

Hospicová a domácí péče ve Zlínském kraji

Nikol Hofírková

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikol Hofírková**
Osobní číslo: **H18503**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Hospicová a domácí péče ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti hospicové a domácí péče.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

BRUERA, E. a S. YENNURAJALINGAM. *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative medicine*. New York: Oxford University Press, Inc., 2011, 488 s. ISBN 9780199375301.

MARKOVÁ, A. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015, 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.

MIŠINOVÁ, M. *Ošetrovatelstvo v paliativnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2016, 106 s. ISBN 978-80-210-8433-9.

ŠPÍNKOVÁ, M. a Š. ŠPÍNKA aj. *Standardy domácí paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů 2004. 35 s. ISBN 80-239-4329-4.

VEDLICHOVÁ, M. *Domácí péče*. Hradec Králové: Gaudeams, 2013, 126 s. ISBN 978-80-7435-296-6.

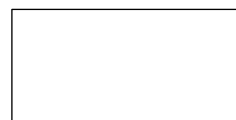
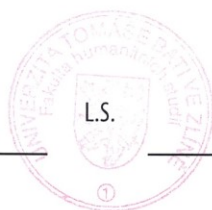
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**

Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

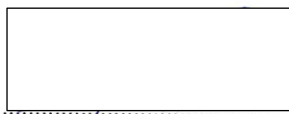
Beru na vědomí, že

- 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 7.5.2021



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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení 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). Odpirá-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 užit 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 jim 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem hospicové a domácí péče ve Zlínském kraji. Teoretická část je zaměřena na hospicovou péči, obecný popis, dělení, a na domácí péči, která zahrnuje popis, druhy a formy. Je zde i kapitola, která je zaměřena na práci všeobecných sester v domácí péči a mobilní hospicové péči. Výzkumná část byla provedena prostřednictvím kvantitativního výzkumu metodou dotazníkového šetření a obsahuje odpovědi respondentů, které se týkají práce všeobecných sester v domácí a mobilní hospicové péči ve Zlínském kraji. Zjišťujeme také skladbu pacientů, o které sestry pečují, jejich práci během denní i noční směny a činnosti, které nejčastěji provádí.

Klíčová slova: klíčové slovo, klíčové slovo

hospicová péče, domácí péče, všeobecná sestra, mobilní hospicová péče, pacient, klient

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of hospice and home care in the Zlín region. The theoretical part is focused on hospice care, general description, division and home care, which includes description, types and forms. There is also a chapter that focuses on the work of general nurses in home care and mobile hospice care. The research part was carried out through quantitative research using the method of a questionnaire survey and contains the answers of the respondents concerning the work of general nurses in home and mobile hospice care in the Zlín Region. We also find out the composition of the patients that the nurses care for, their work during the day and night shift and the activities that they perform most often.

Keywords: keywords, keywords

hospice care, home care, general nurse, mobile hospice care, patient, client

Chtěla bych poděkovat PhDr. Michaela Schneider, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu, cenné rady a především trpělivost. Také bych chtěla poděkovat mé rodině a kamarádům za podporu po celou dobu studia. V neposlední řadě patří velké poděkování všem sestrám ze zařízení, kde výzkum probíhal.

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

„Ideálem je, aby člověk umíral usmířen, bez bolesti fyzické, psychické, sociální a duchovní a s vděčností za život, který mu byl dán.“

Jaro Křivohlavý

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HOSPICOVÁ PÉČE	12
1.1 DEFINICE POJMU HOSPICOVÁ PÉČE	12
1.2 HOSPIC	12
1.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	13
1.3.1 Lůžková hospicová péče	14
1.3.2 Stacionární hospicová péče	14
1.3.3 Domácí hospicová péče.....	14
1.4 CÍLOVÁ SKUPINA HOSPICOVÉ PÉČE.....	15
1.5 LEGISLATIVNÍ RÁMEC HOSPICOVÉ PÉČE	15
1.6 FINANCOVÁNÍ	16
1.7 MATERIÁLNĚ TECHNICKÉ VYBAVENÍ.....	16
1.8 UKONČENÍ PÉČE	17
2 DOMÁCÍ PÉČE	18
2.1 DEFINICE POJMU DOMÁCÍ PÉČE	18
2.2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	18
2.3 HLAVNÍ CÍLE DOMÁCÍ PÉČE	19
2.4 LEGISLATIVNÍ RÁMEC DOMÁCÍ PÉČE	20
2.5 DRUHY PÉČE	20
2.6 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	21
2.7 KLIENT DOMÁCÍ PÉČE.....	22
2.7.1 Význam rodiny pro klienta.....	23
2.8 MATERIÁLNÍ A TECHNICKÉ VYBAVENÍ	23
3 VŠEOBECNÁ SESTRA V ZAŘÍZENÍ DOMÁCÍ A MOBILNÍ HOSPICOVÉ PÉČE	25
3.1 ROLE SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI.....	25
3.1.1 Kvalifikace sester	25
3.1.2 Práce sestry v domácí péči	25
3.2 ROLE SESTRY V MOBILNÍM HOSPICI.....	26
3.2.1 Kvalifikace sester	27
3.2.2 Práce sestry v mobilním hospici	27
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
4 METODIKA PRÁCE.....	30
4.1 CÍLE VÝZKUMU	30

4.2	METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	30
4.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	30
4.4	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	31
4.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	31
4.6	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	31
5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	32
6	DISKUZE	62
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	71
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM GRAFŮ	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Problematika domácí a hospicové péče je v dnešní době velmi diskutované téma. Je to možná tím, že se snaží celkově dnešní společnost o poskytování péče v přirozeném prostředí klientů, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Klienti se doma cítí lépe a uvolněněji, nejsou ve stresu z nemocničního prostředí, mají své pomůcky a vybavení domácnosti. Mnoho lidí chce i své poslední dny života trávit doma a s blízkými osobami. Díky právě domácí péči je toto umožněno.

Téma jsem si vybrala spíše ze zvědavosti. Chtěla jsem se dozvědět mnoho zajímavých informací o práci všeobecných sester v domácí péči a hospicové péči. Také jsem chtěla zjistit, jak sestry v takovém zařízení pracují, co je jejich náplní práce, a o které klienty pečují. V teoretické části je popisována hospicová péče, její formy, legislativa, financování a potřebné vybavení. Dále zde popisujeme domácí péči, druhy a formy této péče, a také potřebné vzdělání a dovednosti sester pro vykonávání práce v domácí péči a mobilní hospicové péči.

Praktická část práce je založena na kvantitativním šetření technikou dotazníku u všeobecných sester v zařízeních domácí a mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji. Hlavním cíle bude zmapovat práci všeobecných sester v daných zařízeních domácí péče a mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji. Pomocí daného šetření bych chtěla poukázat na náročnost práce v těchto zařízeních a uvědomit si také podstatu této práce. Výzkumné šetření probíhalo od 5. 4. 2021 do 21. 4. 2021.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HOSPICOVÁ PÉČE

„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí smrti již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí, a ještě bychom měli i jiný žebříček hodnot“.

E. Kübler-Rossová

Dle Kalvacha (Kalvach, 2010) jde v hospicové péči především o pokročilá stádia onemocnění spějící ke smrti. Jedná se tedy o podporu a péči o pacienty v rozmezí několika týdnů až měsíců.

1.1 Definice pojmu hospicová péče

„Hospicová péče je pomoc člověka člověku v utrpení způsobeném nemocí a umíráním.“, uvádí tak Cecilly Saudersová (Misconiová, 1997).

Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče pro pacienty, které se již nepokoušíme léčit, tudíž u nich byla ukončena aktivní léčba (Hanzlíková, 2006). Péče je zaměřena na zmírnění bolesti, uspokojování základních potřeb, a především na poskytování duchovní podpory umírajícímu a jeho blízkým osobám (Krátká a Šilháková, 2008).

Hospicová péče je péče, která je poskytována na konci života. Téměř každý hospic je určený pro pacienty, kterým zbývá 6 měsíců života, nebo méně (Bruera and Yennurajalingam, 2011).

Hospicové zařízení se skládá z lůžkové části a ze stacionáře. Každý pokoj je vybaven telefonem a televizí dle možnosti. Pro všechny jsou dále k využití společenské prostory, zahrada, kaple a místnost posledního rozloučení (Haškovcová, 2000).

1.2 Hospic

Hospic je zařízení, které se specializuje na péči o umírající a nemocné. Respektuje potřeby člověka, snaží se o zachování důstojnosti a věnuje umírajícímu více času, člověk se může zde na smrt připravit. Měl by nemocnému garantovat, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, budou respektovány jeho práva a lidská důstojnost, a nezůstane osamocen v době umírání (Svatošová, 2008).

Nemocný má potřebu být vyslyšen, potřebu, aby mu bylo nasloucháno. V anglických zemích se například dobrovolníkům v hospicích říká „listeners“, tedy „naslouchající“ (Kalvach, 2004).

Historie hospiců spadá až do středověku, kdy byly v kláštrech zakládány útulky pro nemocné. Roku 1842 založila Jeanne Garnierová společenství žen, které se staraly o nevyléčitelně nemocné lidi. Později byl v Paříži postaven první dům pro pacienty v terminálním stádiu nemoci, který se nazýval hospic. Marie Aikenheadová v roce 1878 vybuodovala komunitu sester v Dublinu, hlavním cílem bylo doprovázet umírající v jejich poslední fázi života a zachovat jejich důstojnost. Největší rozvoj měl hospic ve 20. století v Anglii. Počátky paliativní a hospicové péče jsou velmi spojovány se jménem Cicely Saudersonová, což byla zdravotní sestra, sociální pracovníce a později i lékařka (Payenová, et al. 2007).

V roce 1967 založila Saundersová v Londýně hospic svatého Kryštofa. V tomto hospici byla i poprvé zajištěna péče o bolest nemocných multidisciplinárním týmem pracovníků (Vorlíček, et al. 2015).

V České republice se můžeme setkat s pojmem hospic v souvislosti s MUDr. Marií Svatošovou, která založila první hospicové hnutí. Mnoho let pracovala jako řadová lékařka. Poté roku 1993 založila Ecce homo, což bylo občanské sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí. Za cíl si toto sdružení kladlo důraz prosadit myšlenky hospice i mimo budovu, všude tam, kde lidé umírají. Zcela první hospic u nás Marie Svatošová otevřela roku 1995 v Červeném Kostelci s názvem Hospic Anežky České (Svatošová, 2011).

Můžeme zde zmínit i prvotní myšlenku poskytování domácí hospicové péče, která se objevila v projektu sdružení Cesty domů v roce 2001. Toto sdružení právě reagovalo na situaci ohledně péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění v České republice, která se zlepšuje, ale stále není poskytována mnoha lidem, kteří trpí různými formami utrpení (např. ztrátou důstojnosti). Toto hospicové hnutí Cesta domů sídlí v Praze, nejprve členové zřídili poradnu s telefonní linkou a obstarali základní pomůcky díky finanční podpoře Nadace Dobré vůle (Kalvach, 2004).

