Od 19. 8. 1952 převzal zodpovědnost za provádění domácí péče stát. Tento druh péče se stal součástí zdravotní péče a byl poskytován ve zdravotnických obvodech. (Jarošová, 2007, s. 59-60)

K zásadním změnám dochází až po roce 1989. Vznikají první agentury domácí péče. Většinou ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví České republiky a České katolické charity. Asociace domácí péče České republiky byla založena v roce 1993. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 83)

1.6 Cíle domácí péče

Hlavním cílem domácí péče dle Jarošové (2007, s. 61) je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich vlastním sociálním prostředím. Důležité je zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí. Domácí péče zabezpečuje komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb. Snaží se udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech, edukovat pacienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví. Také zajišťuje dodržování léčebného režimu a snižuje negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny.

Cílem domácí péče je zabránit nozokomiálním nákazám a iatropatogenním poškozením, aby působily na zdravotní stav pacientů. (Pochylá, 2005, s. 24)

Mezi důležité cíle domácí péče patří uspokojování individuálních potřeb klienta. (Hanzlíková, 2007, s. 248)

Výhodou domácí péče je ekonomičnost, protože se snižují náklady a zkracuje se hospitalizace. Víceoborovost, což znamená, že péči poskytuje zdravotnický tým více oborů, poskytuje multidisciplinární péči. Další výhodou je komplexnost, protože zajišťuje péči

v různých oborech (léčebné, rehabilitační, ošetřovatelské, psychoterapeutické, sociální atd.). Péče je poskytována individuálně, dle potřeb klienta. Délka péče je rovněž poskytována dle potřeb klienta. Domácí péče podporuje zdraví klienta v oblasti primární, sekundární i terciální. Je poskytována v přirozeném prostředí klienta. Do aktivní péče o klienta se mohou zapojit i jeho rodinní příslušníci. (Jarošová, 2007, s. 62)

1.7 Ošetřovatelská péče

Nejčastěji je poskytována ošetřovatelská péče, kterou indikuje lékař dle stavu pacienta. Péči může indikovat také lékař specialista nebo ošetřující lékař nemocnice. Poskytovaná domácí ošetřovatelská péče může probíhat v místě trvalého pobytu klienta, v domově důchodců a ve výjimečném případě v místě trvalého bydliště příbuzných klienta. Ošetřovatelská péče pečuje o klienty v jejich přirozeném sociálním prostředí. Péči poskytuje klientům všech věkových skupin. (Hanzlíková, 2007, s. 250)

Ošetřovatelské činnosti jsou zaměřeny na úpravu dietního režimu, zabezpečení osobní hygieny. Monitoruje základní fyziologické funkce, aplikuje léky, injekce, infuze a inzulín, edukuje klienta i jeho rodinu, pečuje o stomie, tracheální kanyly, sondy a cévky, ošetřuje rány a dekubity, poskytuje rehabilitaci, odebírá biologický materiál k vyšetření, pomáhá klientům upravovat domácí prostředí, zabezpečuje zdravotní výchovu a poradenství, napomáhá se servisem zdravotně technických pomůcek. (Hanzlíková, 2007, s. 250)

Domácí péče zabezpečuje i sociální péči. Ta pomáhá klientovi v běžných denních činnostech, které by sám bez pomoci nezvládl. Součást sociální péče je pečovatelská služba, osobní asistence, respitní péče a sociální poradenství. (Hanzlíková, 2007, s. 250)

Nezbytné jsou činnosti spojené s provozem domácí péče. Vedení ošetřovatelské dokumentace, výkaznictví, administrativní práce, nutné je koordinovat práci sester, zabezpečit zdravotnický materiál. Organizovat celostátní i mezinárodní konference, plánovat vzdělávání sester, udržovat kontakty s pojišťovnami a účast v profesionálních organizacích. (Hanzlíková, 2007, s. 250)

Ošetřovatelská zdravotní péče se dělí na akutní a dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči, domácí hospicovou péči a domácí péči ad hoc. Akutní domácí péče se zaměřuje na klienty s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizací. Další formou je dlouhodobá domácí péče. Využívají ji chronicky nemocní, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaným personálem. Preventivní

domácí péče je poskytována klientům, kterým nařídil lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Domácí hospicová péče poskytuje péči klientům v preterminálním a terminálním stadiu života. Domácí péče ad hoc je jednorázová péče, která je poskytována jako alternativní mimořádné využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů, které jinak vykonávají všeobecné sestry praktických lékařů. Jedná se o jednorázovou aplikaci injekcí, odběr biologického materiálu atd. (Jarošová, 2007, s. 65-67)

1.8 Návaznost ošetřovatelské péče

Klienty domácí péče jsou ve většině případů pacienti propuštění z nemocnice. Nutnost potřeby služeb domácí péče indikuje ošetřující lékař na základě celkového hodnocení klienta v průběhu hospitalizace. Hodnotí se sociální i zdravotní faktory. Sociálním faktorem je věk pacienta, zdravotní postižení, nevhodné sociální zázemí, nekvalitní úroveň domácího prostředí pacienta, dlouhá čekací doba na umístění klienta do sociálního ústavního zařízení a jeho špatná ekonomická situace. Určitou roli může hrát i náboženské přesvědčení nebo dostupnost kompenzačních pomůcek. V oblasti zdravotní se hodnotí zdravotní stav klienta jeho dlouhodobé chronické onemocnění, tělesné, smyslové a psychické postižení, pohybová indispozice nebo inkontinence. Posuzuje se schopnost sebepéče v oblasti pohybové aktivity, výživy a osobní hygieny. V oblasti ošetřovatelské péče zjišťujeme, zda klient vyžaduje ošetření ran, podávání léků, aplikace injekcí atd. Určujícím faktorem je prostředí klienta. Zkoumá se, zda je klient schopen sám řídit chod domácnosti. Z pohledu sociální komunikace a mezilidských vztahů se ověřují např. vztahy v rodině, schopnost samostatného rozhodování při řešení finančních záležitostí nebo nutnost doprovodu sociálním pracovníkem. Vyhodnocují se mentální schopnosti. Sleduje se, zda je klient orientován časem, místem a osobou, zda, umí telefonovat atd. Každé propuštění by mělo být předem naplánováno. Vyžaduje spolupráci zdravotnického týmu s klientem, jeho příbuznými a pracovníky domácí péče. (Krátká, 2008, s. 72-76)

Pracovníky domácí péče kontaktuje telefonicky ošetřující lékař, zdravotně sociální pracovník, všeobecná sestra, nemocnice nebo rodina, kteří poskytují informace o klientovi, o jeho potřebách, o potřebách zdravotní a pečovatelské péče. První návštěva klienta probíhá v jeho domácím prostředí do 48 hodin po propuštění. Komunitní sestra stanoví harmonogram plánu návštěvní služby dle naléhavosti ošetřovatelské péče. Po dohodě s klientem nebo rodinou určí termín návštěvy. Předem se důkladně seznámí s dokumentací klienta.

Zdrojem informací je propouštěcí zpráva nebo sesterská překladová zpráva. Zjišťuje diagnózu klienta, jaké služby ošetřující lékař indikuje, jaké léky klient užívá atd. Podrobnější informace získává při prvním kontaktu s klientem a jeho rodinou. Komunitní sestra vyplní vstupní ošetřovatelský záznam. Dle svého subjektivního hodnocení a objektivního hodnocení pomocí měřících technik stanoví ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelské intervence. Při každé další návštěvě realizuje ošetřovatelský plán a denně svou činnost vyhodnocuje. V případě potřeby zajistí léky, potřebné pomůcky a zdravotnický materiál. Poskytované služby jsou v rozsahu 15-60 minut, 1-3x denně, 7 dnů v týdnu dle individuálních potřeb klienta.

Při první návštěvě si komunitní sestra všímá rodinných poměrů, kolik členů má rodina, jejich věk a jejich zdravotní stav. Sleduje vztahy mezi členy rodiny, jaký mají vztah k nemocnému. Pozoruje způsob chování v rodině, jejich zvyklosti a tradice. Vnímá stav bydlení, jak je zde čisto, jaké je vybavení domácnosti, jaká je zde čistota nebo zda rodina vlastní telefon či automobil. Odhaluje sociálně ekonomickou situaci rodiny. Zkoumá, zda není klient zanedbáván. Zjišťuje, jaké služby jsou dostupné v místě bydliště klienta. (Hanzlíková, 2007, s. 170)

Zavedení domácí péče je vhodné u klientů, kteří mají alespoň částečně vyhovující bytové podmínky, jsou schopni být sami nebo s příbuzným, jež jim dělá společnost. Jejich zdravotní stav musí být stabilizovaný, podmínkou je navázání spolupráce s rodinou. Klienti nesmí vyžadovat péči ve větším rozsahu než je stanovený limit. To znamená ne více než 60 minut 3x denně. (Šamánková, 2006, s. 85)

Péči může ukončit lékař při zlepšení zdravotního stavu klienta. Ukončit ji může také klient a rodina, když zajistí péči sami. Indikací k ukončení péče je i odchod klienta do ústavní péče nebo jeho úmrtí.

1.9 Klienti domácí péče

Klienti domácí péče jsou pacienti propuštění z nemocnice k doléčení, nemocní bez potřeby hospitalizace, klienti chronicky nemocní, terminálně nemocní a různé rizikové skupiny obyvatelstva jako jsou nemocní s AIDS nebo psychiatričtí pacienti. Klienty mohou být i příbuzní klienta. Klienty domácí péče jsou i osoby vyžadující sociální péči. Patří mezi ně občané s nízkými příjmy, občané pečující o blízkou osobu, osoby, které mají nevhodné podmínky, společensky nepřizpůsobiví občané a osoby handicapované zdravotním

postižením. Do této kategorie řadíme osoby s tělesným postižením, se smyslovým postižením, s mentálním postižením a s psychickým postižením.

1.9.1 Potřeby klientů

Potřeba se dá klasifikovat jako projev nějakého nedostatku. Potřeba je něco, co člověk nutně potřebuje ke svému životu. Proto ho vybízí k hledání určité podmínky nezbytné k životu. Pokud člověk žije v určitém nedostatku, ovlivňuje to jeho psychickou činnost. Nedostatek něčeho působí na pozornost, emoce, myšlení a volní procesy. A tím vytváří určité chování jedince. Jeho jednání se zaměřuje na uspokojení potřeby. Nedostatek může narušit psychickou nebo psychofyziologickou rovnováhu. Motivuje člověka k jeho odstranění. Potřeba musí být v souladu vnitřního s vnějším, vztahuje se tedy k něčemu v prostředí. Na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou biologicky dané, potřeby nejsou neměnné, mohou se vyvíjet a kultivovat. Po celou dobu života se potřeby mění z hlediska kvality i kvantity. Všichni lidé mají stejné potřeby, ale způsob jejich uspokojování je jiný. Dají se uspokojovat způsobem žádoucí nebo nežádoucím. Žádoucí způsoby jsou takové, které neškodí ani člověku samotnému, ani jiným. Bývají uspokojovány v mezích zákona. Naopak nežádoucí způsoby jsou takové, které mohou škodit jedinci i jeho okolí, přesahují meze zákona. (Krátká, 2007, s. 9-16)

Potřeby se dělí na biologické, psychické, sociální, kulturní, duchovní a spirituální. Mezi biologické potřeby se řadí hygienická péče, péče příjem stravy a potravy, vyprazdňování, spánek a odpočinek, komfort a pohodlí, pohybový režim a polohování. Psychické potřeby se zaměřují na odstranění nebo zmírnění bolesti, strachu a úzkosti a zabránění ztráty sebedůvěry. Sociální potřeby řeší problémy se ztrátou zaměstnání, snaží se zmírnit sociální izolaci v nemoci atd. Kulturní potřeby umožňují sledovat kulturně společenské dění a zajišťují estetiku prostředí. Duchovní a spirituální potřeby zajišťují respektování náboženské svobody. (Farkašová a kol., 2005, s. 68-69)

Hierarchií potřeb se podrobně zabýval americký psycholog Abraham H. Maslow. Tvrdil, že jedinec je integrovaný a organizovaný celek. To znamená, že každá potřeba je výrazem celého jedince. Byl toho názoru, že člověk je bytost s potřebami, ale nedosáhne plného uspokojení. V okamžiku, kdy je jedna potřeba uspokojena, objeví se jiná potřeba, kterou je třeba uspokojit. A tak člověk stále něco vyžaduje. (HOLDEN CAULFIELD, © 2008)

Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslova: (HOLDEN CAULFIELD, © 2008)

1. Fyziologické potřeby – potřeba pohybu, výživy, čistoty, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba, vyjadřují narušenou homeostázu.
2. Potřeba jistoty a bezpečí – touha po důvěře, spolehlivosti, potřeba vyvarovat se nebezpečí a ohrožení.
3. Potřeba lásky a sounáležitosti – potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti sounáležitosti a integrace.
4. Potřeba uznání a sebeúcty – potřeba sebeúcty, sebekoncepce, potřeba uznání souhlasu, autonomie.
5. Potřeby kognitivní – potřeba vědět, poznávat, rozumět.
6. Potřeby estetické – potřeby symetrie a krásy.
7. Potřeby seberealizace – realizovat vlastní potenciál.

V této hierarchii se potřeby dělí na vyšší a nižší. Vyšší potřeby jsou potřeby seberealizace, uznání a sounáležitosti. Nižší potřeby vyjadřuje potřeba bezpečí a fyziologické potřeby. Nižší potřeby jsou důležité k přežití. Vyšší potřeby vedou k pocitu štěstí a bohatství vnitřního života a znamenají tendenci ke zdraví. Ošetřovatelství systematicky hodnotí a plánuje uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Zabývá se člověkem jako celkem, jako bytostí holistickou, jako bytostí bio – psycho – sociální. Tyto tři části musí být v rovnováze, narušení jedné části vede k narušení jiné části nebo celého systému. (Krátká, 2007, s. 9-16)

V rámci práce domácí péče jsou uspokojovány hlavně potřeby nižší. Zejména fyziologická potřeba. Nejdůležitější je potřeba výživy, čistoty a pohybu. Na tyto potřeby navazuje úzce potřeba seberealizace. Rozvíjí se také potřeby jistoty a bezpečí, potřeby sounáležitosti, uznání a sebeúcty. Jen z malé části se pečuje o potřeby kognitivní. Komunitní sestra uspokojuje potřeby klienta v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální.

Potřeby klientů jsou samozřejmě velmi individuální a odlišné. Odvíjejí se z onemocnění klienta, jeho věku, individuality a sociálního postavení. Pracovníci domácí péče musí pečlivě odebrat ošetřovatelskou anamnézu a stanovit ošetřovatelské cíle. Jelikož doba, kterou sestra věnuje péči o klienta, není vždy dostatečně dlouhá, musí pečlivě zvážit priority. Vytíženost pracovníků domácí péče a dá se konstatovat, že i ekonomická stránka věci vždy nedovoluje zajistit zcela komplexní péči, proto je nutné do péče o klienta zapojit i rodinu nebo osoby nějak jinak blízké.

1.9.2 Spolupráce s rodinou

Definovat rodinu je docela složité, protože má různé formy. Hanzlíková (2007, s. 167) ve své knize říká že, rodina je základní sociální jednotkou společnosti. Rodina se popisuje jako sociální systém, který se skládá ze dvou nebo více lidí. Tito lidé spolu žijí a mají legální a pokrevní vztah. Spojuje je narození nebo adopce dítěte.

V České republice se hovoří o nukleární rodině. Ta se vyznačuje tradičním způsobem života. Je to malá skupina skládající se z rodičů a jejich nedospělých dětí, žijí ve společné domácnosti. Avšak stále více přibývá rodin, kdy partneři nejsou formálně oddáni. V tomto případě se jedná o soužití dvou dospělých opačného pohlaví, kteří žijí v neformálním vztahu ve společné domácnosti s dětmi. Často se také objevují rodiny, kde žije pouze jeden rodič s dětmi. Jedná se o rodiče rozvedené nebo svobodné. V této rodině vzniká větší riziko spojené s nižšími sociálními, emociálními a finančními zdroji, což obyčejně narušuje prosperitu a pohodu. S prosazováním práv menšin narůstá také počet homosexuálních rodin. U nás jsou právně deklarované a neoficiální. (Jarošová, 2007, s. 50-51)

Funkce rodiny je reprodukční, výchovná, ochranná, ekonomická, společenská a kulturní. (Jarošová, 2007, s. 50-51)

Členové ve zdravé rodině si vzájemně pomáhají, umožňují rozvoj každého jednotlivého člena. Vztahy v rodině jsou uzpůsobeny a aktivně se zde přistupuje k řešení problémů. Způsob života a domácí prostředí je zdravé. Spojení s komunitou má rodina normální. (Šamánková, 2006, s. 24-25)

Pokud některý člen rodiny onemocní, ovlivní to celou rodinu. Vždy záleží na tom, který člen rodiny onemocní. Dochází ke změnám rolí mezi rodinnými příslušníky. Reakce nemocného na vlastní nemoc přímo ovlivňuje adaptaci na chorobný proces. Úroveň a rozsah adaptace závisí i na schopnosti rodiny vyrovnat se s touto situací. Dochází k přehodnocení perspektivy jedince i ostatních členů rodiny. Ve většině případů se změní i stávající životní styl, úroveň vzájemných vztahů a celá funkce rodiny. (Šamánková, 2006, s. 24-25)

Rodina v péči o nemocného hraje významnou roli. Péče nemocného je bezesporu velmi náročná a vyčerpávající. Často vyžaduje i odborné znalosti. V dnešní době je naprosto běžné, že členové rodiny, kteří pečují o nemocného, požádají o pomoc pracovníky domácí péče. Mnohdy stačí jen edukace příbuzných nebo několik návštěv a rodina je schopna o nemocného se postarat. Někdy však rodina není schopna tuto péči zabezpečit. Proto přicházejí do rodiny pracovníci domácí péče a zabezpečují péči o nemocného. Od rodiny

získávají informace o nemocném, mapují jejich požadavky a požadavky nemocného. Stanoví potřebné výkony, dobu, čas a délku trvání, která bude nezbytná v péči o nemocného.

Ve většině případů rodina spolupracuje, i když mnohdy podle svých možností, ale spolupracuje. V praxi se často objevuje situace, kdy se pečující členové rodiny stávají klienty domácí péče. Avšak spolupráce s rodinou bývá v některých případech velmi náročná. Členové rodiny mají rozlišné názory na péči o nemocného. Mnohdy jsou konfliktní, nespokojení a s pracovníky domácí péče nespolupracují. Proto se sestra musí obrnit značnou dávkou trpělivosti. Nikdy nesmí dát na první dojem. Nesmí se nechat vyprovokovat, musí se chovat zdrženlivě a nedávat najevo antipatie a zlobu.

2 CHARAKTERISTIKA PRÁCE KOMUNITNÍ SESTRY

Komunitní sestra je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí. Tu získává specializačním studiem v oboru Komunitní ošetřovatelská péče s označením odbornosti Komunitní sestra. Podmínky pro získání specializačního studia jsou dány nařízením vláda č. 31/2010 Sb. Komunitní sestra musí mít ukončené kvalifikační vzdělání dle zákona č. 105/2011 Sb. Nutností je praxe ve zdravotnickém zařízení v rozsahu 5 let. Z toho jsou požadovány minimálně 2 roky praxe u lůžka. [1]

2.1 Náplň práce komunitní sestry

Činnosti komunitní sestry jsou dány vyhláškou č. 55/2011 Sb. (Česko, 2011) „Komunitní sestra bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetřovatelskou péči včetně vysoce specializované činnosti ve svém oboru.“ Krátká a Šilhákoá (2008, s. 32) ve své knize uvádějí několik činností komunitní sestry. Komunitní sestra edukuje, hodnotí stav klienta, koordinuje práci členů týmu, připravuje standardy v oblasti specializace, vede specializační vzdělání, analyzuje zdravotní a sociální situaci klienta a jeho blízkých osob ve vlastním sociálním prostředí, realizuje poradenství.

Sestra v domácí péči vykonává ošetřovatelské aktivity přímo nebo nepřímo. Přímá péče zahrnuje všechny aktivity, které sestra vykonává v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Jsou to přímé ošetřovatelské výkony, fyzická vyšetření, hodnocení klienta, převazy aplikace injekcí, inzulínu a léků, zavádění katétrů, infuzní terapie, monitoruje fyziologické funkce, odebírá biologický materiál, pečuje o výživu, hydrataci, hygienu a vyprazdňování atd. Nedílnou součástí její práce je edukace a podpora klienta a rodiny. Doporučuje jim zdravotnické pomůcky, pomáhá jim s jejich získáním a edukuje je o jejich použití. (Jarošová, 2007, s. 68-69)

Nepřímá péče je aktivita při, které není klient přítomný. Sesterské aktivity se týkají zkvalitňování a koordinace péče. Sestra zajišťuje konzultace s odborníky, administrativní a dokumentační práce, nakupuje obvazový materiál a zdravotnické pomůcky. Desinfikuje a sterilizuje pomůcky. Účastní se porad, obhajuje práva klienta, spolupracuje se zdravotními pojišťovnami a dohlíží na domácí výpomoc. (Jarošová, 2007, s. 68-69)

[1] Termín komunitní sestra není v České republice příliš zažitý. Používá se termín všeobecná sestra domácí péče, proto jsem ho použila v praktické části.

V domácí péči pracují i další odborníci. Jsou to sestry specialistky, fyzioterapeuti, rehabilitační ošetřovatelé, ergoterapeuti, nižší zdravotnický personál, pečovatelky a sociální pracovníci. Komunitní sestra se všemi spolupracuje dle potřeb klientů a rodin.

Sestra domácí péče pracuje ve specifickém prostředí, má specifické pracovní podmínky a specifické nároky na psychiku.

Specifickým prostředím je myšlena práce ve městě nebo na vesnici, které jsou často vzdáleny několik kilometrů. Tam se dopraví pouze autem, proto musí vlastnit řidičský průkaz. Pracuje v různých domácích prostředích. Navštěvuje byty a domy různé kategorie. Velmi často musí improvizovat a přizpůsobovat podmínky a pomůcky k ošetření.

Specifické podmínky práce. Sestra za jeden pracovní den navštíví několik domácností, přesunuje se v terénu, zabezpečuje transport materiálu, pomůcek a zavazadel. Přenáší osobní ochranné pomůcky. Dokumentaci zpracovává částečně v terénu a částečně na pracovišti domácí péče. Často překonává rozmary počasí.

Specifické nároky na psychiku vyplývají z trvalého samostatného rozhodování a řešení situací bez možnosti okamžité konzultace. Mnohdy prožívá svízelné situace nemocného a rodiny.

Sestra domácí péče musí mít praktické dovednosti a organizační schopnosti. Má stále pocit zodpovědnosti. Měla by být schopna udržet si personální nadhled, umět se chovat zdravě asertivně a zvládat konfliktní situace. Musí umět komunikovat za všech okolností.

Nejdůležitějším pracovním nástrojem komunitní sestry je návštěvní taška. Tu musí mít vždy u sebe, protože v ní má uloženy všechny důležité pomůcky a přístroje k ošetřování klientů. Taška se dělí na sterilní a nesterilní část. Základním vybavením návštěvní tašky je:

- Tonometr.
- Fonendoskop.
- Lékařský teploměr.
- Pomůcky k odběru biologického materiálu.
- Pomůcky a materiál k převazům.
- Pomůcky pro katetrizaci močového měchýře ženy.
- Glukometry.

- Pomůcky pro poskytnutí první pomoci.
- Pomůcky k zajištění žilního vstupu.
- Desinfekce.
- Rukavice.
- Plášť.
- Kontejner na odpad.
- Psací potřeby.
- Denní záznamy pacientů.

Dle potřeby klientů přikládá do tašky pomůcky potřebné k ošetření stomie, infuzní stojan, odsávačku, infuzní pumpu nebo injekční dávkovač, apod. (Pochylá, 2005, s. 27-28)

2.2 Dokumentace

Dokumentace je soubor dokumentů a zdroj úplných informací. Obsahuje psané nebo vizuální záznamy. Dokumenty vždy něco dokládají. Jsou to informace, jejichž obsah je pravdivý a přesný. Dokumenty jsou zdrojem a nosičem informací. (Česká národní agentura Mládež, © 2007-2013)

2.2.1 Základní ošetřovatelská dokumentace v domácí péči

Ošetřovatelská dokumentace v domácí péči není zcela jednotná. Každá agentura používá tiskopisy, které jí plně vyhovují.

Základní ošetřovatelská dokumentace obsahuje:

- Poukaz na vyšetření/ošetření domácí péče. Tento tiskopis je určen pro pořizování a předávání dokladů Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.
- Vstupní ošetřovatelský záznam. Obsahuje ošetřovatelskou anamnézu, subjektivní hodnocení nemocného sestrou a objektivní hodnocení pomocí měřících technik.
- Plán ošetřovatelské péče - základní složka ošetřovatelské dokumentace. Obsahuje ošetřovatelské diagnózy, cíle ošetřovatelské péče, plánované sesterské intervence a hodnocení poskytnuté péče.

Součástí ošetřovatelské péče je edukační záznam, záznam o neplánované situaci nebo péči, záznamy o různých ošetřovatelských testech a výstupní ošetřovatelský záznam. Zapsané informace komunitní sestra potvrdí podpisem. Dokumentace musí mít datum dne zpracování, poskytování a hodnocení péče.

2.3 Spolupráce s lékaři a zdravotnickým personálem

Spolupráce komunitní sestry s lékaři a jiným zdravotnickým personálem se rozděluje do dvou rovin, spolupráce v organizaci a spolupráce mimo organizaci.

Mimo organizaci spolupracuje s lékaři, rehabilitačními pracovníky, všeobecnými sestrami z ambulancí a pracovníky pečovatelských domů. Významným přínosem pro práci komunitní sestry je spolupráce s pracovníky nemocnice. Nejčastěji s ošetřujícími lékaři sociálním pracovníkem a všeobecnými sestrami.

Ošetřující nebo praktický lékař indikuje ošetřovatelskou péči v rámci domácí péče. Komunitní sestra je vykonavatelem této indikace. Průběžně s lékařem hodnotí zdravotní stav klienta a konzultuje nově vzniklé situace v jeho zdravotním stavu. Ve spolupráci s ambulantními sestrami zajišťuje vystavení receptů na léky a vystavení poukazů na zdravotní pomůcky. Z indikace lékaře zajišťuje rehabilitační péči. Komunitní sestra podává návrhy sociálnímu pracovníkovi na řešení složitých sociálních či ekonomických problémů klienta. S pracovníky pečovatelských domů dojednává čas návštěv, přístup do budovy a bytu klienta. V případě potřeby s nimi řeší upořádání bytu klienta. Při předání klienta přímo z nemocnice konzultuje potřeby a zdravotní indikace pacienta s lékařem nemocnice, sociálním pracovníkem nemocnice a někdy i všeobecnou sestrou. Tím zajistí hladký průběh jeho převzetí. V situaci, kdy je klient hospitalizován v nemocnici, informuje pracovníky nemocnice o zavedených a ověřených ošetřovatelských intervencích.

V rámci spolupráce v organizaci si komunitní sestry předávají pracovní informace o klientech a domlouvají si spolupráci na pracovních poradách sester a pečovatelek. Navrhují zde koordinaci pečovatelských, sociálních a rehabilitačních služeb. Domlouvají zde asistenční služby.

3 CHARAKTERISTIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY

Všeobecná sestra zodpovídá za léčebnou a rekonvalescenční péči o akutně a chronicky nemocné pacienty. Je odpovědná za preventivní péči o zdravé. Vykonává výkony v život ohrožujících situacích. Pracuje v různých zdravotnických zařízeních. Sestra se může podílet na lékařském a ošetřovatelském výzkumu.

