ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013 **Jitka Kopčilová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Jitka Kopčilová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE Z POHLEDU PACIENTA A SESTRY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20.3.2013 ….....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení práce a poskytování rad. Poděkování patří i mým nejbližším, kteří mě při mém studiu podporovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Kopčilová Jitka

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran: 55 číslované, 22 nečíslované

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: stáří, rodina, domácí péče, sestra, nemocnice

Souhrn:

Tato bakalářská práce zkoumá různé aspekty ošetřování nemocných prostřednictvím domácí péče. Teoretická část je zaměřená na sestavení odborného podkladu pro řešení otázky stáří. Zkoumá psychické i fyzické složky stárnutí a vše co ho ovlivňuje. Nemoc, rodina, mezigenerační vztahy, intolerance ve společnosti. V praktické části pomocí výstupu z kvantitativního výzkumu podrobně zjišťuje stanoviska všech, kteří jsou v otázce domácí péče zainteresováni. Jedná se o pacienty, kteří již mají s domácí péčí zkušenosti, sestry pracující v domácí péči a sestry pracující v nemocnici.

Annotation

Surname and name: Kopčilová Jitka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Advantages and disadvantages of home care from the perspective of patients and nurses

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages: 55 numbered, 22 unnumbered

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 23

Key words: old age, family, home care, nurse, hospital

Summary:

This bachelor paper deals with miscellaneous aspects of taking care of ill people in their home environment. Theoretical part aims at compilation of professional basis relating to an old age issue. It deals with psychical and physical issues of aging and everything that influences the process. Issues like illness, family, intergenerational relationship, intolerance in society are investigated. In practical part the bachelor paper deals with a quantitative research. The output of the research is a viewpoint of people who are involved in home environment care. It deals with patients who are experienced with home environment care, nurses who take care of patients in home environment and nurses working in hospital.

Obsah

Úvod....9
TEORETICKÁ ČÁST....12
1 Domácí péče....12
1.1 Pozitiva domácí péče....12
1.2 Negativa domácí péče....13
1.3 Principy domácí péče....13
1.4 Formy domácí péče....13
1.5 Rozsah a četnost....14
1.6 Cílová skupina....14
2 Stáří....16
2.1 Pozitiva staršího věku....16
2.2 Negativa staršího věku....16
2.3 Nemocné stáří....17
2.4 Strach ze stáří....17
2.5 Mýty o stáří....17
3 Péče o staré lidi....20
3.1 Rodina....20
3.1.1 Rodina dříve....20
3.1.2 Rodina dnes....20
3.1.3 Senior v rodině....21
3.1.4 Starosti těch, co se starají....21
3.1.5 Odmítání pomoci rodinou....22
4 Společnost a péče o staré lidi....24
4.1 Vývoj péče o staré lidi....24
4.2 Historie péče o staré lidi v Čechách....24
4.3 Domovy důchodců....25
4.4 Léčebna dlouhodobě nemocných....26
4.4.1 Rodina a její postoj k institucionální péči....27
5 Další možnosti péče....29
5.1 Stacionář....29
5.2 Pečovatelská služba....29
6 Problémy agentur domácí péče....31

PRAKTICKÁ ČÁST....32
7 Formulace problému....32
7.1 Hlavní problém....32
8 Cíl a úkol průzkumu....33
8.1 Dílčí cíle....33
9 Metodika průzkumného šetření....34
10 Hypotézy....35
11 Vzorek respondentů....36
12 Prezentace a interpretace výsledků....37
12.1 Otázky specifické pro sestry domácí péče....48
12.2 Otázky specifické pro sestry pracující v nemocnici....50
13 Diskuse....54
Závěr....62
Seznam zdrojů....64
Seznam příloh....66

„Stáří je smutné ne proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že přestává naděje“

JEAN PAUL

Úvod

Přichází pomalu, nepozorovaně, avšak buďte si jisti, že i vás jednou navštíví. Nebude to tak, že jednoho dne půjdete, ulehnete mladý a následujícího dne se probudíte staří. Přesto, až se jednou podíváte do zrcadla o chvíli déle, zjistíte, že těch vrásek na vašem obličeji je více než posledně, že jsou hlubší, více viditelné. Najednou při chůzi do schodů musíte odpočívat, kolena jsou ráno ztuhlejší, záda bolavější, oči slabší. Tu s lehkým píchnutím u srdce zjišťujete, že ačkoli se duševně cítíte stále mladí a plni chutě do života, náhle u vás začíná ta stále dokola omílaná poslední etapa lidského života. Stáří.

Největší hrůzu mají staří lidé ze samoty, opuštěnosti a zapomnění. Jejich celoživotní přátelé jim umírají a při pohřbu jejich celoživotního partnera jakoby umřela i část jejich srdce. Ale život jde dál a jejich čas ještě nenastal. Musí se každodenně rvát se svým smutkem a beznadějí. Navíc je tu jejich rodina. Věčně uspěchané děti, líní vnuci, ukřičení pravnuci. I přes všechny nešvary, které si tato generace sebou nese, je bezmezně milují a těší se z každé vteřiny, kterou spolu stráví.

Nicméně může se stát, že do tohoto relativně poklidného života vpadne něco nečekaného a neočekávaného. Nemoc. Už jen ten pojem nahání hrůzu a to nejen starému člověku. Nemoc je věc, se kterou se nepočítá, kterou nikdo nechce. A co teprve, když tato nemoc starého člověka oslabí natolik, že ho upoutá na lůžko. Co když nemocný a starý člověk z toho lůžka nevstane. Co potom? Hrůza z bezmocnosti, ze závislosti a samoty jej zcela ochromí. Po několikatýdenním pobytu v nemocnici zcela anonymní lékař chladně zvedne oči od posledních výsledků a sdělí starému člověku, že je zdráv. „Jak mohu být zdráv, když nemohu chodit?“ ptá se starý člověk. „To je stáří,“ odvětí lékař s lehkým pokrčením ramen. „Jenže co teď se mnou bude?“

Po pár dnech převáží starého člověka na jiné oddělení. Na oddělení, kde si s nikým nepopovídá, kde ostatní pacienty nezajímají jeho starosti, mají jich sami dost. I na slzy už není síla, je to pouze čekání na smrt. Plamínek v očích pomalu vyhasíná. Při návštěvě dětí vždy na krátkou dobu lehce zahoří, brzy potom však zase pohasne. Starý člověk v noci tiše leží, poslouchá pravidelný dech cizího člověka, který leží ani ne metr od něj a tiše pláče.

Po pár týdnech soužení a citového strádání však maličká jiskřička naděje zahřeje duši starého člověka. Opět ho převáží, ale už ne do cizího prostředí. Vezou ho domů. Domů! Už jen to slovo ho rozechvěje. Děti slíbily, že se o něj postarají. Již před domem ho vítá starý plot, opadaná fasáda. Tikot jejich starých hodin zní jeho uším jako rajská hudba. Nicméně malé zrnko pochybností z příštích dnů se mu usadilo v duši a nechce zmizet. Děti mu prý pomůžou, ale najdou si čas v tom jejich uspěchaném tempu?

Pochybnosti zmizely jako mávnutím kouzelného proutku po návštěvě sestřičky domácí péče. Taková milá a hodná. Každé ráno mu pomáhá s hygienou, připraví léky, které jeho roztřesené ruce nezvládnou přichystat, a podá k lůžku snídani, kterou dcera nachystá před odchodem do práce. V poledne pečovatelka donese oběd z nedaleké základní školy. Tam, lipovou alejí, s manželkou chodívali pro obědy celá léta. A když ty staré stromy kvetly, nádherně to tam vonělo. I teď, vždy, když přinese oběd, téměř cítí tu vůni jara. A večer? Večer přijde buď snacha nebo dcera a pomohou ony. I syn často chodí a vždy spolu prohodí pár vět. Ale nejkrásnější jsou pro něj chvíle, kdy se přijde jeho čtyřletý pravnouček pomazlit. To štěstím téměř nemůže dýchat.

Tak přece to stáří není tak špatné.

Čtenáři mi jistě prominou netradiční způsob, kterým jsem zpracovala úvodní část mé bakalářské práce. Toto nekonvenční pojetí jsem zvolila proto, že přesně vystihuje moje pocity, které se týkají tématu domácí péče.

Již několik let pracuji v agentuře domácí péče. Často se setkávám s lidmi, kteří se po dlouhodobé hospitalizaci vrací domů a jelikož je jejich soběstačnost v určitém směru narušena, je u nich zavedena domácí péče. V minulosti jsem měla možnost pracovat i na standardním oddělení v nemocnici. Mohu tedy,

alespoň do určité míry, porovnat jak k léčbě i ošetřování přistupují sestry i nemocní v domácí péči a za hospitalizace. Tento rozdíl je markantní, což je dáno několika aspekty. Předně tím, že za hospitalizace jsou pacienti umístěni v cizím prostředí, mezi cizími lidmi a jsou nuceni podvolit se jinému režimu. Kdežto během domácí péče chodí sestry k němu domů a jsou to ony, kdo se musí přizpůsobit. Dalším aspektem je také pocit, že v domácí péči mají lidé možnost spolupodílet se na péči.

Ovšem ne každý pacient je vhodný do domácího ošetřování. Jedná se hlavně o nemocné, u kterých hrozí prudké zhoršení stavu, jejich zdravotní stav vyžaduje intenzivní ošetřování, či oni sami upřednostňují pobyt na lůžku následné péče. Vždy je potřeba zvážit všechna pro i proti, všechny výhody i nevýhody, které sebou domácí péče přináší a rozhodnout se spolu s pacientem. Je logické, že nemocní i sestry mohou mít na tuto problematiku odlišný názor. A právě zjištění různých pohledů na domácí péči je cílem mé bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Domácí péče

Domácí péče je součást takzvaného komunitního ošetřovatelství. Do komunitní péče náleží zdravotní a sociální služby poskytované nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity. (1, 2)

Domácí péče je definována jako jakákoliv forma péče poskytována lidem v jejich domovech. „Tato péče je zaměřena zejména na udržení, podporu a případně i navrácení zdraví. Snaží se o rozvoj pacientovy soběstačnosti, zmírňuje utrpení nevyléčitelně nemocného a zajišťuje jeho klidné umírání a důstojnou smrt.“ (3, s.4) Domácí péče je zajišťována multidisciplinárním týmem pracovníků, který poskytuje péči dle aktuálního stavu ve vlastním prostředí nemocného. Na prvním místě v tomto týmu stojí rodina, dále zdravotní sestry, praktický lékař, fyzioterapeut, sociální pracovník a další. (1, 2)

1.1 Pozitiva domácí péče

Domácí péče sebou přináší velkou spoustu kladných aspektů.

- výrazně se zkracuje doba hospitalizace a tím se snižují náklady na péči
- psychická pohoda člověka ve svém prostředí má velký vliv v procesu uzdravování
- péče je postavena podle individuálních potřeb jedince
- výrazné snížení možnosti nozokomiálních nákaz
- možnost dlouhodobé péče, kdy délka poskytované péče vychází z potřeb klienta a jeho blízkých
- domácí péče zahrnuje také edukační činnost a činnosti primární, sekundární a terciální prevence (2,3)

1.2 Negativa domácí péče

Má však i několik nevýhod:

- velká odpovědnost rodinných příslušníků při ošetřování
- relativně dlouhá doba zajištění lékařské pomoci při zhoršení potíží
- zásah do soukromí pacientů
- chybí každodenní kontrola zdravotního stavu lékařem
- sociální izolace pacienta
- závislost na sestře domácí péče
- při snížené soběstačnosti je nutná úprava bydlení (3)

1.3 Principy domácí péče

Domácí péče je indikovaná ošetřujícím lékařem pacienta, který stanovuje její četnost, rozsah i náplň, podle jeho aktuálního stavu. Ošetřující lékař zde může být zastoupen praktickým lékařem pro děti a dorost a praktickým lékařem pro dospělé. Také lékař propouštějící pacienta z nemocnice má v kompetenci péči předepsat, i když pouze na omezenou dobu 14 kalendářních dní. Po té přebírá dohled nad péčí praktický lékař. Domácí péče je určena pro všechny věkové kategorie a je hrazena ze zdravotního pojištění. (2)

1.4 Formy domácí péče

Akutní domácí péče je indikována u pacientů s akutním krátkodobým onemocněním a bývá poskytovaná v rozsahu dnů nebo týdnů.

Preventivní domácí péče za účelem preventivního monitorování zdravotního a duševního stavu.

Domácí hospicová péče je určená pro klienty v preterminálním i terminálním stadiu života.

Jednorázová domácí péče k provedení jednorázových výkonů (odběr biologického materiálu, injekce) (2)

1.5 Rozsah a četnost

Rozsah návštěv personálu domácí péče je rozlišen podle času stráveného u pacienta. To je stanoveno časovými kódy dle číselníku VZP a jedná se o 15 minutové, 30 minutové, 45 minutové a 60 minutové návštěvy. Četnost návštěv je dána ordinací lékaře a může být 1x až 3x denně podle aktuálního stavu pacienta. (5)

1.6 Cílová skupina

Domácí péče je určena pro všechny věkové kategorie bez rozdílu rasy, pohlaví, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství.