1.3 Formy hospicové péče

Existuje několik forem hospicové péče, a to lůžková, stacionární a domácí neboli mobilní hospicová péče.

1.3.1 Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče je zaměřena na nevléčitelně nemocné osoby, které nemohou své poslední chvíle strávit ve svém přirozeném prostředí domova. O přijetí do lůžkového hospice rozhoduje vždy lékař. Každý pacient přichází do hospice dobrovolně a sám tehdy, pokud cítí, že je to pro něj dobré, a pokud péče v domácím prostředí už není vyhovující. Pobyt v nemocnici není již v tomto případě nutný (Svatošová, 2008).

Nemocný je v hospici vždy na jednolůžkovém pokoji, do kterého si může donést jakékoli osobní věci. V každém pokoji je přistýlka, určena na přespání pro rodinné příslušníky. Návštěvy jsou zde neomezeně (Marková, 2015).

Důraz je zde kladen na individuální potřeby pacientů a na jejich přání. Lůžkový hospic si klade za cíl vytvořit příjemné prostředí pro pacienta, aby zde mohl prožít své poslední chvíle života.

Zásadním rozdílem mezi péčí v nemocničním zařízení a v hospicovém zařízení je ten, že hospicová péče se již nesnaží pacienta vyléčit. Péče je zaměřena především na duchovní péči, na poskytnutí kvalitní péče (jako je hygiena a odstranění bolesti). Součástí hospicové péče je i paliativní medicína, která se snaží o tlumení jakékoli bolesti pacienta. (Asociace hospicové paliativní péče, 2017).

1.3.2 Stacionární hospicová péče

Patří k nejmladším formám hospicové péče. Tato forma péče spočívá v tom, že je pacient vždy ráno do hospice přivezen, a odpoledne či večer se vrací domů do přirozeného prostředí. Dopravu zajišťuje hospic nebo rodina, tudíž je tato forma vhodná především pro osoby v místě nebo blízkém okolí hospice (Svatošová, 2008).

Stacionář edukuje nemocného na různá témata a nabízí mu aktivity k relaxaci, jako například malování, zpívání, tanec, čtení knih. Péče je určena pro nemocné, kteří nemohou zůstat sami bez dozoru v domácím prostředí, ale na druhou stranu na tom nejsou po zdravotní stránce tak špatně, aby museli využít lůžkovou formu (Marková, 2015).

V zahraničí je obvykle úzká vazba mezi stacionáři a lůžkovým hospicem (Asociace hospicové paliativní péče, 2017).

1.3.3 Domácí hospicová péče

Domácí hospic je forma péče, určena pro poskytování v přirozeném prostředí nemocného, pokud mu to umožňuje zdravotní stav. Ke klientovi dojíždí multidisciplinární tým

pracovníků, který pomáhá s péčí. Pobyt v nemocničním zařízení již v tomto případě není nutný a rodina pacienta si přeje mít nemocného člena doma (Haškovcová, 2007).

Domácí hospicová péče je indikována u osob, u kterých lékař předpokládá úmrtí do šesti měsíců. Výhodou mobilní hospicové péče je zklidnění pacienta a lepší vyrovnání se smrtí. Proces umírání je spojeno s několika fázemi a každý pacient jej může prožívat jinak (Hospicová a paliativní péče, 2008).

Mobilní hospic se snaží rodinám pomoci zorientovat se v situaci, ve které se zrovna nacházejí, pomáhají jim plně využít zdravotního a sociálního systému. Základní funkcí je dokázat zamezit zbytečným hospitalizacím v nemocničních a lůžkových zařízeních. Snaží se i o posílení vztahů v rodinách nemocného a zabránit nepříjemným a traumatizujícím zážitkům členů rodin z odloučení v době umírání a smrti. Pokud zdravotnický personál dokáže rodinu podpořit, tak později snáší lépe i období zármutku. Hlavním cílem domácí hospicové péče je umožnit pacientovi důstojně prožít jeho poslední fázi života v jeho přirozeném prostředí a usnadnit rodině péči o nemocného. Klient se dobrovolně rozhoduje a na jeho rozhodnutí závisí péče. Multidisciplinární tým se snaží zajistit všechny potřeby nemocného v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální (Kalvach, 2004).

1.4 Cílová skupina hospicové péče

Cílovou skupinou, na kterou je hospicová péče zaměřena tvoří pacienti, rodina a blízké osoby pacienta, pozůstalí i laická veřejnost. Péče je především poskytována klientům v terminální fázi onemocnění. Jedná se zejména o:

- nádorová onemocnění
- AIDS
- neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, demence, Parkinsonova nemoc...)
- vrozené pediatrické syndromy
- konečná stádia chronických orgánových onemocnění, jako například srdeční, plicní nebo ledvinné onemocnění (Asociace hospicové paliativní péče, 2017).

1.5 Legislativní rámec hospicové péče

Hospicová péče a péče o umírající je regulována zákonem o sociálních službách a zdravotní péči je poskytována lege artis.

Právní předpisy vztahující se k hospicové péči jsou:

- Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb.,
- Listina základních práv a svobod,
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu,
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních,
- Zákon č.8/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví – koncepce následné lůžkové péče,
- Charta práv umírajících (Tomeš, 2015).

1.6 Financování

V České republice není hospicová péče hrazena z veřejného pojištění, tudíž je hrazena vícezdrojově. Hlavním příjmem jsou granty, veřejné sbírky a dary. Další možností jsou přímé platby pacientů, které platí pacient či jeho rodina.

Zdravotní složka péče je systémově hrazena zdravotními pojišťovkami, ale úhrada sociální složky je nedořešena. Hospice jsou většinou nevládní neziskové organizace, které nemají zřizovatele (např. kraj, obec), z jehož rozpočtu by byl hrazen. Částečně se na financování hospiců podílejí i pacienti a jejich rodiny. O další finance žádají hospice obce, kraje, ministerstva zdravotnictví nebo MPSV. Na tyto dotace však neexistuje právní nárok (Hanzlíková, 2006).

1.7 Materiálně technické vybavení

Vybavení hospiců musí odpovídat specifickým potřebám jednotlivých typů zařízení. Smyslem je vždy, aby dané prostředí umožňovalo pracovníkům uskutečňovat kontakt s klienty péče, poskytovat péči a léčbu, vést telefonické konzultace, skladovat potřebnou dokumentaci, skladovat léky a zdravotnické pomůcky (Asociace hospicové paliativní péče, 2017).

Mezi specifika vybavení pro lůžkový hospic můžeme zařadit elektrické polohovací lůžko, antidekubitní pomůcky, aktivní a pasivní antidekubitní matrace, injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu, lineární dávkovač léků, odsávačky, oxygenátor, glukometr EKG, základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci, koupelna s vanou, Wc židle, chodítko, pojízdné nízké a vysoké, mechanické pojízdné křeslo, další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem (Asociace hospicové paliativní péče, 2017).

K vybavení mobilního hospice můžeme zařadit elektrické polohovací lůžko, antidekubitní pomůcky, antidekubitní matrace, lineární dávkovač léků, odsávačku, oxygenátor, Wc židli, pomůcky pro manipulaci s imobilním klientem, pumpu pro podávání parenterální výživy, dopravní prostředek k přepravě ke klientovi a brašnu s potřebnými zdravotnickými pomůckami, box pro přepravu biologického materiálu. (Asociace hospicové paliativní péče, 2017).

Domácí prostředí je třeba i dostatečně upravit, aby se tam klient cítil dobře a péče o něj byla ulehčena. Postel by měla být umístěna tak, ať je přístup k ní umožněn ze všech stran. Pomůže to při vykonávání úkonů, kdy bude klient v lůžku. Dobrým pomocníkem je polohovací postel, kterou si může klient zakoupit nebo vypůjčit. K lůžku je možné mít i hrazdičku, která se umístí nad postel, antidekubitní matraci či umístit vedle postel noční stolek pro odkládání věcí (Slámová et al., 2018).

1.8 Ukončení péče

Ukončení péče může být ze dvou důvodů. První důvodem je úmrtí pacienta. Zařízení má vždy písemně stanoveny závazné standarty pro zacházení s tělem, péči o mrtvé tělo a další péči o pozůstalé. Péče o mrtvé tělo by se mělo vždy provádět s úctou a respektem, dle kulturních a náboženských zvyků zemřelého nebo jeho rodiny. Po úmrtí pacienta by se měla poskytnout a nabídnout rada a podpora rodiny v období truchlení. Druhým důvodem ukončení péče v hospicovém zařízení může být předčasné ukončení péče. Probíhá vždy dle dohody pacienta, jeho rodiny a hospicového týmu. Mělo by být vždy respektované přání pacienta. Pokud to nelze, tak se pracovníci snaží najít alespoň nějaké vzájemné řešení (Asociace hospicové paliativní péče, 2017).

2 DOMÁCÍ PÉČE

V poslední době je v České republice podporován trend tzv. deinstitucionalizace, přemístění péče z pobytového zařízení do domácí prostředí. Má to značné výhody, jako například levnější náklady, než v ústavní péči nebo také možnost úspory z veřejných rozpočtů z důvodu, že si částečně péči hradí ten, kdo péči provádí (Jarošová, et al. 2012)

2.1 Definice pojmu domácí péče

Domácí péče je neustále se vyvíjející obor, který se zaměřuje na péči o klienta v jeho přirozeném prostředí. Snaží se o udržení zdraví a vzájemnou podporu. Péči provádí vyškolená všeobecná sestra, spolu s multidisciplinárním týmem pracovníků, který zahrnuje lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychology aj. (Misconiová, 1997).

Dle světové zdravotnické organizací (WHO) je domácí péče definována jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2006).

Můžeme říci, že domácí péče je moderní forma zdravotní a sociální péče, která je prováděna zdravotnickým personálem s dostatečnou kvalifikací, v přirozeném prostředí klienta. Jestliže se rodina nemůže nebo nedokáže postarat o svého člena rodiny a zároveň si nepřeje umístění do sociálního zařízení, alternativa je domácí péče (Vedlichová, 2013).

2.2 Historie domácí péče

Historie domácí péče spadá až do počátku 12. století, kdy se objevily prvotní myšlenky formou především řeholních řádů. (Jarošová 2006).

Ve 12. století následoval rozvoj ošetrovatelství v domácnostech (Jarošová 2006).

Anežka Přemyslovna, významná osobnost českého ošetrovatelství, také založila špitály, kláštery a řád Křížovníků s červenou hvězdou v roce 1223 (Lemon 1996).

Ve 13. století měly členky církevních řádů vykonávání služby ve špitálech zakázané, tudíž vykonávaly činnost především pod dohledem farářů. Péče o poddané se zlepšila za vlády Marie Terezie, tedy v letech 1740–1780. Dala pokyn k výstavbě různých útulků a začala se především projevovat charitativní a odborná péče o pacienty (Jarošová 2006).