Profese sestry je regulována státem. Vzdělávání sester se v České republice se řídí zákonem č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. (Česko, 2011a, s. 1053-1055) „Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo absolvováním nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách.“ V zákonu se uvádí ještě několik možností a výjimek, jak získat odbornou způsobilost. (Česko, 2004, s. 1454)

Pokud sestra, získala odbornou způsobilost výše uvedeným studiem, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu. „Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetřovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“ Zákon ukládá všeobecným sestrám povinné celoživotní vzdělávání. Po předložení dokladů o získání studia, dokladů o celoživotním vzdělávání, zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti, vystavuje ministerstvo zdravotnictví osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Toto osvědčení se vystavuje na dobu 10 let. (Česko, 2011a, s. 1053-1055)

3.1 Náplň práce všeobecné sestry

Činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků určuje vyhláška č. 55/2011 Sb., která ruší vyhlášku č. 424/2004 Sb. (Česko, 2011b, s. 483-485) „Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu.“

Vyhodnocuje potřeby, úroveň soběstačnosti pacientů, sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, pozoruje a hodnotí celkový stav pacienta, zajišťuje herní aktivity dětí, odebírá biologický materiál, odsává sekrety a zajišťuje průchodnost dýchacích cest, vykonává převazy, pečuje o stomie, pečuje o centrální a periferní katétr, provádí

rehabilitační ošetřování, nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti, edukuje pacienty a připravuje informační letáky, přijímá, překládá a propouští pacienty, přejímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky, opiáty, zdravotnické prostředky a prádlo, zajišťuje dezinfekci a sterilizaci. Všeobecná sestra „orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovává pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních.“ (Česko, 2011b, s. 485)

3.2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je souhrn informací o pacientovi. Pořizuje ji každé zdravotnické zařízení a je vedena v jakékoliv podobě, písemné či elektronické. Skutečnosti vztahující se k poskytování zdravotní péče zahrnuje lékařská dokumentace. Skutečnosti týkající se ošetřovatelské péče zahrnuje ošetřovatelská dokumentace. Zdravotnická dokumentace slouží k zachování informací o poskytnuté péči pacientovi. Je to vlastně doklad o správnosti provedené péče a slouží jako ochrana zdravotníků. Používá se jako doklad pro účtování poskytnuté péče a podklad pro výzkum a vědu. (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 13-14)

Údaje musí být pravdivé, čitelné a srozumitelné. Pokud se doplňují informace, vždy je nutné uvést datum a čas. V případě nutnosti opravy musí být původní záznam čitelný. O odborné kvalitě svědčí věcnost záznamů. Odpovědnost za záznam vede samotný zaměstnanec. Kontroly provádí staniční sestra, vrchní sestra a primář oddělení. (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 15-20)

Zdravotnická dokumentace se řídí vyhláškou č. 98/2012 Sb. (Česko, 2012, s. 1666-1668), která stanovuje podmínky nutné k jejímu vedení. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikační údaje poskytovatele, identifikační údaje pacienta, pohlaví pacienta, jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka, který záznam provedl. Musí zde být datum, čas a razítko poskytovatele. Dále obsahuje informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných služeb. Pokud není pacient způsobilý k právním úkonům, musí se tato informace rovněž zapsat do dokumentace. Nutné je zapsat klasifikaci soběstačnosti pacienta. Zdravotnická dokumentace také obsahuje pracovní závěry a diagnózu pacienta, návrh léčebného postupu a průběh léčení. Uvádí se záznam o poskytnutí zdravotnických služeb a záznam o aktuálním zdravotním stavu. Pořizuje se záznam o předepsání a podání léčivých přípravků, záznam o vystavení poukazu k přepravě pacienta Důležité jsou záznamy o ošetřovatelské péči, nutriční péči a o péči léčebně rehabilitační. Vyžaduje se písemný souhlas s hospitalizací a prováděnými výkony. Zaznamenává se

odmítnutí zdravotnických výkonů a nutnost použít omezovací prostředky. Součástí zdravotnické dokumentace jsou stejnopisy lékařských posudků, žádanky, záznamy o nahlížení do dokumentace, záznamy o pracovní neschopnosti, záznam o kontrole zdravotního stavu orgány nemocenského pojištění a záznamy o mimořádné události. (Česko, 2012, s. 1666-1668)

3.2.1 Základní ošetřovatelská dokumentace v nemocnici

Ošetřovatelská dokumentace se definuje jako zdroj informací o potřebách jedince, o cílech ošetřovatelské péče, o samostatné péči a o výsledcích péče. Slouží k zajištění kontinuity ošetřovatelské péče a zajišťuje chronologický přehled o poskytnuté péči. Je to způsob předávání informací o pacientovi. Hodnotí správnost a účinnost ošetřovatelských postupů. Údaje mohou být použity pro ošetřovatelský výzkum a pro kontrolu kvality. Ošetřovatelská dokumentace vyhovuje potřebám oddělení, musí být přístupná a jednoduchá. (Pochylá, 2005, s. 12-14)

Každý pacient má svou ošetřovatelskou dokumentaci, která obsahuje ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelské diagnózy, ošetřovatelské cíle, ošetřovatelské intervence a hodnocení. Součástí ošetřovatelské dokumentace jsou nutriční záznamy, hodnotící škály například bolesti, soběstačnosti, psychického stavy nebo rizika dekubitů. K ošetřovatelské dokumentaci patří edukační záznamy, záznamy o provedených převazech a překladové sesterské zprávy. Součástí může být taky soupis osobních věcí a cenností pacienta nebo soupis léků přinesených pacientem.

3.3 Spolupráce s lékaři a zdravotnickým personálem

Všeobecná sestra v rámci nemocnice spolupracuje s pracovníky vlastního oddělení i jiných oddělení a ambulancí. Mimo vlastní nemocnici spolupracuje s odbornými lékaři a všeobecnými sestrami pouze při objednávání různých vyšetření pacientovi. Ve zcela výjimečných situacích spolupracuje s agenturami domácí péče.

Na oddělení, kde všeobecná sestra pracuje, úzce spolupracuje s lékařem. I když s ním konzultuje zdravotní stav pacientů je pouze vykonavatelem jeho ordinací a indikací, které jsou ve většině případů předávány na vizitě, při přijetí klienta nebo v případě zhoršení jeho zdravotního stavu. V průběhu pracovního dne průběžně spolupracuje s jinými všeobecnými sestrami, s pečovatelkami a sanitářkami na oddělení. Koordinuje činnost sanitářů při převážení pacientů na různá vyšetření. Vyšetření sama objednává s pracovníky

ambulancí a oddělení nemocnice. Zajišťuje rehabilitační péči. Spolupracuje s nutriční terapeutkou. Před propuštěním pacienta, v případě potřeby kontaktuje sociálního pracovníka nebo příbuzné. Při převozu pacienta domů sanitkou spolupracuje s dispečerem dopravy, popřípadě s řidiči.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvoří celkem 70 respondentů. Byli rozděleni do tří skupin. První skupinu reprezentuje 14 všeobecných sester, pracujících v domácí péči. Druhou skupinu zastupuje 14 klientů domácí péče, kteří byli hospitalizováni v nemocnici, nejdéle však před měsícem. Vzhledem k tomu, že byl docela problém v tak krátkém čase najít takový počet respondentů, kteří by splňovali daná kritéria, oslovila jsem i respondenty, jejichž hospitalizace proběhla před delší dobou. Třetí skupinou jsou všeobecné sestry nemocnice. Původně bylo v plánu vytvořit zkoumaný vzorek o počtu 10-15 respondentů, ale ukázalo se, že je o tuto problematiku docela zájem, proto se v nemocnici zapojilo do výzkumu 42 respondentů.

4.2 Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit, zda a jak je zajištěna návaznost ošetřovatelské péče po propuštění pacienta do domácí péče.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda byli respondenti informováni před propuštěním z nemocnice o možnosti využití služeb domácí péče, jak byli informováni a kdo je informoval.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry v nemocnici mají informace o práci a službách domácí péče a zda se zajímají o osud pacienta po propuštění.
3. Zjistit, jak získává management domácí péče, klienty, informace o nich, jak probíhá převzetí pacienta do jejich péče a jaké služby nabízí.
4. Zjistit, jaké služby domácí péče klienti využívají, zda jsou s péčí spokojeni či nespokojeni a zmapovat důvody nespokojenosti.
5. Zjistit, zda o respondenty pečuje i někdo jiný a jak.
6. Zjistit, zda všeobecné sestry nemocnice a všeobecné sestry domácí péče spolupracují, zmapovat odlišnost jejich práce.

4.3 Metoda práce

Ke zjištění zadaných cílů byla zvolena dotazníková metoda. Dotazník patří mezí kvantitativní vědecké metody. Je to standardizovaný soubor otázek. Ty jsou předem připraveny na určitém formuláři. V úvodu se uvádí krátké vysvětlení. Dotazník může být anonymní nebo neanonymní, v tomto případě je nutný informovaný souhlas. Vyplňování dotazníku probíhá bez výzkumníka, proto je nutné znát šetřené prostředí a musí proběhnout předvýzkum. Dotazník má uvádět všechny podstatné problémy, na které hledáme odpověď. Má zahrnovat celou šíři problematiky, konstrukce má respondenta přitahovat. Formulace otázek musí být jednoznačná. Dotazník se skládá z tzv. nezávisle proměnné a závisle proměnné. Mezi nezávisle proměnné patří identifikační znaky respondenta. Závisle proměnné představují hlavní zorné pole dotazníku. Výhoda spočívá v jednoznačné formulaci otázek a možnosti počítačového zpracování. Nevýhodou dotazníku je, že při neporozumění otázce nelze nic upravit. Za nevýhodu se pokládá i nízká návratnost. Důležitá je délka dotazníku a vhodná grafická úprava. Doporučuje se přiložit doprovodný dopis. (Kutnohorská, 2009, s. 41-42)

Byly vytvořeny 3 typy dotazníků. Dotazník pro všeobecné sestry domácí péče, dotazník pro klienty domácí péče a dotazník pro všeobecné sestry nemocnice.

Všechny dotazníky mají v úvodu název práce a důvod šetření. Jsou zde pokyny pro vyplnění dotazníku a je zde zdůrazněna anonymita. Dělí se na dvě části. V první části se zjišťují sociodemografické údaje. Druhá část zjišťuje údaje, které se vztahují k stanoveným cílům. Dotazníky obsahují otázky uzavřené, polozavřené a otevřené.

Uzavřené otázky jsou takové, na které si respondent vybírá vhodnou odpověď z nabízených možností. V dotazníku pro všeobecné sestry domácí péče se vztahují k těmto otázkám položky č. 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18. V dotazníku pro klienty domácí péče se vztahují k těmto otázkám položky: č. 1, 2, 3, 8, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20. V dotazníku pro všeobecné sestry nemocnice se vztahují k těmto otázkám položky č. 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17.

Polouzavřené otázky jsou takové, ke kterým může respondent doplnit jinou odpověď, než se nabízí. V dotazníku pro všeobecné sestry domácí péče se vztahují k uvedeným otázkám položky č. 2, 8, 11, 17, 20. V dotazníku pro klienty domácí péče se vztahují k těmto otázkám položky č. 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 19, 21. V dotazníku pro všeobecné sestry nemocnice se vztahují k těmto otázkám položky č. 2, 5, 7, 13, 14, 15, 19.

Otevřené otázky jsou takové, na které respondent odpovídá dle vlastního uvážení. V dotazníku pro všeobecné sestry domácí péče se vztahují k uvedeným otázkám položky č. 7, 13. 19, 21, 22. V dotazníku pro klienty domácí péče se vztahují k těmto otázkám položky č. 17, 22. V dotazníku pro všeobecné sestry nemocnice se vztahují k těmto otázkám položky č. 18, 20, 21.

4.4 Charakteristika položek

V dotazníku pro všeobecné sestry domácí péče se položky č. 1, 2, 3, 4, a 5. zabývají sociodemografickými údaji. Zaměřují se na pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, na počet odpracovaných let v oboru a v domácí péči a na registraci sester. Položky č. 6, 7 a 8 řeší, zda jsou klienty domácí péče i pacienti propuštění z nemocnice, o kolik klientů domácí péče pečuje a kdo jim klienty doporučuje. K otázkám spolupráce s nemocnicí se vyjadřují položky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18 a 19. Sledují, zda domácí péči kontaktuje pracovník nemocnice před propuštěním klienta, zda jim podá dostatečné informace nebo jak informace o klientovi získávají, zda spolupracují se sestrami z nemocnice a jak. Hodnotí, jaké informace si klienti z nemocnice o jejich službách přinášejí, zda při opětovné hospitalizaci klienta komunitní sestra spolupracuje s nemocnicí, hodnotí zdravotní stav klienta z hlediska ošetřovatelské péče po propuštění z nemocnice. Položka č. 17 definuje služby domácí péče. Otázky typu, zda by sestry domácí chtěly pracovat v nemocnici, v čem se liší práce v nemocnici a v domácí péči a návrhy na zlepšení spolupráce s nemocnicí zahrnují položky č. 20, 21, a 22.

Dotazník pro klienty domácí péče se na sociodemografické údaje zaměřuje v položkách č. 1, 2, 3, a 4. Slouží ke zjištění pohlaví, věku, vzdělání a zkoumá se, s kým klient žije ve společné domácnosti. Položky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11 zjišťují, kdy byl klient propuštěn z nemocnice, na kterém oddělení byl hospitalizován, jak dlouho, zda mu v nemocnici někdo doporučil služby domácí péče, pokud ano, kdo nebo jakým způsobem informace získal a jaké informace mu scházely. Otázky typu, zda klienta kontaktoval zaměstnanec domácí péče před propuštěním, zda mu poskytl informace, řeší položky 12 a 13. Otázky o službách domácí péče jsou zahrnuty v položkách č. 14, 15, 16, 17, 18, 19 a 20. Zaznamenává se, kdy byly služby zajištěny a jaké, zda je s nimi klient spokojený či nespokojený, kolikrát denně služby využívá, jak dlouho a zda sestry dodržují doporučení z nemocnice. Položka č. 21 a 22 mapuje, zda o klienta pečuje i někdo jiný a jak.

V dotazníku pro všeobecné sestry nemocnice položky č. 1, 2, 3 a 4 shromažďují údaje o pohlaví, nejvyšším dosaženém vzdělání, o počtu odpracovaných let a o registraci. Položka č. 5 udává pracoviště. Otázky týkající se znalostí sester o domácí péči a jejich službách jsou v položkách č. 6 a 7. Položky č. 8, 9, 10 a 11 dokumentují, zda sestry informují pacienty o službách domácí péče, zda mají pacienti o tyto informace zájem, zda mají k dispozici informační materiál a zda mají zájem získávat informace o domácí péči. Povinnosti a kompetence sester o poskytování informací řeší položky č. 12, 13 a 14. Položka č. 15 řeší, zda mají sestry zájem o osud klienta po propuštění. V položkách č. 16, 17 a 18 se udává, zda sestry znají klienty domácí péče nebo spoluobčany, kteří by měli být klienty domácí péče a nejsou, mapují se důvody nevyužívání služeb domácí péče. Změnu zaměstnání řeší položka č. 19. Odlišnost práce sestry v nemocnici a v domácí péči charakterizuje položka č. 20. Zlepšení spolupráce sester z nemocnice a sester z domácí péče navrhuje položka č. 21.

4.5 Organizace šetření

Ještě než započalo samotné šetření, byly vypracovány 3 typy dotazníků. Dotazník pro všeobecné sestry domácí péče, dotazník pro klienty domácí péče a dotazník pro všeobecné sestry nemocnice. Po konzultaci s vedoucí práce proběhlo přeformulování některých otázek. Teprve, pak došlo v prosinci k pilotní studii. V rámci ní byly rozdány 3 dotazníky na oddělení následné péče, 3 dotazníky obdržely komunitní sestry a 3 dotazníky putovaly k jejich klientům. Opět se vyskytly drobné nedostatky. Proběhly drobné úpravy a započalo šetření, které probíhalo v měsíci lednu a únoru. Současně s žádostí o umožnění dotazníkového šetření bylo distribuováno 42 dotazníků do nemocnice na oddělení následné péče, na interní oddělení, na chirurgické oddělení a vybraná pracoviště. Vrátilo se jich 40, což je 95 % návratnost. V rámci domácí péče bylo požádáno o zpracování dotazníků 14 respondentů z řad všeobecných sester a 14 respondentů z řad klientů. V obou případech byla návratnost 100 %. Na žádném pracovišti nedošlo k jejich zamítnutí, ba naopak ukázalo se, že tato problematika zajímá sestry nemocnice i domácí péče. Spolupráce s klienty domácí péče byla složitější vzhledem k jejich věku, chorobám a mnohdy i demenci. Proto u některých respondentů byli požádáni o pomoc příbuzní.

4.6 Zpracování získaných dat

Data získaná šetřením byla písemně zpracována a uložena do počítače. Pomocí programu Microsoft Excel proběhlo uspořádání do tabulek a grafů. Položky jsou vypočítány absolutní četnosti a relativní četnosti v %. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpověděli na danou položku stejně. Relativní četnost udává procentuální zastoupení výsledných hodnot absolutních četností.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Jednotlivé výsledky šetření

5.1.1 Dotazník pro všeobecné sestry domácí péče

Položka č. 1 – Pohlaví.

Tabulka č. 1 – Pohlaví.

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	0	0,00 %
Žena	14	100,00 %
Celkem	14	100,00 %

Z uvedené tabulky č. 1 vyplývá, že se ženy zúčastnily výzkumu ve stoprocentním zastoupení.

Položka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Středoškolské s maturitou	9	64,29 %
Vysokoškolské – Bc.	1	7,14 %
Vysokoškolské – Mgr.	0	0,00 %
Jiné - PSS	4	28,57 %
Celkem	14	100,00 %

Tabulka č. 2 dokládá údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů. Nejčastěji udávají vzdělání středoškolské s maturitou a to v 64,29 %. Jiného studia, pomaturitního studia sester dosáhlo 28,57 % dotazovaných. Vysokoškolské vzdělání (Bc.) udává 7,14 %. Vysokoškolské vzdělání (Mgr.) má 0,00 % respondentů.

Položka č. 3 – Kolik let již pracujete v oboru?

Tabulka č. 3 – Počet let práce v oboru

Počet let práce v oboru	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 1 roku	1	7,14 %
1-5 let	4	28,57 %
6–10 let	0	0,00 %
11–20 let	3	21,43 %
21 a více let	6	42,86 %
celkem	14	100,00 %

Tabulka č. 3 udává, že v oboru všeobecná sestra 21 let a více pracuje 42,86 % respondentů, 21,43 % respondentů pracuje v oboru 11–20 let, 6–10 let v oboru nepracuje nikdo z dotazovaných, 28,57 % respondentů pracuje v oboru 1–5 let, do 1 roku pracuje v oboru 7,14 % respondentů.

Položka č. 4 – Jak dlouho pracujete v domácí péči?

Tabulka č. 4 – Počet let práce v domácí péči

Počet let práce v DP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 1 roku	1	7,14 %
1–5 let	9	64,29 %
6–10 let	0	0,00 %
11-20 let	4	28,57 %
21 a více let	0	0,00 %
celkem	14	100,00 %

Tabulka č. 4 udává, že v domácí péči pracuje do 1 roku 7,14 % respondentů, 1-5 let zde pracuje 64,29 % respondentů, 6-10 let zde nepracuje nikdo, 11-20 let zde pracuje 28,57 % dotazovaných a 21 a více let zde 0,00 % respondentů.

Položka č. 5 – Jste registrována dle zákona č 105/2011 Sb.?

Tabulka č. 5 – Registrace sester

Registrace sester	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, jsem registrována	14	100,00 %
nevím	0	0,00 %
ne, nejsem registrována	0	0,00 %
celkem	14	0,00 %

Z tabulky č. 5 vyplývá, že všechny sestry domácí péče jsou registrovány dle zákona č. 105/2011 Sb.

Položka č. 6 – Pečujete o klienty, kteří byli propuštěni z nemocnice?

Tabulka č. 6 – Péče o klienty propuštěné z nemocnice

Péče o klienty z nemocnice	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, v převážné většině	13	92,86 %
ano, ale výjimečně	1	7,14 %
nevím	0	0,00 %
ne	0	0,00 %
celkem	14	100,00 %

Z tabulky č. 6 je patrné, že na otázku, zda pečují o klienty, kteří byli propuštěni z nemocnice, v převážné většině odpovědělo 92,86 % respondentů ano. Jen 7,14 % dotazovaných odpovědělo ano, ale výjimečně. Z toho vyplývá, že převážná většina klientů přichází do domácí péče po propuštění z nemocnice.

Položka č. 7 – Kolik má domácí péče, ve které pracujete klientů?

Tato položka se řadí k otázkám otevřeným. Byla zde vložena na žádost vedoucí sestry domácí péče, ve které výzkum probíhal. Správná odpověď je 467 klientů. Tolerance 450-480 klientů.

Tabulka č. 7 – Počet klientů

Počet klientů	**Absolutní četnost (n)**	**Relativní četnost (%)**
správná odpověď	10	71,43 %
špatná odpověď	4	28,57 %
celkem	14	100,00 %

Z uvedené tabulky vyplývá, že 71,43 % respondentů ví, o kolik klientů domácí péče, ve které pracují, pečuje. 28,57 % respondentů tuto skutečnost nezná.

Položka č. 8 – Kdo Vám klienty doporučuje?

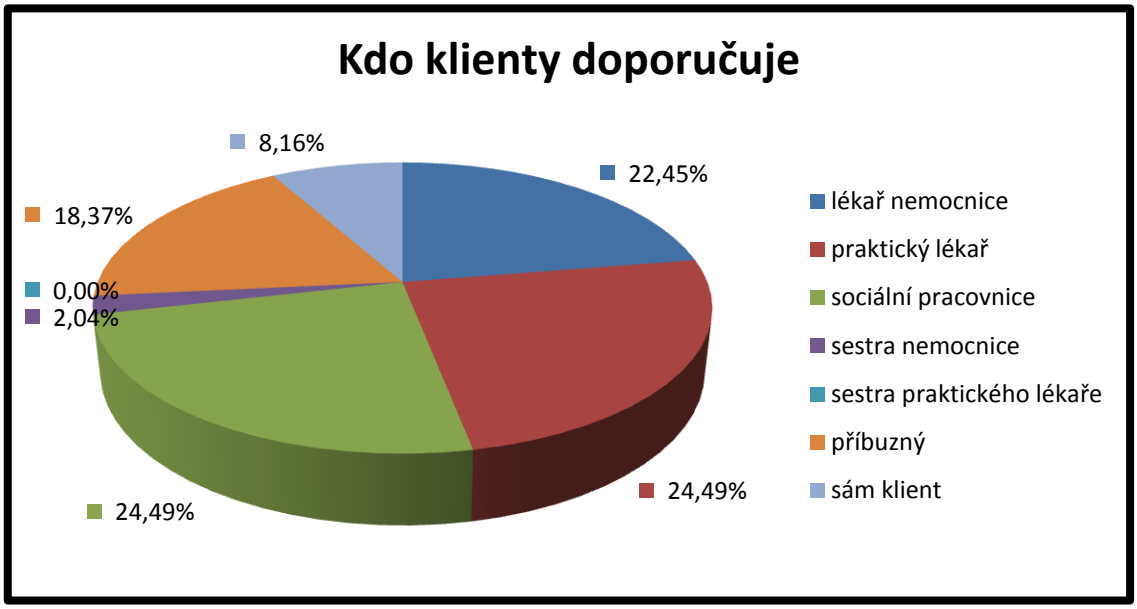
Tato položka patří mezi polouzavřené otázky. Může se označit více odpovědí. Všechny odpovědi byly správné.

Tabulka č. 8 – Kdo klienty doporučuje

Kdo klienty doporučuje	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
lékař nemocnice	11	22,45 %
praktický lékař	12	24,49 %
sociální pracovnice	12	24,49 %
sestra nemocnice	1	2,04 %
sestra praktického lékaře	0	0,00 %
příbuzný	9	18,37 %
sám klient	4	8,16 %
celkem	49	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost udává počet správných odpovědí.

Graf č. 1- Kdo klienty doporučuje



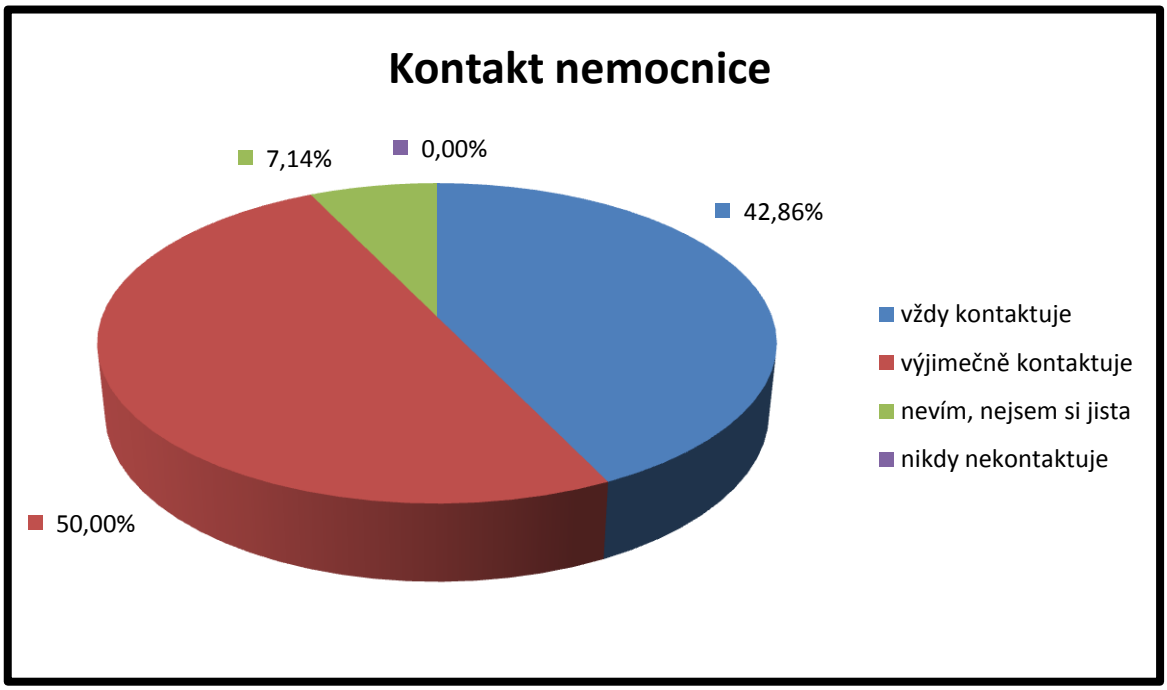
Tabulka č. 8 a graf č. 1 dokazují, že klienty doporučuje lékař nemocnice ve 22,45 %, praktický lékař ve 24,49 %, sociální pracovnice ve 24,49 %, sestra nemocnice ve 2,04 %, příbuzný v 18,37 % a klient sám v 8,16 %.

Položka č. 9 – Pokud je klient doporučen nemocnicí, kontaktuje Vás pracovník nemocnice před jeho propuštěním?

Tabulka č. 9 – Kontakt nemocnice

Kontakt nemocnice	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vždy kontaktuje	6	42,86 %
výjimečně kontaktuje	7	50,00 %
nevím, nejsem si jista	1	7,14 %
nikdy nekontaktuje	0	0,00 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 2 – Kontakt nemocnice



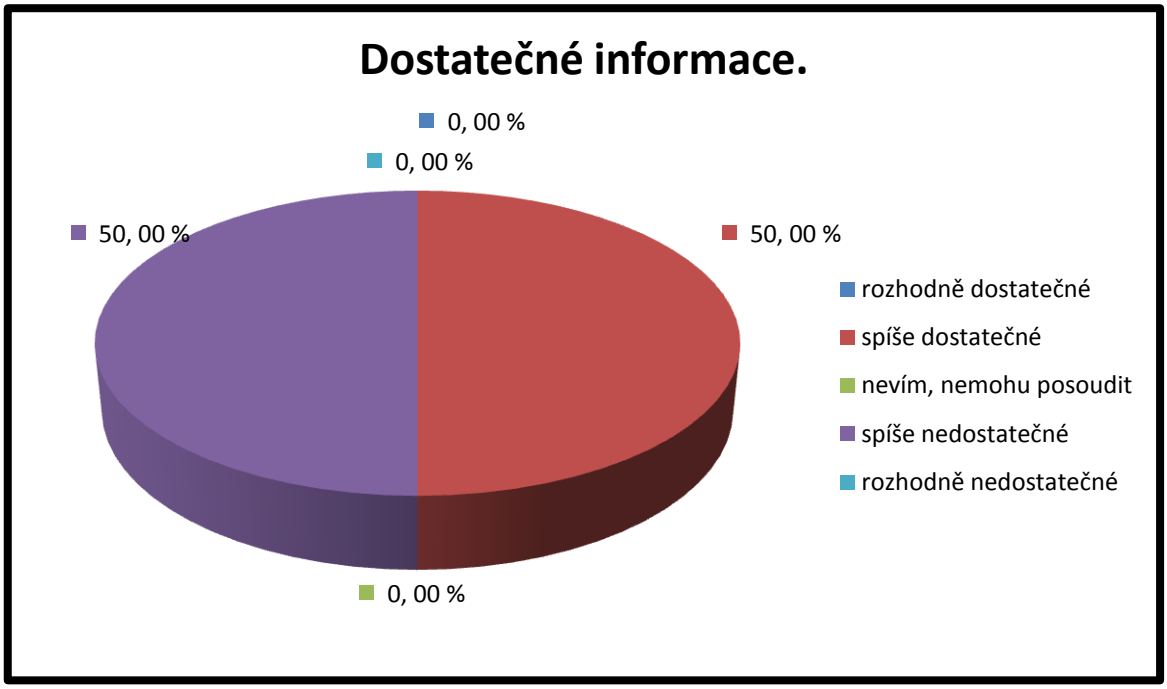
Z tabulky č. 9 a z grafu č. 2 vyplývá, že nemocnice kontaktuje domácí péči o propuštění klienta do domácí péče vždy ve 42,86 %, výjimečně kontaktuje 50,00 %, v 7,14 % si sestry nejsou jisty, zda nemocnice kontaktuje.

Položka č. 10 – Máte o klientovi převzatém z nemocnice dostatečné informace?

Tabulka č. 10 – Dostatečné informace

Dostatečné informace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
rozhodně dostatečné	0	0,00 %
spíše dostatečné	7	50,00 %
nevím, nemohu posoudit	0	0,00 %
spíše nedostatečné	7	50,00 %
rozhodně nedostatečné	0	0,00 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 3 – Dostatečné informace



Tabulka č. 10 a graf č. 3 udává, že 50,00 % respondentů si myslí, že mají spíše dostatečné informace o klientovi převzatém z nemocnice a 50,00 % si myslí, že mají spíše nedostatečné informace o klientovi převzatém z nemocnice.

Položka č. 11 – Jakým způsobem získáváte informace o klientovi převzatém z nemocnice?