- novorozenecké období – první měsíc života
- kojenecké období – první rok života
- batolecí období – do třetího roku života
- předškolní věk – končí nástupem do školy
- období mladšího školního věku – začíná nástupem do školy a končí ve 12. roce života
- pubescence – probíhá mezi 12. a 15. rokem života
- adolescence – mezi 15. a 20. rokem života
- raná dospělost – zahrnuje období od 20. do 30. roku
- střední dospělost – období mezi 30. a 45. rokem
- pozdní dospělost – období mezi 46. a 60. rokem
- rané stáří - období mezi 60. a 74. rokem
- vlastní stáří - období mezi 75. a 89. rokem
- vysoký věk – od 90 let (6)

Všechna tato období mají svoje specifika a personál domácí péče musí dobře znát úskalí všech těchto životních etap. Přestože se v domácí péči pečuje i o jedince v mladším věku, nejčastějšími klienty bývají osoby v období pozdní

dospělosti a starší. Protože se dá předpokládat, že právě tito lidé budou cílovou skupinou pro můj výzkum, chtěla bych se v teoretické části zaměřit právě na tuto věkovou kategorii. Abych mohla objektivně zjistit, co považují ve svém nelehkém a přesto velmi rozmanitém období za důležité, pozitivní a přínosné, je potřeba nejdříve hlouběji poznat jejich radosti, starosti a trápení.

2 Stáří

Proces stárnutí probíhá rozdílně u každého člověka a proto je obtížné přesně vymezit, kdy je člověk starý.

„Stáří je proces opotřebení, ve kterém se sčítají změny, k nimž dochází během celého života.“ (10, s.8) Znamená to snížení schopnosti adaptace a výkonnosti všech orgánů. Tento proces je velmi rozmanitý. Existují jedinci, kteří se dožívají devadesáti let v relativní pohodě, jsou vděční za každý prožitý den a radují se z každé maličkosti. Je znám také jiný extrém. Lidé, u kterých již po padesátém roce života dochází k prudkému zhoršení zdravotního stavu. Jsou utrápení svým životem, s negativním pohledem na svět. (13)

2.1 Pozitiva staršího věku

Stáří je doba životní moudrosti, smíření a úvah o smyslu života, vzrůstá smysl pro detail. Starý člověk více ovládá své emoce a dokáže si udržet nadhled a chladnou hlavu. Na vrcholu je také duchovní i filozofická stránka.

Rozhodujícím činitelem pro vyrovnání se se stářím je smysl, který člověk ve svém životě hledá.

Stárnoucí člověk nesmí ztratit pozitivní výhled do budoucnosti, aby měl pro co žít a měl stále něco, co by jeho životu dávalo náplň. (6, 7)

2.2 Negativa staršího věku

Lidé starší věkové kategorie začínají vykazovat snížení fyzických i psychických sil, stáří je čitelné v jejich tváři, gestech i v chůzi. Hůře chápe nové situace, obtížně se něčemu novému učí a proto se i obtížně přizpůsobuje. Starý člověk již nevnímá ostře, mluvíme na něj příliš tiše, nezřetelně a rychle. Nerozumí většině z toho, co říkáme a děláme a my mladší zase nemáme mnoho chuti porozumět jeho zestárlému světu.

Problém je, že než se člověk stane opravdu starým, prožívá dlouhé období, při kterém je již okolím za starého považován, přestože se tak necítí. (1,14)

2.3 Nemocné stáří

Dle WHO není zdraví definováno jen jako absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Má bezesporu vysokou společenskou hodnotu a je asociováno s možností života.

Stáří a nemoc se považují za synonyma a to je také jedním z důvodů, proč se lidé bojí zestárnout. Nemoc sice může vpadnout do života kdykoliv, je ale pravda, že ve stáří je tento vpád pravděpodobnější.

Aby i nemocný a starý člověk žil kvalitní život, je třeba, aby se on i jeho rodina naučila s nemocí žít. (1,24)

2.4 Strach ze stáří

Největším trápením pro staré lidi je osamělost. Stárnoucí člověk hůře navazuje nové přátelství. Soustřeďuje se hlavně na vztahy podstatné a především rodinné. Přátelé postupně umírají a dříve či později umírá i jeden z manželů.

Starý člověk se nejvíce bojí ztráty soběstačnosti. Bojí se, zda se o něj postarají děti, vnuci. Zda k tomu budou mít čas a prostředky. Předtucha bezmocného stáří, obavy z toho, že budou na obtíž, bývá jedním z důvodů, proč někteří lidé nedávají najevo své potíže a také nenárokují péči. Ztráta soběstačnosti a nemožnost sebeobsluhy člověka vždy degraduje. Někteří jedinci nezvládnou situaci, která se nevyhnutelně blíží a zvolí dobrovolný odchod ze života. (1, 15)

„Akademik Josef Charvát vyjádřil celou situaci jako ztrátu programu. Být v důchodu znamená být neproduktivní, neužitečný, starý. Být starý znamená zdržovat, překážet, být na obtíž. Otevírá se tu prostor pro všechny mýty o stáří.“ (1, s.45)

2.5 Mýty o stáří

Mýtů o stáří je spousty a mají vliv na utváření stanovisek a přístupu ke stáří. V minulosti bylo stáří bráno jako moudré, laskavé a dobrotivé. Nyní se necháváme ovlivňovat předsudky a o stáří víme pouze velmi málo. Dá se říct, že stáří nám

nahání strach, protože si uvědomujeme, že takhle budeme vypadat, dožijeme-li se toho. Stáří nyní nemá žádné kompetence a v závislosti na tom ani žádný přijatelný společenský status. (1, 14)

Stejně jako ostatní skupiny obyvatel, mají i starší osoby plné právo na respekt k jejich lidské důstojnosti a osobnosti. Veřejnost by měla mít vědomosti o zvláštnostech, které s sebou stáří přináší.(13)

Mýtus první – na stará kolena zhloupnete

Zapomínání, zmatenost a nezájem o okolní svět, to vše je normální a patří ke stáří. Pravda ale je, že pokud se podobné věci vyskytnou, jedná se spíše o příznak onemocnění, než doprovodné rysy stáří. (11)

Mýtus druhý – starý člověk už nic nepotřebuje

Starý člověk nepotřebuje ke spokojenému životu už nic nového a tak to málo co má, může rozdat dětem, vnukům či pravnukům. Tento mýtus je u nás v České Republice hluboko zakořeněn. Ale proč by si staří lidé nemohli zajít do divadla, na pěkný koncert či koupit si nové oblečení? Vždyť jejich děti, vnuci či pravnuci jsou dospělí lidé a dokáží se o sebe postarat sami. (11)

Mýtus třetí – zamilovaný starý člověk je směšný

Výsledkem tohoto mýtu je, že o zamilovanosti a sexu u seniorů se nemluví. Pouze se tiše předpokládá, že nic takového neexistuje. Připadá nám to nepřístojné a nepatřičné. Ale měli bychom vědět, že i senioři potřebují lásku. Výstižně se o této problematice vyjádřil jeden senior. „Mladší lidé si myslí, že ve stáří je už jen posekaný trávníček, ale on je tu vodopád a živý les.“ (11, 17)

Mýtus čtvrtý – nemá smysl se na stará kolena učit

Univerzity třetího věku se neustále rozvíjí a zájem o ně je stále vyšší. A proč by to tak nemělo být? Ačkoliv jejich výstup se neuznává na trhu práce, mají nemalý přínos v osobním rozvoji seniorů a zvyšují jejich aktivní zapojení do společnosti. (13)

Mýtus pátý – staří jsou nesoběstační

Je více soběstačných seniorů, než těch nesoběstačných. Bohužel tito hůře soběstační senioři jdou více vidět, protože se o nich více mluví. Často jde o smutné příběhy, kdy rodina už se nemůže či z různých důvodů nechce starat a marně hledá, kam by své rodiče umístila. (11)

Mýtus šestý – stáří je neproduktivní

Bylo by pošetilé tento mýtus obhajovat. Vždyť stačí se rozhlédnout kolem sebe a zjistíme kolik seniorů chodí denně do práce. A pokud nepracují v zaměstnání, pomáhají svým rodinám. Hlídají děti, vyzvedávají je ze školky, ze školy, pomáhají v domácnosti. (11)

3 Péče o staré lidi

3.1 Rodina

Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy. Takzvanou nukleární rodinu tvoří otec, matka a děti. Širší rodinu zahrnuje příbuzenstvo, jako jsou prarodiče, strýcové, tety, bratranci a sestřenice.

V rodině vznikají pevné vztahy mezi jejími členy a hlavním posláním rodiny je zaopatřovat ty členy rodiny, kteří nejsou schopni se o sebe sami postarat. (4)

3.1.1 Rodina dříve

Dříve členové rodiny spolu žili a společně pracovali. Děti i staří byli v rodině tolerováni a ti na oplátku pomáhali kde mohli a na co stačili. U dětí byla jasná představa růstu a vývoje, starým lidem se oplácel dluh za podporu a výchovu. Stárnoucí člověk i jeho rodina se pomalu adaptovali na postupné ubývání sil. Dá se říct, že stárnul nepozorovaně, protože neztrácel svoji funkci v rodině. Docházelo k nenápadnému přecházení z více zatěžujících činností na méně zatěžující práci. Tento způsob stárnutí byl přirozený, akceptovatelný a měl svůj řád. (1)

3.1.2 Rodina dnes

Rodina se vlivem změn ve společnosti postupně změnila. Soužití několika generací ve společné domácnosti je vzácné a často bývá podnětem k neshodám. Staří lidé bývají proto izolováni ve svém soukromí.

V dnešní době se také rodí méně dětí. To je paradoxně dáno úrovní zdravotnictví, kdy rodičům stačí mít nižší počet dětí, protože je velká pravděpodobnost, že se dožijí dospělosti. Rodiče přejí svým dětem, aby se měly lépe než oni. Aby byly úspěšné, poskytují jim podmínky pro kvalitní vzdělání a při výběru zaměstnání respektují jejich nadání a přání. (1, 14)

Již není nutné, aby syn převzal řemeslo svého otce a tím umírá tradice.

Profesní moudrost je zbytečná, zvláště dnes, kdy pokrok jde rychle dopředu. Tím dnešní rodina ztrácí svůj pospolitý charakter. Mladší generace již nepociťuje se staršími sounáležitost a chápe je jako příslušníky jiné, podřadnější kategorie. (14)

Společnost si tyto změny uvědomuje a proto, více než v minulosti, děti a mladé lidi učíme, že mají mít úctu ke starým lidem. Ale kdy a za jakých okolností se děti setkávají se starým člověkem? Co o stáří vědí, a chtějí se vůbec něco dovědět? I přes velkou osvětu dětem chybí pozitivní vzor v rodičích. (1, 10)

3.1.3 Senior v rodině

Přesto se stále najde několik statečných, kteří se rozhodli vrátit svým rodičům jejich dobrou výchovu z dětství.

Pokud to podmínky dovolí, má starý člověk žít a dožít v rodině. Je proto nutné, aby se starající rodina dověděla, jak se takové ošetření provádí. Pouze tak bude tato péče dostatečně kvalitní a rodinní příslušníci budou cítit uspokojení z dobře vykonané práce.

Často se stává, že rodina se může o nemocného člověka starat jen do určité míry a v jistém čase. Proto je důležité staré lidi i jejich rodinu informovat o možnostech, které jim v dnešní době umožní setrvat v jejich domácnosti jak jen to bude možné. Výbornou variantou je zde právě komunitní ošetřovatelství. S jeho pomocí rodina zvládne péči o starého nemocného člověka co nejdelší dobu a do nemocnic a ústavů pak přijdou skutečně jen ti, kteří nemohou být doma z důvodu zdravotních. (1, 10)

3.1.4 Starosti těch, co se starají

Dlouhodobá péče o starého člověka v rodině je však velmi namáhavá. O tom, jak vyčerpávající to je, vědí pouze ti, kteří o starého člověka dlouhodobě pečovali či pečují. A my jako společnost „máme morální povinnost pomoci všem, kteří se starají a starat chtějí.“ (1,s. 236)

Dědeček či babička se ostatním v okolí mohou jevit jako roztomile popletení. Představme si však několikaletou péči a námahu plynoucí z každodenního ošetřování. Přidejme skutečnost, že pokud se situace do budoucna změní, pak

pouze k horšímu. Teprve poté pochopíme vyčerpání a úzkost těch, kteří se starají. (1)

Spolu s těžkou nemocí také přichází často i smrt a to mnoha různými způsoby. Někdy přichází nečekaně a velmi rychle při akutním onemocnění, ale častěji jako očekávané ukončení dlouhé a bolestivé choroby. Pokud se příbuzní rozhodnou starat se o starého a umírajícího, musí být na toto připraveni a musí se naučit ovládat strach ze smrti, což není vůbec jednoduché. (9)

Martina Rosenberg ve své knize „Mami, kdy konečně zemřeš“ líčí své zkušenosti s 10letým ošetřováním své nemocné matky. Denní ošetřování bez cizí pomoci ji prakticky zničilo život. Zpočátku pěkná myšlenka života ve vícegeneračním domě s jejími rodiči se po několika letech změnila v noční můru. Celá léta běhala mezi rodiči, manželem, dcerou a prací. Snažila se všem vyhovět. Výsledkem toho byla únava, nervozita, rozepře s manželem, rodiči a dcerou a později také finanční problémy. Po pár letech se k tomu přidaly i zdravotní potíže. (11)

Z toho vyplývá, že domácí ošetřování nesmí být povinností pouze jednoho člena rodiny. Je to těžký úkol a vyžaduje výdrž. Velmi často se stane, že se starající člen nechá unést potřebami nemocného, že zapomene na ty vlastní. Typický bývá nedostatek spánku, nevyvážená strava, přerušení kontaktů s přáteli, opuštění všech svých zálib a koníčků.