Odborná stránka ošetrovatelství se začala projevovat i v domácí péči. Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská podporovaly myšlenku sociální a odborné péče poskytovanou všem lidem v době Národního obrození. V roce 1874 vznikla první ošetrovatelská škola v Praze (Misconiová 1997).

Roku 1919 vznikl za pomoci Alice Masarykové Československý červený kříž (ČSČK), který se zabýval hlavně péčí o chudé nemocné, děti a staré lidi. Alice Masaryková pozvala americké zdravotníky, kterými se ošetrovatelství nechalo inspirovat a později Československý červený kříž ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou založil Masarykovu školu zdravotní a sociální péče. V době mezi válkami, na sjezdu diplomovaných sester, byly formulovány 3 základní oblasti sociálně zdravotní péče: ošetrovatelská, sociální a lidovýchovná (Jarošová, 2006).

Po druhé světové válce začaly pomáhat charitativní organizace a spolky. Ošetrovatelskou a zdravotní péči organizovaly v rodinách Ústavy národního zdraví. Československý červený kříž vzdělával ošetrovatelky a samaritánky. Roku 1948 ztratil Československý červený kříž samostatnost a nezávislost a stal se součástí Národní třídy (Bicková, 2010).

V 50. letech 20. století dochází ke změnám, které mají zajistit pomoc starým lidem nebo osobám se změnou pracovní schopnosti a všem lidem, kteří z nějakého důvodu potřebují pomoc státu. V 60. letech 20. století dochází k rozvoji gerontologie. V 70. letech 20. století sociální zabezpečení začalo spadat pod Ministerstvo práce a sociálních věcí a částečně i pod Ministerstvo vnitra a Ministerstvo spravedlnosti (Matoušek, 2007).

Po roce 1989 přinesl zásadní nárůst počtu poskytovatelů domácí péče zákon č. 160/1992Sb. s účinností od 1.4.1992. Umožnil vznik prvních soukromých zdravotnických zařízení. Poté již koncem roku 1995 existovalo v České republice okolo 400 poskytovatelů domácí péče, tento vývoj byl ovlivněn i státní dotační politikou do této oblasti v letech 1993-1997 (Bicková, 2010).

Roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky a roku 1994 byl aplikován model hospicové péče pro klienty v terminálním stádiu života (Jarošová, 2007).

2.3 Hlavní cíle domácí péče

Mezi hlavní cíle domácí péče můžeme zařadit:

- zlepšování soběstačnosti klientů
- udržení a podpora zdraví
- zmírnění utrpení
- zajištění důstojného umírání v terminálním stádiu nemoci
- snížit potřeby ústavní péče
- zajištění dodržování léčebného režimu klientů
- pomoc klientům a jejich rodinám v dosažení pohody

- vedení klientů k zodpovědnosti (Bicková, 2010).

2.4 Legislativní rámec domácí péče

U domácí péče nesmíme zapomenout ani na právní předpisy, které nám vymezují poskytování domácí péče v České republice. Je definována v § 22 Zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Dále nám domácí péči vymezuje:

- Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře, farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících vyhláškách, Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška MZČR č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.,
- Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení v platném znění (úhrada sociální péče a pomoci v rámci domácí péče),
- Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

2.5 Druhy péče

Domácí péče je poskytována v různých oblastech, hlavně se jedná o oblast zdravotní, sociální a laickou péči (Krátká a Šilháková, 2008).

První skupinou je **odborná zdravotní péče**, která je poskytnuta v domácím přirozeném prostředí klientů. Rozsah péče stanovuje indikační skupina, závisí však na předepsání dané péče lékařem, který o pacienta pečuje. Můžeme zde zahrnout lékařskou, ošetrovatelskou, fyzioterapeutickou, psychoterapeutickou a ergoterapeutickou péči, která musí být vždy poskytována kvalifikovaným pracovníkem Jako kvalifikované pracovníky zde můžeme zařadit například lékaře, všeobecní sestry, fyzioterapeuty, psychology, ergoterapeuty. Po ukončení hospitalizace v nemocnici může službu domácí péče předepsat ošetřující lékař,

avšak to jen po dobu 14 dní. V dalším případě tuto službu indikuje praktický lékař, který rozhoduje o změně poskytovaných úkonů a činností (Pochmanová, 2015, Durnová, 2012).

Druhou oblastí domácí péče je **sociální**. Tato oblast závisí na sociální diagnóze a na domácím prostředí, ve kterém žije klient, což většinou stanovují agentury domácí péče podle nasbíraných anamnestických dat. Dále je posuzována míra potřeby odborné sociální péče. Do sociální péče můžeme zařadit pečovatelskou službu, která je buď ambulantní nebo terénní službou. Pečovatelskou službu využívají nejčastěji klienti se sníženou soběstačností. Všechny úkony pečovatelské služby se provádí v přesně daný čas, který je předem dohodnut (Durnová, 2012).

Mezi základní úkony pečovatelské služby spadá pomoc s péčí o vlastní osobu, dopomoc při osobní hygieně, zajištění dovozu nebo donášky stravy, společnost při procházce, doprovod při pochůzkách na úradech, vyzvednutí léků v lékárně, donášky nákupů, pomoc s péčí o domácnost a tak dále (Pochmanová, 2015).

Poslední péčí, která zde spadá je **péče poskytovaná laiky**. Nejčastěji se jedná o rodinné příslušníky, blízké osoby klienta či dobrovolníky. Spadá sem i doprovod, osobní asistence či spirituální péče (Krátká a Šilháková, 2008).

Osobní asistence pomáhá klientovi v běžných denních činnostech. Zahrnuje pomoc v domácnosti, doprovod k lékaři, někdy i doprovod při společenských akcích. Součástí je i společné trávení volného času s klientem (Bicková, 2010).

Spirituální péče je důležitou součástí domácí péče. Člověk si v nemoci klade mnoho otázek po smyslu života. Člověk v takové chvíli potřebuje vědět, zda mu je nebo bude odpuštěno. Je potřeba mu ukázat, jak hodnotně se může dát žít v každé životní situaci.

„Odpuštění je příznakem toho, že člověk přestal stavět na tom, co bylo v minulosti, a má pro co žít.“ (Křivohlavý., 2004)

2.6 Formy domácí péče

Domácí péči dělíme na několik forem, mezi které řadíme akutní domácí péči, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči, domácí hospicovou péči a jednorázovou domácí péči (Krátká a Šilháková, 2008).

Akutní domácí péče neboli domácí hospitalizace, je poskytována pacientům s akutním onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci v nemocničním zařízení. Může být také alternativní možností hospitalizace v nemocnici. Je to specializovaná péče, která je určena

především pacientům v poúrazových a pooperačních stavech. K indikacím domácí péče spadá urologické, kardiovaskulární, neurologické a gastrointestinální onemocnění. Akutní péče je poskytována v rozmezí dnů až týdnů (Bukáčková, 2011).

Dlouhodobá domácí péče je určena pacientům v chronické fázi nemoci. Zdravotní stav pacientů tudíž vyžaduje dlouhodobou, a hlavně pravidelnou péči, která zahrnuje jak zdravotní, tak sociální péči (Kalvach, 2011).

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou, která je poskytována měsíce až několik let, a je určena pacientům, jejichž duševní a zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou péči (Jarošová, 2007).

Preventivní domácí péči indikuje ošetřující lékař a je poskytována pacientům, u kterých je potřeba pravidelně monitorovat zdravotní stav, a tudíž zabránit vzniku komplikacím onemocnění. Jedná se o úkony jako např. měření fyziologických funkcí. Všechny informace o změně zdravotního stavu jsou vždy hlášeny ošetřujícímu lékaři (Kalvach, 2011).

Domácí hospicová péče je pro pacienty, u kterých bylo diagnostikované nevléčitelné onemocnění a jsou v terminálním stádiu nemoci. Péči poskytují lékaři, všeobecné sestry, ošetrovatelé, dobrovolníci, sociální pracovníci, psychologové či pastoři. Dohromady tvoří tzv. multidisciplinární tým. Péče o pacienta musí být vždy v souladu s jejich přáním a pracovníci musí mít pacientův souhlas (Tesařová, 2010).

Do domácí hospicové péče spadá i paliativní péče, která je zaměřena na zmírnění bolesti a zamezení duševního či tělesného strádání. Cílem není pacienta vyléčit (Marková, 2015).

Jednorázová domácí péče neboli domácí péče ad hoc je využívána pouze v mimořádných situacích, kdy je důvodem omezení ordinačních hodin praktického lékaře a je nutno provést nějaký jednorázový zdravotnický výkon (Krátká a Šilháková, 2008).

2.7 Klient domácí péče

Služby domácí péče jsou poskytovány každému občanu České republiky, jehož ošetřující lékař či praktický lékař rozhodne o jejích potřebách. Není určena věkem, pohlavím, barvou pleti, jazykem či náboženstvím. Často jde o osoby, které by byly hospitalizovány v nemocničním zařízení, či umístěny v dlouhodobé ústavní péči. Službu domácí péče si vždy klient musí sám přát a musí mít vhodné sociální podmínky, jinak smysl nemá (Bicková, 2010).

Domácí péče je lékařem indikována především u klientů, kteří jsou částečně nebo plně závislí na pomoci druhé osoby. Dále je určena osobám, u nichž je nutné zajistit dlouhodobou

a následnou péči, nebo doléčení u chronického či akutního onemocnění. Součástí domácí péče je i péče o duševní zdraví klienta (Bicková, 2010).

2.7.1 Význam rodiny pro klienta

Onemocnění ovlivňuje nejen pacienta, ale veškeré příbuzenstvo. Rodina je vždy důležitým pomocníkem při péči o pacienta v domácím prostředí zejména proto, že se doporučuje ji zapojovat do péče o pacienta.

Účast rodiny má dvě hlavní funkce:

1. rodina slouží jako zdroj informací
2. rodina se účastní péče o nemocného (Marková, 2010).

Návštěvy sester v domácí péči ve spolupráci s péčí rodiny značně zmírňuje dopad zdravotních obtíží klientů, kteří jsou ve svém přirozeném prostředí domova a netrpí hospitalismem. Domácí péče tak značně prokazuje nezastupitelnou roli v oblasti primární péče o dlouhodobě nemocného. Při péči o nemocného se může u rodiny projevit také negativní efekt, jehož příčinou je hlavně vyčerpání a únava, což se projevuje zhoršením fyzického a psychického zdraví (Kotrusová, 2012).

Především díky pomoci rodiny v péči o klienta se zmírňuje psychická i fyzická zátěž jednotlivých pečovatelů. Dle výzkumu Kotrusové a Dobiášové (Kotrusová a Dobiášová, 2012) se v rodině, kde se na péči podílí více členů rodiny vyskytuje vždy jedna hlavní osoba, která tráví s klientem nejvíce času a je koordinátor dané péče.