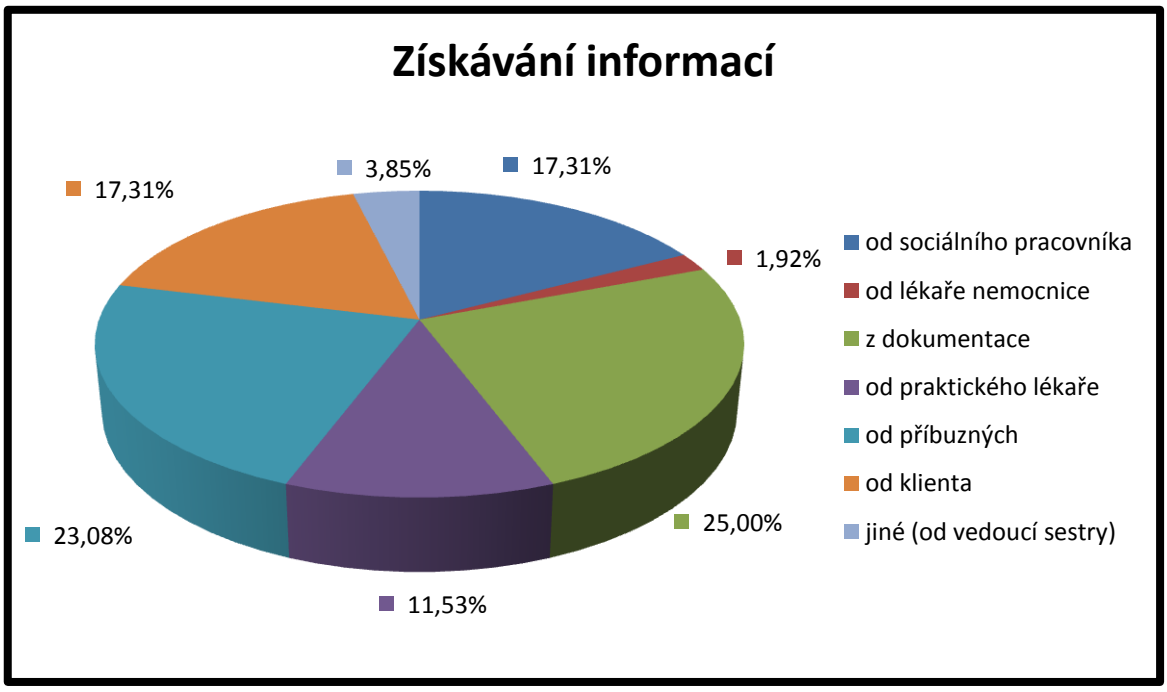
Tuto položka lze přiřadit k otázkám polouzavřeným. Respondent si může doplnit odpověď. V této položce může být označeno i více odpovědí. Absolutní četnost udává počet odpovědí.

Tabulka č. 11 – Získávání informací

Získávání informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
od sociálního pracovníka	9	17,31 %
od lékaře nemocnice	1	1,92 %
z dokumentace	13	25,00 %
od praktického lékař	6	11,53 %
od příbuzných	12	23,08 %
od klienta	9	17,31 %
jiné (od vedoucí sestry)	2	3,85 %
celkem	52	100,00 %

Poznámka:Absolutní četnost je počet odpovědí.

Graf č. 4 – Získávání informací



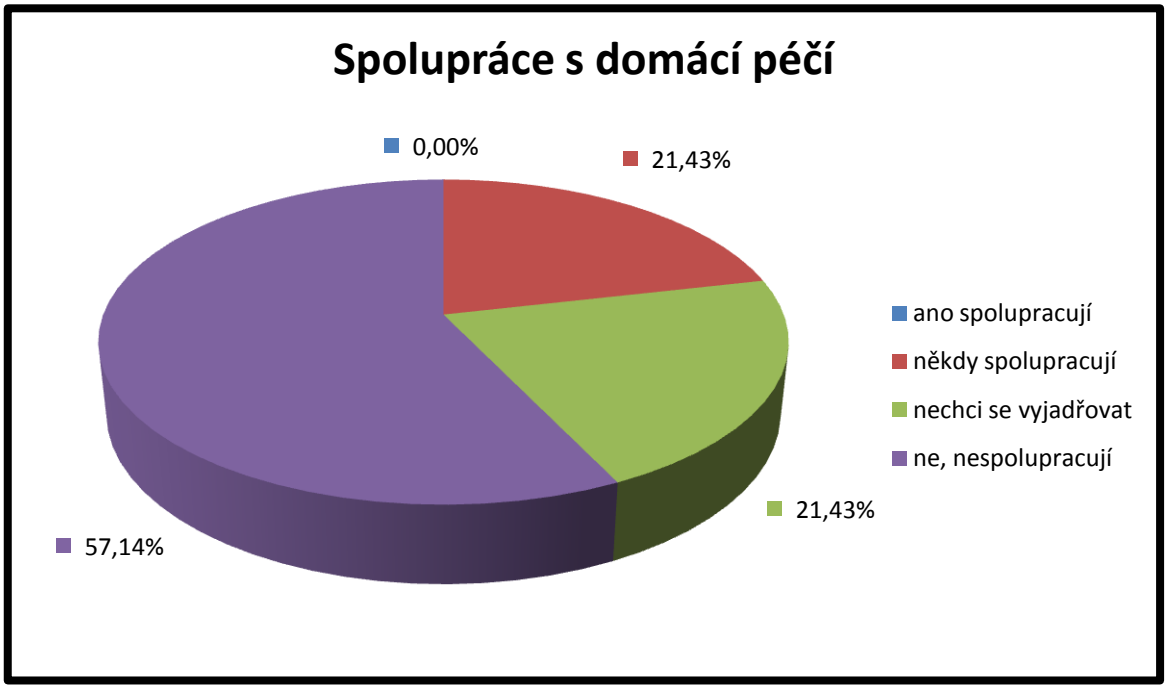
Tabulka č. 11 a graf č. 4 udávají způsob získávání informací o klientovi. Od sociálního pracovníka nemocnice získávají informace v 17,31 %. Informace získávané od lékaře nemocnice jsou v 1,92 %. Z dokumentace se informace čerpají ve 25,00 %. V 11,53 % informace poskytuje praktický lékař. Příbuzní poskytují informace ve 23,08 %. V položce jiné byla uvedena vedoucí sestra domácí péče, od které se získávají informace ve 3,85 %.

Položka č. 12 – Spolupracují s Vámi všeobecné sestry z nemocnice?

Tabulka č. 12 – Spolupráce s domácí péčí

Spolupráce s domácí péčí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, spolupracují	0	0,00 %
někdy spolupracují	3	21,43 %
nechci se vyjadřovat	3	21,43 %
ne, nespolupracují	8	57,14 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 5 – Spolupráce s domácí péčí



Tabulka č. 12 a graf č. 5 dokládají, že 21,43 % všeobecných sester z nemocnice někdy spolupracuje s respondenty. K této problematice se nechce vyjadřovat 21,43 % dotázaných. Nespolupracuje s respondenty 57,14 % sester z nemocnice.

Položka č. 13 – Uveďte vlastními slovy nějaký příklad.

Položka č. 13 je otevřená otázka. Na ni odpovídali především respondenti, kteří odpověděli „někdy spolupracují*“,* ale objevilo se i pár odpovědí sester, které uvedly, že nespolupracují. K nejčastějším odpovědím všeobecných sester domácí péče patří tyto odpovědi:

„Dotazy na dávkování léků.”

„Konzultují převazy.”

„Konzultují ošetřování stomií.”

„Informují nás o zdravotním stavu a potřebné péči.”

„Oslovují nás, když klient v nemocnici něco zapomene.”

Položka č. 14 – Jak hodnotíte tuto spolupráci?

Tabulka č. 13 – Hodnocení spolupráce

Hodnocení spolupráce	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
velmi dobrá	0	0,00%
dobrá	3	100,00 %
nevím	0	0,00 %
špatná	0	0,00 %
velmi špatná	0	0,00 %
celkem	3	100,00 %

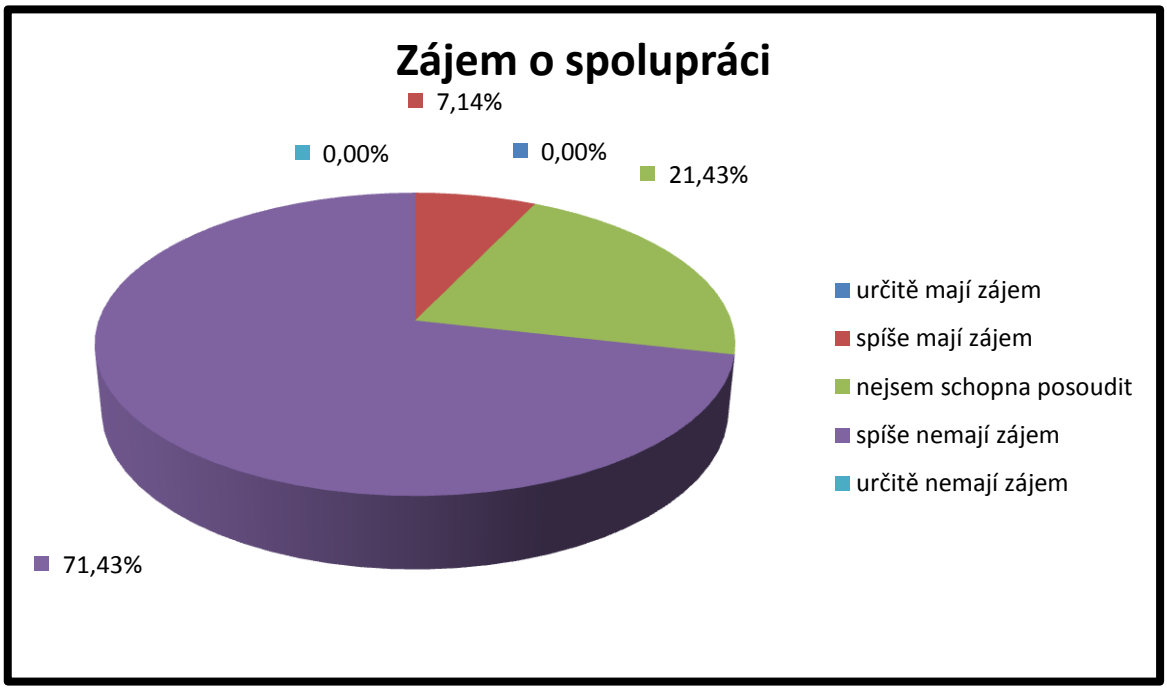
Na tuto položku odpověděli pouze respondenti, kteří někdy spolupracují s všeobecnými sestrami z nemocnice (položka č. 12). Odpovídali 3 respondenti, což je absolutní četnost. Tabulka č. 13 ukazuje, že spolupráce z nemocnicí je stoprocentně dobrá.

Položka č. 15 – Myslíte si, že mají sestry z nemocnice zájem o spolupráci s pracovníky domácí péče?

Tabulka č. 14 – Zájem o spolupráci

Zájem o spolupráci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
určitě mají zájem	0	0,00 %
spíše mají zájem	1	7,14 %
nejsem schopna posoudit	3	21,43 %
spíše nemají zájem	10	71,43 %
určitě nemají zájem	0	0,00 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 6 – Zájem o spolupráci



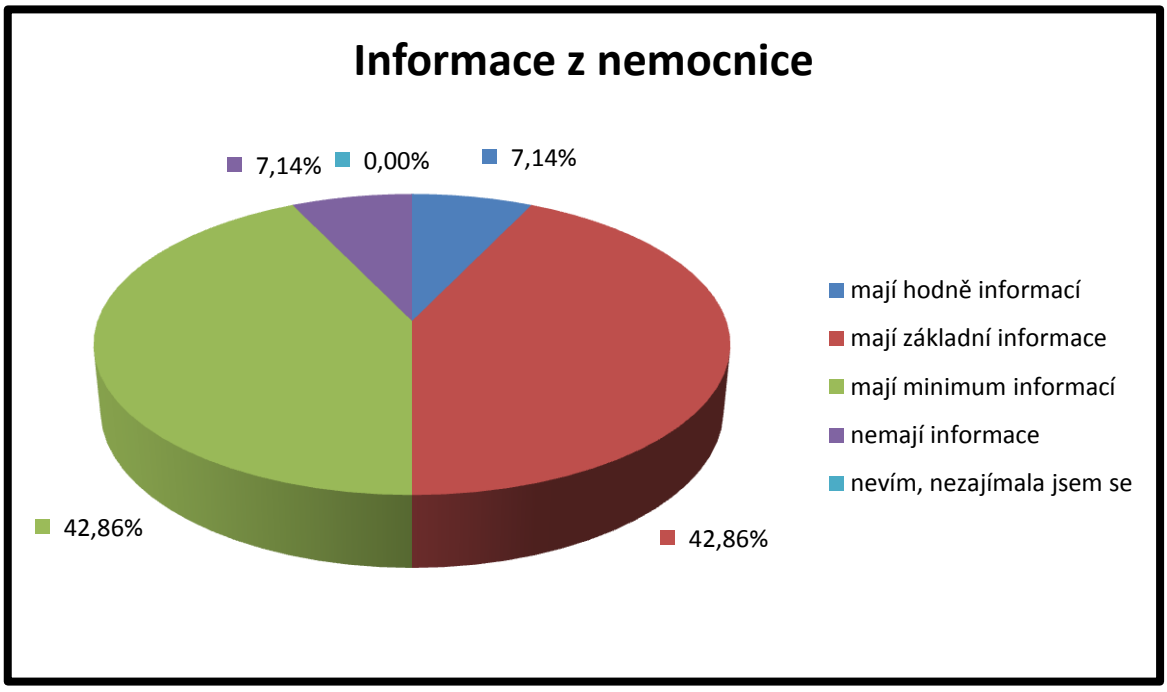
V tabulce č. 14 a grafu č. 6 je 71,43 % sester domácí péče přesvědčeno, že sestry z nemocnice spíše nemají zájem o spolupráci s nimi. 21,43 % z nich není schopna tuto skutečnost posoudit a jen 7,14 % sester domácí péče si myslí, že sestry z nemocnice spíše mají zájem o spolupráci s nimi.

Položka č. 16 – Jak byste hodnotila informace, které mají o Vašich službách klienti propuštění z nemocnice?

Tabulka č. 15 – Informace z nemocnice

Informace z nemocnice	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
mají hodně informací	1	7,14 %
mají základní informace	6	42,86 %
mají minimum informací	6	42,86 %
nemají informace	1	7,14 %
nevím, nejsem si jista	0	0,00 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 7 – Informace z nemocnice



Tabulka č. 15 a graf č. 7 poskytují přehled o tom, jaké mají informace klienti propuštění z nemocnice o službách domácí péče. Hodně informací má 7,14 % klientů, základní informace má 42,86 % klientů, minimum informací má 42,86 % klientů a 7,14 % klientů nemá informace.

Položka č. 17 – Jaké služby nabízí domácí péče, ve které pracujete?

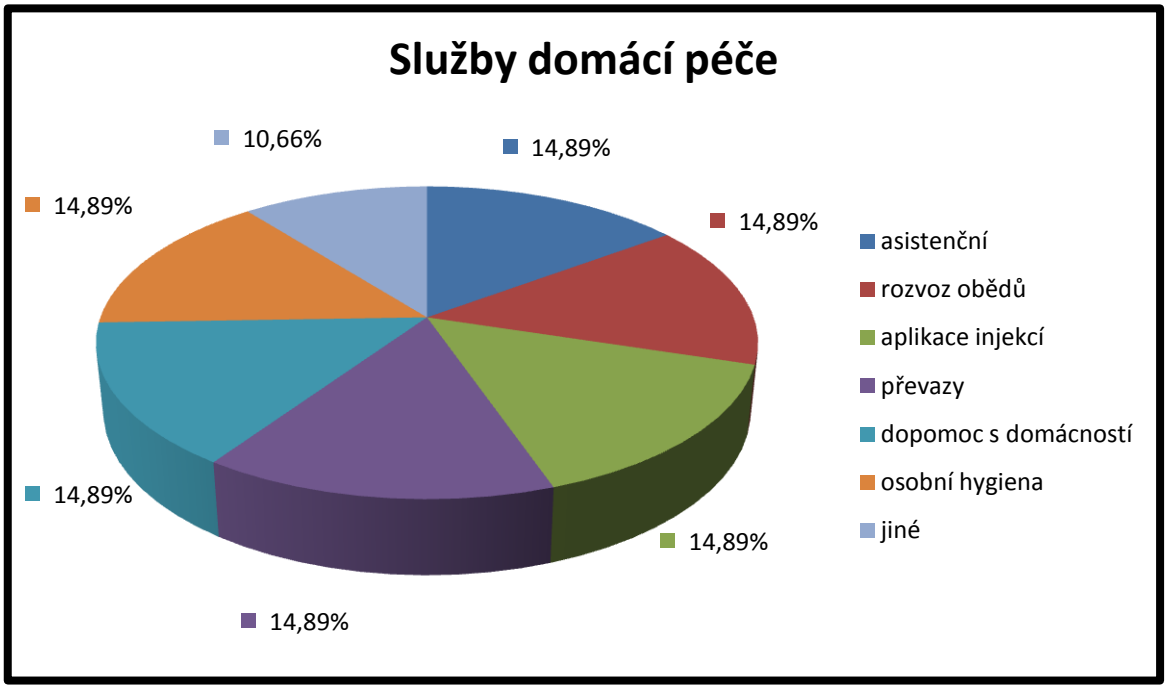
Položka č. 17 se řadí ke kategorii polouzavřených otázek. Může být označeno více položek. Jedna položka vyzívá respondenty k doplnění. Absolutní četnost je počet odpovědí.

Tabulka č. 16 – Služby domácí péče

Služby domácí péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
asistenční	14	14,89%
rozvoz obědů	14	14,89 %
aplikace injekcí	14	14,89 %
převazy	14	14,89 %
dopomoc s domácností	14	14,89 %
osobní hygiena	14	14,89 %
jiné	10	10,66 %
celkem	94	100,00 %

Poznámka:Absolutní četnost rovná se počet odpovědí.

Graf č. 8 – Služby domácí péče



Tabulka č. 16 a graf č. 8 vyhodnocuje nabízené služby domácí péče. Asistenční služby, rozvoz obědů, aplikace injekcí, převazy, dopomoc s domácností a dopomoc s osobní hygienou jsou všechny nabízeny shodně v 14,89 %. Pouze kategorie jiné osahuje 10,66 %. Do této položky respondenti uvedli: aplikace infuzí, péče o stomie, odběr biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, péče o drény, klyzma, půjčování pomůcek, měření glykemie a aplikace inzulinu, léčebná rehabilitace a péče o dekubity.

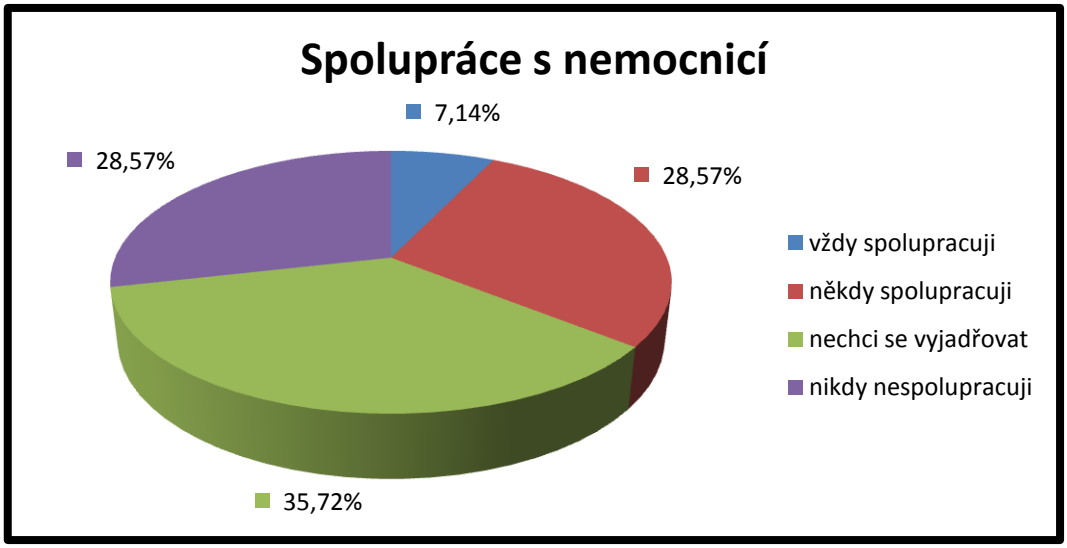
Položka č. 18 – V případě, že je klient opětovně hospitalizován v nemocnici, spolupracujete s ošetřujícím personálem?

Položka se řadí do polouzavřených otázek. U odpovědi vždy spolupracuji a někdy spolupracuji, je respondent vyzván k uvedení příkladu.

Tabulka č. 17 – Spolupráce s nemocnicí

Spolupráce s nemocnicí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vždy spolupracuji	1	7,14 %
někdy spolupracuji	4	28,57 %
nechci se vyjadřovat	5	35,72 %
nikdy nespolupracuji	4	28,57 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 9 – Spolupráce s nemocnicí



Tabulka č. 17 a graf č. 9 udává, jak spolupracují sestry domácí péče se sestrami z nemocnice. Vždy spolupracuje 7,14 % sester, někdy spolupracuje 28,57 % sester, 35,72 % sester se nechce vyjadřovat a nikdy nespolupracuje 28,57 % sester. Na doplňující otázku bylo odpovězeno takto: informuji o zavedených postupech při převazech, informuji o zvláštnostech při péči o klienta, o osobních věcech klienta, ukazují sestrám používání některých pomůcek, doporučují dietní opatření.

Položka č. 19 – Pokud se klient opětovně vrací z nemocnice, jak hodnotíte jeho zdravotní stav z hlediska ošetřovatelské péče?

Položka č. 19 se řadí do kategorie otevřených otázek. Mnohé odpovědi respondentů se shodovaly. Cituji některé z nich:

„Klienti se vrací s dekubity.“

„Často bývají dehydratovaní.“

„Někteří se bojí pohybu.“

„Mají opruzeniny v oblasti přirození.“

„Klienti jsou nespokojeni s nemocniční péčí.“

„V nemocnici nikdo nepečuje o dutinu ústní.“

„U klientů se projevuje apatie.“

„Klienti jsou nesoběstační.“

„Po stránce psychické jsou na tom velmi špatně.“

„Nespolupracují.“

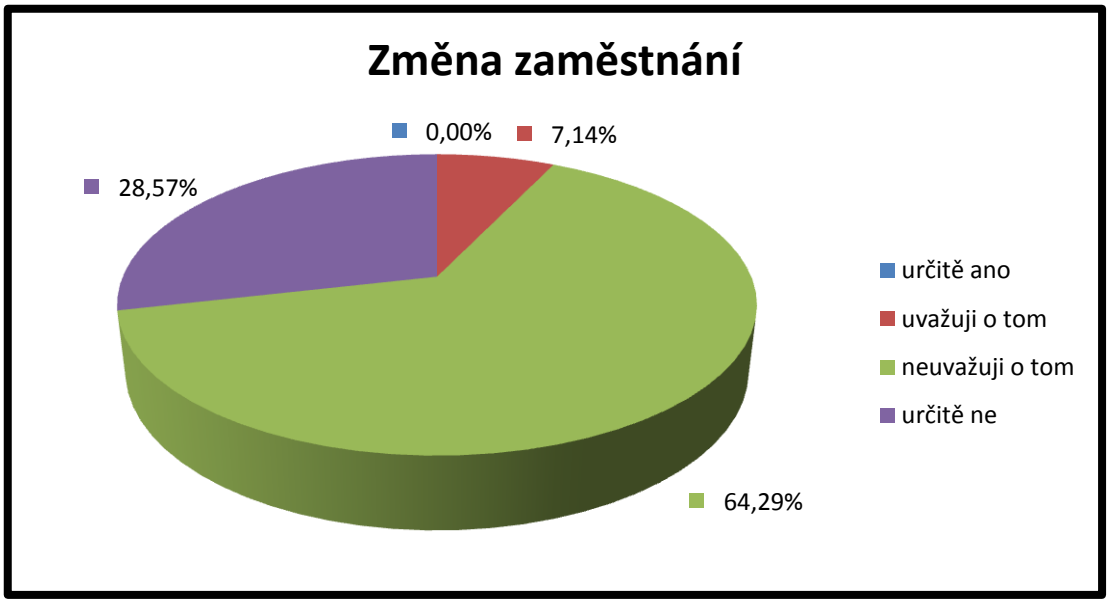
Položka č. 20 – Chtěla byste pracovat jako všeobecná sestra v nemocnici?

Položka č. 20 patří k polouzavřeným otázkám. Respondenti jsou vyzváni k doplnění svých odpovědí.

Tabulka č. 18 – Změna zaměstnání

Změna zaměstnání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
určitě ano	0	0,00 %
uvažuji o tom	1	7,14 %
neuvažuji o tom	9	64,29 %
určitě ne	4	28,57 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 10 – Změna zaměstnání



Tabulka č. 18 a graf č. 10 zaznamenávají názory sester na změnu zaměstnání. O práci v nemocnici neuvažuje 64,29 % respondentů, naopak uvažuje o tom jen 7,14 % respondentů a 28,57 % respondentů by nechtělo určitě pracovat v nemocnici. Doplňující odpovědi ke konstatování neuvažuji o tom a určitě ne: vyhovuje mi práce v terénu a na jednu směnu, můžu se více realizovat, jsem pánem svého času, mzda, zajímavá práce, osobní přístup ke klientovi. Doplňující odpověď ke sdělení uvažuji o tom: třísměnný provoz, mzda, menší zodpovědnost, práce v teple a suchu.

Položka č. 21 – Napište stručně, v čem si myslíte, že se liší práce všeobecné sestry, která pracuje v nemocnici a práce všeobecné sestry, která pracuje v domácí péči?

Položka se řadí k otevřeným otázkám. Mnohé odpovědi jsou podobné, proto cituji jen to podstatné. Pro lepší přehlednost jsou odpovědi vloženy do tabulky.

Tabulka č. 19 – Odlišnost práce

Práce sestry v nemocnici	**Práce sestry v domácí péči**
„Nemusí se sama rozhodovat.“	„Vždy se sama rozhoduje.“
„Třísměnný provoz.“	„Pouze ranní směny.“
„Práce v teple a suchu.“	„Práce v terénu.“
„Málo času na pacienty.“	„Více času na pacienty.“
„Nemusí mít řidičský průkaz.“	„Musí mít řidičský průkaz.“
„Nemusí improvizovat.“	„Musí improvizovat.“

Položka č. 22 – Co navrhujete pro zlepšení spolupráce mezi nemocnicí a domácí péče?

Položka č. 22 je otevřená otázka. Někteří respondenti ji nevyplnili. Proto cituji jen několik návrhů:

„Více informačního materiálu.“

„Přednášky a školení.“

„Sesterské překladové zprávy i pro domácí péči.“

„Rozšířit spolupráci se staničními a vrchními sestrami.“

„Lepší práce sociálního pracovníka nemocnice.“

„Větší respekt k naší práci.“

„Doporučení psát do propouštěcí zprávy.“

5.1.2 Dotazník pro klienty domácí péče

Položka č. 1 – Pohlaví.

Tabulka č. 20 – Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
žena	6	42,86 %
muž	8	57,14 %
celkem	14	100,00 %

Tabulka č. 20 dokazuje, že výzkumu se účastnilo 42,86 % žen a 57,14 % mužů.

Položka č. 2 – Kolik je Vám let?

Tabulka č. 21 – Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
40-49	0	0,00 %
50-59	2	14,29 %
60-69	1	7,14 %
70-79	6	42,86 %
80 a více	5	35,71 %
celkem	14	100,00 %

V tabulce č. 21 je podán přehled o věku respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 14,29 % respondentů ve věku 50-59 let, 7,14 % respondentů ve věku 60-69 let, 42,86 % bylo respondentů ve věku 70-79 let a respondentů ve věku 80 let a více bylo 35,71 %.

Položka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 22 – Nejvyšší vzdělání

Nejvyšší vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
základní	4	28,57 %
vyučen/vyučena	6	42,86 %
středoškolské bez maturity	1	7,14 %
středoškolské s maturitou	2	14,29 %
vysokoškolské (Bc.)	0	0,00 %
vysokoškolské (Mgr.)	1	7,14 %
celkem	14	100,00 %

Z tabulky č. 22 vyplývá, jaké je nejvyšší dosažené respondentů. Základní vzdělání má 28,57 % dotazovaných, 42,86 % je vyučeno. Středoškolské vzdělání bez maturity má 7,14 % respondentů, s maturitou je jich 14,29 % a vysokoškolské vzdělání (Mgr.) má 7,14 % dotazovaných.