Bylo by proto vhodné, aby se společnost zaměřila na zvýšení informovanosti těch, kteří o někoho dlouhodobě pečují. A to nejen z hlediska ošetřování nemocného, ale hlavně péče zaměřená sama na sebe. (15)

3.1.5 Odmítání pomoci rodinou

Většina starých očekává a doufá v pomoc od svých nejbližších. Vynucovat péči by ale nebylo etické, protože pokud se neošetřuje s láskou, nýbrž z donucení, pak tato péče nikdy nebude dostačující. (1)

Avšak neodsuzujme členy rodiny dřív, než zjistíme, proč se o svého stárnoucího člena nechtějí starat. Nemusí to být vždy lhostejnost a neúcta. V pozadí této situace může být také strádání v dětství, špatná finanční situace, či závažná onemocnění jiného člena rodiny. Může zde hrát roli i pocit marnosti

z předpokládaného, a zároveň velmi pravděpodobného nárůstu závislosti u svého rodiče, které již dospělé dítě prostě neunese. (1)

„Každý člověk stárne a starý člověk se dříve či později stane dítětem svých dětí a dospělé děti se stanou rodiči svých rodičů“ (1. s.244)

4 Společnost a péče o staré lidi

Úroveň společnosti lze hodnotit různým způsobem. Jedním takovým pohledem může být, jak se zdraví a ekonomicky výkonní lidé starají o slabé, nemohoucí a nemocné jedince. (1)

4.1 Vývoj péče o staré lidi

Kdysi rodinné tradice určitým způsobem zajišťovaly pomoc slabším a nemocným. Když ale rodina z různých důvodů na tuto péči nestačila, tito nemocní se propadli na okraj společnosti. Jejich osud byl těžký, potulovali se a žebrali. Zvláště u vyšších vrstev obyvatelstva budili soucit a současně i odpor. Tato skutečnost byla spouštěcím mechanismem pro myšlenku, jak vyřešit tuto situaci. Nejdříve nacházeli řešení v jednorázových darech. Později byl problém řešen založením chudobinců, starobinců a chorobinců.

Jejich činnost a fungování zajišťovaly kláštery, později městské a obecní rady. Tato zařízení plnila především azylovou funkci. Přicházeli sem nemajetní chudáci, kteří potřebovali střechu nad hlavou, nasycení a umytí. Základním cílem bylo materiální zajištění starých a nesoběstačných lidí. Tato péče však byla limitována ekonomickými i politickými možnostmi společnosti a její kvalita byla přímo úměrná stupni rozvoje ošetřovatelství a lékařství. (1)

4.2 Historie péče o staré lidi v Čechách

V Čechách existovaly tři typy ústavní péče.

Prvním typem byly špitály, které vznikaly u nás již ve středověku a sloužily jako útulek pro nemocné lidi, tuláky a chudinu. Byly prvním zařízením pro dlouhodobý a hlavně trvalý pobyt starých lidí. Správu špitálů zajišťovaly kláštery.

Druhým typem byly klášterní nemocnice, ty však byly určené pouze pro bohaté občany, kteří z různých darů dotovali řád. Ošetřující se však věnovali spíše náboženským úkonům.

Třetím typem byly nemocnice pro malomocné nebo jiné infekční onemocnění. Zde bylo prvořadým cílem separace infekčních nemocných od ostatních lidí. (1)

Úroveň poskytované péče v tomto období není možno, zejména ve srovnání s dnešními standardy, považovat za dostačující.

V polovině 17. století dochází k otevření nových nemocnic za účelem léčby v dnešním slova smyslu. Následná péče o nemocné, které neuměli léčit a nemajetné jedince, byla stále zajišťována starobinci a chudobinci.

Změna nastala na začátku 20. století, kdy správa sociální péče spadala pod tehdejší ministerstvo sociálních věcí. Stále mnoho starých a nemohoucích lidí zůstávalo v péči rodin, úroveň ústavní péče se však stále zlepšovala. Dále se o nemajetné a nesoběstačné osoby staraly nejen obce, ale také dobrovolné organizace a spolky.

V době 2. světové války docházelo k útlumu rozvoje ošetřovatelství. V tomto období neměli staří lidé jednoduchý život. Když rodina neměla možnost se o ně postarat, žili hladoví, na pokraji společnosti. V poválečném období nastala nová etapa péče o staré a nemocné. Začala se rozvíjet ústavní péče zaměřená na materiální a sociální zabezpečení, spolu se specializovanou zdravotní péčí. Vznikl program budování domovů důchodců, jejichž zřizovatelem je stát. (1)

4.3 Domovy důchodců

Lidé přijímali vstup do domova důchodců s radostí a to zvláště pokud jejich ekonomické zázemí nebylo dostačující. Čekal je tam pohodlnější a často i komfortnější život než dosud.

Jenže životní úroveň se začala zvyšovat. Ještě nedávný komfort domovů důchodců se začíná stávat spíše diskomfortem. Stárnoucí člověk již nechce opustit svůj domov, nechce odejít do domova důchodců, protože tím by došlo k narušení jeho intimního prostoru a definitivně by uzavřel svůj život. Z domova důchodců se neodchází, tam cesta života jednoho dne skončí.

Dalším důvodem, proč lidé neradi odchází do domova důchodců, není pouze nemožnost vzít s sebou svůj nábytek, či stěhovat se do pokoje s větším počtem obyvatel. Je to hlavně absence opravdových lidských vztahů, prověřených a zocelených překážkami života. Přesto však se najdou jedinci, pro které je pobyt

v domově důchodců jediným východiskem z nouze. Jedná se o lidi, kteří zůstali sami, bez rodiny. (1,14)

Nyní domovy důchodců nemohou plnit funkci, pro kterou byly zřizovány, jelikož požadavky společnosti se změnily. Ani nemocnice, domovy důchodců či léčebny dlouhodobě nemocných nemohou být univerzálním řešením života starých lidí. Všechny tyto instituce by měly plnit funkci pomoci v krizi a nouzi člověka. Proto je důležité hledat nová vyhovující řešení, která by pomohla starým a nemocným občanům dožít v relativním bio-psycho-sociálním komfortu. (1)

4.4 Léčebna dlouhodobě nemocných

Nejznámějším typem institucionální péče pro staré a nemocné jsou, kromě nemocnic, léčebny dlouhodobě nemocných. Zde jsou přijímáni pacienti, u nichž se předpokládá relativně dlouhá doba léčení či rehabilitace. Lůžka v těchto zařízeních jsou určena pro všechny věkové kategorie, přesto však převládá především starší generace. Je to dáno tím, že léčení stejné nemoci je u starého člověka delší než u mladšího. Tím se však dostáváme k názoru, obvykle přijímanému veřejností, že léčebny jsou určené pouze pro staré. Léčebny však nejsou odkladiště pro staré lidi, nýbrž specializovaná pracoviště, která poskytují geriatrickou péči určitého typu.

Prostředí v nemocnici či v léčebnách dlouhodobě nemocných omezuje či snižuje kognitivní činnost a zvyšuje sociální izolaci. Proto je nutná psychická aktivace u pacientů staršího věku. Někdo péči o svoji psychickou pohodu vítá, jiný ji odmítá. U starého nemocného pacienta je reálné riziko, že se stane apatickým, závislým, bude odmítat spolupráci, uzavírat se do sebe a jedinou jeho reakcí bude čekání na jídlo. Z toho důvodu je nutné věnovat pozornost komplexní pohybové a činnostní terapii, skupinové terapii a nácviku paměťových funkcí.

Jakákoliv nemoc s sebou přináší nejen zdravotní, ale i sociální problémy. Každý člověk, a zvláště ten starý, má právo být lítostivý a zaplakat si, nesmí však dojít ke ztrátě naděje. Zde je velmi důležitá motivace, aby se člověk ani v nemoci nepoddal situaci, nesmí přestat chtít. (1)

4.4.1 Rodina a její postoj k institucionální péči

Někteří rodinní příslušníci jsou přesvědčeni o tom, že nemocnice, či léčebna dlouhodobě nemocných plně převezmou péči o starého člověka a tím je zbaví všech starostí. Nemocnice poskytuje nemocnému člověku zázemí, dochází zde k uspokojení všech základních potřeb, avšak psychické potřeby bývají v nemocnicích uspokojovány pouze částečně nebo vůbec.

Logickým důvodem je velký počet hůře pohyblivých klientů na oddělení a nízký počet ošetřujícího personálu. Pro rodinu je velká zátěž mít doma jednoho, nesoběstačného člověka. V nemocnici či v léčebně dlouhodobě nemocných má jedna sestra takových pacientů i deset. Nedivme se tedy, že takovému pacientu není dopřána náležitá pozornost a v ošetřování se personál zaměřuje pouze na to nejdůležitější. Když laická veřejnost pozná úskalí v pečování o staré lidi, bývají také shovívavější k sestrám a dívají se jinak na jejich práci. (1)

Je bohužel častým jevem, že i když se pacient zlepší natolik, že by bylo možné uvažovat o propuštění domů, stojíme před otázkou, jestli se vlastně má kam vrátit. Když starý člověk ví, že nebude doma vítaný, nebo že ho nikdo nečeká, tu najednou chybí motivace jak starého člověka, tak i personálu k další práci. Proč se má sestra starat, proč hledat motivaci k životu pro nemocného, když zde nevidí smysluplný cíl?

Proto i během hospitalizace na LDN je důležité rodinu zapojit do péče o starého člověka a nedopustit, aby přežíval názor, že nemocného člověka lze navždycky uložit do léčebny pro dlouhodobě nemocné.

Zdravotnická a sociální institucionální péče se zdála v minulosti ideálním řešením problémů starých a nemocných lidí. Nyní víme o řadě nedostatků, které tato péče přináší. Nejzávažnějším problémem je věková diskriminace a z toho plynoucí pocit odloženosti. Citová vazba na děti a vnoučata bývá většinou velmi silná a pokud je starý člověk násilně umístěn do domova důchodců, prochází jeho vnímání několika fázemi, připomínající dětskou separační úzkost. Prožívá fázi odporu, fázi beznaděje a zoufalství a fázi vytvoření nových pozitivních vazeb. (1,14)

Staří lidé se budou dostávat do situace, kdy nejlepší řešení bude právě tento druh péče, proto má stále u nás své nezastupitelné místo. Přesto, čím později se starý člověk dostane na toto lůžko a čím kratší dobu na něm stráví, tím lépe. Centrum péče o staré lidi je proto nutné přesunout do terénu, nikoli do instituce. (1)

5 Další možnosti péče

Problémem pro pobyt v domácím prostředí je zhoršený zdravotní stav a omezení soběstačnosti. Člověk je rád doma, ale často si svou domácnost idealizuje. Není schopen nekriticky ohodnotit svoji situaci. Proto je nutné velmi opatrně posuzovat všechny možnosti.

Platí však, že může-li starý člověk, byť s menší pomocí, zůstat ve své domácnosti, je společnost povinna zajistit takovou formu péče, která mu to umožní. Dopomoc sestry či pečovatelky v domácím prostředí představuje relativně malou změnu v jejich režimu. Umístěním do domova důchodců je zásadnějším narušením jejich dosavadního života a adaptace na takovou zásadní změnu je pro starého člověka velice náročná. (1, 14)

V Národním akčním plánu podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 - 2017 se objevuje vize, v nichž jsou senioři nedílnou, aktivní a samozřejmou součástí naší společnosti. A proto se v tomto časovém období plánují zaměřit na posilování stabilních mezigeneračních vztahů, integrace a participace. (13)

5.1 Stacionář

Kromě domácí péče do komunitního ošetřování patří i rozvoj různých druhů stacionářů, obzvláště denních. Systém této péče je koncipován tak, že rodina ráno vypraví svého dědečka či babičku a při ranní cestě do práce ho odvezou na stacionář. Zde je zajištěna nejen strava, ale také bohatý volnočasový program. K večeru je starý člověk vyzvednut a vrací se domů do rodiny. Rodina je přes den klidná, že je o prarodiče postaráno a starý člověk je šťasten, že se má každý den kam vracet. (2)

5.2 Pečovatelská služba

Další možností v péči o seniory ve svém domácím prostředí je pečovatelská služba. Zde seniora navštěvují školené pečovatelky, které se starají nejen o čistotu bytu a pravidelné nákupy, ale také o psychickou pohodu starého člověka.