2.8 Materiální a technické vybavení

Každá agentura domácí péče, konkrétně každé kontaktní pracoviště domácí péče musí splňovat určité požadavky na materiální a technické vybavení. Kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m² a sanitární zařízení pro zaměstnance. Mezi povinné materiální vybavení řadíme:

- nábytek pro práci všeobecné sestry,
- kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě,
- připojení k veřejné telefonní síti mobilní,
- tonometr,
- fonendoskop,
- teploměr lékařský,

- pomůcky k odběru biologického materiálu,
- pomůcky pro ošetřování chronických ran,
- pomůcky pro katetrizaci močového měchýře ženy,
- glukometr,
- irigátor, pokud je péče poskytována pacientům s potížemi při vyprazdňování,
- pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení,
- box pro přepravu biologického materiálu (Vyhláška č. 92/2012 sb.)

Na vybavení nám taktéž slouží financování domácí péče, které je vícezdrojové. Podílí se na něm zdravotní pojišťovny, nadace a sponzorské dary, přímé platby klientů a zdroje obcí (Krátká a Šilháková, 2008).

Ministerstvo zdravotnictví svými předpisy definuje způsoby úhrady a limity nákladů, kvalifikaci a povinnosti profesionálních členů týmu, vybavení poskytovatelů domácí péče, postavení poskytovatele a pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb atd. (Nerudová, 2011).

3 VŠEOBECNÁ SESTRA V ZAŘÍZENÍ DOMÁCÍ A MOBILNÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Všeobecná sestra pro práci v domácí péči nebo mobilní hospicové péči musí splňovat určité předpoklady a měla by mít dostatek schopností a dovedností pro vykonávání této práce.

3.1 Role sestry v domácí péči

Česká asociace sester v návrhu koncepce domácí péče definuje domácí péči jako ambulantní péči, která zabezpečuje ošetrovatelskou péči v přirozeném prostředí klienta od začátku života až do jeho konce. Je to forma zdravotní péče, která navazuje na ambulantní péči i na péči ústavní. Všeobecné sestry realizují ošetrovatelský proces zcela samostatně, a tudíž to klade i na ně vysoké nároky, jak teoretické, tak praktické. Musí se umět také rozhodovat zcela samy, zvládat stresové situace, schopná dostatečně a vhodně komunikovat s klienty a jejich rodinou (Jarošová, 2006).

Aktivitou sestry domácí péče je také pomoc při úpravě domácího prostředí. Sestra doporučuje odstranění volných kobereců, z důvodu hrozícího pádu klienta, navrhuje vhodné umístění lůžka, instalaci madel, doporučuje pro klienta vhodné kompenzační pomůcky a zajišťuje přístup klienta k telefonu (Krátká a Šilháková, 2008).

3.1.1 Kvalifikace sester

V agenturách domácí péče musí každá všeobecná sestra splňovat určité požadavky a musí být dostatečně kvalifikovaná. Mezi základní podmínky, které musí splňovat řadíme:

- ukončení střední zdravotnické školy maturitní zkouškou (všeobecná sestra), popřípadě vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra
- nejméně 5 let praxe, z toho 2 roky u lůžka
- řidičský průkaz pro využívání osobního automobilu, referentské školení
- další požadované specializační studium v oboru Komunitní ošetrovatelská péče s označením odbornosti Komunitní sestra (Krátká a Šilháková, 2008).

3.1.2 Práce sestry v domácí péči

První kontakt s klientem provádí především vrchní či staniční sestra v dané agentuře domácí péče. Návštěva je důležitá, jelikož se pacient a jeho rodina seznamují se sestrou, která bude danou péči provádět. Sestra by se měla při první návštěvě představit a seznámit klienta s jeho

právy. Dále je součástí odebrání anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz a ošetrovatelského plánu (Marková, 2009).

Převážnou část své pracovní doby tráví všeobecná sestra v terénu, kdy její náplní jsou návštěvy u klientů, kde provádí dané odborné ošetrovatelské úkony. Všeobecná sestra by měla kromě požadavků na vzdělání mít i vlastnosti, které jsou pro tuto práci vhodné. Mezi tyto vlastnosti patří trpělivost, tolerance a empatie. Dále je vhodné mít schopnost samostatného rozhodování, neboť sestra vykonává práci v domácím prostředí klientů zcela sama bez přítomnosti lékaře. Nejčastější výkony prováděné zdravotní sestrou v domácí péči jsou např. péče o permanentní katetry, péče o stomie, péče o rány, aplikace subkutánních a intramuskulárních injekcí, hydratace a výživa. Je také důležité, aby sestra na klienta a jeho rodinu působila příjemným a dobrým dojmem i vzhledem. Klienti mají někdy obavy, jak návštěvy budou probíhat, takže je vhodné poskytnout dostatek informací a dostatečně edukovat (Durnová, 2012).

Péči, kterou sestra vykonává v domácím prostředí, můžeme rozdělit na přímou a nepřímou. Přímou péčí rozumíme aktivity, jako jsou například aplikace injekcí a výživy, monitorování fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu a edukace klienta či jeho rodiny. Nepřímá péče jsou aktivity spojené s chodem domácí péče. Spadá sem například konzultace s odborníky, dezinfekce nástrojů, administrativní péče aj. Veškeré výkony jsou zapisovány do ošetrovatelské dokumentace, která je vedena u každého klienta zvlášť (Krátká a Šilháková, 2008).

Všeobecná sestra musí umět dobře manipulovat s léčivy, prostředky a daným přístrojovým vybavením, které při péči o klienta potřebuje. Musí umět také vhodně zacházet s kompenzačními pomůckami. Klienta vždy edukuje o správnosti používání kompenzačních pomůcek a předvede jejich používání (berle, francouzské hole, chodítka aj.). Dále by měla edukovat i o dodržování vhodného jídelníčku, inkontinentních pomůcek nebo o aplikaci různých léčiv, které klient používá nebo bude používat, jako například edukovat o správné aplikaci inzulínu. Je vhodné vždy mít vyhrazený prostor pro možnost nácviku pro klienta v daných dovednostech. Aby byla dobrá spolupráce mezi sestrou a klientem, je důležitá ochota, empatie a vstřícnost sestry (Marková, 2009).

3.2 Role sestry v mobilním hospici

Personál hospice tvoří multidisciplinární tým pracovníků, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé, psychologové, duchovní pracovníci. Každý z pracovníků musí mít svou odbornost a určité vzdělání v paliativní péči. Předpokladem pro práci v hospicových zařízeních

je empatie, komunikace, a především schopnost mít rád lidi a dokázat jim porozumět. Pracovníci by měli umět přijímat smrt a doprovázet nemocného v terminálním stádiu života. Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života (Svatošová, 2008).

Sestra, která se chce starat o umírajícího, by měla umět zaujmout postoj k sobě samé, vědět akceptovat vlastní pocity. Měla by být autentická, neměla by se skrývat za profesionální postoje a předstírat emoce, ale měla by vystupovat jako osoba se svými slabými a silnými stránkami. Uznání hodnot, víry, zvyků, požadavků jednotlivce a rodiny přispívá ke kvalitě poskytované péče (Mišíňová, 2016).

3.2.1 Kvalifikace sester

Všeobecné sestry musí splňovat podmínky odborné způsobilosti k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2011).

Sestry v mobilním hospicovém zařízení by se měly účastnit odborných školení a kurzů, jako například Elnec, což je zkratka anglického End Of Life Nursing Education Consortium. Elnec je mezinárodní projekt Vzdělávacího konsorcia všeobecných sester, které pracují s pacienty v konečné fázi života. (Elnec, 2015)

Další možností jsou kurzy, které jsou poskytovány na území České republiky. Poté je i možno další studium magisterského oboru „Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech“, který je tematicky zaměřen na specializovanou péči o onkologicky nemocné a umírající (Kalvach, 2011).

3.2.2 Práce sestry v mobilním hospici

Zdravotní sestry jezdí za pacientem denně v předem domluvené hodině. Mezi základní činnosti zde patří měření fyziologických funkcí, podávání léků na tišení bolesti, měnění náplastí od bolesti, převazy rány, podávání infuzí, péče o dutinu ústní (Kalvach, 2011).

V odpoledních hodinách většinou probíhá vizita s lékařem, kdy lékař zapisuje hodnocení do dokumentace. Pokud se objeví nějaké potíže, tak má rodina nárok na telefonickou konzultaci se sloužící sestrou, která v případě nutnosti může za pacientem dojet. V případě zhoršení zdravotního stavu sestra kontaktuje lékaře a lze se domluvit na podání SOS medikace, což je individuální rozpis pro případ komplikací, které mohou nastat vzhledem k závažnosti onemocnění. Tato medikace je vždy sepsaná v dokumentaci. Díky tomu se snižuje potřeba urgentních hospitalizací a výjezdů rychlé záchranné pomoci (Kalvach, 2011).

Všeobecná sestra v mobilní hospicové péči zaujímá určité role, mezi které řadíme:

1. Sestra jako pečovatel, který zjišťuje ošetrovatelské problémy a provádí přímou péči o klienta;
2. Sestra jako edukátor klienta a jeho rodiny, který dokáže poučit rodinu o komplikacích a správném nácviku určitých dovedností;
3. Sestra jako obhájce nemocného, pokud klient není schopen sám projevit své potřeby a prosby;
4. Sestra jako koordinátor, který spolupracuje s multidisciplinárním týmem i s klientovou rodinou;
5. Sestra jako asistent, který provádí jak diagnostickou, tak i terapeutickou činnost (Staňková, 2002).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bylo zmapovat práci všeobecných sester v zařízeních domácí péče a mobilních hospicích ve Zlínském kraji. K tomuto cíli byli vytvořeny dva dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zmapovat nejčastější skladbu klientů.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak probíhá běžná směna všeobecných sester v praxi a co je jejich náplní práce.

4.2 Metoda a technika výzkumu

V praktické části byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu technikou dotazníkového šetření. Dle Gavory (Gavora, 2010) je dotazník jednou z nejpoužívanějších technik pro sběr dat velkého množství respondentů. Použití má určité výhody i nevýhody. Mezi výhody patří například možnost oslovit velký počet respondentů a získat velké množství údajů v relativně krátkém čase. Nevýhodou dotazníkového šetření je značná subjektivita odpovědí respondenta a v důsledku toho může dojít ke snížení validity dotazníku

Dotazník (viz příloha č. 1) byl zcela anonymní a obsahoval 25 položek pro vyplnění. Obsah byl rozdělen na 5 stran, písmem Times New Roman velikosti 12. Úvodní dopis obsahoval představení mé osoby, seznámení respondentů s daným tématem, účel a pokyny k jeho vyplnění.

4.3 Charakteristika položek

Samostatnému šetření předcházela konstrukce dotazníku. Dotazníkový formulář obsahoval 25 položek. V úvodu byly otázky zaměřené na zjištění informací o respondentech – věk, vzdělání, zařízení, ve kterém pracují. Druhá část dotazníku obsahovala otázky zaměřené na zjištění informací o klientech, o které nejčastěji sestry pečují. Jednalo se o položky 7 – 12. Třetí část byla zaměřena na všeobecnou sestru a na její náplň práce. K této části se vztahovaly otázky 13 – 25.