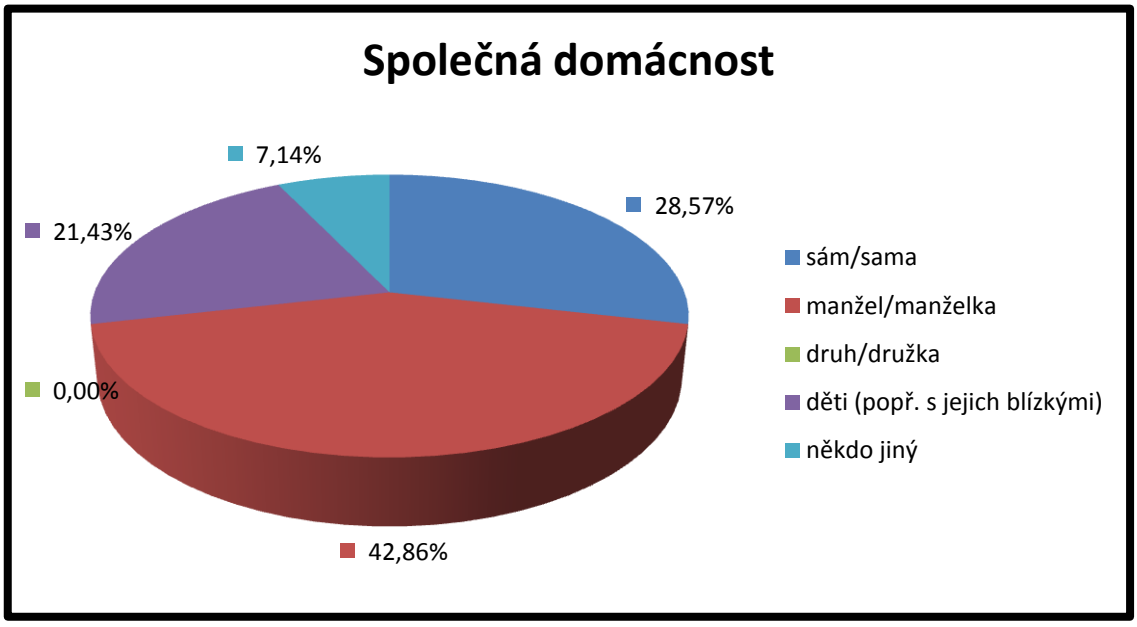
Položka č. 4 – Žijete s někým ve společné domácnosti?

Položka patří mezi polouzavřené otázky. Respondent si vybírá z nabízených odpovědí, ale je zde možnost zvolit jinou eventualitu.

Tabulka č. 23 – Společná domácnost

Společná domácnost	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
sám/sama	4	28,57 %
manžel/manželka	6	42,86 %
druh/družka	0	0,00 %
děti (s jejich blízkými)	3	21,43 %
někdo jiný	1	7,14%
celkem	14	100,00 %

Graf č. 11 – Společná domácnost



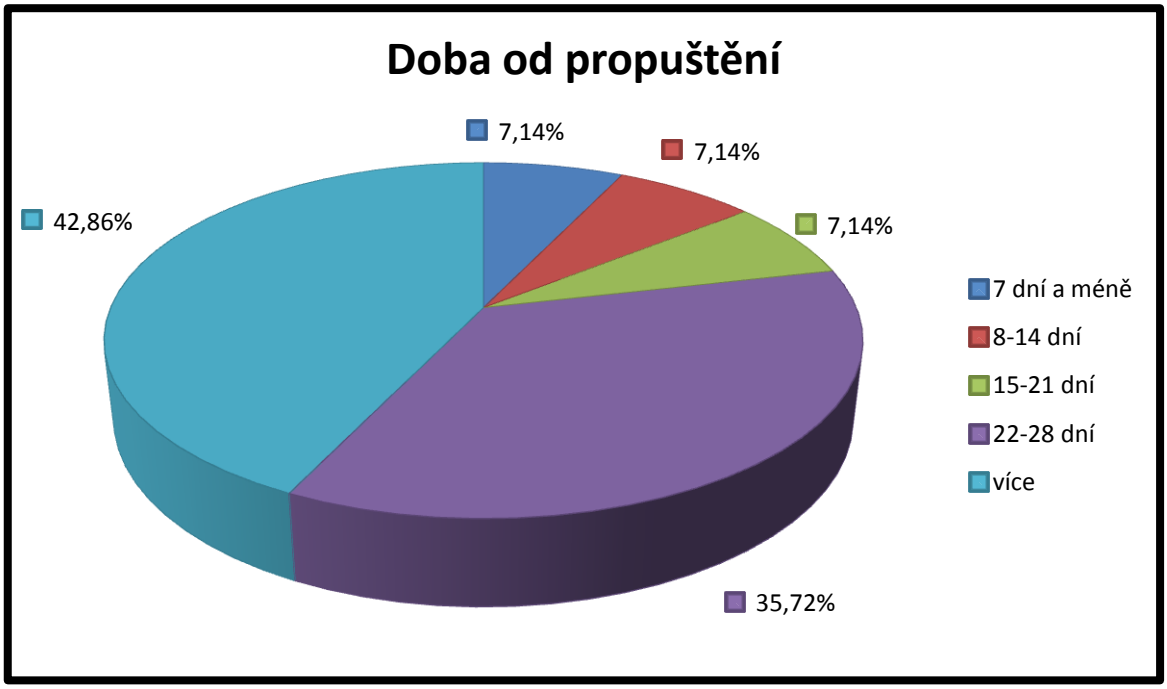
Tabulka č. 23 a graf č. 11 vypovídají o tom, s kým respondenti žijí ve společné domácnosti. Ve 28,57 % žijí respondenti sami, s manželem nebo manželkou žije 42,86 % respondentů. S dětmi nebo s jejich blízkými bydlí 21,43 % respondentů a 7,14 % jich zaznačilo položku jiný. V tomto případě se jedná o společné bydlení s matkou.

Položka č. 5 – Jak je to dlouho, co jste propuštěn(á) z nemocnice?

Tabulka č. 24 – Doba od propuštění

Doba od propuštění	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
7 dní a méně	1	7,14 %
8-14 dní	1	7,14 %
15-21 dní	1	7,14 %
22-28 dní	5	35,72 %
více	6	42,86 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 12 – Doba od propuštění



Tabulka č. 24 a graf č. 12 udávají dobu od propuštění klienta z nemocnice. Před 7 dny a méně se vrátilo z nemocnice 7,14 % respondentů, před 8-14 dny se vrátilo rovněž 7,14 % respondentů a opět 7,14 % respondentů se vrátilo před 15-21 dny. Před 22-28 dny se vrátilo 35,72 % respondentů. Respondenti, kteří se vrátili před více, než 28 dny zaujímají 42,86 %.

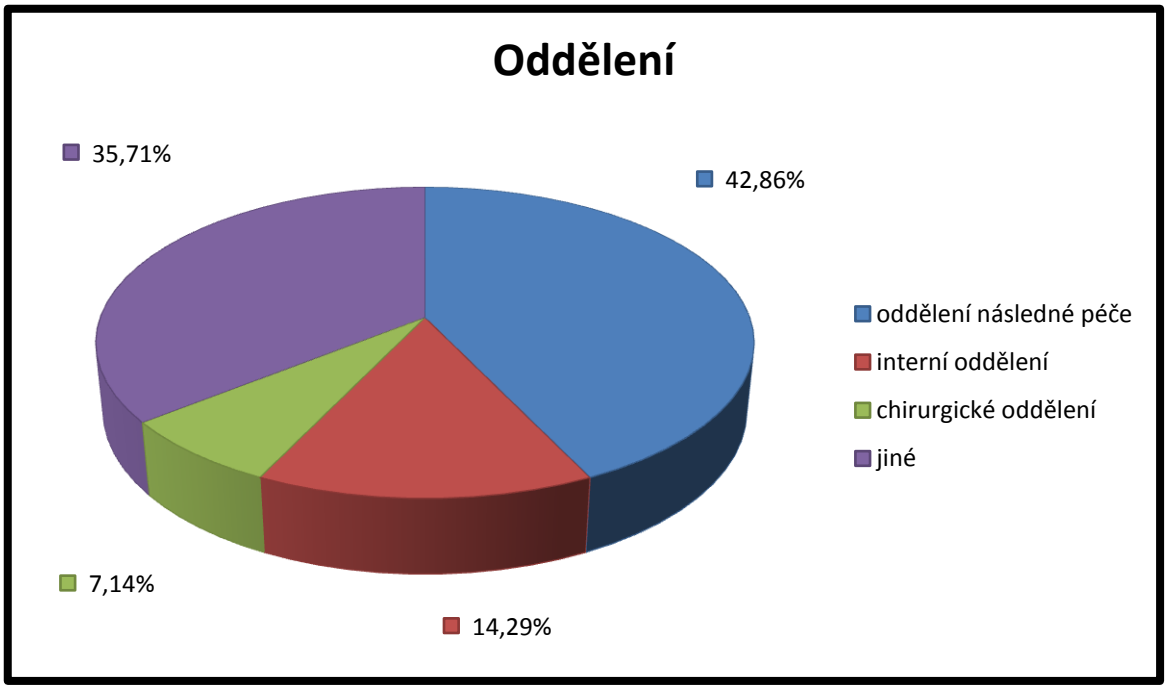
Položka č. 6 – Uveďte oddělení, kde jste byl/byla hospitalizován/hospitalizována.

Položka č. 6 se řadí k polouzavřeným otázkám. Respondent může označit jednu z uvedených možností nebo doplní kolonku jiné.

Tabulka č. 25 - Oddělení

Oddělení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
oddělení následné péče	6	42,86 %
interní oddělení	2	14,29 %
chirurgické oddělení	1	7,14 %
jiné	5	35,71 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 13 - Oddělení



V tabulce č. 25 a grafu č. 13 se uvádí oddělení, kde byli respondenti hospitalizování. Na oddělení následné péče leželo 42,86 % respondentů, na interním oddělení leželo 14,29 % respondentů a na chirurgickém oddělení bylo hospitalizováno 7,14 % dotázaných. Na jiném oddělení, než je uvedeno, bylo 35,71 % respondentů. Jsou to tato oddělení: infekční, plicní, kožní, neurologické a gynekologické.

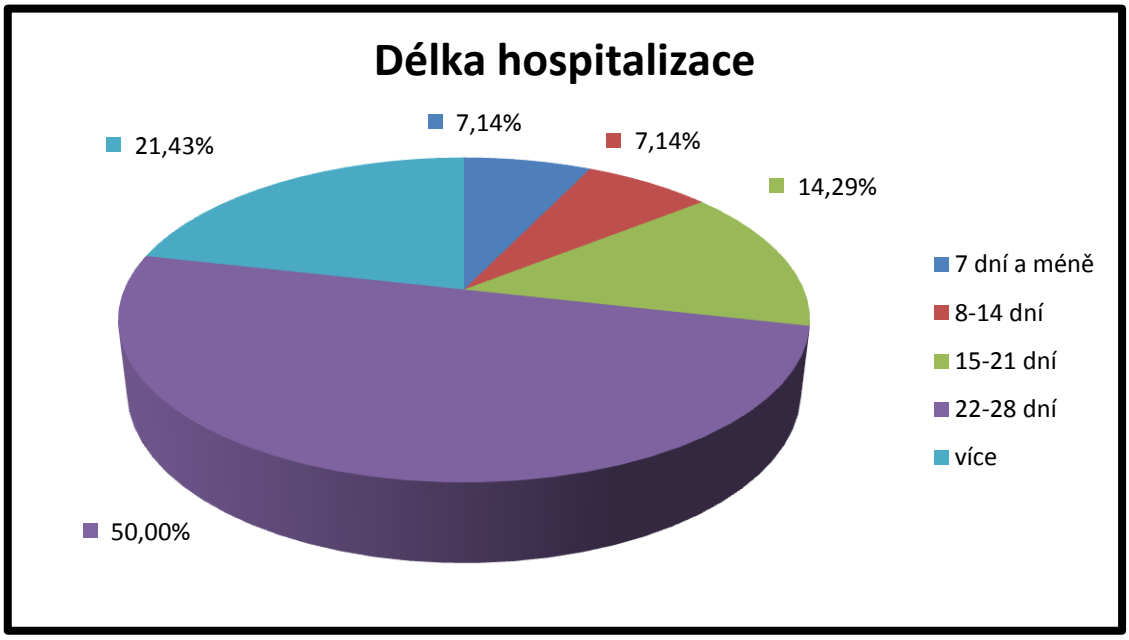
Položka č. 7 – Délka hospitalizace.

Položka č. 7 se řadí k polouzavřeným otázkám. Vztahuje se k doplňující odpovědi více než 28 dní. Udávala se skutečná délka hospitalizace.

Tabulka č. 26 – Délka hospitalizace

Délka hospitalizace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
7 dní a méně	1	7,14 %
8-14 dní	1	7,14 %
15-21 dní	2	14,29 %
22-28 dní	7	50,00 %
více	3	21,43 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 14 – Délka hospitalizace



Z tabulky č. 26 a grafu č. 14 je patrné, že 7 dní a méně bylo v nemocnici 7,14 % respondentů, 8-14 dní leželo v nemocnici taktéž 7,14 % respondentů. Délka hospitalizace u 14,29 % respondentů byla 15-21 dní, 22-28 dní bylo hospitalizováno 50,00 % respondentů. Více než 28 dní bylo hospitalizováno 21,43 % dotázaných. Jejich délka hospitalizace byla v jednom případě 77 dní, v druhém případě 47 dní a ve třetím případě 60 dní.

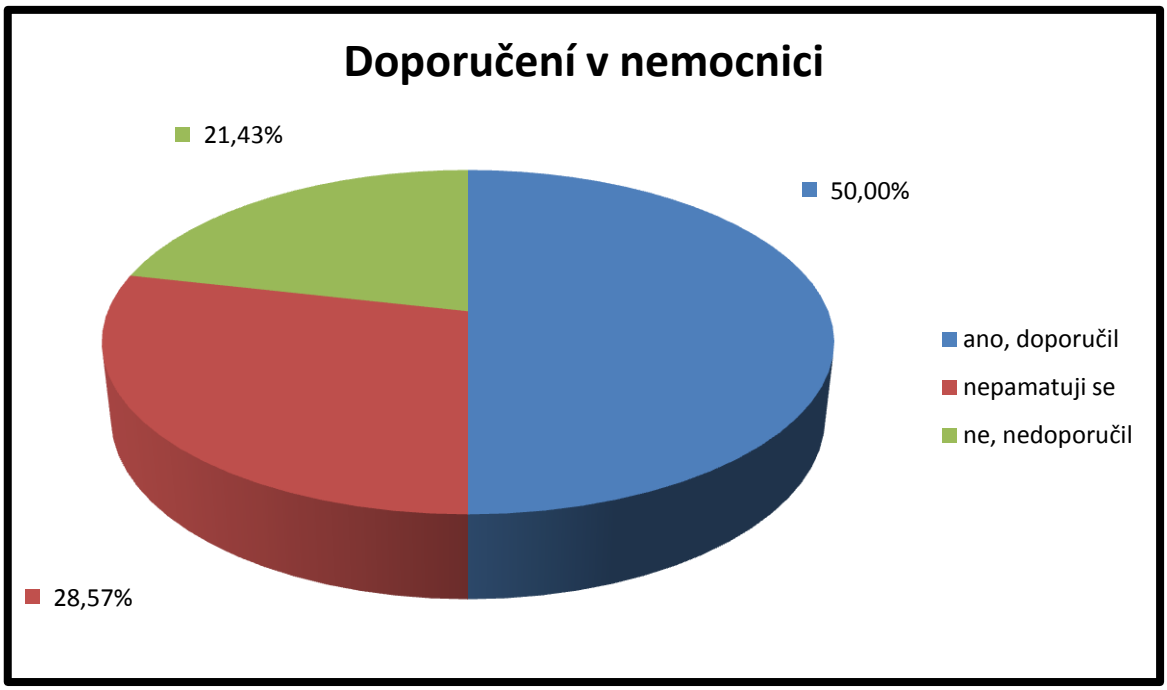
Položka č. 8 – Doporučil Vám někdo v nemocnici možnost využít služeb domácí péče?

V této položce si klient vybírá odpověď ze tří možností, ano, nepamatuji se a ne. V případě, že se nepamatuje nebo zvolí možnost ne, pokračuje až položkou č. 10.

Tabulka č. 27 – Doporučení v nemocnici

Doporučení v nemocnici	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%
ano, doporučil	7	50,00 %
nepamatuji se	4	28,57 %
ne, nedoporučil	3	21,43 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 15 – Doporučení v nemocnici



Z tabulky č. 27 a z grafu č. 15 je zřejmé, že 50,00 % respondentů bylo v nemocnici informováno o možnosti využití služeb domácí péče. Neinformováno bylo 21,43 % respondentů a 28,57 % respondentů si tuto skutečnost nepamatuje.

Položka č. 9 - Kdo v nemocnici Vám doporučil služby domácí péče?

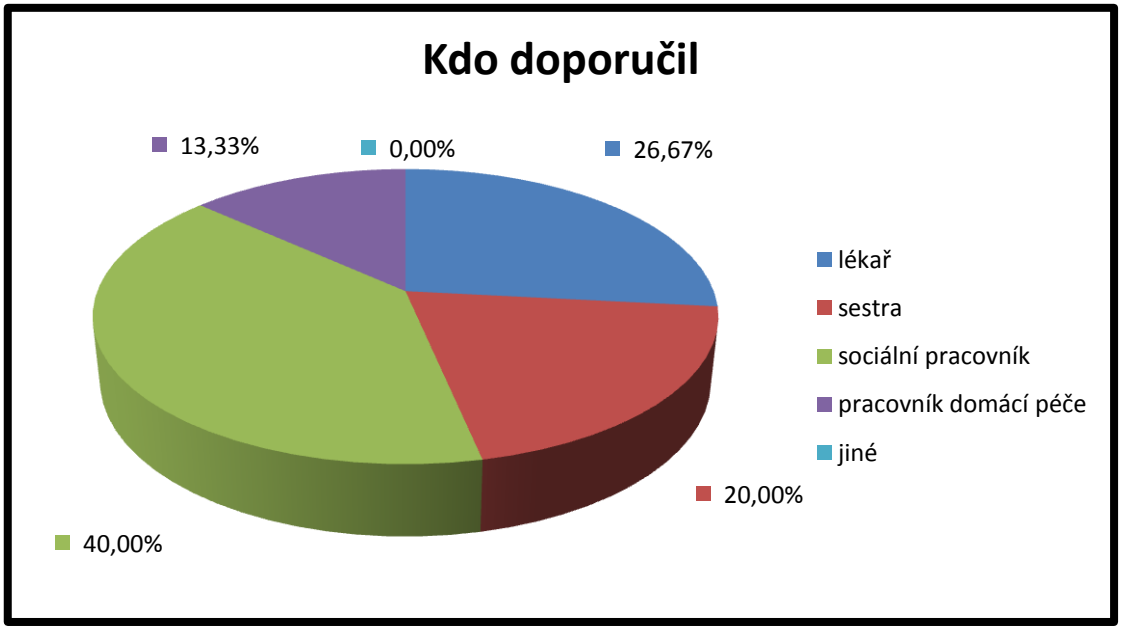
Položka č 9 se řadí k polouzavřeným otázkám. Respondent současně může označit více odpovědí. Jedna odpověď je doplňující. Tuto položku vyplňují pouze respondenti, kteří v předchozí položce č. 8, odpověděli ano. Absolutní četnost je součet odpovědí.

Tabulka č. 28 – Kdo doporučil

Kdo doporučil	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
lékař	4	26,67 %
sestra	3	20,00 %
sociální pracovník	6	40,00 %
pracovník domácí péče	2	13,33 %
jiné	0	0,00 %
celkem	15	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost rovná se součet odpovědí.

Graf č. 16 - Kdo doporučil



Tabulka č. 28 a graf č. 16 dokazuje, že v nemocnici doporučil respondentům služby domácí péče lékař ve 26,67 %, sestra doporučila služby domácí péče ve 20,00 %, sociální pracovník v 40,00 % a pracovník domácí péče v 13,33 %. Odpověď jiné nevyužil žádný z dotazovaných.

Položka č. 10 – Jakým způsobem jste získal/získala informace o službách domácí péče?

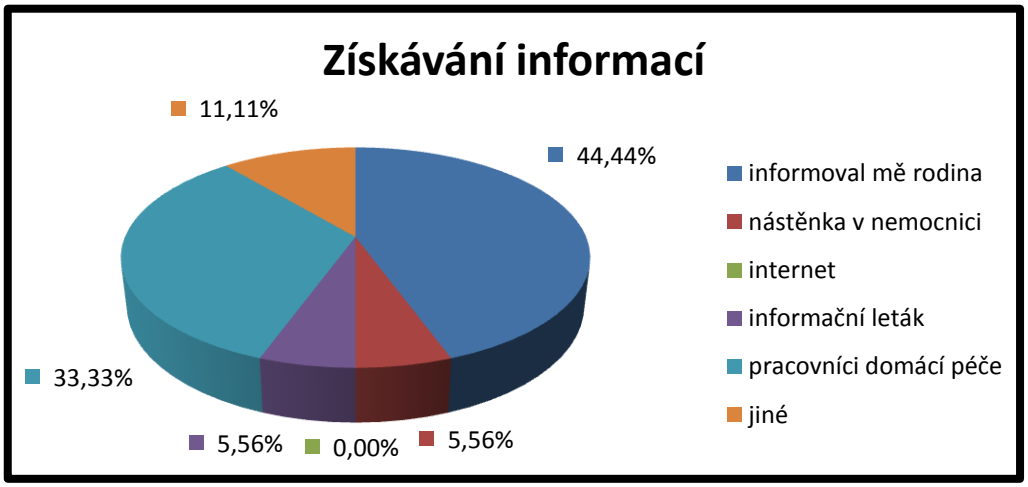
Položka č. 10 je opět polouzavřená. Respondent označuje více možností a jedna možnost nabízí doplnění. Tuto položku vyplňují pouze respondenti, kteří v položce č. 8, zvolili odpověď, nepamatuji se nebo ne, nedoporučil. Absolutní četnost udává počet odpovědí.

Tabulka č. 29 - Získávání informací

Získávání informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
informovala mě rodina	8	44,44 %
nástěnka nemocnice	1	5,56 %
internet	0	0,00 %
informační leták	1	5,56 %
pracovníci domácí péče	6	33,33 %
jiné	2	11,11 %
celkem	18	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost udává počet odpovědí.

Graf č. 17 – Získávání informací



V tabulce č. 29 a v grafu č. 17 je znázorněn způsob získávání informací o službách domácí péče. Respondenty informovala rodina v 44,44 %, nástěnka v nemocnici poskytla informace v 5,56 %, rovněž informační leták poskytl informace v 5,56 %. Pracovníci domácí péče informovali respondenty v 33,33 %. Praktičtí lékaři, kteří byli uvedeni v doplňující odpovědi, poskytli informace v 11,11 %.

Položka č. 11 – Jaké informace Vám scházely před propuštěním z nemocnice?

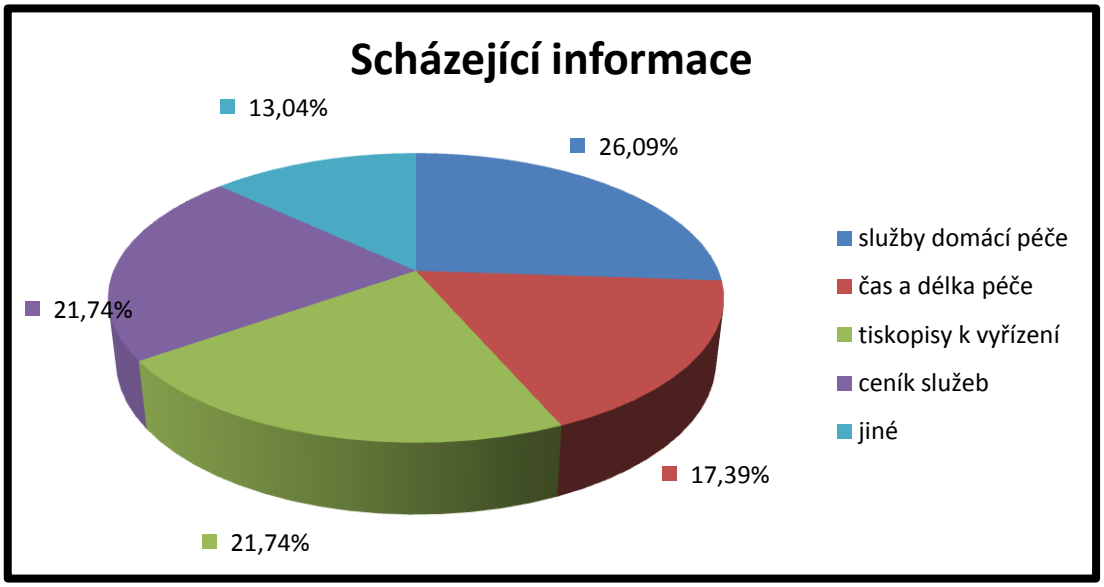
Otázka polozavřená. Absolutní četnost se rovná počtu odpovědí.

Tabulka č. 30 – Scházející informace

Scházející informace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
nabízené služby	6	26,09 %
čas a délka péče	4	17,39 %
tiskopisy k vyřízení	5	21,74 %
ceník služeb	5	21,74 %
jiné	3	13,04 %
celkem	23	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost se rovná počtu odpovědí.

Graf č. 18 – Scházející informace



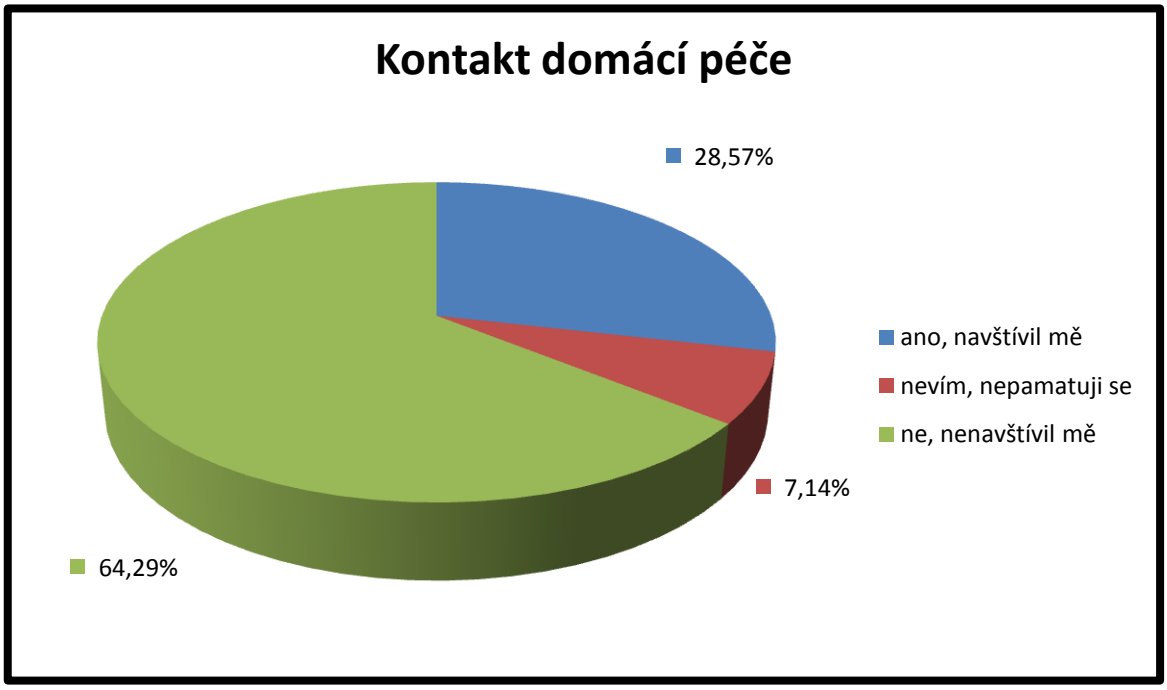
Tabulka č. 30 a graf č. 18 vyhodnocuje, jaké informace scházely respondentům před propuštěním z nemocnice. Informace o nabízených službách domácí péče scházely respondentům ve 26,09 %, dále respondentům scházely informace o času a délce péče v 17,39 %. Tiskopisy potřebné k vyřízení scházely ve 21,74 %, také ceník služeb scházel ve 21,74 %. 13,04 % zaujímala oblast jiné. Zde respondenti uvedli, že scházely informace o možnosti zapůjčení pomůcek, o doprovodu k lékaři, o zajištění léků, o zajištění chodu domácnosti a o tom, zda domácí péče zajišťuje společenské akce.

Položka č. 12 – Kontaktoval Vás zaměstnanec domácí péče před propuštěním?

Tabulka č. 31 – Kontakt domácí péče

Kontakt domácí péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, kontaktoval mě	4	28,57 %
nevím, nepamatuji se	1	7,14 %
ne, nekontaktoval mě	9	64,29 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 19 – Kontakt domácí péče



Tabulka č 31 a graf č. 19 udávají skutečnost, zda pracovník domácí péče kontaktoval respondenty před propuštěním z nemocnice. Kontaktoval 28,57 % respondentů, nepamatuje si 7,14 % respondentů a 64,29 % respondentů udává, že je zaměstnanec domácí péče nekontaktoval.

Položka č. 13 – Poskytl Vám dostatečné informace?