Ideálním řešením se nabízí propojení pečovatelské služby s domácí péčí. Tak je postaráno o seniora nejen z hlediska sociálního, ale také zdravotního. Lidé jsou za takové návštěvy velmi vděční. Vždyť často se stává, že sestřička bývá jedinou spojkou mezi ním a okolním světem. (1,2)

Pokud to okolnosti dovolí „má starý člověk zůstat doma, ve své rodině, tam, kde prožil své lásky i svá zklamání, své životní úspěchy i neúspěchy. Tam, kde zapustil kořeny, těší ho pohled na každou věc a kde vzpomínky žijí proto, že jsou tam předměty, které je evokují. Zde může bez strádání se svými prostými nadějemi a malými radostmi žít běžné a krásné všední dny.“ (1,s.192)

6 Problémy agentur domácí péče

Mnohé agentury domácí péče se v současné době potýkají či budou potýkat s nemalými problémy. I přes nesporné výhody, které pacientům přináší, jakoby zdravotní pojišťovny i ministerstvo zdravotnictví těmto institucím nepřály. (8)

Agentury domácí péče mají na své straně Asociaci domácí péče České republiky, která má za cíl hájit specifické zájmy zdravotníků domácích péčí. Za více než deset let jejího fungování se podařilo dokázat, že poskytování domácí zdravotní péče v České republice se stala nezbytnou součástí komplexní zdravotní péče. Přesto se v návrzích vyhlášek stále častěji objevuje regulace preskripce domácí péče za strany praktických lékařů, což by do budoucna znamenalo mnoho problémů. Lékaři by indikovali méně návštěv domácí péče z obavy, aby nepřekročili limit. Již v současné době jsou praktičtí lékaři nepřímo nuceni od pracovníků pojišťoven krátit návštěvy u pacientů. Péče o seniory, kterou tyto agentury zajišťují, by se pak přesunula do nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných a domovů důchodců. (8,16)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Formulace problému

7.1 Hlavní problém

Po prostudování literatury použité v teoretické části jsem zjistila, o jak široké a závažné téma se jedná. Problematika domácí péče na první pohled souvisí pouze se stárnoucími členy naší populace, ale toto téma se dotýká i jiných oblastí. Jedná se o financování ve zdravotnictví, spolupráci se zdravotními pojišťovnami, odpovědnosti a ochoty rodiny spolupodílet se na péči o svého stárnoucího člena rodiny.

Velkým problémem se ukazuje nedostatečná míra informovanosti všech zúčastněných. To znamená starých lidí, rodinných příslušníků, sester a v neposlední řadě i lékařů v nemocnicích.

V praktické části své bakalářské práce jsem se proto rozhodla zaměřit se na zjištění informovanosti o domácí péči a osobního názoru na to, jaký typ péče všichni zúčastnění po propuštění z nemocnice preferují.

8 Cíl a úkol průzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat názory na domácí péči z pohledu pacientů a zdravotníků.

8.1 Dílčí cíle

Z hlavního cíle jsem si stanovila tři dílčí cíle své bakalářské práce.

Cíl 1 analyzovat názor pacientů využívající domácí péči na ošetřování formou domácí péče

Cíl 2 analyzovat názor sester pracujících v domácí péči na ošetřování formou na domácí péče

Cíl 3 analyzovat názor sester pracujících v nemocnici na domácí péči

9 Metodika průzkumného šetření

Ke zpracování tématu „Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry“ byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, kdy průzkumné šetření probíhalo formou dotazníkového šetření. S ohledem na výše uvedené dílčí cíle bakalářské práce by nebylo účelné vytvořit univerzální dotazník pro všechny respondenty. Proto jsem si zvolila postup sestavení tří různých dotazníků, které byly přímo specifikovány pro zvolené kritérium vzorků respondentů.

U prvního dotazníku (viz. příloha č. 1), zaměřujícího se na pacienty domácí péče, bylo osloveno 40 respondentů. Návratnost byla 90%, tedy 36 respondentů.

U druhého dotazníku (viz. příloha č. 2), který se zaměřoval na sestry pracující v domácí péči, bylo osloveno 40 respondentů. Návratnost byla 93%, tedy 37 respondentů.

Třetí dotazník (viz. příloha č. 3) byl zaměřený na sestry pracující v nemocnici. Protože jsem chtěla zjistit skutečnosti z různých oborů a ne jen z jednoho oddělení, oslovila jsem spolužáky ve třídě, kteří pracují na odlišných standardních odděleních. Zastoupeny byly chirurgické, interní, gynekologické a psychiatrické oddělení. Oslovila jsem 40 respondentů a návratnost byla 93%, tedy 37 respondentů.

Celkový počet oslovených respondentů činil 120 osob. Dotazníky byly anonymní a byly respondenty vyplněny dobrovolně.

Všechny tři dotazníky byly vytvořeny z otázek uzavřených, kde respondenti volili z nabízených odpovědí tu, která se nejvíce blíží jejich názoru a z otázek polootevřených, kde jsem dotazovaným dala prostor k vyjádření vlastní myšlenky.

10 Hypotézy

V bakalářské práci jsem stanovila celkem šest hypotéz, které vychází z vytyčených dílčích cílů.

Hypotéza č. 1

Pacienti, kteří využívají domácí péči jsou s ní spokojení a znají její hlavní výhody a nevýhody

Hypotéza č. 2

Pacienti, kteří využívají domácí péči, by po propuštění z nemocnice dávali přednost domácí péči před umístěním na lůžka následné péče

Hypotéza č. 3

Většina sester domácí péče ráda pracuje v domácí péči a zná její hlavní výhody a nevýhody.

Hypotéza č. 4

Většina sester domácí péče by po propuštění z nemocnice u částečně soběstačného pacienta upřednostnila ošetřování formou domácí péče.

Hypotéza č. 5

Více jak polovina sester pracující v nemocnici má základní informace o domácí péči, ale nezná její hlavní výhody a nevýhody.

Hypotéza č. 6

Více jak polovina sester pracující v nemocnici by po propuštění u částečně soběstačného pacienta upřednostnila umístění na lůžko následné péče.

11 Vzorek respondentů

Pro zvolení vzorku respondentů jsem vycházela z individuálních dílčích cílů a z nich vytyčených hypotéz bakalářské práce. Pro každý dotazník jsem tedy zvolila jiné kritérium.

Kritérium pro dotazník číslo jedna a pro potvrzení první a druhé hypotézy jsem stanovila, že všichni respondenti využívají v době šetření ošetřování formou domácí péče.

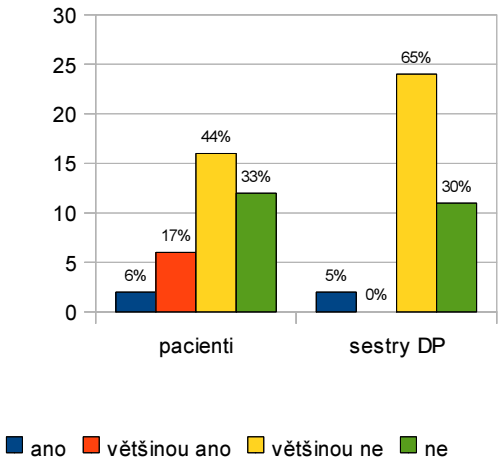
Pro dotazník číslo dvě a pro potvrzení třetí a čtvrté hypotézy jsem stanovila kritérium výběru, že všichni respondenti v době šetření pracují jako všeobecné sestry v domácí péči.

Kritérium výběru pro dotazník číslo tři a pro potvrzení páté a šesté hypotézy jsem zvolila, že všichni respondenti v době šetření pracují jako všeobecné sestry na standardním oddělení v nemocnici.

12 Prezentace a interpretace výsledků

Mohl/a byste být doma bez návštěv sester domácí péče?

(pacienti, sestry domácí péče)



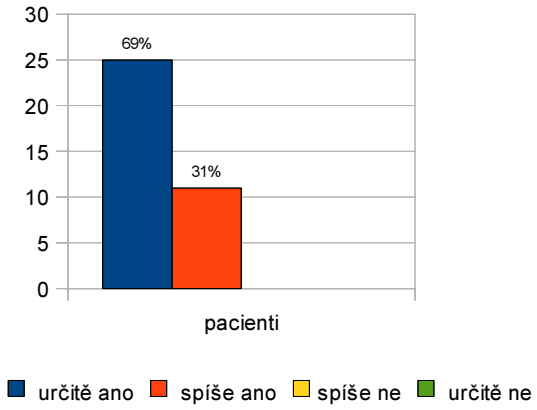
Graf 1

Podle pacientů by bez návštěv sester domácí péče nemohlo zůstat v domácím prostředí 28 (77%) z celkového počtu 36. Z toho 12 (33%) pacientů určitě ne a 16 (44%) pacientů spíše ne. Osm (23%) pacientů si myslí, že by mohli zůstat v domácím prostředí i bez návštěv sester domácí péče. Z toho dva (6%) určitě ano a 6 (17%) spíše ano.

Pouze dvě (5%) sestry domácí péče, z celkového počtu 37, si myslí, že by jejich pacienti mohli být doma i bez jejich návštěv. Ostatních 35 sester (95%) je toho názoru, že by jejich pacienti být sami doma nemohli. Z toho 24 (65%) většinou ne a 11 (30%) určitě ne.

Jste rádi, že k vám sestry domácí péče dochází?

(pacienti)



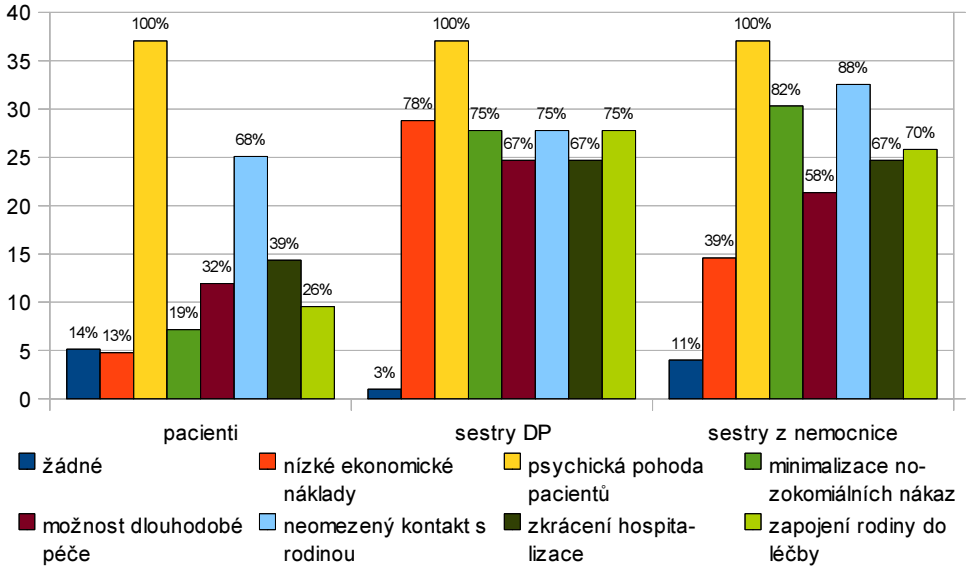
Graf 2

Pacienti domácí péče jsou v 36 (100%) případech s domácí péčí spokojení a jsou rádi, že k nim sestry domácí péče chodí. Z toho 25 (69%) určitě ano a 11 (31%) spíše ano.

Odpověď spíše ne a určitě ne nebyla zvolena ani jedním respondentem.

Znáte výhody domácí péče?

(pacienti, sestry domácí péče, sestry z nemocnice)



Graf 3

Výhody plynoucí domácí péče nezná 5 (14%) pacientů z celkového počtu 36, jedna (3%) sestra domácí péče z celkového počtu 37 a čtyři (11%) sestry pracující v nemocnici z celkového počtu 37. Otázku týkající se výhod domácí péče tedy zodpovídalo 31 pacientů domácí péče, 36 sester domácí péče a 33 sester z nemocnice. Jedná se o polouzavřenou otázku, kdy všichni respondenti měli možnost označit více odpovědí. Doplnění otázky o svůj názor nikdo z respondentů nevyužil.

Respondenti ze všech třech oblastí považují za největší výhodu domácí péče psychickou pohodu související s pobytem ve známém prostředí. Myslí si to 31 (100%) pacientů, 36 (100%) sester domácí péče a 33 (100%) sester

pracujících v nemocnici.

Druhou největší výhodou pro všechny respondenty je neomezený kontakt s rodinou. Potvrzuje to 21 (68%) pacientů domácí péče, 27 (75%) sester domácí péče a 29 (88%) sester z nemocnice.

Pro sestry z nemocnice je další významnou výhodou minimalizace nozokomiálních nákaz. Potvrzuje to 27 (82%) respondentů. Pro sestry domácí péče je tato výhoda také významná, označilo ji 27 (75%) sester. Naopak pacienti tuto možnost označili pouze v 6 (19%) případech.

Zajímavé také je porovnání výhody zapojení rodinných příslušníků do léčby. Pro pacienty je tato výhoda přínosná pouze u 8 (26%) respondentů, kdežto u sester z nemocnice u 23 (70%) respondentů a u sester domácí péče 27 (75%) respondentů.