Jednotlivé otázky musely být jednoznačné a srozumitelné. Dotazník obsahoval tři základní typy otázek:

- otevřené otázky – nestructurované (umožňující volnou tvorbu odpovědí)
- uzavřené otázky – strukturované (nabízí volbu z varianty)
- polouzavřené otázky (Gavora, 2010).

4.4 Charakteristika respondentů

Konečný výzkumný soubor tvoří 60 respondentů. Dotazník byl určen pro Všeobecné sestry, které pracují v domácí či mobilní hospicové péči ve Zlínském kraji v předem vybraných zařízeních. Do výzkumného šetření byli zapojeni jak muži, tak ženy, které spadali do dané kategorie.

Průzkum probíhal v těchto zařízeních:

- Domácí hospic Most k domovu
- Pahop Zlín
- Charita Zlín
- Hvězda z.ú. Zlín
- Charita Slavičín
- Charita Kroměříž

4.5 Organizace šetření

Před vytvořením dotazníku byla prostudována potřebná literatura k danému tématu práce. Samostatnému šetření předcházela konstrukce dotazníku, který byl konzultován s vedoucí práce. Po schválení dotazníků bylo vytvořeno celkově 85 kusů, které byly rozdány na dané pracoviště, jež jsme již zmiňovali výše. Každé zařízení bylo předem osloveno s žádostí o možnost konat daný průzkum. Šetření probíhalo během měsíce března a dubna. Navráceno bylo 66 ks dotazníků (77,6 %), vyřazeno z těchto dotazníků bylo 6 kusů pro špatné vyplnění. Do vyhodnocování bylo použito 60 ks dotazníků (70,6 %).

4.6 Zpracování dat

Získaná data byla uspořádána do statistických tabulek četnosti. Byla vždy vypočítána absolutní (n) a relativní četnost (r). Pro přehlednost byly některé tabulky doplněny grafem, který byl vytvořen v Microsoft Excel. Graf nám zobrazuje vždy absolutní četnost.

V tabulce udává absolutní četnost (n) počet daných respondentů v našem průzkumu, kteří odpověděli stejnou možností z námi nabízených. Některé položky byly pro přehlednost kategorizovány. Každá otázka byla analyzována jednotlivě.

Jestliže vyjadřujeme, jakou část tvoří proměnné s danou variantou, použijeme relativní četnost, která je označena jako %. Výsledky šetření jsou následně porovnávány v podkapitole diskuzi.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Pro vyhodnocení šetření bylo použito 60 dotazníků. Informace z těchto dotazníků budou uzpůsobeny do skupinových tabulek a budou uváděna v absolutní a relativní četnosti. Pod některými tabulkami je uvedený graf pro přesnější znázornění odpovědí. Celý dotazník lze nalézt v příloze na konci práce. U každé tabulky je vždy umístěn komentář.

Vyhodnocování:

Otázka č. 1 Pohlaví:

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Muž	3	5,00 %
Žena	57	95,00 %
Celkem	60	100,00 %

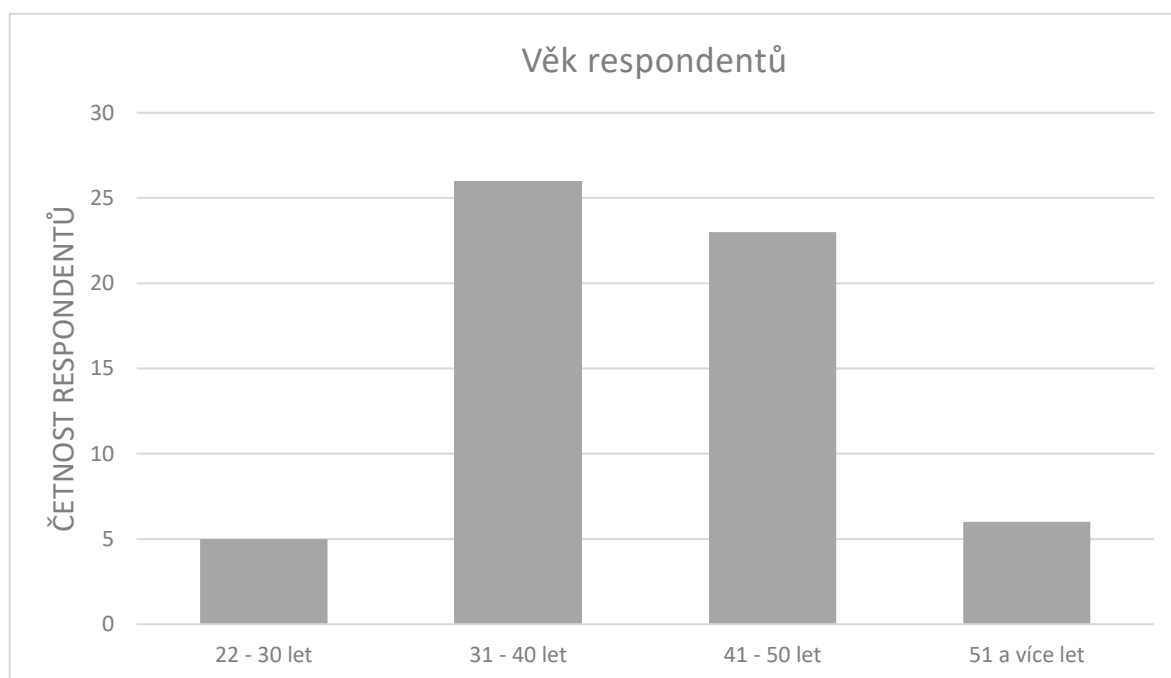
Komentář:

V otázce č. 1 jsme zjišťovali pohlaví respondentů. Z celkového počtu 60 respondentů se našeho průzkumu zúčastnilo 57 žen (95 %) a 3 muži (5 %). Našeho průzkumu se jednoznačně zúčastnilo více žen.

Otázka č. 2 Věk:

Tabulka 2 Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
do 30 let	5	8,33 %
31 – 40 let	26	43,33 %
41 – 50 let	23	38,34 %
51 a více let	6	10,00 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 1 Věk respondentů

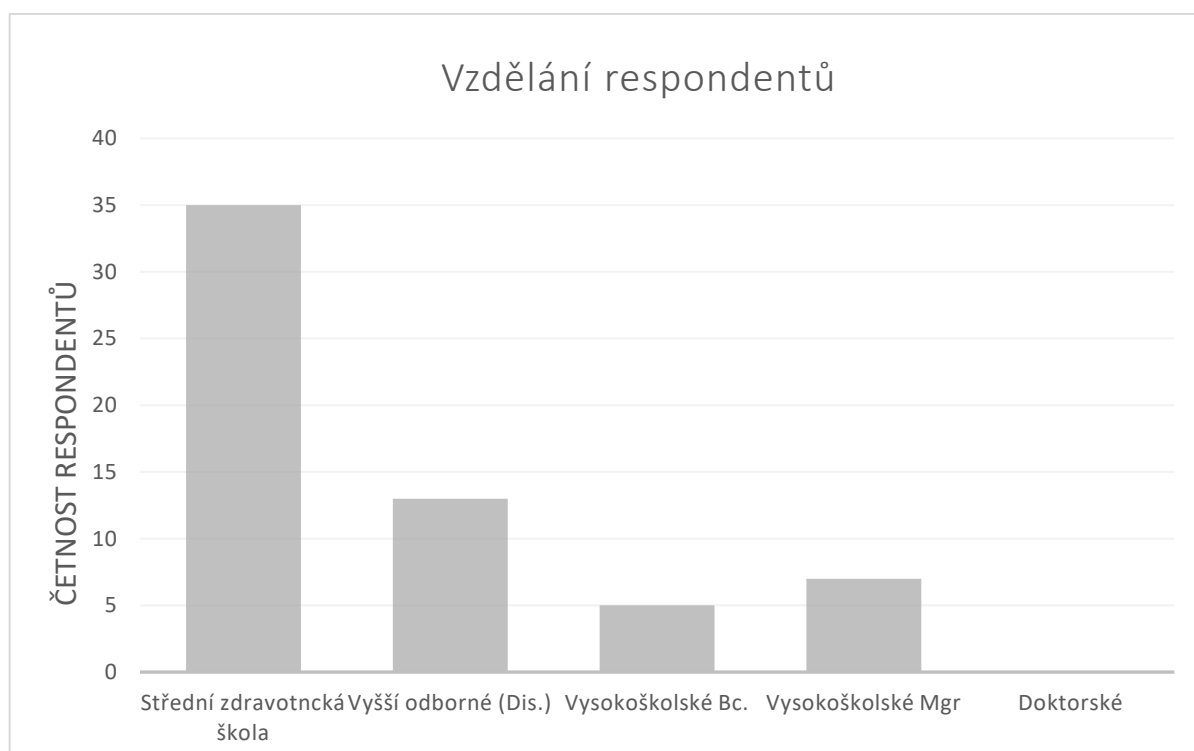
Komentář:

V otázce č. 2 jsme se ptali na věk respondentů v době šetření. Tato otázka byla formou otevřené odpovědi. Pro lepší vyhodnocení výsledků a lepší přehlednost byla položka kategorizována po desetiletých obdobích. Průzkumu se zúčastnili respondenti ve věku od 22 do 59 let. Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) bylo 6 (10 %) ve věku od 51 do 59 let, 23 (38,33 %) ve věku 41-50 let, 26 (43,33 %) ve věku 31- 40 let a 5 respondentů (8,33 %) ve věku od 22 do 30 let. Nejvíce zastoupena věková kategorie byla 31 - 40 let.

Otázka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Střední zdravotnická škola	35	58,33 %
Vyšší odborné (Dis.)	13	21,67 %
Vysokoškolské Bc.	5	8,33 %
Vysokoškolské Mgr.	7	11,67 %
Doktorské studium	0	0,00 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 2 Vzdělání respondentů

Komentář:

Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) jsme došli k závěru, že doktorské studium nemá vystudovaná žádná všeobecná sestra z našeho průzkumu. Vysokoškolské studium Mgr. má 7 sester (11,67 %), vysokoškolské Bc. má 5 sester (8,33 %), vyšší odborné vzdělání má 13 sester (21,67 %) a střední zdravotnickou školu má 35 sester (58,33 %). Nejvíce zastoupeny z našeho průzkumu byly sestry se střední zdravotnickou školou.

Otázka č. 4 Prošla jste specializací/specializačním kurzem související s problematikou domácí/hospicové péče?