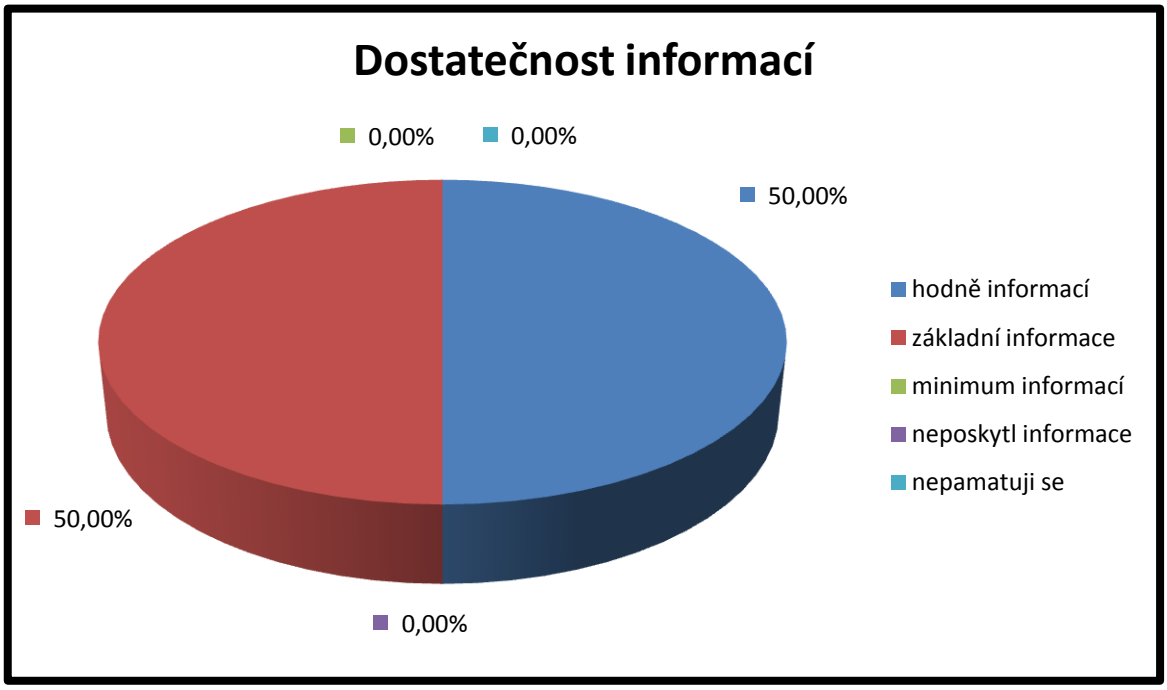
Na tuto položku odpovídá pouze respondent, který v předcházející položce, odpověděl kladně. Celkem 4 respondenti.

Tabulka č. 32 – Dostatečnost informací

Dostatečnost informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, hodně informací	2	50,00 %
ano, základní informace	2	50,00 %
ano, minimální informace	0	0,00 %
ne, neinformoval mě	0	0,00 %
nepamatuji se	0	0,00 %
celkem	4	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost je počet respondentů, kteří v položce č. 12 odpověděli kladně.

Graf č. 20 – Dostatečnost informací



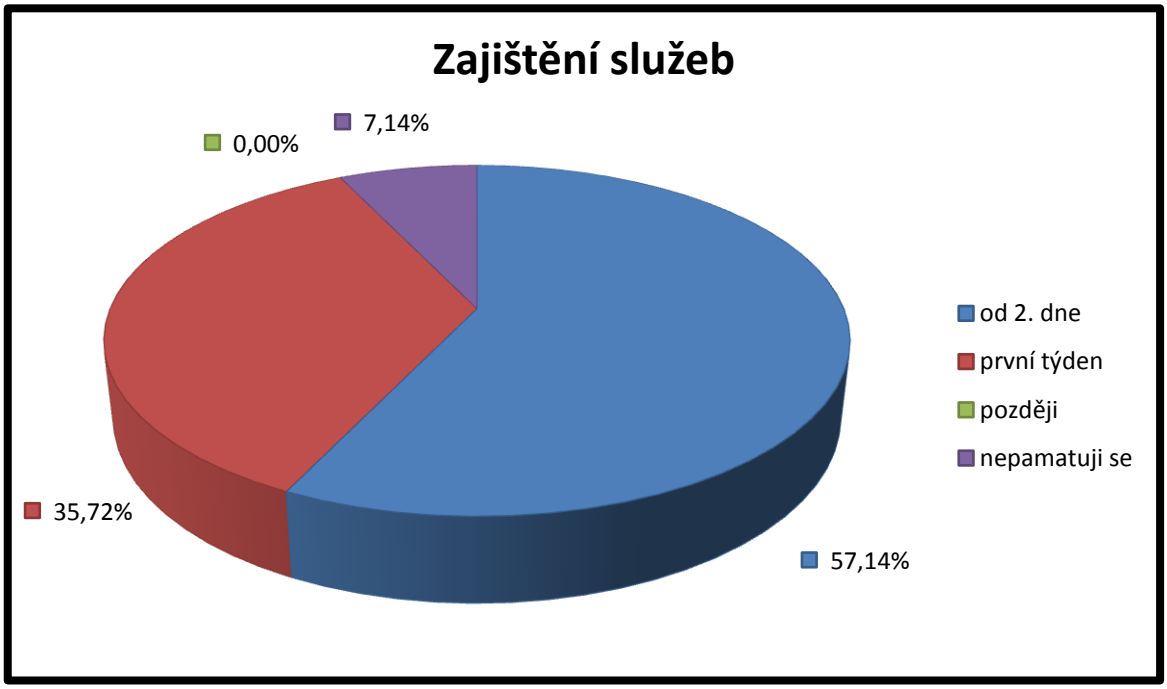
V tabulce č. 32 a v grafu č. 20 se zjišťuje, zda pracovník domácí péče poskytl respondentům před propuštěním z nemocnice dostatečné informace. Odpovědi určují i kvalitu informací. 50,00 % respondentů udávají, že jim byly poskytnuty základní informace a 50,00 % respondentů tvrdí, že jim bylo poskytnuto hodně informací.

Položka č. 14 – Kdy byly zajištěny služby domácí péče?

Tabulka č. 33 – Zajištění služeb

Zajištění služeb	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
od 2. dne	8	57,14 %
první týden po propuštění	5	35,72 %
později	0	0,00 %
nepamatuji se	1	7,14 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 21 – Zajištění služeb



Tabulka č. 33 a graf č. 21 dokládá skutečnost, že služby domácí péče byly zajištěny u 57,14 % respondentů od 2. dne. První týden po propuštění z nemocnice byly služby zajištěny u 35,72 % respondentů. 7,14 % respondentů si tuto skutečnost nepamatuje.

Položka č. 15 – Jaké služby využíváte?

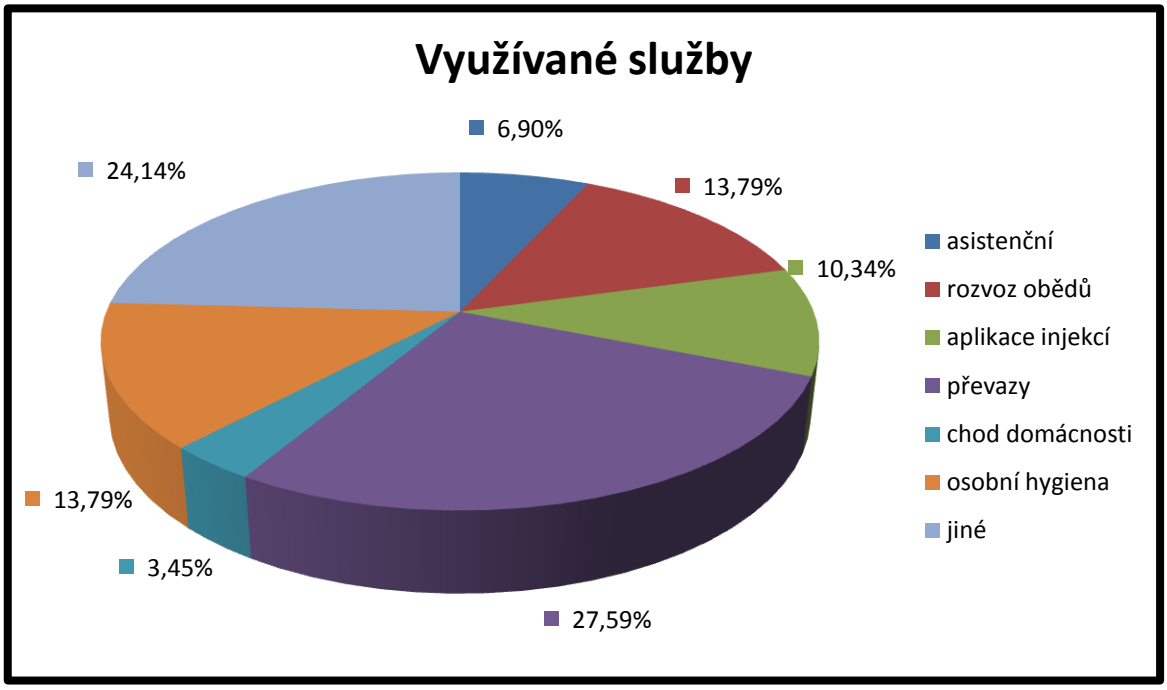
Položka č. 15 je zařazena do otázek polouzavřených. Může se označit více odpovědí a jedna odpověď je doplňující. Absolutní četnost je počet odpovědí.

Tabulka č. 34 – Využívané služby

Využívané služby	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
asistenční	2	6,90 %
rozvoz obědů	4	13,79 %
aplikace injekcí	3	10,34 %
převazy	8	27,59 %
chod domácnosti	1	3,45 %
osobní hygiena	4	13,79 %
jiné	7	24,14 %
celkem	29	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost je počet odpovědí.

Graf č. 22 – Využívané služby



Z tabulky č. 34 a z grafu č. 22 je patné, že asistenční služby využívá 6,90 % respondentů, rozvoz obědů využívá 13,79 % respondentů, aplikace injekcí využívá 10,34 % respondentů, převazy se poskytují 27,59 % respondentů, dopomoc při chodu domácnosti využívají 3,45 % respondentů, dopomoc při osobní hygieně využívá 13,79 % respondentů a v oblasti jiné využívá služby 24,14 % respondentů. Do odpovědi jiné zaznamenali respondenti následující služby:

„Rehabilitační cvičení.“

„Podávání léků.“

„Zajištění léčebného, pitného a stravovacího režimu.“

„Edukace pohybového režimu.“

„Péče o drén.“

„Péče o stomii.“

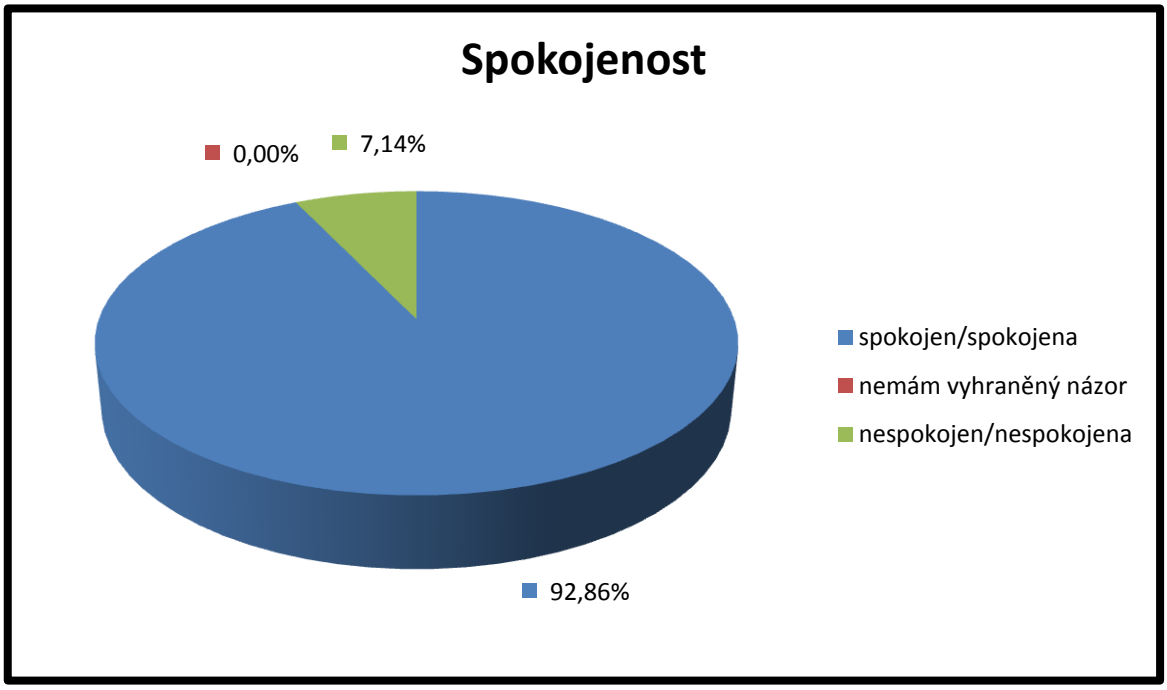
„Podávání infuzí.“

Položka č. 16 – Jste spokojený/spokojená se službami domácí péče?

Tabulka č. 35 – Spokojenost

Spokojenost	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, spokojen/spokojena	13	92,86 %
nemám vyhraněný názor	0	0,00 %
nespokojen/nespokojena	1	7,14 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 23 – Spokojenost



Tabulka č. 35 a graf č. 23 dokládá spokojenost respondentů se službami domácí péče. Spokojeno je 92,86 % respondentů a jen 7,14 % respondentů je nespokojeno.

Položka č. 17 – Pokud nejste spokojen/ spokojena, napište, jaké služby Vám schází, nebo uveďte důvod nespokojenosti.

Položka č. 17 je otevřená otázka. Odpovídá pouze 7, 00% respondentů, kteří v předcházející položce odpověděli záporně. Nejčastější odpovědi:

„Nedostatek obvazového materiálu.“

„Měli by převazy provádět častěji.“

„Potřeboval bych někoho, s kým bych mohl hovořit o všem.“

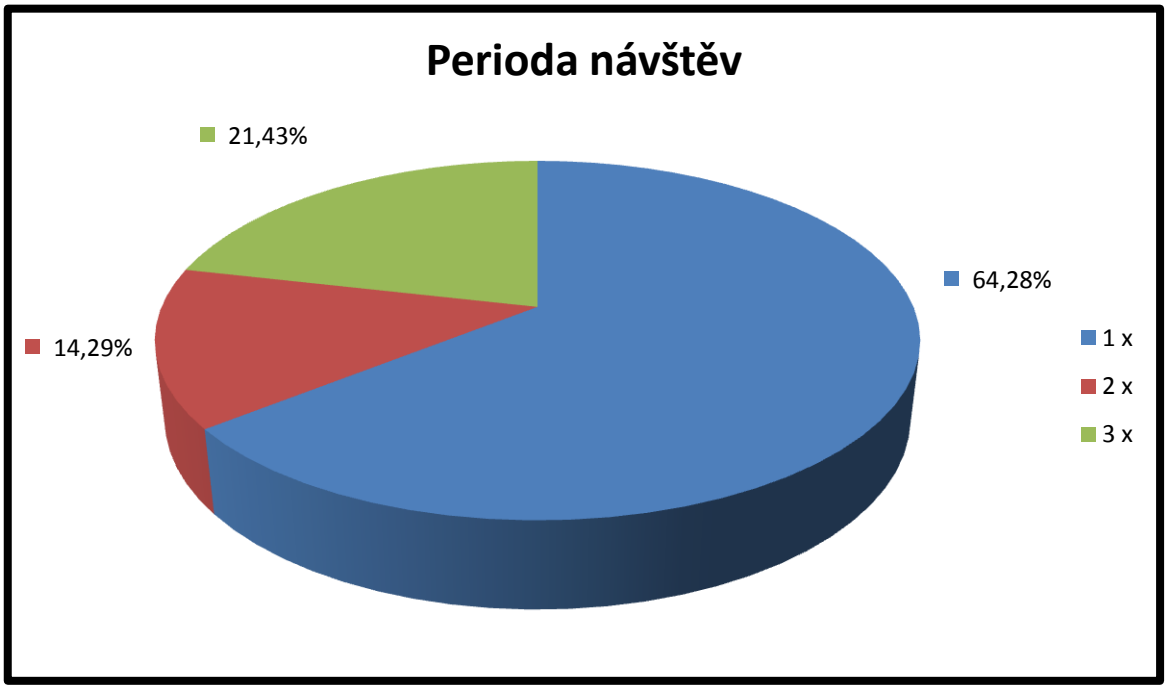
„Potřebuji navštívit dceru na tři dny a chtěla bych, aby sestra jela se mnou.“

Položka č. 18 – Kolikrát denně k Vám přichází zaměstnanec domácí péče?

Tabulka č. 36 – Perioda návštěv

Perioda návštěv	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1x	9	64,28 %
2x	2	14,29 %
3x	3	21,43 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 24 – Perioda návštěv



Z tabulky č. 36 a z grafu č. 24 vyplývá, že zaměstnanec domácí péče přichází 1x denně k 64,28 % respondentů, 2x denně přichází k 14,29 % respondentů a 3x denně přichází ke 21,43 % respondentům.

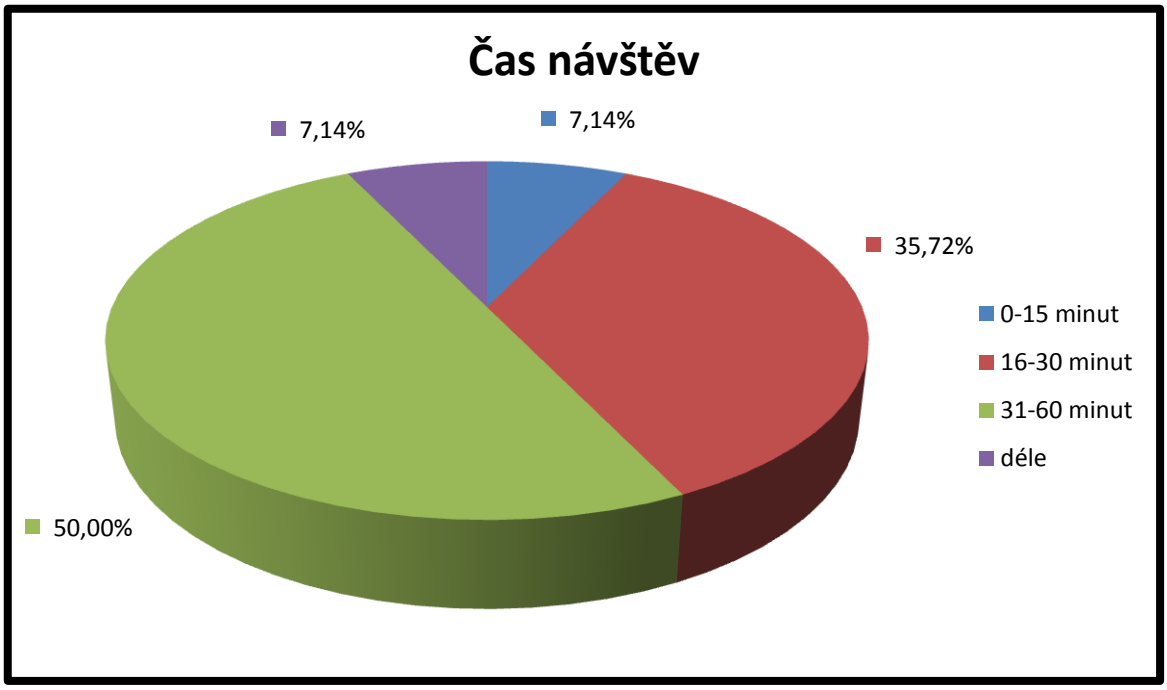
Položka č. 19 – Jak dlouho se Vám věnuje?

Položka polouzavřená. Respondent si vybírá z nabídnutých odpovědí. Jedna odpověď je doplňková.

Tabulka č. 37 – Čas návštěv

Čas návštěv	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0-15 minut	1	7,14 %
16-30 minut	5	35,72 %
31-60 minut	7	50,00 %
déle	1	7,14 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 25 – Čas návštěv



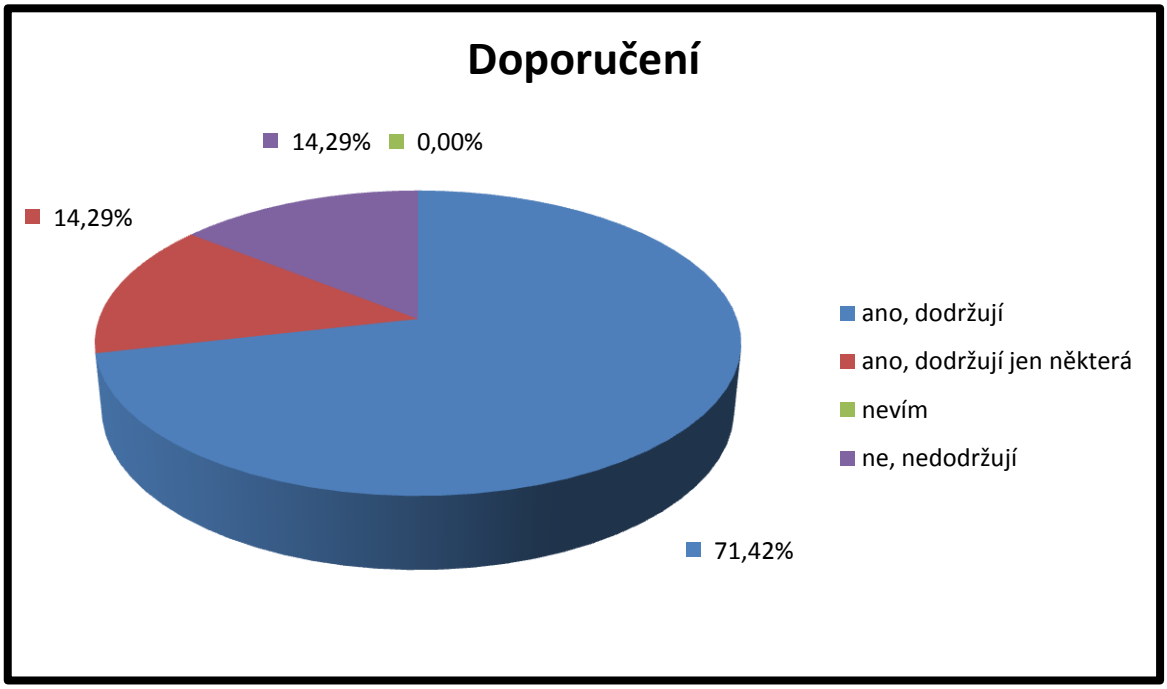
V tabulce č. 37 a v grafu č. 25 se udává, jak dlouho se respondentům zaměstnanec domácí péče věnuje. 7,14 % respondentů udává 0-15 minut, 35,72 % respondentů udává 16-30 minut, 31-60 minut udává 50,00 % respondentů a déle udává 7,14 % respondentů. V odpovědi déle je uvedeno 90 minut.

Položka č. 20 – Dodržují sestry domácí péče doporučení z nemocnice?

Tabulka č. 38 – Doporučení

Doporučení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, dodržují	10	71,42 %
ano, dodržují jen některá	2	14,29 %
nevím	0	0,00 %
ne, nedodržují	2	14,29 %
celkem	14	100,00 %

Graf č. 26 - Doporučení



Z tabulky č. 38 a z grafu č. 26 je zřejmé, že sestry domácí péče dodržují doporučení z nemocnice na 71,42 %, jen některá doporučení dodržuje 14,29 % sester a rovněž 14,29 % sester doporučení z nemocnice nedodržuje.

Položka č. 21 – Zapojuje se do péče o Vás i někdo jiný?

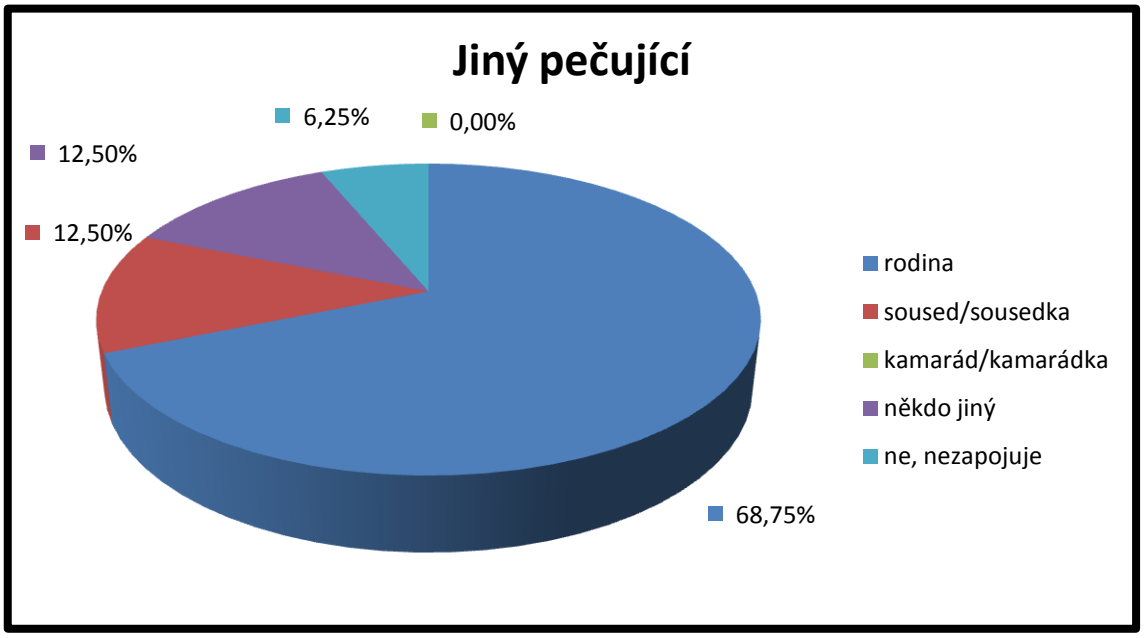
Položka polouzavřená. Jedna z odpovědí se dá doplnit. Respondent může zvolit více odpovědí. Absolutní četnost je počet odpovědí.

Tabulka č. 39 – Jiný pečující

Jiný pečující	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
rodina	11	68,75 %
soused/sousedka	2	12,50 %
kamarád/kamarádka	0	0,00 %
někdo jiný	2	12,50 %
ne, nezapojuje	1	6,25 %
celkem	16	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost je počet odpovědí.

Graf č. 27 – Jiný pečující



Tabulka č. 39 a graf č. 27 mapuje, zda se do péče o respondenty zapojuje i někdo jiný. O 68,75 % respondentů pečuje i rodina a o 12,50 % respondentů pečuje i soused nebo sousedka. O 6,25 % respondentů pečuje pouze domácí péče. V 12,50 % pečuje o respondenty někdo jiný. Udávají druha, pracovnici městského úřadu a členky místního klubu důchodců.

Položka č. 22 – Pokud ano, uveďte, jak se o vás stará.

Položka se řadí mezi otevřené otázky. Cituji některá jejich tvrzení:

„Dcera mě umývá.“

„Syn mi dává léky.“

„Dcera dělá celodenní péči.“

„Sousedka mi nakupuje.“

„Syn mě vozí k lékaři.“

„Manželka mě vaří a krmí mě.“

„Paní z úřadu mi nosí oběd a krmí mě.“

„Členky klubu mě vozí na setkání.“

„Matka mi žehlí.“

„Družka mě pere.“

„vnučka mě ostříhá a oholí “

„Sestra mi čte.“

5.1.3 Dotazník pro všeobecné sestry nemocnice

Položka č. 1 – Pohlaví.

Tabulka č. 40 - Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
muž	0	0,00 %
žena	41	100,00 %
celkem	41	100,00 %

Tabulka č. 40 dokazuje, že výzkumu se zúčastnily ve stoprocentním zastoupení.

Položka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Položka č. 2 se přiřazuje k otázkám polouzavřeným. Respondent si vybírá odpověď z nabídnutých možností. Jedna odpověď nabízí doplnění.

Tabulka č. 41 – Nejvyšší vzdělání

Nejvyšší vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
středoškolské s maturitou	32	78,05 %
vysokoškolské (Bc.)	3	7,32 %
vysokoškolské (Mgr.)	1	2,43 %
jiné	5	12,20 %
celkem	41	100, 00 %

Tabulka č. 41 udává nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Středoškolské vzdělání s maturitou má 78,05 % respondentů. Vysokoškolské vzdělání (Bc.) má 7,32 % dotazovaných, vysokoškolského vzdělání (Mgr.) dosáhli 2,43 % respondentů. 12,20 % respondentů udává jiné vzdělání. V této položce uvedli respondenti středoškolské vzdělání bez maturity, vyšší zdravotnickou školu a pomaturitní studium sester.

Položka č. 3 – Kolik let již pracujete v oboru?

Tabulka č. 42 – Počet let v oboru

Počet let v oboru	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 1 roku	1	2,44 %
1-5 let	6	14,63 %
6-10 let	8	19,52 %
11-20 let	17	41,46 %
21 let a více	9	21,95 %
celkem	41	100,00 %

V tabulce č. 42 se objevují údaje o počtu odpracovaných let respondentů v oboru. Do 1 roku pracují v oboru 2,44 % respondentů, 1-5 let pracuje 14,63 % respondentů, 6-10 let pracuje v oboru 19,52 % respondentů, 11-20 let pracuje v oboru 41,46 % respondentů a 21 let a více pracuje v oboru 21,95 % respondentů.

Položka č. 4 – Jste registrována dle zákona č. 105/2011 Sb.?

Tabulka č. 43 – Registrace

Registrace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, jsem registrována	36	87,50 %
nevím	0	0,00 %
ne, nejsem registrována	5	12,50 %
celkem	41	100,00 %

V tabulce č. 43 je uvedeno, že 36,00 % dotazovaných respondentů je registrováno dle zákona č. 55/2011 Sb. Jen 12,00 % registrováno není.