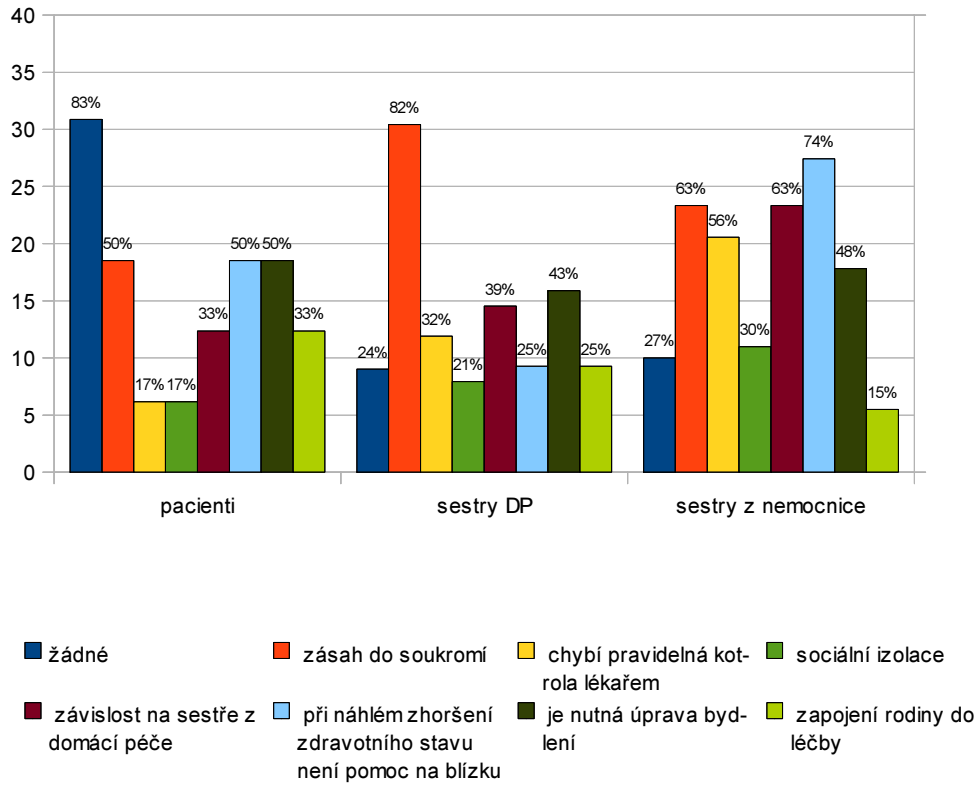
Velké rozdíly vykazuje také výhoda nízkých ekonomických nákladů. U pacientů domácí péče si to myslí pouze 4 (13%) respondenti, u sester z nemocnice 13 (39%) respondentů a u sester domácí péče 28 (78%) respondentů. Mám za to, že tento rozpor je zapříčiněný nevhodnou formulací otázky. Můj původní záměr byl nízké ekonomické náklady pro stát. Ale jelikož jsem to blíže nespecifikovala, pacienti domácí péče zřejmě uvažovali v kontextu ekonomických nákladů, které musí vynaložit při pobytu doma. Je jasné, že pobyt doma je bezesporu finančně náročnější, než pobyt v nemocničním zařízení. To je také příčina nízkého počtu odpovědí pacientů na tuto výhodu. Ukázal se zde hlavní handicap dotazníkové metody, kdy při eventuálním nedorozumění nelze nic zpřesnit.

Možnost dlouhodobé péče za výhodu považuje 10 (32%) pacientů, 24 (67%) sester domácí péče a 19 (58%) sester z nemocnice.

Podobně zkrácení hospitalizace za výhodu považuje 12 (39%) pacientů domácí péče, 24 (67%) sester domácí péče a 22 (67%) sester pracující v nemocnici.

Znáte nevýhody domácí péče?

(pacienti, sestry domácí péče, sestry z nemocnice)



Graf 4

Nevýhody domácí péče nezná 30 (83%) pacientů domácí péče z celkového počtu 36, 9 (24%) sester pracujících v domácí péči z celkového počtu 37 a 10 (27%) sester pracujících v nemocnici z celkového počtu 37.

Na tuto otázku tedy odpovídalo 6 pacientů, 28 sester domácí péče a 27 sester z nemocnice. Jedná se opět o polouzavřenou otázku, kdy všichni respondenti měli

možnost označit více odpovědí. Doplnění otázky o svůj názor nikdo z respondentů nevyužil.

Všechny tři skupiny respondentů spatřují největší nevýhodu v zásahu do soukromí. U pacientů domácí péče si to myslí tři (50%) respondenti, u sester domácí péče 23 (82%) respondentů a u sester z nemocnice 17 (63%) respondentů.

Nevýhodou domácí péče je také nutnost úpravy bydlení. U pacientů tuto možnost zvolili 3 (50%) respondenti, u sester domácí péče 12 (43%) a u sester z nemocnice 13 (48%) respondentů.

Dle sester pracujících v nemocnici je jedním z největších problémů, že při náhlém zhoršení stavu není pomoc na blízku. Jedná se o 20 (74%) respondentů. Z pacientů si to myslí 3 (50%) respondenti a u sester domácí péče se jeví tato nevýhoda jako podružná. Označilo ji 7 (25%) respondentů.

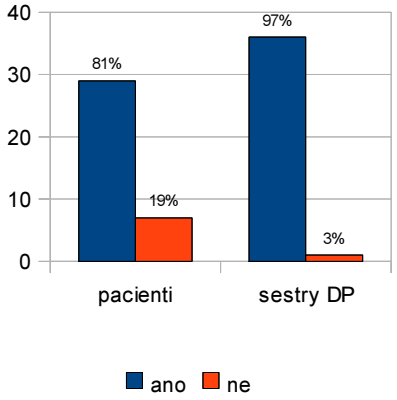
Velké rozdíly vykazuje také závislost na sestře. Sestry z nemocnice si to myslí v 17 (63%) případech, zatímco u sester domácí péče tuto možnost označilo 11 (39%) a u pacientů dva (33%) respondenti.

Absence každodenních kontrol zdravotního stavu lékařem se zdá být nejvíce problematická pro sestry z nemocnice a to v 15 (56%) odpovědích. Sestry domácí péče tuto možnost označily v 9 (32%) případech a u pacientů si to myslí jeden (17%) respondent.

Sociální izolaci označilo v dotazníkovém šetření 8 (30%) sester z nemocnice, 6 (21%) sester domácí péče a jeden (17%) pacient.

Zapojení rodiny do léčby vnímají jako problém dva (33%) pacienti, 7 (25%) sester domácí péče a 4 (15%) sestry z nemocnice.

Hospitalizace před zavedením domácí péče?
(pacienti, sestry z DP)



Graf 5

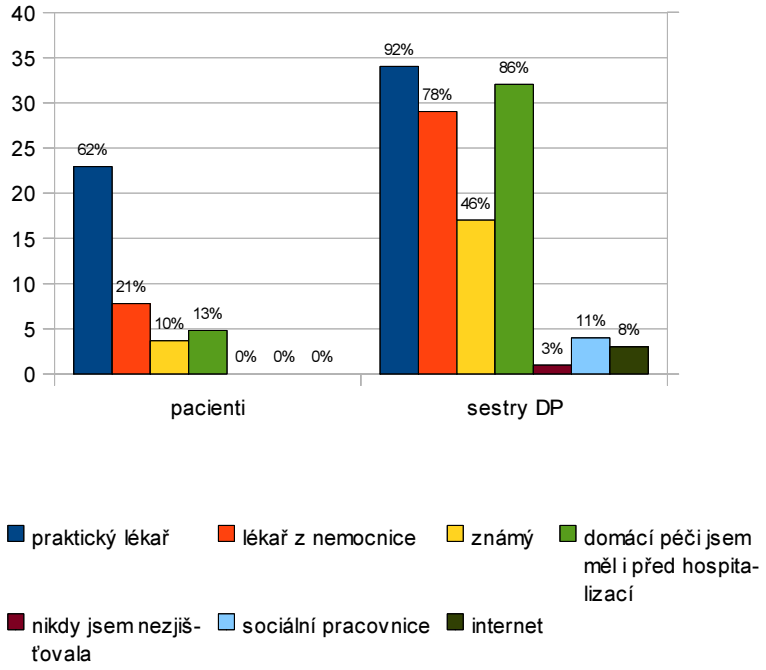
Tato otázka směřovala k pacientům a sestrám domácí péče a výsledky jsou vcelku jednoznačné. Před domácí péčí bylo hospitalizováno 29 (81%) pacientů a jen 7 (19%) respondentů nikoli. Sestry zvolily možnost ano v 36 (97%) případech a možnost ne označila pouze jedna (3%) sestra.

Kdo vás o domácí péči po hospitalizaci informoval?

(pacienti)

Kdo nejčastěji o domácí péči vaše pacienty informuje?

(sestry)



Graf 6

Cílem této otázky bylo zjistit, kdo nejčastěji pacienty o domácí péči po hospitalizaci informuje. Byla vymezená nejen pro pacienty domácí péče, kteří v minulém dotazu odpověděli kladně, ale také pro sestry domácí péče. Jednalo se o polouzavřenou otázku, kdy respondenti měli možnost vyslovit svůj názor. Pacienti odpovídali pouze jednou odpovědí, sestry, jelikož se starají o více pacientů, mohly označit možností několik. Na tuto otázku odpovídalo 29 pacientů

a 37 sester domácí péče.

Oba okruhy respondentů shodně odpověděly, že nejčastěji informuje o domácí péči praktický lékař. Z pacientů označilo tuto možnost 18 (62%) respondentů a dle sester 34 (92%) respondentů.

Podle 32 (86%) sester mívá pacient domácí péči i před hospitalizací, avšak u zkoumaných respondentů z oblasti pacientů domácí péče tuto možnost označili pouze 4 (13%).

Stejný nepoměr je i u zprostředkování informací lékaři z nemocnic. Sestry označily tuto možnost v 29 (78%) případech a u pacientů tuto možnost vybralo 6 (21%) respondentů.

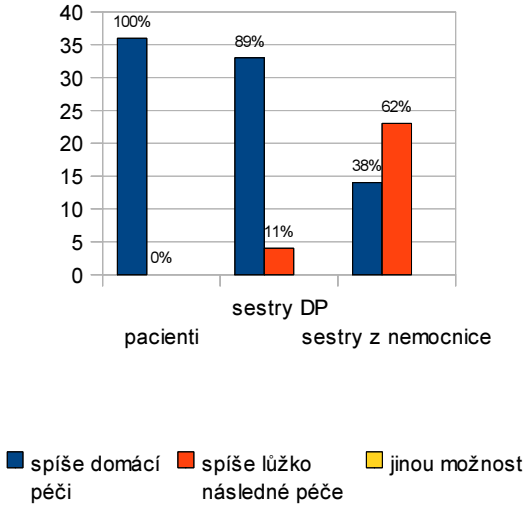
Získání informací o domácí péči od známého označilo 17 (46%) sester a 3 (10%) pacienti.

Příležitost volně vyslovit svůj názor k této otázce pacienti nevyužili. Tři (8%) sestry doplnily, že se setkávají s informovaností pacientů z internetu a 4 (11%) od sociálních pracovnic.

Jedna sestra (3%) se touto otázkou nikdy nezbývala a nikdy ji u svých pacientů nezjišťovala.

Co po hospitalizaci upřednostňují?

(pacienti, sestry domácí péče, sestry z nemocnice)



Graf 7

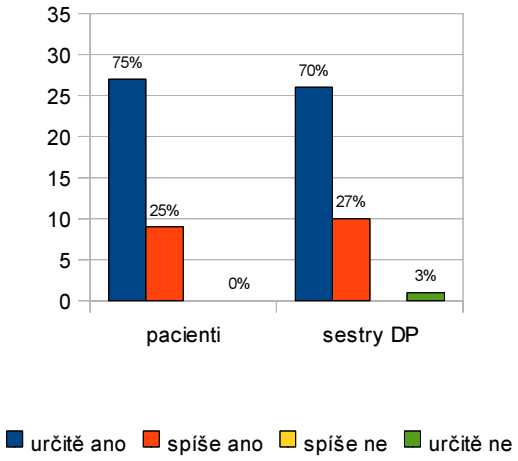
Tento dotaz byl určen pro všechny tři skupiny respondentů. Pro pacienty domácí péče, sestry pracující v domácí péči a také pro sestry pracující v nemocnici. Cílem bylo zjistit jejich osobní názor na to, čemu po propuštění z nemocnice dávají přednost, pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje dohled či dopomoc při běžných úkonech.

U pacientů i sester domácí péče byla odpověď na tuto otázku naprosto jednoznačná. Pacienti označili v 36 (100%) případech domácí péči a 33 (89%) sester domácí péče preferuje domácí péče. Pouze čtyři (11%) sestry zvolili možnost lůžka následné péče.

U sester z nemocnice byla možnost domácí péče označena ve 14 (38%) případech a lůžko následné péče v 23 (62%) případech.

Doporučil/a byste svému rodinnému příslušníkovi při zhoršení stavu domácí péči?

(pacienti, sestry domácí péče)



Graf 8

Tímto dotazem jsem zjišťovala názor sester domácí péče a jejich pacientů, zda by při zhoršeném zdravotním stavu doporučili domácí péči svému rodinnému příslušníkovi. Obě skupiny respondentů odpověděly téměř shodně.