Tabulka 4 Specializační kurz respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Ano (doplňte jaké)	17	28,33 %
Ne	43	71,67 %
Celkem	60	100,00 %

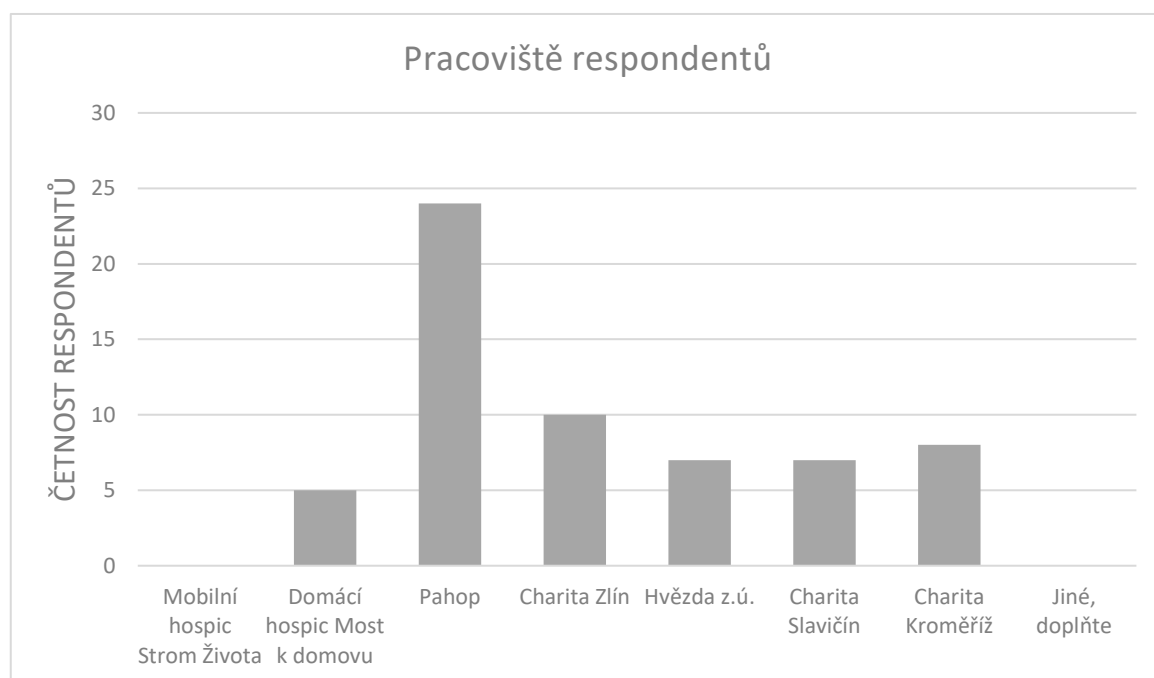
Komentář:

Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 43 respondentů (71,67 %) ne, tudíž neprošly žádným specializačním kurzem související s domácí či hospicovou péčí. Dále 17 respondentů (28,33 %) odpovědělo, že prošlo specializačním kurzem. Většina sester z našeho průzkumu specializačním kurzem neprošla.

Otázka č. 5 Název pracoviště, na kterém v současné době pracujete:

Tabulka 5 Pracoviště respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Mobilní hospic Strom života	0	0,00 %
Domácí hospic Most k domovu	5	8,33 %
Pahop	24	40,00 %
Charita Zlín	10	16,67 %
Hvězda z.ú.	7	11,67 %
Charita Slavičín	7	11,67 %
Charita Kroměříž	8	13,33 %
Jiné, doplňte	0	0,00 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 3 Pracoviště respondentů

Komentář:

U otázky č. 5 jsme zjišťovali, v jakém zařízení všeobecné sestry pracují. Z výsledků je patrné, že 8 sester (13,33 %) je z Charity v Kroměříži, 7 sester (11,67 %) z Charity ve Slavičíně, 7 sester (11,67 %) ze zařízení Hvězda z.ú ve Zlíně, 10 sester (16,67 %) z Charity ve Zlíně, 24 sester (40 %) z Pahopu, 5 sester (8,33 %) z domácí hospice Most k domovu ve Zlíně. Žádná sestra se nakonec nezúčastnila našeho výzkumu ze zařízení Strom života. Nejvíce sester se zúčastnilo ze zařízení Pahop, bylo to 24 sester (40 %).

Otázka č 6 Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

Tabulka 6 Počet let v zařízení

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Do 1 roku	3	5,00 %
1 – 5 let	47	78,33 %
6 let a více let	10	16,67 %
Celkem	60	100,00 %

Komentář:

V této otázce bylo našim zájmem zjistit, jak dlouho v zařízení všeobecné sestry pracují. Pro lepší přehlednost byla položka kategorizována na pětiletá období. V tabulce můžeme vidět, že 10 sester (16,67 %) pracuje v zařízení více jak 5 let. Naopak 47 sester (78,33 %) pracuje v zařízení více jak 1 rok, ale méně jako 6 let a 3 sestry (5 %) nepracuje v zařízení déle jako 1 rok. Nejvíce zastoupeny jsou zde sestry, které v zařízení pracují 1 – 5 let.

Otázka č. 7 Nejčastější věková kategorie klientů, o které pečujete:

Tabulka 7 Věk klientů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
18-30 let	0	0,00 %
30-45 let	0	0,00 %
45-60 let	0	0,00 %
60-75 let	11	18,33 %
75-90 let	48	80,00 %
Nad 90 let	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %

Komentář:

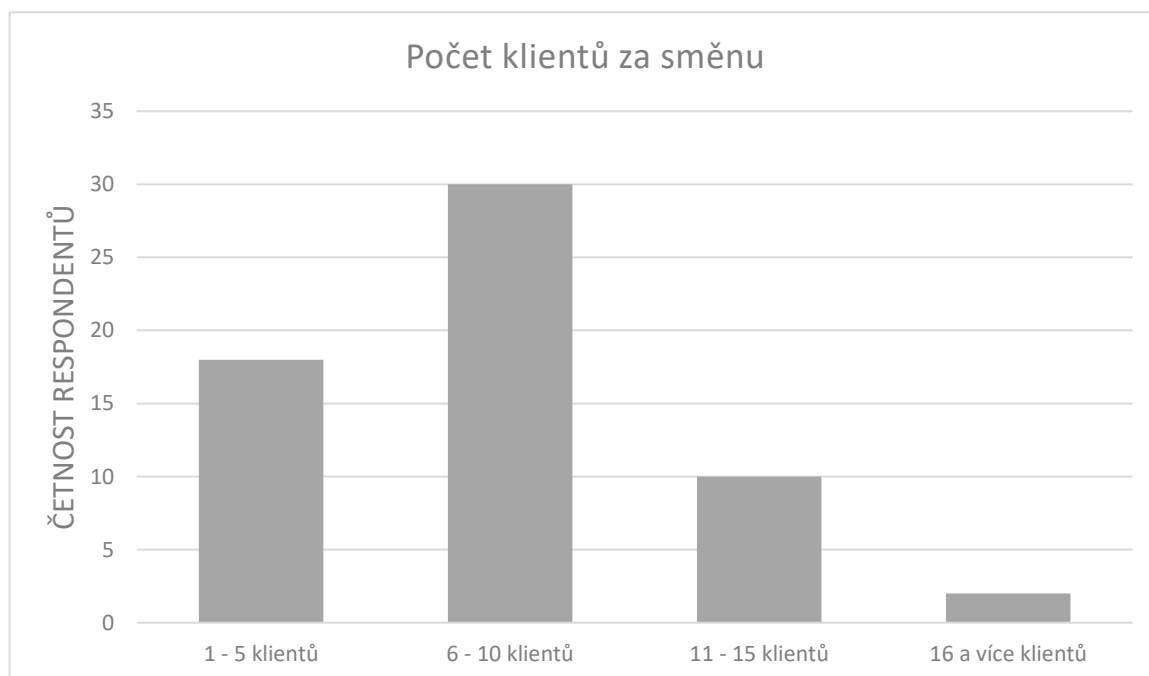
V této otázce byly věkové kategorie rozděleny dle WHO. Zde je z výsledků patrné, že 1 sestra (1,67 %) odpověděla, že se nejčastěji stará o klienty ve věku nad 90 let. 48 sester (80 %) odpovědělo, že se nejčastěji stará o klienty v rozmezí 75 – 90 let. Dále 11 sester (18,33 %) pečuje o klienty ve věku 60 – 75 let, žádná sestra z našeho výzkumu se nestará o klienty ve věku 45 – 60 let, 30 – 45 let a 18 – 30 let. Jednoznačně se všeobecné sestry z našeho výzkumu starají především o klienty ve věku 75 – 90 let.

Otázka č. 8 Váš průměrný počet klientů za směnu je:

Tato otázka byla formou otevřené odpovědi.

Tabulka 8 Počet klientů za směnu

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
1 - 5 klientů	18	30,00 %
6 - 10 klientů	30	50,00 %
11 - 15 klientů	10	16,67 %
16 a více klientů	2	3,33 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 4 Počet klientů za směnu

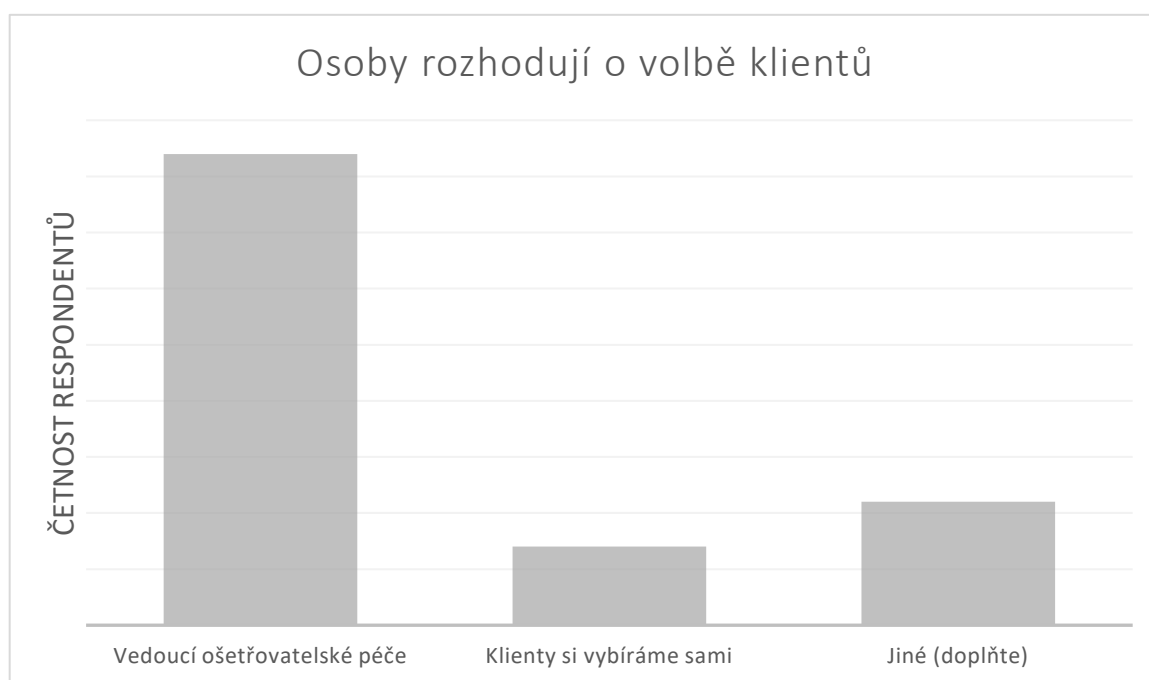
Komentář:

V otázce č. 8 jsme zjišťovali, o kolik klientů v průměru sestry během jednoho dne pečují. Pro lepší přehlednost byla položka kategorizována na pětičlenné kategorie. Můžeme vidět, že 2 sestry (3,33 %) mají v průměru 16 a více klientů, 10 sester (16,67 %) má 11 – 15 klientů, 30 sester (50 %) má 6 – 10 klientů a 18 sester (30 %) má 1 – 5 klientů. Nejvíce zde sestry odpověděly, že se starají o 6 – 10 klientů a naopak nejméně zde byla zastoupena odpověď 15 – 20 klientů.