Položka č. 5 – Kde pracujete?

Položka se řadí do polouzavřených otázek. Respondent může označit nabízené možnosti nebo může využít nabízenou doplňující odpověď.

Tabulka č. 44 – Pracoviště

Pracoviště	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
oddělení následná péče	15	35,71 %
interní oddělení	11	26,19 %
chirurgické oddělení	10	23,81 %
jiné	6	14,29 %
celkem	41	100, 00 %

Z tabulky č. 44 je zřejmé, že na oddělení následné ošetřovatelské péče pracuje 35,71 % respondentů, na interním oddělení pracuje 26,19 % respondentů, 23,81 % respondentů pracuje na chirurgickém oddělení a 14,29 % respondentů uvedlo, že pracuje na jiném oddělení. V tomto případě se jedná o plicní oddělení, kožní oddělení, infekční oddělení, oddělení následné rehabilitační péče, plicní ambulance a chirurgická ambulance.

Položka č. 6 – Znáte nějakou domácí péči ve Vašem regionu?

Tabulka č. 45 – Znalost domácí péče

Znalost domácí péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, znám	41	100,00 %
ne, neznám	0	0,00 %
celkem	100, 00 %	100,00 %

Tabulka č. 45 dokazuje, že 100,00 % respondentů zná ve svém regionu nějakou domácí péči.

Položka č. 7 – Víte, jaké služby domácí péče nabízí?

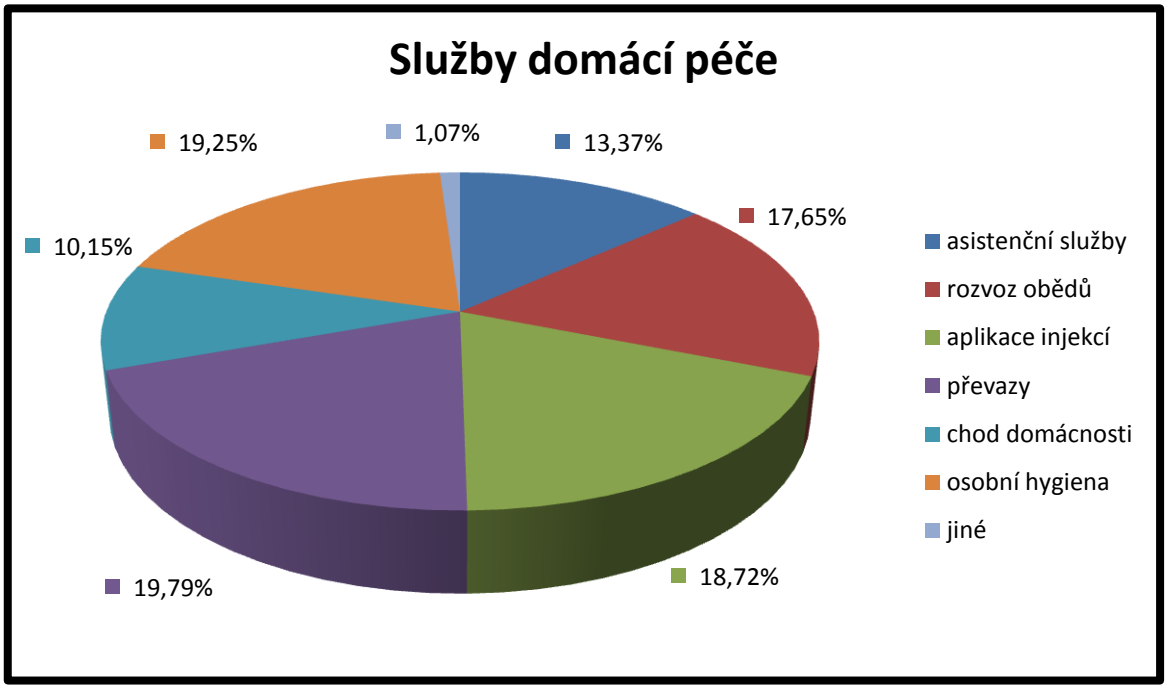
Opět polouzavřená otázka. Všechny odpovědi jsou správné. Jedna odpověď je doplňující. Absolutní četnost je počet správných odpovědí.

Tabulka č. 46 – Služby domácí péče

Služby domácí péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
asistenční služby	25	13,37 %
rozvoz obědů	33	17,65 %
aplikace injekcí	35	18,72 %
převazy	37	19,79 %
chod domácnosti	19	10,15 %
osobní hygiena	36	19,25 %
jiné	2	1,07 %
celkem	187	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost je počet správných odpovědí.

Graf č. 28 – Služby domácí péče



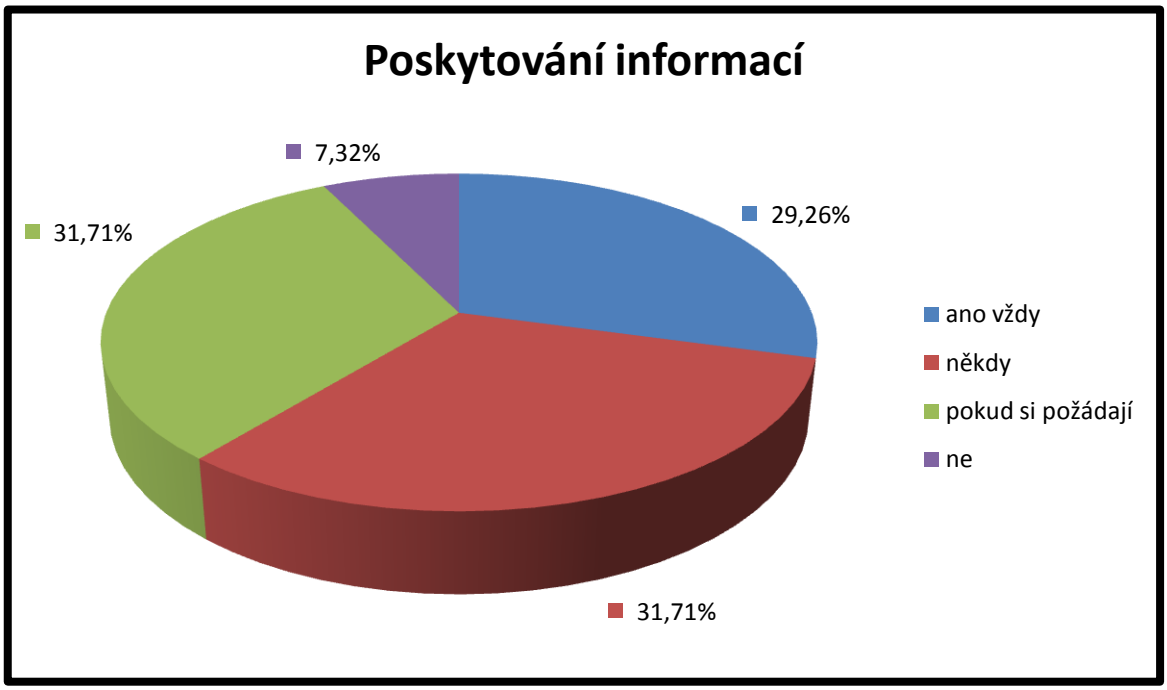
Tabulka č. 46 a graf č. 28 udává, jaké služby nabízí domácí péče. Respondenti si myslí, že domácí služby nabízí asistenční služby v 13,37 %, rozvoz obědů v 17,65 %, aplikace injekcí v 18,72 %, převazy v 19,79 %, dopomoc při chodu domácnosti zajišťují v 10,15 %, dopomoc při osobní hygieně zajišťují v 19,25 % a jiné výkony zajišťují v 1,07 %. Do odpovědi jiné doplnili respondenti tyto výkony: aplikace infuzí, péče o stomie a péče o pacienty v terminálním stadiu.

Položka č. 8 – Informujete pacienty Vašeho oddělení a jejich příbuzné o možnosti využití těchto služeb domácí péče?

Tabulka č. 47 – Poskytování informací

Poskytování informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, vždy	12	29,26 %
ano, ale někdy	13	31,71 %
pokud si o to požádají	13	31,71 %
ne	3	7,32 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 29 – Poskytování informací



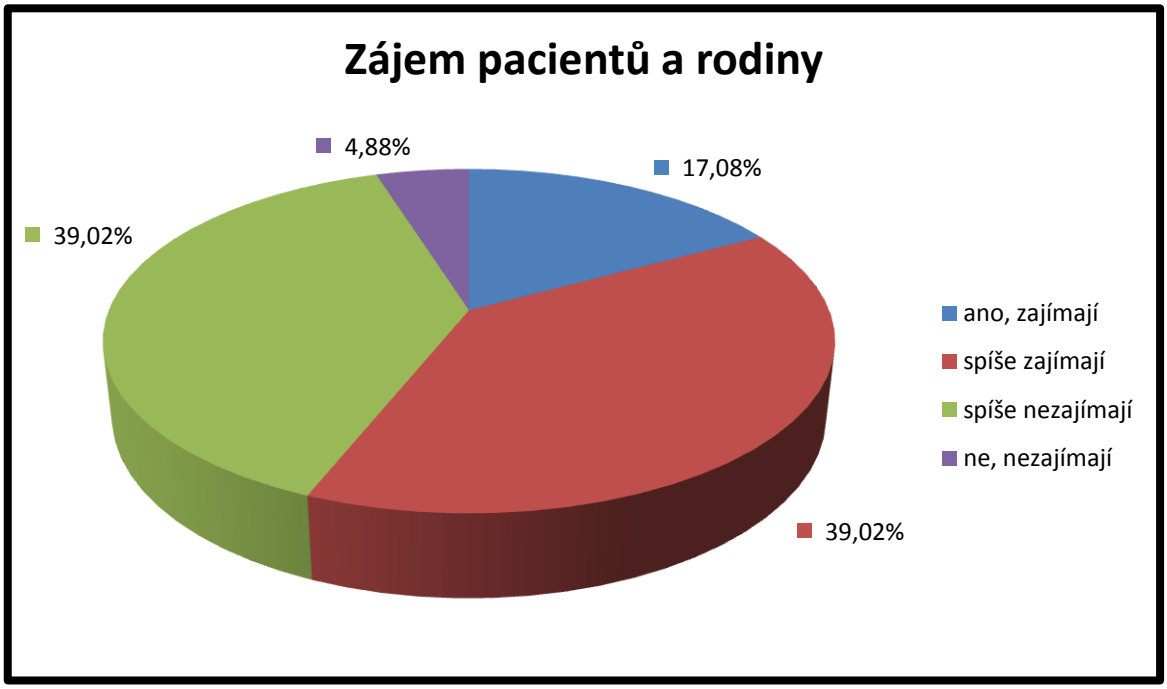
Z tabulky č. 47 a z grafu č. 29 vyplývá, že vždy své pacienty a jejich příbuzné informují o nabízených službách domácí péče 29,26 % respondentů, někdy informuje 31,71 % respondentů, 31,71 % respondentů informuje jen, když je o to požádají a 7,32 % neinformuje vůbec.

Položka č. 9 – Zajímají se pacienti a jejich příbuzní o využití těchto služeb?

Tabulka č. 48 – Zájem pacientů a rodiny

Zájem pacientů a rodiny	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, zajímají	7	17,08 %
spíše zajímají	16	39,02 %
spíše nezajímají	16	39,02 %
ne, nezajímají	2	4,88 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 30 – Zájem pacientů a rodiny



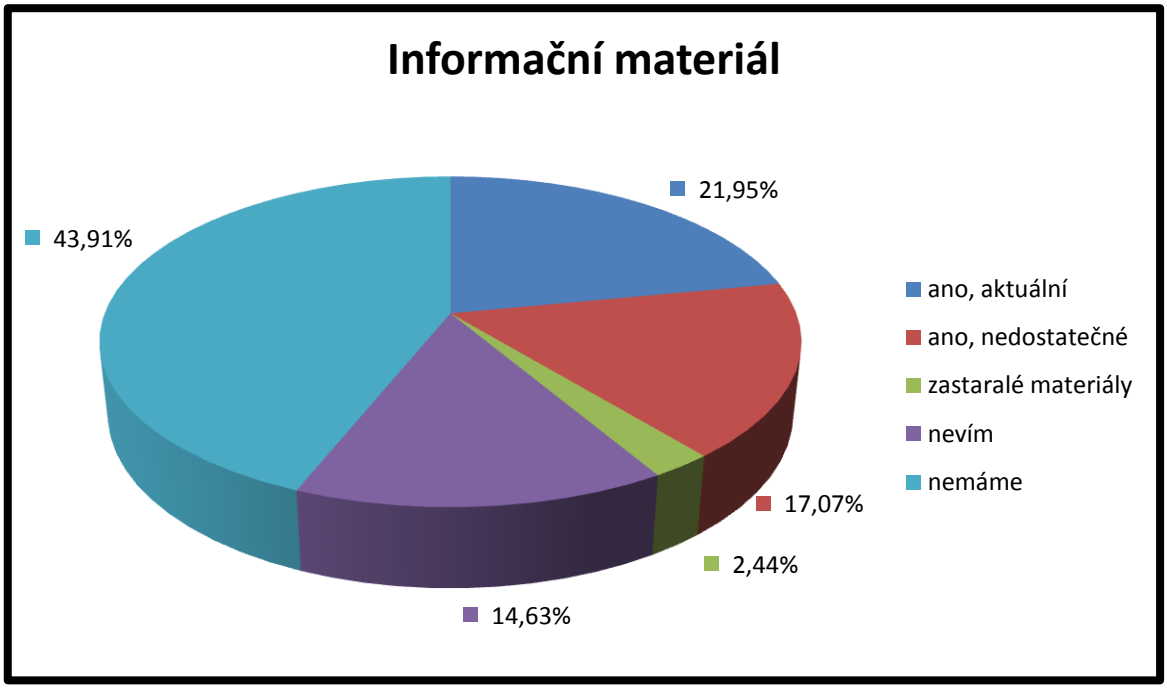
V tabulce č. 48 a v grafu č. 30 se zaznamenává, zda se pacienti a jejich příbuzní zajímají o využití nabízených služeb domácí péče. Bylo zjištěno, že se zajímá 17,08 % pacientů a jejich příbuzných, spíše se zajímá 39,02 % pacientů a jejich příbuzných, spíše se nezajímá 39,02 % pacientů a jejich příbuzných a nezajímá se 4,88 % pacientů a jejich příbuzných.

Položka č. 10 – Máte k dispozici informační materiál o službách domácí péče?

Tabulka č. 49 – Informační materiál

Informační materiál	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, aktuální	9	21,95 %
ano, nedostatečné	7	17,07 %
zastaralé materiály	1	2,44 %
nevím	6	14,63 %
nemáme	18	43,91 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 31 – Informační materiál



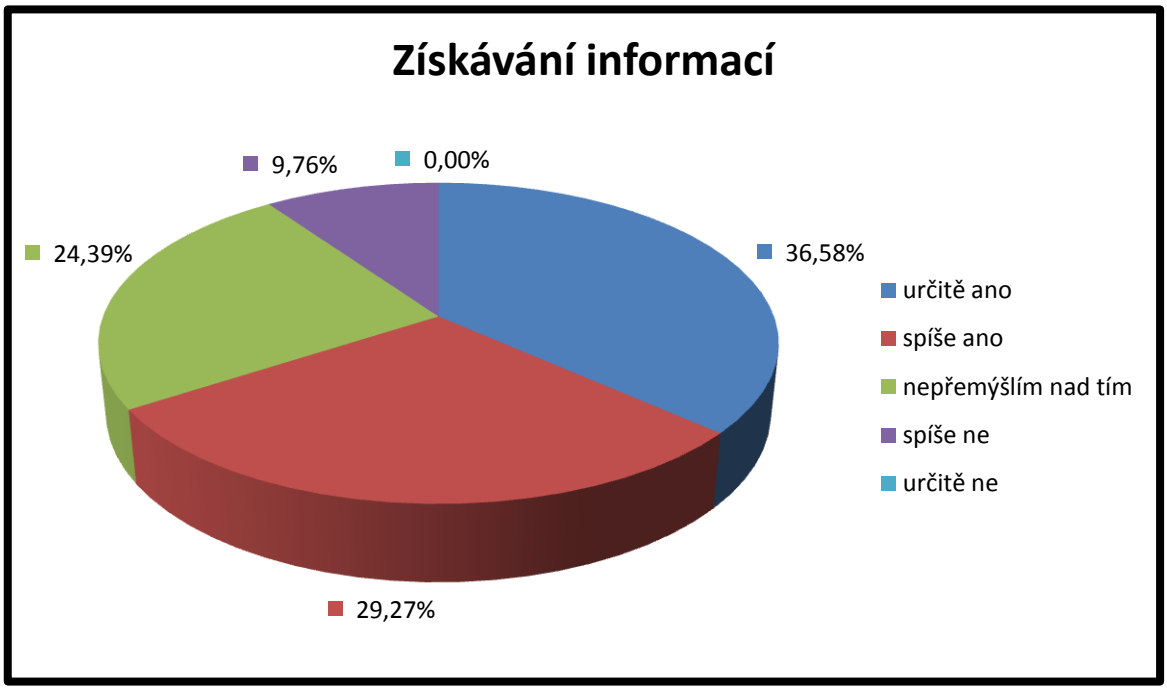
Z tabulky č. 49 a z grafu č. 31 je zřejmé, že 21, 95 % respondentů má aktuální informační materiál o službách domácí péče, 17,07 % respondentů má nedostatek informačního materiálu, 2,44 % respondentů má zastaralé informace, zda mají informační materiál, neví 14,63 % dotázaných a 43,91 % respondentů udává, že nemá žádný informační materiál.

Položka č. 11 – Máte zájem o získávání informací o práci a nabízených službách domácí péče?

Tabulka č. 50 – Získávání informací

Získávání informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
určitě ano	15	36,58 %
spíše ano	12	29,27 %
nepřemýšlím nad tím	10	24,39 %
spíše ne	4	9,76 %
určitě ne	0	0,00 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 32 – Získávání informací



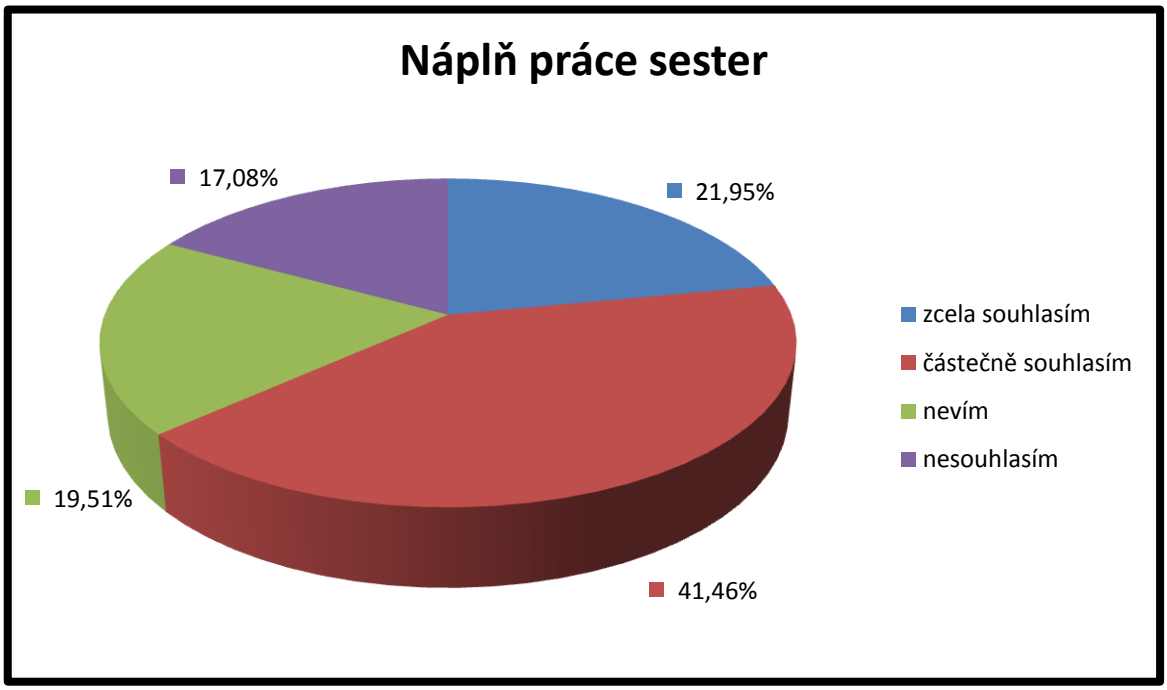
Tabulka č. 50 a graf č. 32 udává skutečnost, zda mají sestry zájem o získávání informací o práci a o službách domácí péče. Určitě ano, chce získávat nové informace 36,58 % respondentů. Spíše ano, chce získávat informace 29,27 % respondentů. Nepřemýšlí o tom 24,39 % respondentů. Spíše se nechce vzdělávat 9,76 % respondentů.

Položka č. 12 – Souhlasíte s tím, že náplň práce všeobecných sester ukládá povinnost informovat pacienty a příbuzné o využívání služeb domácí péče?

Tabulka č. 51 – Náplň práce sester

Náplň práce sester	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
zcela souhlasím	9	21,95 %
částečně souhlasím	17	41,46 %
nevím	8	19,51 %
nesouhlasím	7	17,08 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 33 – Náplň práce sester



Tabulka č. 51 a graf č. 33 zkoumají, zda náplň práce sester ukládá povinnost informovat pacienty a příbuzné o službách domácí péče. S touto skutečností souhlasí 21,95 % respondentů, částečně souhlasí 41,46 % respondentů, neví 19,51 % respondentů a nesouhlasí 17,08 % respondentů.

Položka č. 13 – Kdo pacienty a jejich příbuzné informuje o službách a práci domácí péče?

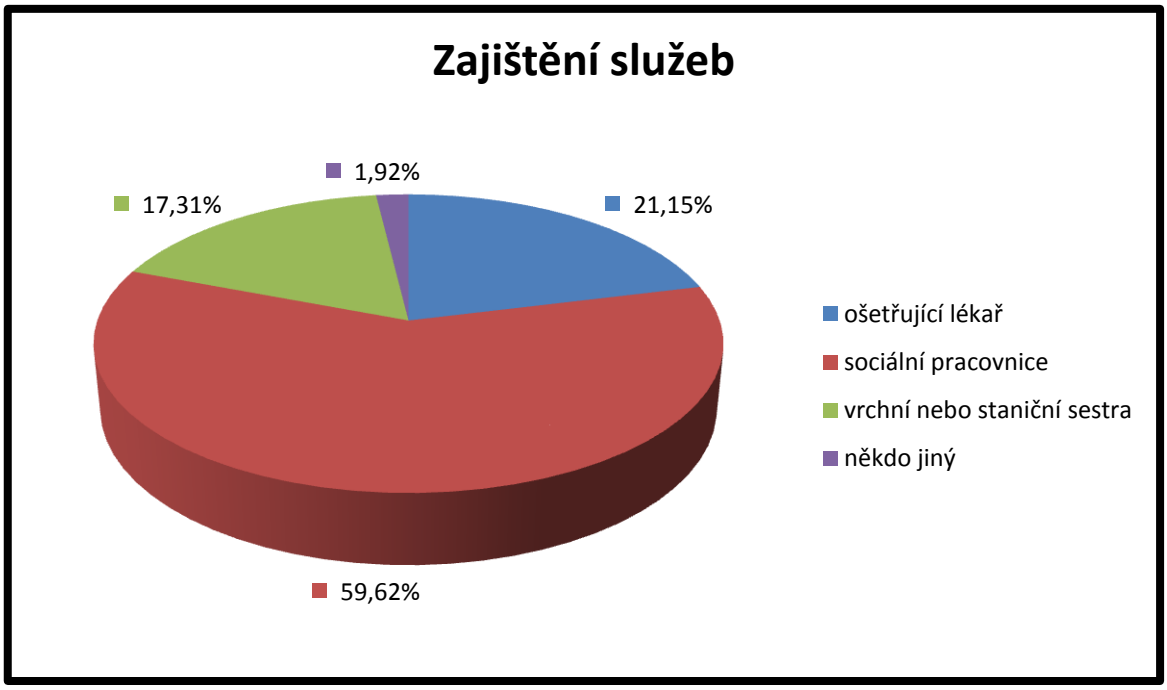
Položka je polouzavřená otázka. Označit se může více odpovědí. Obsahuje doplňující otázku. Absolutní četnost rovná se počtu odpovědí.

Tabulka č. 52 – Zajištění služeb

Zajištění služeb	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ošetřující lékař	11	21,15 %
sociální pracovnice	31	59,62 %
vrchní nebo staniční sestra	9	17,31 %
někdo jiný	1	1,92 %
celkem	52	100,00 %

Poznámka: Absolutní četnost počet odpovědí.

Graf č. 34 – Zajištění služeb



Tabulka č. 52 a graf č. 34 udávají, že služby domácí péče v nemocnici zajišťuje ošetřující lékař ve 21,15 %, sociální pracovnice zajišťuje služby v 59,62 %, vrchní a staniční sestra zajišťuje služby v 17,31 % a někdo jiný zajišťuje služby v 1,92 %. V tomto případě jsou uvedeni rodinní příslušníci a praktický lékař.

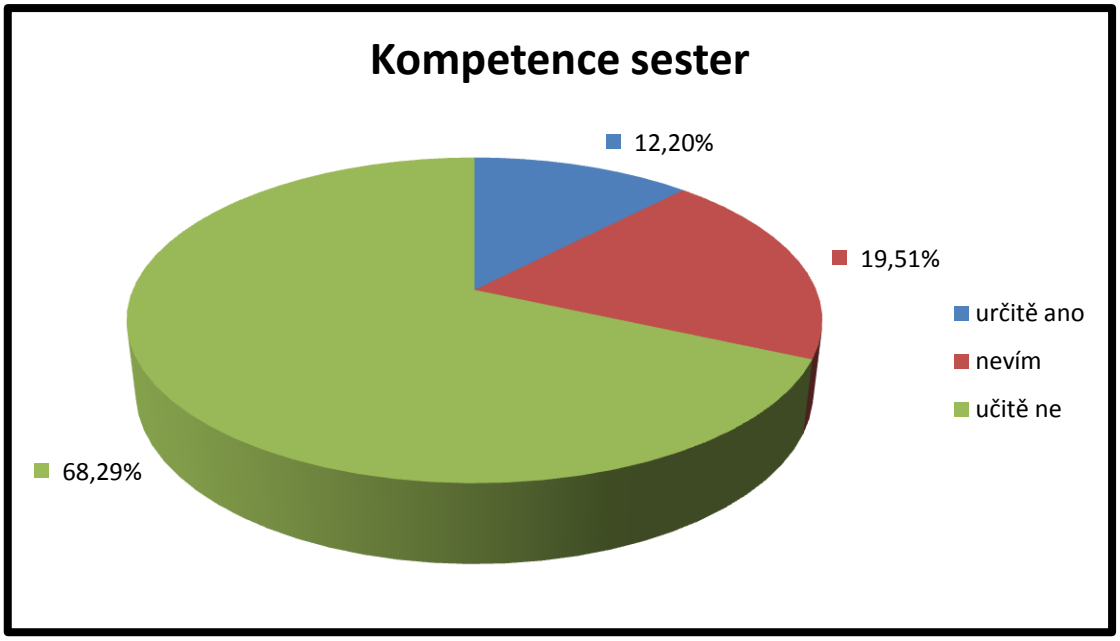
Položka č. 14 - Je ve Vaší kompetenci kontaktovat pracovníka domácí péče a zajistit pacientovi požadovanou službu?

Položka se řadí mezi polouzavřené otázky. Pokud respondent odpoví ne, je vyzván k doplnění. Uveďte, kdo má tyto kompetence.

Tabulka č. 53 – Kompetence sester

Kompetence sester	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
určitě ano	5	12,20 %
nevím	8	19,51 %
určitě ne	28	68,29 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 35 – Kompetence sester



V tabulce č. 53 a v grafu č. 35 sestry odpovídají na otázku, zda je v jejich kompetenci kontaktovat pracovníky domácí péče a zajistit pacientovi požadovanou službu. 12,20 % respondentů si myslí, že je to v jejich kompetenci, 19,51 % neví, zda je to v jejich kompetenci a 68,29 % respondentů je přesvědčeno, že to v jejich kompetencích není a dodávají, že tyto kompetence má ošetřující lékař, sociální pracovník, vrchní nebo staniční sestra a rodinní příslušníci.