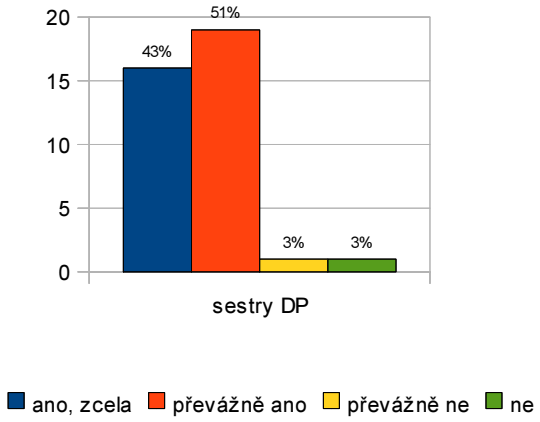
Pacienti by domácí péči doporučili ve 36 (100%) případech. Z toho 27 (75%) respondentů určitě ano a 9 (25%) respondentů spíše ano. Zápornou odpověď neoznačil ani jeden respondent.

Za sestry by domácí péči doporučilo 36 (97%) dotazovaných, z toho 26 (70%) určitě ano a 10 (27%) spíše ano. Domácí péči by nedoporučila pouze jedna (3%) sestra.

12.1 Otázky specifické pro sestry domácí péče

Uspokojuje vás práce v domácí péči?

(sestry domácí péče)



Graf 9

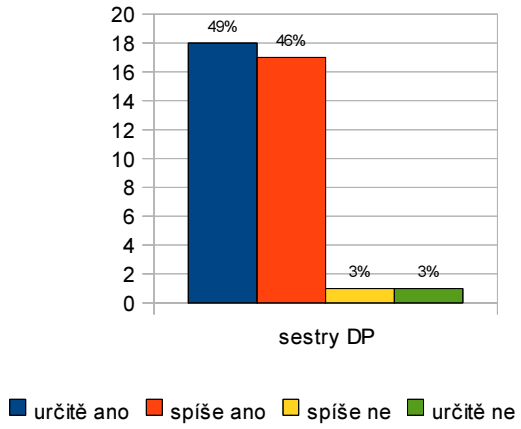
Zde jsem se zaměřila na zjištění, jak jsou sestry v domácí péči spokojené a jestli je jejich práce uspokojuje.

Kladně odpovědělo 35 (94%) respondentů. Z toho 16 (43%) určitě ano a 19 (51%) spíše ano.

Zápornou odpověď zvolily dvě (6%) sestry, kdy jedna sestra (3%) označila odpověď převážně ne a jednu sestru (3%) práce v domácí péči neuspokojuje vůbec.

Pokud byste znovu stála před rozhodnutím pracovat v domácí péči, rozhodla byste se stejně?

(sestry domácí péče)



Graf 10

Tímto dotazem jsem pokračovala ve zjištění spokojenosti sester domácí péče.

Kladně odpovědělo 35 (95%) dotazovaných, z toho 18 (49%) respondentů zvolilo možnost odpovědi určitě ano a 17 (46%) respondentů označilo spíše ano.

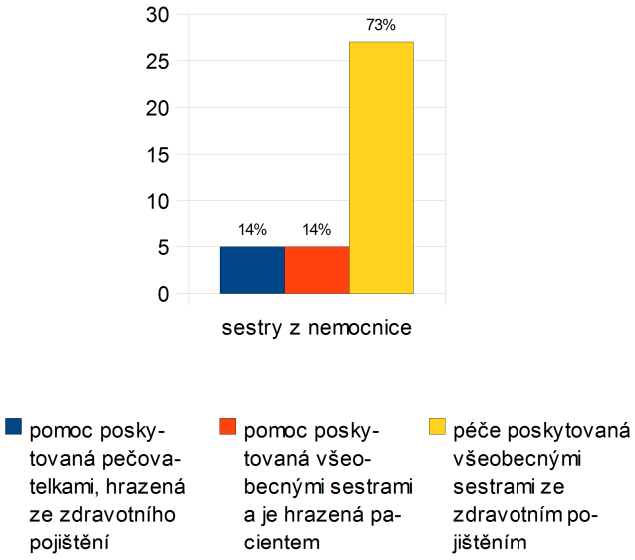
Zápornou odpověď označily dvě (6%) sestry, kdy jedna (3%) sestra zvolila možnost odpovědi spíše ne a jedna (3%) sestra určitě ne.

12.2 Otázky specifické pro sestry pracující v nemocnici

Následující dotazy byly určeny pouze pro sestry z nemocnice. Byly sestaveny s cílem zjistit jejich informovanost v oblasti domácí péče a jakým způsobem při propuštění z nemocnice informují své pacienty.

Co je domácí péče?

(sestry z nemocnice)



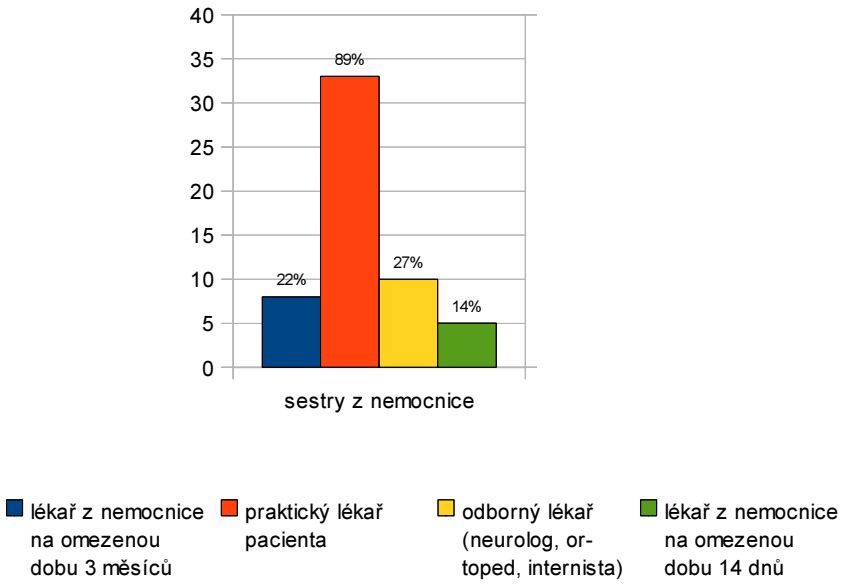
Graf 11

Touto otázkou jsem zjišťovala, jestli sestry v nemocnici znají základní principy domácí péče.

Správnou odpověď označilo 27 (73%) respondentů z celkového počtu 37 dotazovaných. Nesprávné odpovědi označilo 10 (28%) respondentů.

Kdo má v kompetenci domácí péči indikovat?

(sestry z nemocnice)



Graf 12

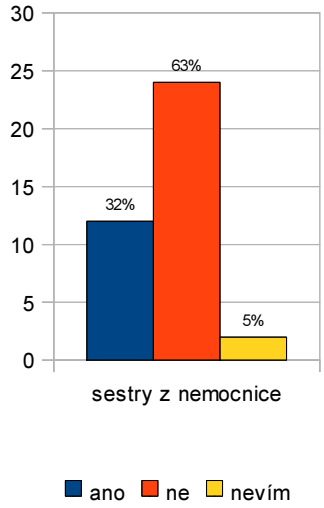
Tímto dotazem jsem si chtěla ověřit znalosti sester z nemocnice týkající se indikací domácí péče. Celkový počet činil 37 respondentů a měli možnost označit více možností.

Nejčastěji zvolená správná odpověď byl praktický lékař pacienta. Tu označilo 33 (89%) respondentů. Druhou správnou odpověď, že indikovat domácí péči může i lékař z nemocnice na omezenou dobu 14 dnů označilo pouze 5 (14%) respondentů.

Chybné odpovědi, že domácí péči může předepsat lékař z nemocnice na omezenou dobu 3 měsíce zvolilo 8 (22%) respondentů a odpověď odborný lékař označilo 10 (27%) respondentů.

Nabízíte na vašem oddělení při propuštění domácí péči?

(sestry z nemocnice)

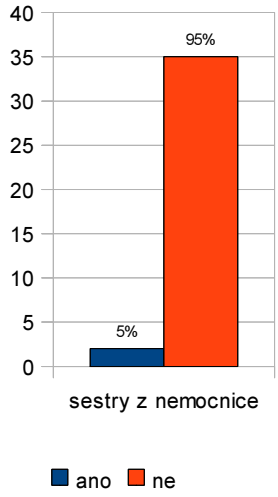


Graf 13

Na oddělení při propuštění doporučují lékaři domácí péči u 12 (32%) respondentů, u 23 (63%) respondentů se nenabízí a 2 (5%) respondenti neví, zda lékaři o možnosti domácí péče pacienty informují.

Máte na oddělení informační materiály zaměřující se na domácí péči?

(sestry z nemocnice)



Graf 14

Odpovědi na tuto otázku jsou velmi jednoznačné. U 35 (95%) respondentů se na oddělení žádné informační materiály o domácí péči nevyskytují. Pouze dva (5%) respondenti informační materiály na oddělení mají a i je aktivně pacientům nabízí.

13 Diskuse

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo odhalit různé názory na domácí péči. Tomuto zjištění předcházelo výzkumné šetření metodou kvalitativního výzkumu prostřednictvím dotazníků. Byli osloveni respondenti z oblasti nelékařských zdravotníků pracujících v domácí péči a na různých typech standardních oddělení a pacientů využívající domácí péči. Ze zvoleného hlavního cíle se odvíjely tři dílčí cíle a z nich byly stanoveny hypotézy.

První dílčí cíl byl zaměřený na analýzu názorů pacientů využívající domácí péči.

Hypotéza č. 1 vyplývající z prvního dílčího cíle - *Pacienti využívající domácí péči jsou s ní spokojení a znají její hlavní výhody a nevýhody***.**

Otázky byly zaměřeny na respondenty z řad pacientů domácí péče.

- Graf č. 1 – souvisí s otázkou, zda by pacienti mohli být doma bez návštěv sester domácí péče. Z celkového počtu 36 respondentů 28 (77%) označilo zápornou odpověď, kladnou zvolilo 8 (23%) respondentů.
- Graf č. 2 – vyjadřuje spokojenost s domácí péčí. Z grafu je patrné, že s péčí je spokojeno 36 (100%) respondentů.
- Graf č. 3 – znázorňuje znalosti týkající se výhod domácí péče. Tyto výhody nezná 5 (14%) respondentů. Kladně odpovědělo 31 (86%) respondentů, kteří se shodli na tom, že za nejdůležitější výhodu považují psychickou pohodu související s pobytem ve známém prostředí (100%), neomezený kontakt s rodinou (68%), zkrácení hospitalizace (39%) a možnost dlouhodobé péče (32%).
- Graf č. 4 – tento graf souvisí s dotazem, zda respondenti znají nevýhody domácí péče. Záporně na tento dotaz odpovědělo 30 (83%) respondentů. Nevýhody zná pouze 6 (17%) respondentů. Jako nevýhodu domácí péče nejčastěji respondenti spatřují v nutné úpravě bydlení (50%), v zásahu do soukromí (50%) a při náhlém zhoršení stavu není pomoc na blízku (50%).

- Graf č. 8 – se týká otázky, zda by respondenti doporučili při zhoršení stavu u svého rodinného příslušníka domácí péči. Odpověď byla jednoznačná. Kladně odpovědělo 36 (100%) respondentů.

Při vyhodnocování této hypotézy jsem byla mile překvapena výsledky týkající se spokojeností pacientů s domácí péčí. Všichni respondenti jsou s návštěvami sester domácí péče spokojení a plně si uvědomují, že by bez jejich návštěv být doma nemohli. Ke stejnému závěru dospěla i Bc. Slouková ve své diplomové práci. Její šetření bylo zaměřené na zjištění spokojenosti seniorů s domácí péčí v Brně. Respondenti v jejím šetření uvedli, že v 97 (95%) případech jsou s domácí péčí spokojeni. (19)

Překvapila mě velká neznalost nevýhod domácí péče u mých respondentů. Přestože velmi malý počet respondentů z řad pacientů domácí péče tyto nevýhody zná, výsledky výzkumu potvrdily moji domněnku, že pacienti jsou seznámeni s hlavními výhodami domácí péče. Nejdůležitější je pro ně psychická pohoda související s pobytem v domácím prostředí. K totožnému závěru došla i Zuzana Svobodová ve své bakalářské práci. Ta provedla výzkumné šetření zaměřené na znalost výhod domácí péče u laické veřejnosti. Respondenti v jejím výzkumu za největší výhodu domácí péče označili možnost pobytu v domácím prostředí a s tím související psychická pohoda nemocných. (20)

Z výše uvedených výsledků mohu vyvodit, že pacienti jsou s domácí péčí spokojeni, znají velmi dobře její výhody, ale s nevýhodami domácí péče nejsou příliš obeznámeni. **Hypotéza č. 1 byla částečně potvrzena.**

Hypotéza č. 2 vyplývající z prvního dílčího cíle - *Pacienti, kteří využívají domácí péči by po propuštění z nemocnice dávali přednost domácí péči před umístěním na lůžka následné péče.*

Otázky byly zaměřené na respondenty z řad pacientů domácí péče.

- Graf č. 5 – znázorňuje, kolik pacientů mělo před zavedením domácí péče zkušenosti s hospitalizací. Jednalo se o 29 (81%) respondentů.