Otázka č. 9 Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budete pečovat?

Tabulka 9 Osoby rozhodují o volbě klientů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Vedoucí ošetrovatelské péče	42	70,00 %
Klienty si vybíráme sami	7	11,67 %
Jiné (doplňte)	11	18,33 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 5 Volba klientů

Komentář:

V otázce č. 9 jsme se dozvěděli, kdo nejčastěji rozhoduje, o jaké klienty se budou všeobecné sestry starat. Můžeme zde vidět, že 11 sester (18,33 %) odpovědělo „jiné“, 7 sester (11,67 %) si klienty vybírá samo a 42 sester (70 %) odpovědělo, že jim klienty přiřazuje vedoucí ošetrovatelské péče. Nejčastěji sestřím klienty vybírá vedoucí ošetrovatelské péče, odpovědělo tak 42 sester (70 %).

Otázka č. 10 Ve Vaší péči jsou častěji:

Tabulka 10 Pohlaví klientů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Muži	0	0,00 %
Ženy	14	23,33 %
Obě pohlaví jsou zastoupena stejně	46	76,67 %
Celkem	60	100,00 %

Komentář:

U této otázky můžeme vidět, že 46 sester (76,67 %) má v péči zastoupeny obě pohlaví klientů stejně. Dále 14 sester (23,33 %) má v péči především ženské pohlaví a žádná sestra nám neodpověděla, že má nejčastěji muže v péči. Nejčastější jsou tedy obě pohlaví zastoupena stejně, odpovědělo tak 46 sester (76,67 %).

Otázka č. 11 V rámci domácí péče nejčastěji pečujete o klienty s:

Tabulka 11 Nejčastější onemocnění klientů v domácí péči

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Onkologickým onemocněním	30	50,00 %
Demencí/Alzheimerovou chorobu	12	20,00 %
Tělesným postižením	12	20,00 %
Jinými zdravotními problémy (doplňte)	6	10,00 %
Celkem	60	100,00 %

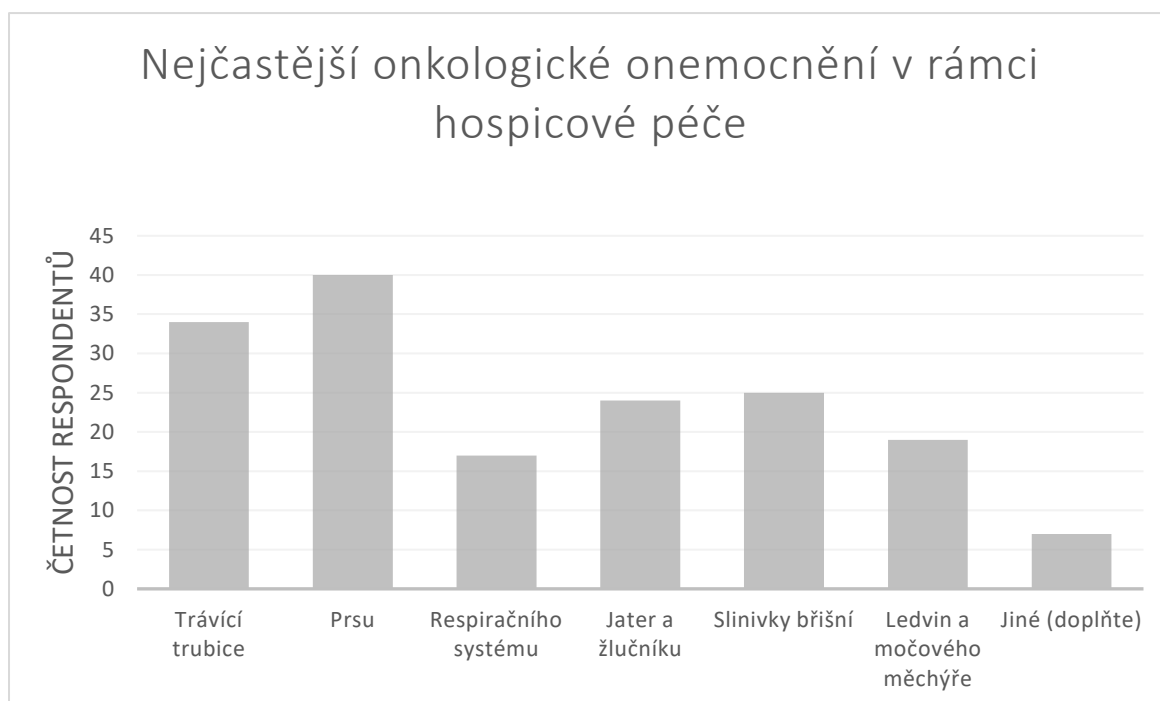
Komentář:

U otázky č. 11 jsme zjišťovali, o jaké klienty nejčastěji sestry pečují v rámci domácí péče. V tabulce můžeme vidět, že 6 sester (10 %) má nejčastěji klienty s jinými zdravotními problémy, 12 sester (20 %) má klienty s tělesným postižením, 12 sester (20 %) klienty s Demencí / Alzheimerovou chorobou a 30 sester (50 %) klienty s onkologickým onemocněním. Jednoznačně je zde nejvíce zastoupena odpověď „s onkologickým onemocněním“, odpovědělo tak 30 sester (50 %).

Otázka č. 12 V rámci hospicové péče pečujete o klienty s onkologickým onemocněním (možno zvolit více odpovědí): U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí.

Tabulka 12 Nejčastější onkologické onemocnění v rámci hospicové péče

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Trávící trubice	34	20,49 %
Prsu	40	24,10 %
Respiračního systému	17	10,25 %
Jater a žlučníku	24	14,45 %
Slinivky břišní	25	15,06 %
Ledvin a močového měchýře	19	11,44 %
Jiné (doplňte)	7	4,21 %
Celkem odpovědí	166	100,00 %



Graf 6 Nejčastější onkologické onemocnění v rámci hospicové péče

Komentář:

Zde nás zajímal nejčastější typ onkologického onemocnění u klientů v rámci hospicové péče. Z celkového počtu 166 odpovědí (100 %) byly odpovědi v následujícím pořadí prsu mělo 40 odpovědí (24,10 %), trávící trubice mělo 34 odpovědí (20,49 %), slinivky břišní mělo 25 odpovědí (15,06 %), jater a žlučníku mělo 24 odpovědí (14,45 %), ledvin a močového měchýře mělo 19 odpovědí (11,44 %), respiračního systému mělo 17 odpovědí (10,25 %) a odpověď jiné mělo 7 odpovědí (4,21 %). Nejčastější onkologické onemocnění v rámci hospicové péče je onkologické onemocnění prsu.

Otázka č. 13 S jakými bariérami se setkáváte při ošetřování klientů?

Tabulka 13 Bariéry u klientů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Komunikační bariéry (fatická porucha po CMP...)	18	30,00 %
Načasování péče	11	18,33 %
Nedůvěra pacienta (klíče od bytu)	3	5,00 %
„Domácí mazlíčci“	2	3,33 %
Zaměňování role sestra/pečovatelka	19	31,67 %
Nedůstojné hygienické prostředí	6	10,00 %
Jiné (doplňte)	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 7 Bariéry u klientů

Komentář:

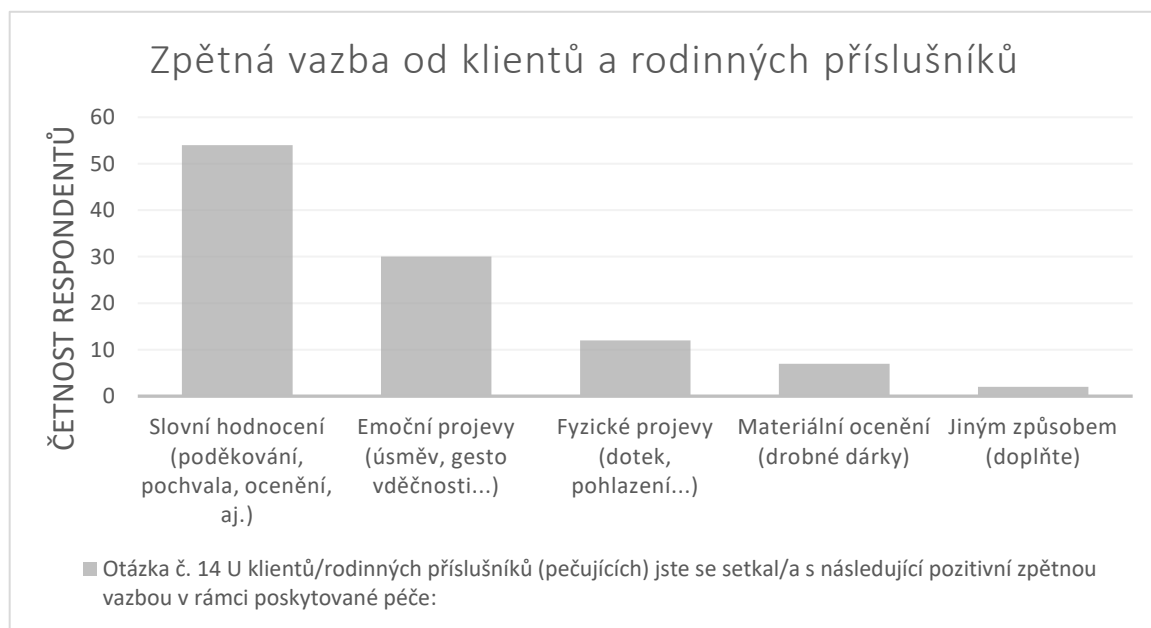
Zde můžeme vidět, že 1 sestra (1,67 %) nám odpověděla „jiné“, 6 sester (10 %) odpovědělo, že se jedná o nedůstojné hygienické podmínky. Dále 19 sester (31,67 %) se setkala při péči se zaměňováním rolí sestra / pečovatelka, 2 sestry (3,33 %) se setkala s bariérou ve formě domácích mazlíčků, 3 sestry (5 %) se setkává s nedůvěrou pacientů, 11 sester (18,33 %) odpovědělo, že se setkává v bariérou - načasování péče, a 18 sester (30 %) se setkává s komunikačními bariérami, odpovědělo tak nejvíce sester.

Otázka č. 14 U klientů/rodinných příslušníků (pečujících) jste se setkal/a s následující pozitivní zpětnou vazbou v rámci poskytované péče:

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí.