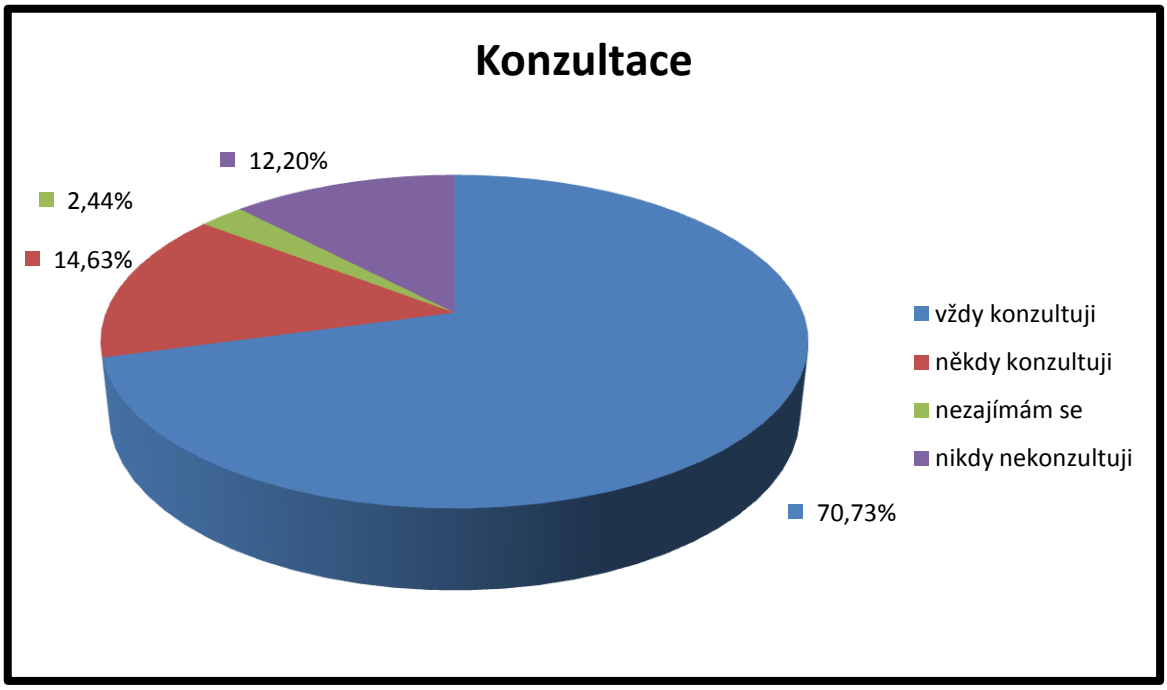
Položka č. 15 – Zjistíte – li, že pacient není schopen se sám o sebe postarat po propuštění z nemocnice, co uděláte?

Polouzavřená otázka. Dvě otázky jsou doplňující.

Tabulka č. 54 – Konzultace

Konzultace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vždy konzultuji	29	70,73 %
někdy konzultuji	6	14,63 %
nezajímám se	1	2,44 %
nikdy nekonzultuji	5	12,20 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 36 – Konzultace



Z tabulky č. 54 a z grafu č. 36 je zřejmé, že 70,73 % respondentů vždy konzultuje výše zjištěnou situaci pacienta, někdy konzultuje 14,63 %, o tuto skutečnost se nezajímají 2,44 % respondentů a nikdy nekonzultuje 12,20 % dotázaných.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že konzultují tuto situaci s ošetřujícím lékařem, sociální pracovnicí, vrchní nebo staniční sestrou a rodinnými příslušníky.

Položka č. 16 – Znáte některé bývalé pacienty, kteří využili služby domácí péče?

Tabulka č. 55 - Pacienti

Pacienti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
znám, hodně	20	48,78 %
znám, jen několik	14	34,15 %
nezajímám se	3	7,32 %
neznám	4	9,75 %
celkem	41	100,00 %

Tabulka č. 55 vypovídá o tom, že 48,78 % respondentů zná hodně bývalých pacientů, kteří využívají služby domácí péče, 34,15 % respondentů zná jen několik takových pacientů, 7,32 % se o tuto skutečnost nezajímá a 9,75 % nezná takové pacienty.

Položka č. 17 – Znáte někoho ze svého okolí, kdo služby domácí péče nevyužívá, ale potřeboval by je?

Tabulka č. 56 – Pacienti nevyužívající služby

Pacienti nevyužívající služby	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, znám	21	51,22 %
nejsem si jista	11	26,83 %
ne, neznám	9	21,95 %
celkem	41	100,00 %

Tabulka č. 56 ukazuje, že 51,22 % respondentů zná ve svém okolí někoho, kdo služby domácí péče nevyužívá, potřebovali by je. 26,83 % z respondentů si není jisto, zda takové lidi zná a 21,95 % takové lidi nezná.

Položka č. 18 – Pokud ano, víte, proč je nevyužívá?

Položka je otevřená otázka. Mnohé odpovědi jsou stejné, proto cituji některé z nich:

„Finanční otázka.“

„Nejsou schopni si sami si tyto služby zajistit.“

„Nezájem rodinných příslušníků.“

„Nedostatek informací.“

„Nedůvěřují cizím lidem.“

„Raději se nechají hospitalizovat.“

„Demence.“

„Nechce nikoho obtěžovat.“

„Myslí si, že vše zvládnou sami a neuvědomují si, že už nejsou schopni se o sebe postarat.“

„Považují to za ostudu svou i rodiny.“

„Jsou zlí na celý svět.“

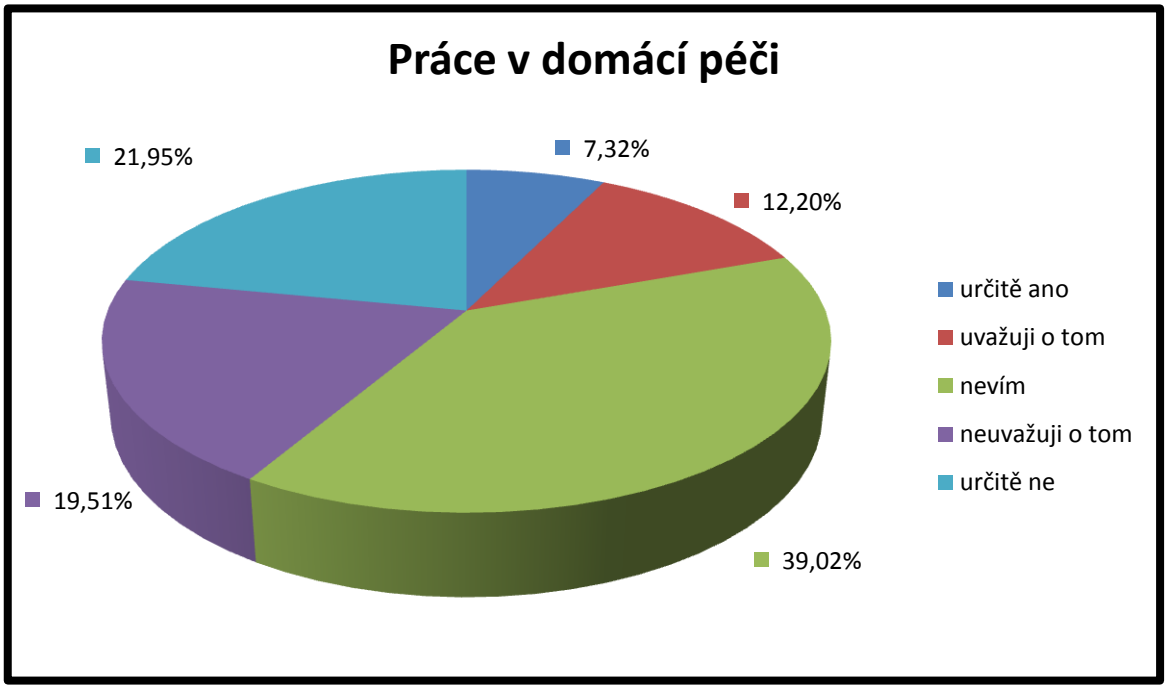
Položka č. 19 – Chtěla byste pracovat jako všeobecná sestra v domácí péči?

Otázka polouzavřená. Zde respondenti odůvodňují své rozhodnutí.

Tabulka č. 57 – Práce v domácí péči

Práce v domácí péči	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
určitě ano	3	7,32 %
uvažuji o tom	5	12,20 %
nevím	16	39,02 %
neuvažuji o tom	8	19,51 %
určitě ne	9	21,95 %
celkem	41	100,00 %

Graf č. 37 – Práce v domácí péči



Z tabulky č. 57 a z grafu č. 37 vyplývá, že pracovat v domácí péči by chtělo 7,32 % respondentů, uvažuje o tom 12,20 % respondentů, neví 39,02 % respondentů, neuvažuje o tom 19,51 % respondentů a určitě by nechtělo v domácí péči pracovat 21,95 % respondentů.

Pro lepší přehlednost udávám odpovědi respondentů do tabulky.

Tabulka č. 58 - Důvody

Ano	Ne
„Práce v domácí péči je důležitá.“	„Práce v terénu.“
„Může se více věnovat lidem.“	„Samostatné rozhodování a jednání.“
„Lepší finanční ohodnocení.“	„Řidičský průkaz.“
„Práce na jednu směnu.“	„Vyhovuje mi práce na oddělení.“
„Lepší pracovní podmínky.“	„Můj vyšší věk.“
„Časová nezávislost.“	„Mám stálou práci.“
	„Jsem spokojená tam, kde jsem.“

Položka č. 20 – Napište stručně, v čem si myslíte, že se liší práce všeobecné sestry, která pracuje v nemocnici a práce všeobecné sestry, která pracuje v domácí péči.

Položka otevřená. Cituji nejčastější odpovědi:

Práce v nemocnici.

„V nemocnici jsme pod dozorem.“

„Třísměnný provoz.“

„Moc pacientů.“

„Málo času na pacienta.“

„Práce v uzavřeném prostředí.“

„Akutní péče a odborná péče.“

„Máme mnoho pomůcek.“

„V nemocnici si sester více váží.“

„Sestry musí být vzdělanější.“

Práce v domácí péči.

„V domácí péči je větší volnost.“

„Vyžaduje se samostatnost a odpovědnost.“

„Je tam více času na pacienta.“

„Preferuje se individuální přístup.“

„Je tam nedostatečná péče.“

„Mají více času na pacienta, protože mají málo pacientů.“

„Práce na jednu směnu.“

„Vykonávají pouze ošetřovatelskou péči.“

„Práce v terénu, v domácím prostředí.“

„V domácí péči volná pracovní doba.“

„Musí mít řidičský průkaz.“

„Málo pomůcek.“

Položka č. 21 – Co navrhujete pro zlepšení spolupráce mezi nemocnicemi a domácí péčí.

Otázka otevřená. Cituji některé odpovědi:

„Více informací ze strany domácí péče.“

„Více informačního materiálu.“

„Zlepšit práci sociálního pracovníka.“

„Lepší spolupráce s našimi vedoucími pracovníky.“

„Uspořádat seminář o práci domácí péče.“

„Externí pracovník domácí péče v nemocnici.“

6 DISKUZE

V mé bakalářské práci s názvem Návaznost ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice se zabývám problematikou, zda a jak je zajištěna návaznost ošetřovatelské péče po propuštění do domácí péče. Na začátku této práce jsem si vytýčila šest dílčích cílů, na jejichž podkladě jsem vytvořila tři dotazníky. Dotazník pro všeobecné sestry domácí péče (dotazník I), dotazník pro klienty domácí péče (dotazník II) a dotazník pro všeobecné sestry nemocnice (dotazník III).

Cíl č. 1 - Zjistit, zda byli respondenti informováni před propuštěním z nemocnice o možnosti využití služeb domácí péče, jak byli informováni a kdo je informoval.

V dotazníku I se k tomuto cíli vztahuje položka č. 16. Všeobecné sestry domácí péče zde měly zhodnotit informace, které jejich klientům poskytli v nemocnici. Hodně informací má 7,14 % klientů, základní informace má 42,86 % klientů, minimum informací má 42,86 % klientů a 7,14 % klientů nemá informace.

V dotazníku II se k tomuto cíli vztahovaly položky č. 8, 9, 10, 11, 12 a 13. Nejprve jsem zjišťovala, zda někdo v nemocnici doporučil respondentům možnost využít služby domácí péče. 50,00 % respondentů bylo v nemocnici informováno o možnosti využití služeb domácí péče. Neinformováno bylo 21,43 % respondentů a 28,57 % respondentů si tuto skutečnost nepamatuje, ale vzhledem k jejich vyššímu věku a delší době od propuštění, tato skutečnost nevylučuje možnost, že byli informováni. V nemocnici doporučil respondentům služby domácí péče lékař ve 26,67 %, sestra doporučila služby domácí péče ve 20,00 %, sociální pracovník v 40,00 % a pracovník domácí péče v 13,33 %. Podrobné informace však získali především od rodiny a sociálního pracovníka. Zajímalo mě také, zda kontaktoval respondenty před propuštěním pracovník domácí péče a zda poskytl dostatečné informace. Nasbíraná data dokazují, že kontaktoval 28,57 % respondentů, nepamatuje si 7,14 % respondentů a 64,29 % respondentů udává, že je zaměstnanec domácí péče nekontaktoval. Informovaným respondentům byly podány základní informace a bylo jich hodně. Ale současně udávají, že jim scházely informace o službách, scházeli jim potřebné formuláře, ceník služeb, informace o času a délce péče, o zajištění léků a pomůcek.

V dotazníku III se tímto cílem zabývaly položky č. 8, 9, 12, 13 a 14. Po vyhodnocení jsem zjistila, že vždy své pacienty a jejich příbuzné informuje o nabízených službách domácí péče 29,26 % respondentů, někdy informuje 31,71 % respondentů, 31,71 % respondentů informuje jen, když je o to požádají a 7,32 % neinformuje vůbec. Dle dotazovaných sester

se o tyto informace zajímá 17,08 % pacientů a jejich příbuzných, spíše se zajímá 39,02 % pacientů a jejich příbuzných, spíše se nezajímá 39,02 % pacientů a jejich příbuzných a nezajímá se 4,88 % pacientů a jejich příbuzných. V této souvislosti bylo odhaleno, že sestry nejsou zcela přesvědčeny, zda mají v náplni práce povinnost informovat pacienty a příbuzné o využívání služeb domácí péče. 68,29 % dotazovaných sester si myslí, že není v jejich kompetenci kontaktovat domácí péči a zajišťovat požadované služby. Udávají, že informovat o službách domácí péče, kontaktovat ji a zajišťovat jejich služby má hlavně sociální pracovník, ošetřující lékař a někdy vrchní či staniční sestra.

Cíl č. 2 – Zjistit, zda všeobecné sestry v nemocnici mají informace o práci a službách domácí péče a zda se zajímají o osud pacienta po propuštění.

K tomuto cíli se vztahují položky č. 6, 7, 10, 11, 15, 16, 17 a 18 v dotazníku III. Všechny sestry v nemocnici znají ve svém regionu nějakou domácí péči a myslí si, že nabízí asistenční služby v 13,37 %, rozvoz obědů v 17,65 %, aplikace injekcí v 18,72 %, převazy v 19,79 %, dopomoc při chodu domácnosti zajišťují v 10,15 %, dopomoc při osobní hygieně zajišťují v 19,25 % a jiné výkony zajišťují v 1,07 %. Do kategorie jiné výkony zařadily péči o stomie, aplikace infuzí a péči o pacienta v paliativním stadiu. Z čehož se dá usoudit, že jejich informace jsou jen všeobecné a neznají všechny služby a výkony, které mohou komunitní sestry zajistit. Dále bylo zjištěno, v nemocnici nemají sestry dostatek aktuálního informačního materiálu. Některé sestry vůbec neví, zda takové materiály mají. Mají však zájem o získávání informací o práci a službách domácí péče. Určitě ano, chce získávat nové informace 36,58 % respondentů. Spíše ano, chce získávat informace 29,27 % respondentů. Nepřemýšlí o tom 24,39 % respondentů. Spíše se nechce vzdělávat 9,76 % respondentů. Pokud zjistí, že pacient není schopen se sám o sebe postarat po propuštění z nemocnice, ve většině případů o této skutečnosti informují ošetřujícího lékaře, sociálního pracovníka, staniční nebo vrchní sestru a někdy i rodinné příslušníky. Abych zjistila, zda se sestry skutečně zajímají o osud pacienta po propuštění, položila jsem několik doplňujících otázek, z nichž vyplynulo, že ve svém okolí znají hodně pacientů, kteří využívají služby domácí péče, ale znají i takové pacienty, kteří tyto služby nevyužívají, ale potřebovali by je. Nejčastějším důvodem nevyužívání služeb domácí péče je nedostatek informací, finanční otázka, nezájem rodiny a neschopnost pacienta posoudit své schopnosti a možnosti. Často nejsou schopni si tyto služby zajistit sami.

Cíl č. 3 - Zjistit, jak získává management domácí péče, klienty, informace o nich, jak probíhá převzetí pacienta do jejich péče a jaké služby nabízí.

Otázky zabývající se tímto cílem jsou obsaženy v dotazníku I. Jsou to položky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 17. Bylo zjištěno, že domácí péče, ve které probíhalo dotazníkové šetření má v současné době 467 klientů a v převážné většině se jedná o klienty převzaté z nemocnice. Klienty doporučuje lékař nemocnice ve 23,40 %, praktický lékař ve 25,53 %, sociální pracovnice ve 25,53 %, sestra nemocnice ve 2,13 %, sestra praktického lékaře taky ve 2,13 %, příbuzný v 18,00 % a klient sám v 8,00 %. Ale domácí péči o propuštění pacienta informuje jen výjimečně. V otázce, zda mají o klientovi převzatém z nemocnice dostatečné informace, se sestry rozcházejí, protože 50 % jich tvrdí, že jsou spíše dostatečné a 50 % jich tvrdí, že jsou spíše nedostatečné. Nejvíce pacientů přichází z oddělení následné péče z interního oddělení a z chirurgického oddělení. Což naznačuje položka č 6 v dotazníku II. O klientovi, převzatém z nemocnice, získávají sestry informace od sociálního pracovníka nemocnice v 17,31 %. Informace získávané od lékaře nemocnice jsou v 1,92 %. Z dokumentace se informace čerpají ve 25,00 %. V 11,53 % informace poskytuje praktický lékař. Příbuzní poskytují informace ve 23,08 % a od vedoucí sestry domácí péče získávají informace ve 3,85 %. Domácí péče nabízí standardní služby, ale ráda bych zde uvedla několik služeb, které komunitní sestry uvedly v doplňující odpovědi. Aplikace infuzí, péče o stomie, odběr biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, péče o drény, klyzma, půjčování pomůcek, měření glykemie a aplikace inzulinu, léčebná rehabilitace, péče o dekubity, péče o pacienty v terminálním stadiu, péče o permanentní žilní katétry, porty, nakládání s opiáty apod.

V dotazníku II jsou k tomuto cíli zaměřeny položky č. 14, 18 a 19. Odpovědi na tyto položky udávají, že služby domácí péče byly zajištěny od druhého dne po propuštění nebo první týden po propuštění. Sestry domácí péče přichází 1x denně k 64,28 % respondentů, 2x denně přichází k 14,29 % respondentů a 3x denně přichází ke 21,43 % respondentům. Klientům se věnují 16-30 minut nebo 31-60 minut.

Cíl č. 4 - Zjistit, jaké služby domácí péče klienti využívají, zda jsou s péčí spokojeni či nespokojeni a zmapovat důvody nespokojenosti.

O tomto cíli vypovídají položky č. 15, 16 a 17 v dotazníku II. Asistenční služby využívá 6,90 % respondentů, rozvoz obědů využívá 13,79 % respondentů, aplikace injekcí využívá 10,34 % respondentů, převazy se poskytují 27,59 % respondentů, dopomoc při chodu

domácnosti využívají 3,45 % respondentů, dopomoc při osobní hygieně využívá 13,79 % respondentů a v oblasti jiné využívá služby 24,14 % respondentů. Do odpovědi jiné zaznamenali respondenti následující služby: rehabilitační cvičení, podávání léků, zajištění léčebného, pitného a stravovacího režimu, péče o drén, péče o permanentní katétry, péče o stomii, aplikace infuzí. Se službami domácí je spokojeno 92,86 % respondentů a jen 7,14 % respondentů je nespokojeno. Nespokojení klienti požadují více obvazového materiálu, častější převazování ran a požadují, aby sestra plnila funkci společnice.

Cíl č. 5 - Zjistit, zda o respondenty pečuje i někdo jiný a jak.

K tomuto cíli se vztahují položky č. 22 a 23 v dotazníku II. Doplňující položky č. 1, 2, 3 a 4 představují klienty domácí péče.

Zkoumaná domácí péče má v současné době více mužů než žen, věk klientů je v převážné většině 70 let a více. Klienti mají základní vzdělání nebo jsou vyučeni. Ve 28,57 % žijí respondenti sami, s manželem nebo manželkou žije 42,86 % respondentů. S dětmi nebo s jejich blízkými bydlí 21,43 % respondentů a 7,14 % jich zaznačilo položku jiný. V tomto případě se jedná o společné bydlení s matkou.

O 68,75 % respondentů pečuje i rodina a o 12,50 % respondentů pečuje i soused nebo sousedka. O 6,25 % respondentů pečuje pouze domácí péče. V 12,50 % pečuje o respondenty někdo jiný. Udávají druha, pracovnici městského úřadu a členky místního klubu důchodců.

Výše uvedení zajišťují klientům celodenní péči v oblasti hygieny, starají se o chod domácnosti, podávají léky a zajišťují doprovod k lékaři nebo doprovod na společenské akce.

Cíl č. 6 - Zjistit, zda všeobecné sestry nemocnice a všeobecné sestry domácí péče spolupracují, zmapovat odlišnost jejich práce.

Otázka spolupráce je řešena v dotazníku I položkami č. 12, 13, 14, 15, 18 a 19.

Bylo zjištěno, že 21,43 % všeobecných sester z nemocnice někdy spolupracuje s respondenty (respondenty jsou zde sestry domácí péče). K této problematice se nechce vyjadřovat 21,43 % dotázaných. Nespolupracuje s respondenty 57,14 % sester z nemocnice. Pokud sestry z nemocnice spolupracují, jedná se zejména o předávání informací o zdravotním stavu klienta, konzultují způsoby převazů, podávání léků a upozorňují na zvláštnosti v péči o klienta. Důkazem spolupráce je i překladová sesterská zpráva. Tuto spolupráci hodnotí komunitní sestry jako dobrou. Ve většině případů si komunitní sestry myslí, že sestry z nemocnice nemají o spolupráci zájem. Položka č. 18 hodnotí naopak spolupráci

komunitních sester se sestrami z nemocnice a je zřejmé, že vždy spolupracuje 7,14 % sester, někdy spolupracuje 28,57 % sester, 35,72 % sester se nechce vyjadřovat a nikdy nespolupracuje 28,57 % sester. Na doplňující otázku bylo odpovězeno takto: informuji o zavedených postupech při převazech, informuji o zvláštnostech při péči o klienta, přinesu osobní věci klienta, ukážu sestrám používání některých pomůcek, doporučím dietní opatření. Sestry z nemocnice práci sester domácí péče neuznávají, myslí si, že není na dostatečné odborné úrovni. Toto tvrzení souvisí s nedostatkem informací o práci a službách domácí péče. Naopak sestry domácí péče vytýkají sestrám z nemocnice nedostatečnou péči o klienta. Toto tvrzení dokládá položka č. 19 v dotazníku II, kde hodnotí zdravotní stav klientů z hlediska ošetřovatelské péče po návratu z nemocnice. Udávají, že se vracejí s dekubity, opruzení, dehydratovaní, nejsou schopni vykonávat žádné úkony sebeobsluhy, objevuje se u nich apatie a dokonce mnohdy se bojí jakékoliv manipulace s nimi.

Odlišností práce sester domácí péče a práce sester v nemocnici se v dotazníku I zabývá položka č. 21 a doplňující otázka č. 20. V dotazníku III je to položka č. 20.

V tomto případě se odpovědi sester shodují. Všeobecná sestra domácí péče pracuje v terénu, všeobecná sestra nemocnice pracuje na oddělení. Sestra domácí péče řeší následnou ošetřovatelskou péči, sestra z nemocnice řeší akutní péči. Sestra domácí péče se musí sama rozhodovat, nemá možnost konzultace, musí improvizovat a nikdo jí nepomůže, musí mít řidičský průkaz. Má omezené množství základních pomůcek. Pracuje na jednu směnu, má více času na pacienta a není stále pod dohledem nadřízeného. Sestry z nemocnice si myslí, že sestra domácí péče má větší plat než ony a nemusí se stále vzdělávat. Totéž si myslí sestry domácí péče o nich. Sestra v nemocnici se nemusí sama rozhodovat, pokud ano, vždy své rozhodnutí může s někým konzultovat, nemusí improvizovat, vždy jí někdo pomůže, nemusí mít řidičský průkaz. Má hodně pomůcek, nemusí si je sama obstarávat. Práci jí usnadňuje přístrojové vybavení na vysoké úrovni. Pracuje většinou v třísměnném provozu, má málo času na pacienta a je neustále pod dohledem nadřízeného. Sestry domácí péče si myslí, že je jejich práce znevažována a podceňována. V doplňujících otázkách jsem zjišťovala, zda by sestry domácí péče chtěli pracovat v nemocnici a obráceně, zda by všeobecné sestry chtěly pracovat v domácí péči. S překvapení jsem zjistila, že ani jedny z nich by svou práci neměnily.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V dotazníku I se k tomuto cíli vtahuje položka č. 22 a v dotazníku III se k tomuto cíli vztahuje položka č. 21.

Sestry se v některých odpovědích shodují. Navrhují zlepšit práci sociálního pracovníka v nemocnici, lepší spolupráci mezi vedoucími pracovníky, externího pracovníka domácí péče v nemocnici, přednášky a školení, sesterské překladové zprávy i pro domácí péči, větší respekt k práci domácí péče, doporučení psát do propouštěcí zprávy. Více informací ze strany domácí péče, více informačního materiálu.

Na základě zjištěných skutečností jsem vytvořila dva informační letáky o práci a službách domácí péče. Po dohodě s vedoucími pracovníky budou distribuovány na vybraná oddělení nemocnice, v nichž výzkum probíhal. Přikládám je ke své bakalářské práci.

V dotazníku II k tomuto cíli nesměřovala žádná položka. Avšak vzhledem k tomu, že informace podané klientovi v nemocnici byly opravdu minimální, základní nebo vůbec žádné, znovu se objevuje nutnost poskytovat více informací o službách a práci domácí péče, ale i ze strany nemocnice.

Navrhovaná doporučení sester jsou správná. Je však naprosto jasné, že taková doporučení nejsou přesně daná a specifikovaná. Aby se mohla dodržovat a uvést do praxe je potřeba určit nějaký závazný postup. Proto doporučuji vypracovat v nemocnici standard nebo směrnici, která by přímo určovala postup při předání pacienta do domácí péče.

Dnes je již běžné, že v rámci zvýšení kvality ošetřovatelské péče, všeobecné sestry absolvují praxi na jiných odděleních nemocnice. Navrhuji tedy rozšířit jejich praxi i do některé agentury domácí péče.

Zmiňovaná školení a přednášky by byly vhodné nejen pro všeobecné sestry, ale hlavně pro vedoucí pracovníky.

ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabývám problematikou návaznosti ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice. Téma jsem si vybrala, protože mě tato problematika velmi zajímá a jsem přesvědčena, že návaznost ošetřovatelské péče opravdu neprobíhá tak, jak by měla. Jelikož pracuji jako všeobecná sestra současně v nemocnici i v domácí péči, myslím si, že jsem schopna tuto situaci posoudit, ale chtěla jsem znát i názor svých spolupracovníků a klientů domácí péče.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části definuji komunitní ošetřovatelství. Zaměřuji se na domácí péči, na její cíle a poslání. Zabývám se ošetřovatelskou péčí a její návazností při propuštění pacienta z nemocnice, popisuji klienty domácí péče, jejich potřeby a spolupráci s rodinnými příslušníky. V závěru teoretické části charakterizuji práci všeobecné setry domácí péče a práci všeobecné sestry nemocnice.

V praktické části, pomocí dotazníkového šetření, se snažím vyhodnotit danou problematiku. Po prostudování odborné literatury jsem sestavila tři typy dotazníků. Dotazník pro všeobecné sestry domácí péče, dotazník pro klienty domácí péče a dotazník pro všeobecné sestry nemocnice.

Na začátku jsem si stanovila šest cílů.

Prvním cílem bylo zjistit, zda byli respondenti informováni před propuštěním z nemocnice o možnosti využití služeb domácí péče, jak byli informováni a kdo je informoval. Po vyhodnocení sesbíraných dat jsem zjistila, že respondenti byli ve většině případů informováni o službách domácí péče ještě před propuštěním z nemocnice, informace však byly pouze základní, respondentům scházely informace o nabízených službách, tiskopisy k vyřízení, ceník služeb atd. Což vyplývá z nedostatku znalostí o práci a službách domácí péče ze strany zaměstnanců nemocnice, v některých případech taky z jejich nezájmu. Bylo zjištěno, že v nemocnici není dostatek informačního materiálu. Sestry neznají své kompetence v oblasti edukace a náplň jejich práce v rámci pracoviště jim to nenařizuje. O službách domácí péče je informoval ošetřující lékař a sociální pracovník nemocnice. Jen někoho kontaktoval pracovník domácí péče ještě před propuštěním. Cíl byl splněn.

Druhý cíl zjišťoval, zda všeobecné sestry v nemocnici mají informace o práci a službách domácí péče a zda se zajímají o osud pacienta po propuštění. Bylo zjištěno, že sestry z nemocnice mají jen všeobecné a povrchní informace o práci a službách domácí péče, ale mají

zájem se dál v této oblasti vzdělávat. Ve většině případů se o osud pacienta po propuštění zajímají. Nutnost zajištění služeb domácí péče pro propuštěného pacienta konzultují s lékařem a staniční nebo vrchní sestrou, někdy se sociálním pracovníkem a příbuznými. Cíl se podařilo splnit.