- Graf č. 6 – tato otázka navazovala na předchozí a týkala se pouze respondentů, kteří byli před zavedením domácí péče hospitalizováni. Záměrem bylo zjistit, kdo pacienty o možnosti domácí péče po propuštění informoval. Nejčastěji zvolená odpověď byla praktický lékař a to v 18 (62%) případech. Ošetřující lékař z nemocnice seznámil pacienty o domácí péčí pouze v 6 (21%) případech, 4 (13%) respondenti měli domácí péči ještě před hospitalizací a od známého se o domácí péči dověděli 3 (10%) respondenti.
- Graf č. 7 – respondenti byli přímo dotázáni na to, co by po propuštění z nemocnice upřednostnili, pokud by jejich soběstačnost byla v určitém směru narušena. Výsledky byly jednoznačné. V 36 (100%) případech respondenti označili možnost domácí péče. Možnost lůžka následné péče nezvolil ani jeden respondent.

Z výsledků je zřejmé, že velké procento pacientů domácí péče má zkušenosti s hospitalizací. Překvapilo mě však, že základní informace o možnosti domácí péče poskytuje pacientům nejčastěji praktický lékař. Nepoměr mezi informovaností od ošetřujícího lékaře z nemocnice a počet hospitalizovaných pacientů před zahájením domácí péče je značný.

Překvapila mě také jednotná odpověď respondentů na to, co by po propuštění upřednostnili. Všichni respondenti by dali přednost domácí péči před umístěním na lůžko následné péče. Podobným problémem se zabývala ve své bakalářské práci i Eliška Vilímková. Ta zkoumala informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí. Z výsledků jejího šetření vyšlo, že 52 (87%) pacientů by dalo přednost zdravotní péči v domácím prostředí před péčí s pobytem v nemocnici. (21)

Z výsledků mého šetření mohu usoudit, že pacienti po propuštění dávají přednost domácí péči před umístěním na lůžko následné péče.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Druhý dílčí cíl byl zaměřený na analýzu názorů sester pracujících v domácí péči .

Hypotéza č. 3 vyplývající z druhého dílčího cíle – *Většina sester domácí péče ráda pracuje v domácí péči a zná její hlavní výhody a nevýhody.*

Otázky byly zaměřené na sestry pracující v domácí péči.

- Graf č. 3 – zde jsem se dotazovala na výhody domácí péče z pohledu zdravotní sestry pracující v domácí péči. 36 (97%) respondentů odpovědělo kladně, pouze jeden respondent (3%) žádné výhody domácí péče nezná. Za největší výhodu považují respondenti psychickou pohodu pacienta (100%), nízké ekonomické náklady (78%), minimalizaci nozokomiálních nákaz (75%), neomezený kontakt s rodinou (75%) a zapojení rodiny do léčby (75%).
- Graf č. 4 – tímto dotazem jsem zjišťovala informovanost o nevýhodách domácí péče. S nevýhodami není seznámeno 9 (24%) respondentů. Největší nevýhodu domácí péče spatřují v zásahu do soukromí (62%), dále v nutnosti úpravy bydlení (43%), závislosti na sestře domácí péče (39%) a absenci pravidelných kontrol lékařem (32%).
- Graf č. 9 – v této otázce jsem se ptala sester domácí péče, zda je jejich práce uspokojuje. Kladně odpovědělo 34 (94%) respondentů, zápornou odpověď označily dva (6%) respondenti.
- Graf č. 10 – zobrazuje odpovědi na otázku: Pokud byste znovu stála před rozhodnutím pracovat v domácí péči rozhodla byste se stejně? Na tento dotaz odpovědělo kladně 35 (96%) respondentů a záporně dva (6%) respondenti.

Z výsledků šetření je zřejmé, že sestry pracující v domácí péči jsou dostatečně seznámeny s výhodami a nevýhodami této služby. Stejně tak odpovědi na otázky týkající se spokojenosti sester ve svém zaměstnání byly jednoznačné. Jelikož sama pracuji v domácí péči, tyto výsledky jsem očekávala. Ze své zkušenosti vím, jaká pozitiva přináší práce v domácí péči. Jde o pocit samostatnosti v rozhodování

při ošetřování, související se zkušeností sestry, a v případě dobrých výsledků i pocit uspokojení z vhodně zvolené metody. Podle mého názoru však nejdůležitějším aspektem je chování pacientů. Ti jsou v naprosté většině za návštěvy sester neskonale vděční a v jejich přístupu je to často viditelné. Domácí péče má pro své zaměstnance i negativní stránky, přesto však, jak ukazují výsledky mého šetření, klady převažují. Tímto problémem se hlouběji zabývala Zuzana Rabenseiferová ve své bakalářské práci na téma Práce sestry v agenturách domácí péče. Výsledky jejího průzkumu ukázaly, že 34 (100%) sester domácí péče jsou s prací v agentuře spokojené. (22)

Z výše uvedených výsledků usuzuji, že většina sester pracující v domácí péči zná její hlavní výhody i nevýhody, ráda zde pracuje a s prací je spokojena.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Hypotéza č. 4 vyplývající z druhého dílčího cíle – *Většina sester domácí péče by po propuštění z nemocnice u částečně soběstačného pacienta upřednostnila ošetřování formou domácí péče.*

Otázky byly zaměřené na sestry pracující v domácí péči.

- Graf č. 5 – tato otázka souvisí s hypotézou č. 4 nepřímo. Zjišťovala, kolik pacientů domácí péče bylo před zavedení domácí péče hospitalizováno. Překvapivě vysoké procento sester označilo kladnou odpověď. Bylo to 36 (97%) respondentů.
- Graf č. 6 – zde je zobrazeno, kdo podle sester nejčastěji domácí péči pacientům po propuštění indikuje. Nejčastěji se jedná o praktického lékaře (92%) a lékaře z nemocnice (78%). V 86% byla domácí péče zavedena u pacientů před hospitalizací.
- Graf č. 7 – v této otázce jsem se dotazovala, co by sestry domácí péče po hospitalizaci upřednostnily. Výsledky jsou jednoznačné. Domácí péči by preferovalo 33 (89%) respondentů a lůžko následné péče 4 (11%) respondenti.

Z výsledků šetření se mi opět potvrdil rozpor mezi počtem sester které označily, že jejich pacienti mají zkušenosti s hospitalizací a nejčastější indikací domácí péče od praktického lékaře. I lékař z nemocnice péči často předepisuje, přesto je zde patrný velký nepoměr.

Odpovědi sester domácí péče „co by po hospitalizaci upřednostnily“ mě nepřekvapily. Očekávala jsem, že budou preferovat spíše domácí péči než lůžko následné péče. To souvisí s předchozí otázkou o výhodách domácí péče. Z výsledků je zřejmé, že sestry ví, že tato forma ošetřování má svůj smysl a nezastupitelné místo v ošetřování nemocných.

Lenka Nečasová ve své bakalářské práci na téma Domácí péče u seniorů zjišťovala formou rozhovorů různé názory na domácí péči. V rozhovoru se zdravotní sestrou pracující v domácí péči zazněla otázka: „Jaké jsou zásadní rozdíly mezi péčí o seniora v ústavní péči a v péči vlastní rodiny a co upřednostnit?“ Její odpověď mě velice zaujala. „Nelze všeobecně soudit, která péče je lepší. Pokud je rodina funkční, vládne tam zdravé láskyplné ovzduší, takové prostředí ani sebelepší ústav nenahradí. Jestliže však jsou v rodině vztahy napjaté, senior se cítí nemilován, může se paradoxně uprostřed svých blízkých cítit mnohem osamělejší než v nemocnici.“ (23)

Z výše uvedených výsledků mohu usoudit, že většina sester domácí péče by po propuštění z nemocnice u částečně soběstačného pacienta upřednostnily ošetřování formou domácí péče. **Hypotéza č. 4 byla potvrzena.**

Třetí dílčí cíl byl zaměřený na analýzu názorů sester pracujících v nemocnici.

Hypotéza č. 5 vyplývající z třetího dílčího cíle – *Více jak polovina sester pracujících v nemocnici mají informace o domácí péči, ale neznají její hlavní výhody a nevýhody.*

Otázky byly zaměřené na sestry pracující v nemocnici.

- Graf č. 3 – tato otázka se týkala výhod domácí péče. Kladně odpovědělo 33 (89%) respondentů a 4 (11%) respondenti tyto výhody neznají. Jako největší výhodu sestry spatřují v psychické pohodě pacientů (100%), neomezeném kontaktu s rodinou (88%), minimalizace nozokomiálních nákaz (82%), zapojení rodiny do léčby (70%) a zkrácení hospitalizace (67%).
- Graf č.4 – v této otázce jsem se dotazovala na znalosti nevýhod domácí péče. 10 (27%) respondentů označilo, že žádné nevýhody nezná, kladně odpovědělo 27 (73%) respondentů. Nejčastěji označili respondenti možnost, že při náhlém zhoršení stavu není pomoc na blízku (74%), závislost na sestře domácí péče (63%), zásah do soukromí (63%), absence pravidelných kontrol lékařem (56%) a nutnosti úpravy bydlení (48%).
- Graf č. 11 – zde jsem zjišťovala, zda sestry z nemocnice ví co je domácí péče. Správnou odpověď označilo 27 (72%) respondentů. Nesprávnou odpověď označilo 10 (28%) respondentů.
- Graf č. 12 – znázorňuje informovanost ohledně indikací domácí péče. Správnou odpověď, praktický lékař pacienta, označilo 33 (89%) respondentů. Druhou správnou odpověď, že indikovat domácí péči může i lékař z nemocnice na omezenou dobu 14 dnů zvolilo 5 (14%) respondentů. Chybné odpovědi označilo 18 (48%) respondentů.

Z hodnocení výsledků této části je zřejmé, že více jak polovina sester z nemocnice má základní informace o domácí péči a jejich výhodách

a nevýhodách. Přesto 48% respondentů nemá přesné informace o tom, kdo může domácí péči předepsat. Sestry z nemocnice považují za největší výhodu domácí péče psychickou pohodu pacientů a za největší nevýhodu, že při náhlém zhoršení stavu není pomoc na blízku, což je rozdílné od ostatních respondentů. Dle mého názoru jsou tyto výsledky vcelku dobré, ale s ohledem na vysoké číslo hospitalizovaných pacientů domácí péče by měla být tato informovanost na lepší úrovni.

Existuje velké množství bakalářských či diplomových prací na téma informovanosti o domácí péči. Bohužel všechny jsou zaměřené na seniory, rodinu, sestry domácí péče či laickou veřejnost. I přes velkou snahu se mi nepodařilo nalézt takový výzkum, který by se zaměřoval na informovanost sester pracujících v nemocnici. Proto nemohu provést srovnání mých výsledků s výsledky jiného průzkumu.

Z výše uvedených výsledků usuzuji, že sestry pracující v nemocnici mají informace o domácí péči a jsou seznámeny s jejími hlavními výhodami a nevýhodami. **Hypotéza č. 5 byla potvrzena částečně.**

Hypotéza č. 6 vyplývající z třetího dílčího cíle – *Více jak polovina sester pracujících v nemocnici by po propuštění u částečně soběstačného pacienta upřednostnila umístění na lůžko následné péče.*

Otázky byly zaměřené na sestry pracující v nemocnici.

- Graf č. 7 – zde jsem se cíleně dotazovala, zda by respondenti po propuštění u částečně soběstačného pacienta upřednostnili umístění na lůžko následné péče či domácí péči. Lůžko následné péče by si vybralo 23 (62%) respondentů, možnost domácí péče označilo 14 (38%) respondentů.

Z výše uvedených výsledků mohu posoudit, že více jak polovina sester pracujících v nemocnici preferuje po propuštění z nemocnice u částečně soběstačného pacienta lůžko následné péče. **Hypotéza č. 6 byla potvrzena.**

Závěr

Stáří bývá zmiňováno nejčastěji v souvislosti se zvyšujícími se náklady na zdravotní i sociální péči a rostoucími nároky na důchodový systém. Přínos starších lidí pro společnost však není dostatečně zdůrazňován. Proto hlavní aktivitou všech organizací zabývající se problematikou stárnutí by mělo být vytváření jeho pozitivního obrazu. Pro zajištění plného začlenění seniorů do společnosti je důležité zcela potlačit negativní postoje k této poslední fázi lidského života.

Uvědomme si, že stáří je normální součást našeho bytí, ve které stále pokračuje rozvoj lidské osobnosti. Jako každý jedinec, tak i staří lidé mají právo na důstojný život a to i se sníženou soběstačností z důvodu onemocnění. Musí tedy mít zásadní slovo při rozhodování, kde a jak budou žít. Mělo by to být prostředí, kde se budou cítit bezpečně, pohodlně, spokojeně a které bude přizpůsobené jejich potřebám. Pro zajištění kvalitní péče musí být rozvíjeny všechny typy komunitních služeb, aby si mohl každý vybrat podle své situace a svých potřeb.

Dojde-li ke snížení soběstačnosti a zároveň i k nároku na základní zdravotní péči, jeví se jako ideální řešení kombinace domácí péče a pečovatelské služby. V dnešní době však zdravotní a sociální terénní služby nejsou příliš provázané. Důvodem je v první řadě neuspokojivá informovanost všech zúčastněných a nedostatečná empatie se starými lidmi. Nedokážeme či nechceme se vcítit do jejich situace a vytušit jejich specifické potřeby. Nemůžeme také očekávat, že oni sami nám to dají najevo. Jejich obavy, že nás budou otravovat, jsou větší, než strach o svou vlastní osobu. Někteří si také nechtějí připustit, že potřebují pomoc. Jejich stav se tak pomalu zhoršuje do hranice snesitelnosti, až se situace vyhrotí a starý člověk je nejčastěji pro pád z dehydratace či podvýživy hospitalizován a jeho život končí na lůžku následné péče.

Po pečlivém prostudování literatury a po zhodnocení výsledků mého výzkumu bych pro praxi doporučila zlepšit informovanost. Ta bude alfou a omegou péče o nemohoucí. V první řadě by měli být do tohoto problému důsledně zasvěcení praktičtí lékaři. Ti jsou v kontaktu se starým člověkem nejčastěji a dokáží adekvátně posoudit jejich stav. Dále ošetřující lékaři a sestry v nemocnici, kteří

rozhodují o následné péči bezprostředně po hospitalizaci. Také rodinní příslušníci seniorů musí získat jednotné a ucelené informace nejen o postupu při pečování, ale také o možnostech všech komunitních služeb, spolu s psychologickým poradenstvím. Jejich vzdělávání a podpora je jednou z nejúspěšnějších iniciativ v rámci dlouhodobé péče o seniory.

Provázání informovanosti s komunitní péčí povede k lepším výsledkům péče, nižším nákladům pro zdravotní i sociální systém a také k eliminaci zdravotních komplikací.

Seznam zdrojů

(1) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, 407 s. Pyramida (Panorama). ISBN 80-703-8158-2.
(2)JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-507.
(3)Ošetřovatelská péče č. 6 2011 článek Domácí péče u nás autor Mgr. Jitka Bukáčková str.4.ISSN 1213-2330
(4)HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Ilustrace Karel Nepraš. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
(5) VZP, *Číselník výkonů* [online]. [cit.9.10.2012]. Dostupné z: http://vzp.cz/uploads/document/vykony-872.pdf
(6) HŘÍCHOVÁ, Miloslava, Jana MIŇHOVÁ a Lenka NOVOTNÁ. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2000, 82 s. ISBN 80-708-2626-6.
(7) DUČAIOVÁ, Jarmila, LITVÍNOVÁ, Blažena. *Etické atributy stáří.* Sestra. 2012. 50-51, ISSN
(8) HETTNEROVÁ, Magda. Co trápí agentury domácí péče? *Florence.* 2012, 16-17. ISSN 1801-464x
(9) BASTLOVÁ, Helena*. Péče o nemocné*. 1. vyd. Príroda, 1993, 170 s., ilustr., fotogr. ISBN 80-07-00576-5.
(10) KUBEŠOVÁ, Lucie. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006, 270 s. Knihovna zdraví (Rebo). ISBN 80-723-4536-2.
(11) ROSENBERG, Martina. *Mutter, wann stirbst du endlich?*, Blanvalet Verlag, 2013, 256stran, ISBN 978-3-7645-0468-7
(12) PETRÁŠOVÁ,L. *Deset mýtů o stáří.* [online]. [cit.19.2.2013]. Dostupné z: http://www.vitalplus.org/article.php?article=423
(13) Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2012. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017.* Praha: MPSV
(14) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.
(15) HASTINGS, Diana. *Domácí sestřička: péče o nemocné doma*. Vyd. 1. Překlad

Karla Šnýdrová. Praha: Knižní klub, 1997, 220 s. ISBN 80-717-6452-3.
(16) KONDELÍKOVÁ, Ludmila. Asociace domácí péče České Republiky. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2011, 28. ISSN 1801-1349
(17) PŘÍKOPOVÁ, Petra. Intimita v domech pro seniory. *Sestra*. 2012, 22-23. ISSN 1210-0404
(18) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
(19) SLOUKOVÁ, Magda. *Spokojenost s domácí péči v Brně pohledem seniorů.* Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marta Šenkaříková.
(20) SVOBODOVÁ, Zuzana. *Home care – odborná zdravotní péče v domácí prostředí klienta*. Zlín 2010. Bakalářská práce. Universita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Zlatica Dorková.
(21) VILÍMKOVÁ, Eliška. *Informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí*. Zlín 2010. Bakalářská práce. Universita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Renata Mlčochová.
(22) RABENSEIFEROVÁ, Zuzana. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. Zlín 2009. Bakalářská práce. Universita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Anna Krátká.
(23) NEČASOVÁ, Lenka. Domácí péče u seniorů. Brno 2011. Bakalářská práce. Masarykova universita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Kateřina Sayoud Solárová.
(24) KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovateľstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník určený pro pacienty domácí péče

Příloha č. 2 Dotazník určený pro sestry domácí péče

Příloha č. 3 Dotazník určený pro sestry z nemocnice

Příloha č. 1 Dotazník určený pro pacienty domácí péče

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Kopčilová a studuji třetím rokem bakalářské studium na Západočeské univerzitě v Plzni, obor všeobecná sestra, kombinovaná forma.

Obracím se na Vás s prosbou o zodpovězení několika otázek v podobě dotazníku. Úkolem tohoto výzkumu je zjistit Váš názor na domácí péči. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou sloužit jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry.“

Velmi Vám děkuji za ochotu a spolupráci.
S přáním pěkného dne

Jitka Kopčilová

1) Myslíte si, že byste mohl/a být doma bez návštěv sester domácí péče?

a) určitě ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) určitě ne

2) Jste rád/a, že k Vám sestry domácí péče dochází?

a) určitě ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) určitě ne

3) Znáte výhody domácí péče?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli **ano**, označte jaké nejdůležitější výhody znáte (je možné označit více možností)

Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte v dotazníku

- nízké ekonomické náklady
- psychická pohoda pacientů, související s pobytem ve známém prostředí (prevence hospitalismu)
- minimalizace vzniku nozokomiálních nákaz (nákazy související s hospitalizací)
- možnost dlouhodobé péče
- neomezený kontakt s rodinou
- zkrácení hospitalizace
- zapojení rodinných příslušníků do léčby
- jiné (uveďte)…….....
- …….....

4) Znáte nevýhody domácí péče?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli **ano**, označte jaké nejdůležitější nevýhody znáte (je možné označit více možností)

Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte v dotazníku

- zásah do soukromí pacientů
- chybí každodenní kontrola zdravotního stavu lékařem
- sociální izolace pacienta
- závislost na sestře domácí péče
- při náhlém zhoršení zdravotního stavu není pomoc na blízku
- při snížené soběstačnosti je nutná úprava bydlení
- zapojení rodiny do léčby
- jiné (uveďte)…....
- ….....

5) Byl/a jste v před zavedením domácí péče hospitalizován/a?

a) ano

b) ne

- Pokud jste odpověděl/a **ano** pokračujte v dotazníku
- Pokud jste odpověděl/a **ne** přejděte k otázce číslo 7

6) Kdo vám domácí péči po propuštění doporučil?

a) praktický lékař

b) lékař z nemocnice

c) známý

d) domácí péči jsem měl i před hospitalizací

e) jiné (doplňte).....

7) Pokud by jste měl/a před propuštění z nemocnice na výběr, vybral/a byste si:

a) spíše domácí péči

b) spíše lůžko následné péče

8) Doporučil/a by jste svému rodinnému příslušníkovi při zhoršení stavu domácí péči?

a) určitě ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) určitě ne

Příloha č. 2 Dotazník určený pro sestry domácí péče

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Kopčilová a studuji třetím rokem bakalářské studium na Západočeské univerzitě v Plzni, obor všeobecná sestra, kombinovaná forma.

Obracím se na Vás s prosbou o zodpovězení několika otázek v podobě dotazníku. Úkolem tohoto výzkumu je zjistit názor zdravotních sester a pacientů na domácí péči. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám zabere maximálně deset minut. Výsledky dotazníků budou sloužit jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry.“

Velmi Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

S přáním pěkného dne

Jitka Kopčilová

1) Myslíte si, že by vaši pacienti mohly být doma bez návštěv domácí péče?

a) ano

b) většinou ano

c) většinou ne

d) ne

2) Znáte výhody domácí péče?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli **ano**, označte jaké nejdůležitější výhody znáte (je možné označit více možností)

Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte v dotazníku

- nízké ekonomické náklady
- psychická pohoda pacientů, související s pobytem ve známém prostředí (prevence hospitalismu)
- minimalizace vzniku nozokomiálních nákaz
- možnost dlouhodobé péče
- neomezený kontakt s rodinou
- zkrácení hospitalizace
- zapojení rodinných příslušníků do léčby
- jiné (uveďte)…….....
- …….....

3) Znáte nevýhody domácí péče?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli **ano**, označte jaké nejdůležitější nevýhody znáte (je možné označit více možností)

Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte v dotazníku

- zásah do soukromí pacientů
- chybí každodenní kontrola zdravotního stavu lékařem
- sociální izolace pacienta
- závislost na sestře domácí péče
- při náhlém zhoršení zdravotního stavu není pomoc na blízku
- při snížené soběstačnosti je nutná úprava bydlení
- zapojení rodiny do léčby
- jiné (uveďte).....
- …….....

4) Byli vaši pacienti v minulosti hospitalizováni?

a) většina ano

b) většina ne

c) ne

- Pokud jste odpověděl/a **většina ano** nebo **většina ne** pokračujte v dotazníku
- Pokud jste odpověděl/a **ne** přejděte k otázce **číslo 6**

5) Jak se Vaši pacienti po propuštění dověděli o DP? (je možné označit více možností)

a) od praktického lékaře

b) od lékaře z nemocnice

c) od známého

d) domácí péči měli i před hospitalizací

e) nikdy jsem nezjišťovala

f) další (uveďte).....

6) Co byste vy doporučila pacientovi při propuštění z nemocnice?

a) spíše lůžko následné péče

b) spíše domácí péči

c) jinou možnost.....

7) Uspokojuje Vás práce v domácí péči?

a) ano, zcela

b) převážně ano

c) převážně ne

d) ne

8) Pokud byste znovu stála před rozhodnutím pracovat v domácí péči, rozhodla byste se stejně?

a) určitě ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) určitě ne

9) Doporučila byste svému rodinnému příslušníkovi při zhoršení stavu domácí péči?

a) určitě ano

b) spíše ano

c)spíše ne

d)určitě ne

Příloha č. 3 Dotazník určený pro sestry z nemocnice

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Kopčilová a studuji třetím rokem bakalářské studium na Západočeské univerzitě v Plzni, obor všeobecná sestra, kombinovaná forma.

Obracím se na Vás s prosbou o zodpovězení několika otázek v podobě dotazníku. Úkolem tohoto výzkumu je zjistit názor zdravotních sester a pacientů na domácí péči. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám zabere maximálně deset minut. Výsledky dotazníků budou sloužit jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry.“

Velmi Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

S přáním pěkného dne

Jitka Kopčilová

1) Víte co je domácí péče?

a) ano

b) ne

2) Domácí péče je:

a) pomoc v domácnosti poskytovaná školenými pečovatelkami a je hrazená ze zdravotního pojištění

b) pomoc v domácnosti poskytovaná zdravotními sestrami a je hrazená pacientem

c) ošetřovatelská péče poskytovaná zdravotními sestrami a je hrazená ze zdravotního pojištění

3) Víte kdo má v kompetenci domácí péči indikovat? (můžete označit více možností)

a) ošetřující lékař z nemocnice na omezenou dobu 3 měsíců

b) praktický lékař pacienta

c) odborný lékař (neurolog, internista, rehabilitační)

d) ošetřující lékař z nemocnice na omezenou dobu 14 dnů

4) Znáte výhody domácí péče?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli **ano**, označte jaké nejdůležitější výhody znáte (je možné označit více možností)

Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte v dotazníku

- nízké ekonomické náklady
- psychická pohoda pacientů, související s pobytem ve známém prostředí (prevence hospitalismu)
- minimalizace vzniku nozokomiálních nákaz
- možnost dlouhodobé péče
- neomezený kontakt s rodinou
- zkrácení hospitalizace
- zapojení rodinných příslušníků do léčby
- jiné (uveďte)…….....
- …….....

5) Znáte nevýhody domácí péče?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli **ano**, označte jaké nejdůležitější nevýhody znáte (je možné označit více možností)

Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte v dotazníku

- zásah do soukromí pacientů
- chybí každodenní kontrola zdravotního stavu lékařem
- sociální izolace pacienta
- závislost na sestře domácí péče
- při náhlém zhoršení zdravotního stavu není pomoc na blízku
- při snížené soběstačnosti je nutná úprava bydlení
- zapojení rodiny do léčby
- jiné (uveďte)….....
- ….....

6) Nabízíte na vašem oddělení pacientům při propuštění domácí péči?

a) ano

b) ne

c) nevím

7) Pokud to zdravotní stav pacienta při propuštění z nemocnice vyžaduje, preferujete spíše:

a) lůžko následné péče

b) domácí péči

c) jiná možnost - ….....

8) Máte na oddělení nějaké informační materiály pro zaměstnance a pacienty zaměřující se na domácí péči?

a) ano

b) ne