Třetím cílem bylo zjistit, jak získává management domácí péče klienty, informace o nich, jak probíhá převzetí pacienta do jejich péče a jaké služby nabízí. Z výsledků vyplynulo, že nové klienty pro domácí péči doporučuje převážně sociální pracovník nemocnice, ošetřující lékař nebo praktický lékař, ale management domácí péče předem o propuštění klienta z nemocnice a případných doporučeních neinformují nebo informují jen výjimečně. Proto klient nebo jeho příbuzný musí domácí péči následně kontaktovat sám. Teprve pak získává management domácí péče informace o klientovi a jeho potřebách. Občas nacházejí informace o klientovi v propouštěcí zprávě. Následně pak od praktického lékaře klienta. Péče je zajištěna již druhý den po propuštění, nejpozději první týden po propuštění. Klienty navštěvují většinou 1x denně, ale i 2x až 3x denně. Věnují se jim 16-30 minut nebo 31-60 minut. Domácí péče nabízí v převážné většině ošetřovatelské, zdravotní a pečovatelské služby. I tento cíl se podařilo splnit.

Čtvrtý cíl zjišťuje, jaké služby domácí péče klienti využívají, zda jsou s péčí spokojeni či nespokojeni a zmapovat důvody nespokojenosti. Získané údaje dokládají skutečnost, že klienti využívají asistenční služby, rozvoz obědů, aplikace injekcí, převazy, dopomoc při chodu domácnosti, dopomoc při osobní hygieně, rehabilitační cvičení, podávání léků, zajištění léčebného, pitného a stravovacího režimu, péče o drény, péče o permanentní katétry, péče o stomie, aplikace infuzí. Většina klientů je se službami domácí péče spokojena. Nespokojení klienti požadují více obvazového materiálu, častější převazování ran a požadují, aby sestra plnila funkci společnice. Cíl rovněž splněn.

V pátém cíli zjišťuji, zda o respondenty pečuje i někdo jiný a jak. U většiny respondentů se do péče o ně zapojuje rodina, jen v ojedinělých případech se stará soused nebo sousedka, druh nebo družka, pracovnice městského úřadu a členky klubu důchodců. Zajišťují celodenní péči v oblasti hygieny, starají se o chod domácnosti, připravují stravu a krmí své nemocné, podávají jim léky a zajišťují doprovod k lékaři nebo doprovod na společenské akce. Cíl splněn.

Šestý cíl zkoumá, zda všeobecné sestry nemocnice a všeobecné sestry domácí péče spolupracují a zabývá se odlišností jejich práce. Uvedené sestry nespolupracují, některé se dokonce na dané téma nechtějí vůbec vyjadřovat. Přesto si však některé sestry domácí péče myslí, že sestry z nemocnice zájem o spolupráci mají. Sestry z nemocnice práci sester domácí péče neuznávají, myslí si, že není na dostatečné odborné úrovni. Toto tvrzení souvisí s nedostatkem informací o práci a službách domácí péče. Naopak sestry domácí péče vytýkají sestrám z nemocnice nedostatečnou péči o klienta.

Odlišnost jejich práce byla podrobně popsaná na straně 105. I tento cíl považuji za splněný.

Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že je potřeba zlepšit práci sociálního pracovníka nemocnice, nutná je lepší spolupráce mezi vedoucími pracovníky. Ukazuje se, že plynulý přesun pacienta z nemocnice do domácí péče by zajistil externí pracovník domácí péče v nemocnici. Doporučuje se vypracovávat sesterské překladové zprávy i pro domácí péči nebo doporučení psát do propouštěcí zprávy. Vyžaduje se větší respekt k práci domácí péče. Jako vhodné se ukazuje zajištění přednášek a seminářů o práci domácí péče nejen pro všeobecné sestry, ale také pro vedoucí pracovníky. Navrhuje se podávat více informací klientům jak ze strany domácí péče, tak i ze strany nemocnice, více informačního materiálu. Vhodné by bylo, začlenit v rámci praxe všeobecných sester nemocnice i praxi v agentuře domácí péče. Doporučuje se vypracovat v nemocnici standard nebo směrnici, která by přímo určovala postup při předání pacienta do domácí péče.

Zmíněná doporučení budou v brzké době saturovat zdravotně sociální pracovníci. Absolventi nově akreditovaného studia. První z nich nastoupí do praxe již letos. Jejich náplní práce bude činnost preventivní, diagnostická a rehabilitační. Hlavně v oblasti zdravotně sociální a v oblasti specifické ošetřovatelské péče. Očekává se od nich úzká spolupráce se všemi zdravotníky při uspokojování potřeb nemocných. Předpokládám, že budou pomyslným mostem v přechodu pacienta z péče nemocniční do péče domácí. Pak bude možná vypracován, mnou navrhovaný standard nebo směrnice, který určí postup při předání pacienta do domácí péče.[2]

[2] Studijní program Zdravotně sociální péče, studijní obor Zdravotně sociální pracovník absolvují i studenti UTB ve Zlíně. První její absolventi půjdou do praxe příští rok.

Úplně na závěr si dovoluji vyjádřit svůj vlastní názor k dané problematice.

V praxi vše probíhá následovně. Problém nastává již při hospitalizaci pacienta. Zejména u chronicky nemocných se brzy zjistí, že se nevyléčí nebo že rekonvalescence bude trvat delší dobu. Je zřejmé, že se pacient sám o sebe po propuštění z nemocnice nedokáže postarat. Nemocnice o takové pacienty nemůže pečovat, hlavně z finančních důvodů, jsou taky velkou zátěží pro ošetřující personál. Samotný pacient při dlouhodobé hospitalizaci strádá psychicky a začínají se objevovat nová a nová onemocnění. Proto by mělo být snahou celého personálu takového nemocného, po zvládnutí akutní péče, propustit co nejdříve domů. I když se v poslední době hodně hovoří o důležitosti komunitního ošetřovatelství a potažmo o práci domácí péče, zatím nejsou stále stanovena žádná pravidla, která by vymezovala, jak by se mělo postupovat při předávání pacienta z nemocnice do domácí péče. Informovat pacienta nebo jeho příbuzné o možnosti využití služeb domácí péče a kontaktovat domácí péči je konec konců práce navíc. Lékaři a sestry ani neví, jaké služby a jakou péči pracovníci domácí péče zajišťují. Proto se hospitalizace zbytečně prodlužuje a prodražuje. Nakonec se pacient domů propustí a veškerá péče o něj se ponechává na příbuzných. Ti však nejsou mnohdy schopni tuto péči zajistit, a tak se pacient brzy vrací zpět do nemocnice ve zhoršeném zdravotním stavu.

V lepším případě se někdo o situaci pacienta po propuštění zajímá, pak dlouze přemýšlí, jakým způsobem domácí péči zajistí. Na konec požádá o spolupráci sociálního pracovníka nemocnice, který sice pacientovi nebo jeho příbuzným služby domácí péče doporučí, dokonce jim poskytne i nějaké informace, ale domácí péči již nekontaktuje, vše ponechá na samotném pacientovi nebo rodinných příslušnících. Ti nakonec domácí péči vyhledají, ale mnohdy ani neví, jaké služby mají požadovat, neví, jaké léky užívají, jaký je jejich zdravotní stav. Sestry domácí péče tyto informace těžko získávají, protože po propuštění pacienta s nimi nikdo v nemocnici nechce komunikovat a už vůbec nechce podávat žádné informace. Jsou nuceny požádat o informace a spolupráci praktického lékaře.

Data sebraná v dotazníkovém šetření však dokazují, že všeobecné sestry z nemocnice mají o tuto problematiku zájem a snaží se ji řešit, ale neznalost svých kompetencí, vymezení náplně práce na jednotlivých odděleních, nezájem jejich vedoucích pracovníků a chybějící sociálně zdravotnický pracovník na pracovišti jim to nedovoluje. Proto bych ráda výsledky šetření předala vedoucím pracovníkům k zamyšlení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2005. *Ošetrovateľstvo - teória*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-182-4.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol., 2007. *Komunitní ošetřovatelství.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-251-7.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-2150-7.

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetřovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-643-2.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978–80–7318- 726- 2.

KRÁTKÁ, Anna, Jana KUTNOHORSKÁ a Martina CICHÁ, 2011. *Ošetřovatelství - morální umění: kapitoly z dějin ošetřovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4201-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

MARKOVÁ, Marie, 2009. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. Brno:Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-499-3.

MATZO, Mariane a Deborah SHERMAN, 2006. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-5794-7.

POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetřovatelství: základní terminologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-420-8.

STAŇKOVÁ, Marta, 1997a. *LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetřovatelství a společenské vědy, komunikace*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-234-5.

STAŇKOVÁ, Marta, 1997b. *LEMON 4: učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetřovatelství a společenské vědy, komunikace*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-248-5.

STAŇKOVÁ, Marta, 1997c. *LEMON 5: učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetřovatelství a společenské vědy, komunikace*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-247-7.

STAŇKOVÁ, Marta, 1999. *Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-282-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2763-9.

VONDRÁČEK, Lubomír, Miloslav LUDVÍK a Jana Nováková, 2003. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0704-7.

WHO, 1974 cit. podle JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-2150-7.

Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z, 2002. Praha: Grada. ISBN 80-247-0278-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKÁ NÁRODNÍ AGENTURA MLÁDEŽ, © 2007-2013. Slovníček pojmů. *Mládež v akci* [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: http://www.mladezvakci.cz/slovnicek-pojmu/

ČESKO, 2004. Zákon ze dne 4. února o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). In: *Sbírka zákonů ČR*. Částka 30, s. 1431-1433. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČESKO, 2011a. Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 40, s. 1053-1055. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5918

ČESKO, 2011b. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků 55/2011 Sb.. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka- zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886

ČESKO, 2012. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci 98/2012. Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6152

HOLDEN CAULFIELD, © 2008. Maslowova pyramida potřeb. In: *Zrcadlo.Blogspot.com* [online]. [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: WWW: <http://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
DP	domácí péče
MZ ČR	ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
Sb.	sbírky
WHO	World Health Organizacion – Světová zdravotnická organizace
tzv.	takzvané
UTB	Univerzita Tomáše Bati

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1- Kdo klienty doporučuje 45
Graf č. 2 – Kontakt nemocnice 46
Graf č. 3 – Dostatečné informace 47
Graf č. 4 – Získávání informací 48
Graf č. 5 – Spolupráce s domácí péčí 50
Graf č. 6 – Zájem o spolupráci 52
Graf č. 7 – Informace z nemocnice 53
Graf č. 8 – Služby domácí péče 54
Graf č. 9 – Spolupráce s nemocnicí 56
Graf č. 10 – Změna zaměstnání 58
Graf č. 11 – Společná domácnost 62
Graf č. 12 – Doba od propuštění 63
Graf č. 13 - Oddělení 64
Graf č. 14 – Délka hospitalizace 65
Graf č. 15 – Doporučení v nemocnici 66
Graf č. 16 - Kdo doporučil 67
Graf č. 17 – Získávání informací 68
Graf č. 18 – Scházející informace 69
Graf č. 19 – Kontakt domácí péče 70
Graf č. 20 – Dostatečnost informací 71
Graf č. 21 – Zajištění služeb 72
Graf č. 22 – Využívané služby 73
Graf č. 23 – Spokojenost 75
Graf č. 24 – Perioda návštěv 77
Graf č. 25 – Čas návštěv 78
Graf č. 26 - Doporučení 79
Graf č. 27 – Jiný pečující 80
Graf č. 28 – Služby domácí péče 85
Graf č. 29 – Poskytování informací 87
Graf č. 30 – Zájem pacientů a rodiny 88
Graf č. 31 – Informační materiál 89
Graf č. 32 – Získávání informací 90

Graf č. 33 – Náplň práce sester 91
Graf č. 34 – Zajištění služeb 92
Graf č. 35 – Kompetence sester 93
Graf č. 36 – Konzultace 94
Graf č. 37 – Práce v domácí péči 97

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví. 41
Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání 41
Tabulka č. 3 – Počet let práce v oboru 42
Tabulka č. 4 – Počet let práce v domácí péči 42
Tabulka č. 5 – Registrace sester 43
Tabulka č. 6 – Péče o klienty propuštěné z nemocnice 43
Tabulka č. 7 – Počet klientů 44
Tabulka č. 8 – Kdo klienty doporučuje 45
Tabulka č. 9 – Kontakt nemocnice 46
Tabulka č. 10 – Dostatečné informace 47
Tabulka č. 11 – Získávání informací 48
Tabulka č. 12 – Spolupráce s domácí péčí 50
Tabulka č. 13 – Hodnocení spolupráce 51
Tabulka č. 14 – Zájem o spolupráci 52
Tabulka č. 15 – Informace z nemocnice 53
Tabulka č. 16 – Služby domácí péče 54
Tabulka č. 17 – Spolupráce s nemocnicí 56
Tabulka č. 18 – Změna zaměstnání 58
Tabulka č. 19 – Odlišnost práce 59
Tabulka č. 20 – Pohlaví 60
Tabulka č. 21 – Věk respondentů 60
Tabulka č. 22 – Nejvyšší vzdělání 61
Tabulka č. 23 – Společná domácnost 62
Tabulka č. 24 – Doba od propuštění 63
Tabulka č. 25 - Oddělení 64
Tabulka č. 26 – Délka hospitalizace 65
Tabulka č. 27 – Doporučení v nemocnici 66
Tabulka č. 28 – Kdo doporučil 67
Tabulka č. 29 - Získávání informací 68
Tabulka č. 30 – Scházející informace 69
Tabulka č. 31 – Kontakt domácí péče 70
Tabulka č. 32 – Dostatečnost informací 71

Tabulka č. 33 – Zajištění služeb 72
Tabulka č. 34 – Využívané služby 73
Tabulka č. 35 – Spokojenost 75
Tabulka č. 36 – Perioda návštěv 77
Tabulka č. 37 – Čas návštěv 78
Tabulka č. 38 – Doporučení 79
Tabulka č. 39 – Jiný pečující 80
Tabulka č. 40 - Pohlaví 82
Tabulka č. 41 – Nejvyšší vzdělání 82
Tabulka č. 42 – Počet let v oboru 83
Tabulka č. 43 – Registrace 83
Tabulka č. 44 – Pracoviště 84
Tabulka č. 45 – Znalost domácí péče 84
Tabulka č. 46 – Služby domácí péče 85
Tabulka č. 47 – Poskytování informací 87
Tabulka č. 48 – Zájem pacientů a rodiny 88
Tabulka č. 49 – Informační materiál 89
Tabulka č. 50 – Získávání informací 90
Tabulka č. 51 – Náplň práce sester 91
Tabulka č. 52 – Zajištění služeb 92
Tabulka č. 53 – Kompetence sester 93
Tabulka č. 54 – Konzultace 94
Tabulka č. 55 - Pacienti 95
Tabulka č. 56 – Pacienti nevyužívající služby 95
Tabulka č. 57 – Práce v domácí péči 97
Tabulka č. 58 - Důvody 98

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník pro všeobecné sestry domácí péče

Příloha P II: Dotazník pro klienty domácí péče

Příloha P III: Dotazník pro všeobecné sestry nemocnice

Příloha P IV: Informační leták č. 1

Příloha P V: Informační leták č. 2

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY DOMÁCÍ PÉČE

Dobrý den,

jmenuji se Jarmila Hanáková a jsem studentkou Institutu zdravotních studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní obor všeobecná sestra. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Návaznost ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice“. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak funguje spolupráce domácí péče s nemocnicemi, a to v návaznosti na propuštění klienta z nemocnice.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď, případně stručně doplňte. Předem Vám děkuji za spolupráci.

Hanáková Jarmila

1. **Pohlaví.**
   - muž
   - žena
2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.**
   - středoškolské s maturitou
   - vysokoškolské (Bc.)
   - vysokoškolské (Mgr.)
   - jiné (doplňte) ……
3. **Kolik let již pracujete v oboru?**
   - do 1 roku
   - 1 – 5 let
   - 6 – 10 let
   - 11 – 20 let
   - 21 a více let
4. **Jak dlouho pracujete v domácí péči?**
   - do 1 roku
   - 1 – 5 let
   - 6 – 10 let
   - 11 – 20 let
   - 21 a více let

5. **Jste registrována dle zákona č. 105/2011 Sb.?**
   - ano, jsem registrována
   - nevím
   - ne, nejsem registrována
6. **Pečujete i o klienty, kteří byli propuštěni z nemocnice?**
   - ano, v převážné většině
   - ano, ale výjimečně
   - nevím
   - ne
7. **Kolik má domácí péče, ve které pracujete klientů?**

   ……

8. **Kdo Vám klienty doporučuje? (můžete označit více odpovědí)**
   - lékař nemocnice
   - praktický lékař
   - sociální pracovnice nemocnice
   - všeobecná sestra nemocnice
   - všeobecná sestra praktického lékaře
   - příbuzný
   - sám klient
   - někdo jiný (doplňte) ……
9. **Pokud je klient doporučen nemocnicí, kontaktuje Vás pracovník nemocnice před propuštěním klienta z nemocnice?**
   - vždy kontaktuje
   - výjimečně kontaktuje
   - nevím, nejsem si jista
   - nikdy nekontaktuje
10. **Máte o klientovi převzatém z nemocnice dostatečné informace?**
    - rozhodně dostatečné
    - spíše dostatečné
    - nevím, nemohu posoudit
    - spíše nedostatečné
    - rozhodně nedostatečné
11. **Jakým způsobem získáváte informace o klientovi převzatém z nemocnice? (můžete označit i více odpovědí)**
    - od sociálního pracovníka nemocnice
    - od lékaře z nemocnice
    - z dokumentace
    - od praktického lékaře
    - od příbuzných
    - od klienta
    - jiné (doplňte) ……

12. Spolupracují s Vámi všeobecné sestry z nemocnice?

- ano, spolupracuji
- někdy spolupracuji
- nechci se vyjadřovat (přejděte k otázce č. 15)
- ne, nespolupracuji (přejděte k otázce č. 15)

13. Uveďte vlastními slovy nějaký příklad.

……

……

……

……

14. Jak hodnotíte tuto spolupráci?

- velmi dobrá
- dobrá
- nevím
- špatná
- velmi špatná

15. Myslíte si, že mají sestry z nemocnice zájem o spolupráci s pracovníky domácí péče?

- určitě mají zájem
- spíše mají zájem
- nejsem schopna posoudit
- spíše nemají zájem
- určitě nemají zájem

16. Jak byste hodnotila informace, které mají o Vašich službách klienti propuštění z nemocnice?

- mají hodně informací
- mají základní informace
- mají minimum informací
- nemají informace
- nevím, nezajímal/a jsem se

17. Jaké služby nabízí domácí péče, ve které pracujete?

- asistenční
- rozvoz obědů
- aplikace injekcí
- převazy
- dopomoc při chodu domácnosti
- dopomoc při osobní hygieně
- jiné (doplňte) ……

18. **V případě, že je klient opětovně hospitalizován v nemocnici, spolupracujete s ošetřujícím personálem?**
    - vždy spolupracuji (uveďte příklad) ……
    - někdy spolupracuji (uveďte příklad) ……
    - nechci se vyjadřovat
    - nikdy nespolupracuji
19. **Pokud se klient opětovně vrací z nemocnice, jak hodnotíte jeho zdravotní stav z hlediska ošetřovatelské péče? (prosím, uveďte příklad)**

    ……

    ……

    ……

    ……

20. **Chtěla byste pracovat jako všeobecná sestra v nemocnici?**
    - určitě ano (uveďte proč) ……
    - uvažuji o tom (uveďte za jakých podmínek) ……
    - neuvažuji o tom (uveďte proč) ……
    - určitě ne (uveďte proč) ……
21. **Napište stručně, v čem si myslíte, že se liší práce všeobecné sestry, která pracuje v nemocnici a práce všeobecné sestry, která pracuje v domácí péči.**

    .....

    .....

    .....

    .....

22. **Co navrhujete pro zlepšení spolupráce mezi nemocnicí a domácí péčí?**

    ……

    ……

    ……

    ……

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Hanáková Jarmila

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO KLIENTY DOMÁCÍ PÉČE

Dobrý den,

jmenuji se Jarmila Hanáková a jsem studentkou Institutu zdravotních studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní obor všeobecná sestra. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Návaznost ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice“. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak funguje spolupráce domácí péče s nemocnicemi, a to v návaznosti na propuštění klienta z nemocnice.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď, případně stručně doplňte. Předem Vám děkuji za spolupráci.

Hanáková Jarmila

1. **Pohlaví.**
   - žena
   - muž
2. **Kolik je Vám let?**
   - 40 – 49
   - 50 – 59
   - 60 – 69
   - 70 – 79
   - 80 a více let
3. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
   - základní
   - vyučen/vyučena
   - středoškolské bez maturity
   - středoškolské s maturitou
   - vysokoškolské (Bc.)
   - vysokoškolské (Mgr.)
4. **Žijete s někým ve společné domácnosti?**
   - ne, žiji sám/sama
   - ano, s manželem/manželkou
   - ano, s druhem/družkou
   - ano, se svými dětmi/dítětem (popř. s jejich blízkými)
   - s někým jiným (doplňte) …….

5. **Jak je to dlouho, co jste propuštěn(á) z nemocnice?**
    - 7 dní a méně
    - 8 – 14 dní
    - 15 – 21 dní
    - 22 – 28 dní
    - více
6. **Uveďte oddělení, kde jste byl/byla hospitalizován/hospitalizována.**
    - oddělení následné ošetřovatelské péče
    - interní oddělení
    - chirurgické oddělení
    - jiné (doplňte) ……
7. **Délka hospitalizace.**
    - 7 dní a méně
    - 8 – 14 dní
    - 15 – 21 dní
    - 22 – 28 dní
    - více (doplňte) ……
8. **Doporučil Vám někdo v nemocnici možnost využít služeb domácí péče?**
    - ano, doporučil (pokračujte otázkou č. 9)
    - nepamatuji si (přejděte k otázce č. 10)
    - ne, nedoporučil (přejděte k otázce č. 10)
9. **Kdo v nemocnici Vám doporučil služby domácí péče? (můžete označit více odpovědí).**
    - lékař
    - sestra
    - sociální pracovnice
    - pracovník domácí péče
    - jiné (doplňte) …….
10. **Jakým způsobem jste získal/získala informace o službách domácí péče? (můžete označit více odpovědí).**
    - informovala mě rodina
    - informace na nástěnce v nemocnici
    - internet
    - informační leták
    - informovali mě pracovníci domácí péče
    - jiné (doplňte) ……
11. **Jaké informace Vám scházely před propuštěním z nemocnice?**
    - nabízené služby domácí péče
    - čas a délka péče
    - tiskopisy potřebné k vyřízení
    - ceník služeb
    - jiné (doplňte) …….

12. Kontaktoval Vás zaměstnanec domácí péče před propuštěním z nemocnice?

- ano, kontaktoval mě (pokračujte otázkou č. 13)
- nevím, nepamatuji si (přejděte k otázce č. 14)
- ne, nekontaktoval mě (přejděte k otázce č. 14)

13. Poskytl Vám dostatečné informace?

- ano, poskytl mi hodně informací
- ano, poskytl mi základní informace
- ano, poskytl mi minimální informace
- ne, neposkytl mi informace
- nevím, nepamatuji se

14. Kdy byly služby zajištěny služby domácí péče?

- od 2. dne po propuštění
- první týden po propuštění
- později
- nepamatuji si

15. Jaké služby využíváte? (můžete označit více odpovědí)

- asistenční
- rozvoz obědů
- aplikace injekcí
- převazy
- dopomoc při chodu domácnosti
- dopomoc při osobní hygieně
- jiné (doplňte) ……

16. Jste spokojen/spokojena se službami domácí péče?

- ano, jsem spokojen/spokojena
- nemám vyhraněný názor
- ne, nejsem spokojen/spokojena

17. Pokud nejste spokojen/spokojena, napište, jaké služby vám schází, nebo uveďte důvod nespokojenosti.

……

……

……

18. Kolikrát denně k Vám přichází zaměstnanec domácí péče?

- 1 x
- 2 x
- 3 x

19. Jak dlouho se Vám věnuje?

- 0 - 15 minut
- 16 – 30 minut
- 31 – 60 minut
- déle (doplňte) ……

20. Dodržují sestry domácí péče doporučení z nemocnice?

- ano, dodržují
- ano, dodržují jen některá
- nevím
- ne, nedodržují

21. Zapojuje se do péče o Vás i někdo jiný?

- ano, rodina
- ano, soused/sousedka
- ano, kamarád/kamarádka
- někdo jiný (doplňte) ……
- ne, nezapojuje

22. Pokud ano, uveďte, jak se o Vás stará.

……

…..

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Hanáková Jarmila

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK PRO SESTRY NEMOCNICE

Dobrý den,

jmenuji se Jarmila Hanáková a jsem studentkou Institutu zdravotních studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní obor všeobecná sestra. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Návaznost ošetřovatelské péče při propuštění pacienta z nemocnice“. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak funguje spolupráce domácí péče s nemocnicemi, a to v návaznosti na propuštění klienta z nemocnice.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď, případně stručně doplňte. Předem Vám děkuji za spolupráci.

Hanáková Jarmila

1. **Pohlaví.**
   - muž
   - žena
2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.**
   - středoškolské s maturitou
   - vysokoškolské (Bc.)
   - vysokoškolské (Mgr.)
   - jiné (doplňte) ……
3. **Kolik let již pracujete v oboru?**
   - do 1 roku
   - 1 – 5 let
   - 6 – 10 let
   - 11 – 20 let
   - 21 a více let
4. **Jste registrována dle zákona č. 105/2011 Sb.?**
   - ano, jsem registrována
   - nevím
   - ne, nejsem registrována
5. **Kde pracujete?**
   - oddělení následné ošetřovatelské péče
   - interní oddělení
   - chirurgické oddělení
   - jiné (doplňte) ……

6. **Znáte nějakou domácí péči ve Vašem regionu?**
   - ano, znám
   - ne, neznám
7. **Víte, jaké služby domácí péče nabízí?**
   - asistenční
   - rozvoz obědů
   - aplikace injekcí
   - převazy
   - dopomoc při chodu domácnosti
   - dopomoc při osobní hygieně
   - jiné (doplňte) ……
8. **Informujete pacienty Vašeho oddělení a jejich příbuzné o možnosti využití těchto služeb domácí péče?**
   - ano, vždy
   - ano, ale jen někdy
   - pouze tehdy, pokud si o tyto služby požádají
   - ne
9. **Zajímají se pacienti a jejich příbuzní o využití těchto služeb?**
   - ano, zajímají
   - spíše zajímají
   - spíše nezajímají
   - ne, nezajímají
10. **Máte k dispozici informační materiál o službách a práci domácí péče?**
    - ano, máme dostatek aktuálních informačních materiálů
    - ano, ale je jich nedostatek
    - ano, ale materiály jsou zastaralé
    - nevím
    - nemáme
11. **Máte zájem o získávání informací o nabízených službách a o práci domácí péče?**
    - určitě ano
    - spíše ano
    - nepřemýšlím nad tím
    - spíše ne
    - určitě ne
12. **Souhlasíte s tím, že náplň práce všeobecných sester ukládá povinnost informovat pacienty a příbuzné o využívání těchto služeb.**
    - zcela souhlasím
    - částečně souhlasím
    - nevím
    - nesouhlasím

13. Kdo pacienty a jejich příbuzné informuje o službách a práci domácí péče?

- ošetřující lékař
- sociální pracovnice
- vrchní nebo staniční sestra
- někdo jiný (doplňte) …….

14. Je ve Vaší kompetenci kontaktovat pracovníky domácí péče a zajistit pacientovi požadovanou službu?

- určitě ano
- nevím
- určitě ne (uveďte, kdo má tyto kompetence) …….

15. Zjistíte - li, že pacient není schopen se sám o sebe postarat po propuštění z nemocnice, co uděláte?

- vždy konzultuji s (doplňte s kým) …….
- někdy konzultuji s (doplňte s kým) ……
- nezajímám se
- nikdy nekonzultuji

16. Znáte některé Vaše bývalé pacienty, kteří využili služeb domácí péče?

- ano, znám hodně takových pacientů
- ano, ale jen několik
- nevím nezajímám se o to
- neznám

17. Znáte někoho ze svého okolí, kdo služby domácí péče nevyužívá, ale potřeboval by je?

- ano, znám
- nejsem si jista
- ne, neznám

18. Pokud ano, víte, proč je nevyužívá? Prosím napište vlastními slovy.

……

……

……

……

19. Máte zájem o získávání více informací o nabízených službách domácí péče?

- určitě ano
- spíše ano
- nepřemýšlím nad tím
- spíše ne
- určitě ne

20. Chtěla byste pracovat jako všeobecná sestra v domácí péči?

- určitě ano (uveďte proč) ……
- uvažuji o tom (uveďte za jakých podmínek) ……
- nevím
- neuvažuji o tom (uveďte proč) ……
- určitě ne (uveďte proč) ……

21. Napište stručně, v čem si myslíte, že se liší práce všeobecné sestry, která pracuje v nemocnici a práce všeobecné sestry, která pracuje v domácí péči.

.....

.....

.....

.....

.....

22. Co navrhujete pro zlepšení spolupráce mezi nemocnicí a domácí péčí?

……

……

……

……

……

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Hanáková Jarmila

PŘÍLOHA P IV: INFORMAČNÍ LETÁK Č. 1

PŘÍLOHA P V: INFORMAČNÍ LETÁK Č. 2