Tabulka 14 Zpětná vazba od klientů a rodinných příslušníků

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Slovní hodnocení (poděkování, pochvala, ocenění, aj.)	54	51,42 %
Emoční projevy (úsmev, gesto vděčnosti, projev spokojenosti, zájem o přítomnost sestry)	30	28,58 %
Fyzické projevy (dotek, pohlazení, objetí, aj.)	12	11,42 %
Materiální ocenění (drobné dárky)	7	6,67 %
Jiným způsobem (doplňte)	2	1,91 %
Celkem odpovědí	105	100,00 %



Graf 8 Zpětná vazba od klientů a rodinných příslušníků

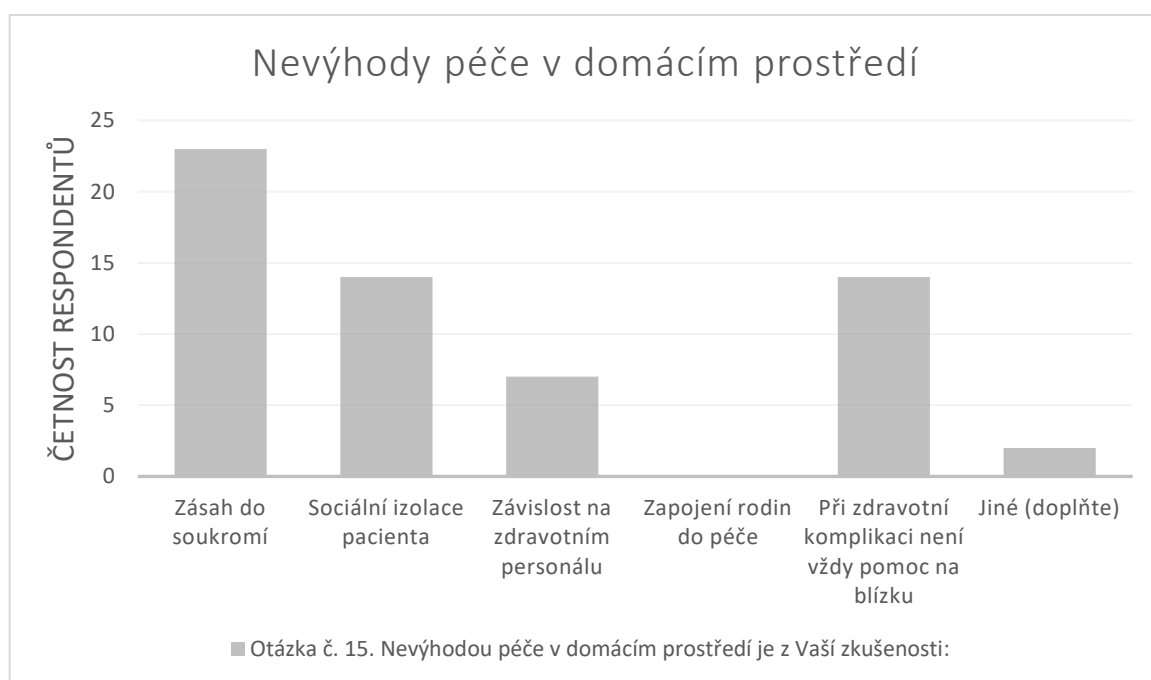
Komentář:

Z celkového počtu 105 odpovědí, byly odpovědi v následujícím pořadí, 54 odpovědí (51,42 %) mělo slovní hodnocení, 30 odpovědí (28,58 %) emoční projevy, 12 odpovědí (11,42 %) fyzické projevy, 7 odpovědí (6,67 %) materiální ocenění a 2 odpovědi (1,91) byly u odpovědi „jiné“. Nejvíce zastoupena odpověď zde byla tedy slovní hodnocení.

Otázka č. 15. Nevýhodou péče v domácím prostředí je z Vaší zkušenosti:

Tabulka 15 Nevýhody péče v domácím prostředí

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Zásah do soukromí	23	38,33 %
Sociální izolace pacienta	14	23,33 %
Závislost na zdravotním personálu	7	11,67 %
Zapojení rodiny do péče	0	0,00 %
Při zdravotní komplikaci není vždy pomoc na blízku	14	23,33 %
Jiné (uved'te)	2	3,34 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 9 Nevýhody péče v domácím prostředí

Komentář:

Jako nevýhodu domácí péče nám se 2 sestry (3,34 %) odpověděli „jiné“. Dále 14 sester (23,33 %) odpovídalo „při zdravotní komplikaci není pomoc vždy na blízku“, 7 sester (11,67 %) odpovědělo, že se jedná o závislost na zdravotním personálu, 14 sester (23,33 %) si myslí, že nevýhodou je sociální izolace klientů a nejvíce sester, 23 (38,33 %) si myslí, že je to zásah do soukromí.

Otázka č. 16 Péče o nesoběstačnou osobu je dle Vašeho názoru:

Tabulka 16 Náročnost péče

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Psychicky náročná	2	3,33 %
Fyzicky náročná	2	3,33 %
Psychicky i fyzicky náročná	56	93,34 %
Celkem	60	100,00 %

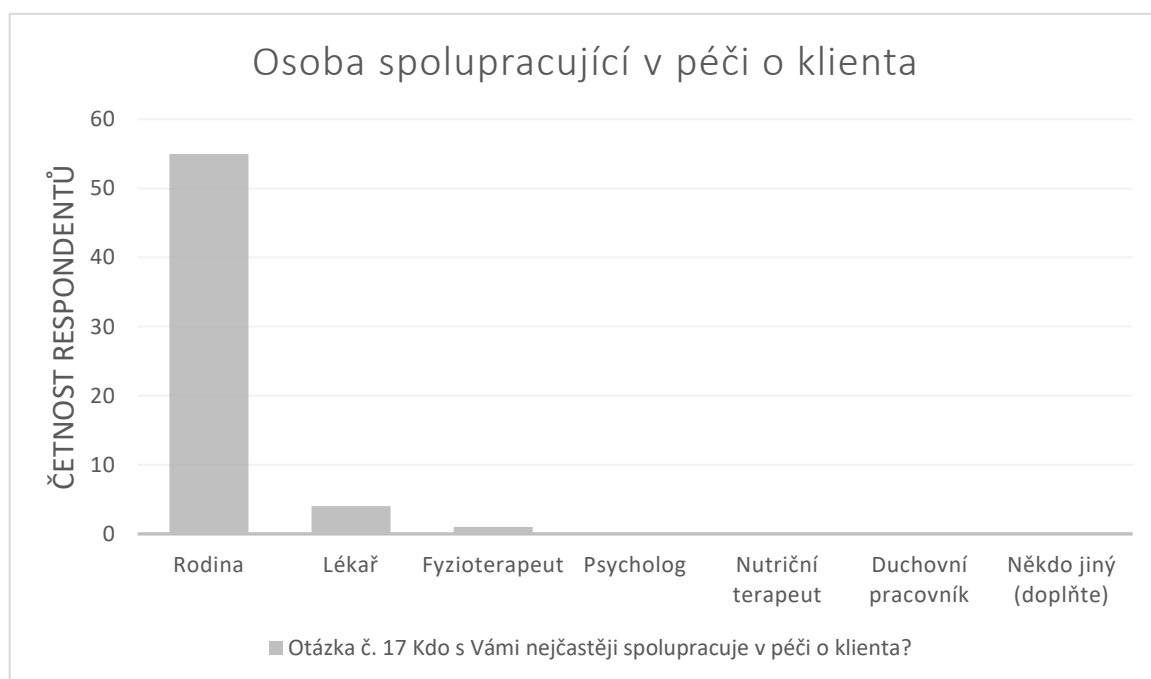
Komentář:

Zde nás zajímalo, co si myslí sestry o náročnosti své práce. Z tabulky je patrné, že 56 sester (93,34 %) odpovědělo, že je jejich práce psychicky i fyzicky náročná. Dále 2 sestry (3,33 %) odpověděly pouze fyzicky náročná a taktéž 2 sestry (3,33 %) odpověděly jen psychicky náročná. Jednoznačně tak nejvíce sester odpovědělo, že je jejich práce fyzicky i psychicky náročná, 56 sester (93,34 %).

Otázka č. 17 Kdo s Vámi nejčastěji spolupracuje v péči o klienta?

Tabulka 17 Osoba spolupracující v péči o klienta

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Rodina	55	91,67 %
Lékař	4	6,67 %
Fyzioterapeut	1	1,66 %
Psycholog	0	0,00 %
Nutriční terapeut	0	0,00 %
Duchovní pracovník	0	0,00 %
Jiný, doplňte	0	0,00 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 10 Spolupráce v péči

Komentář:

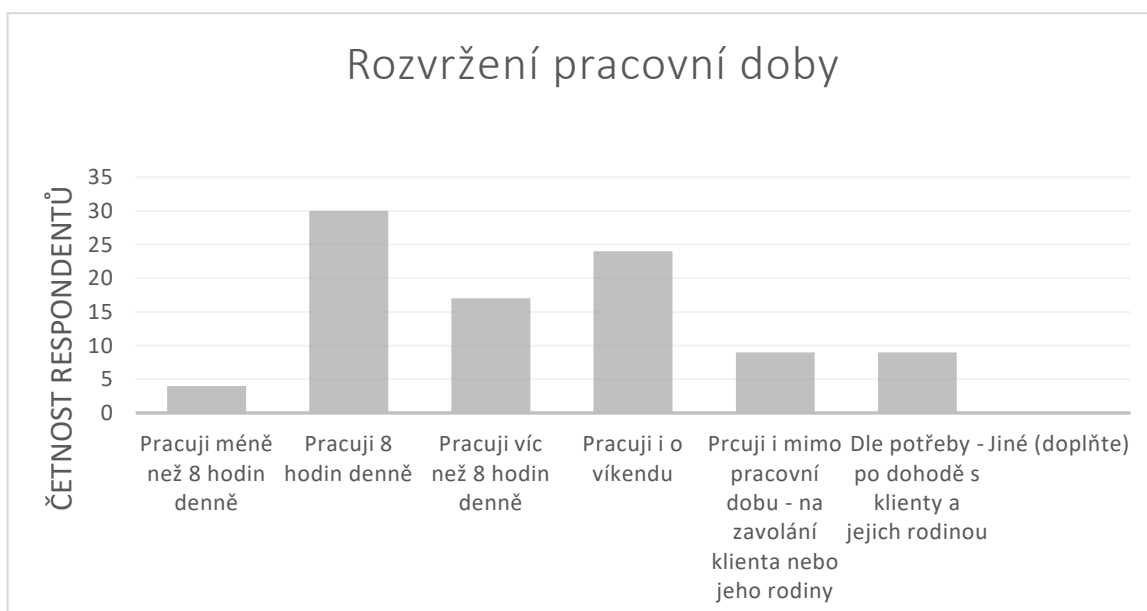
U otázky č. 17 jsme zjišťovali spolupráci sester v péči o klienta. Zde 1 sestra (1,66 %) odpověděla, že nejčastěji spolupracuje s fyzioterapeutem. Dále 4 sestry (6,67 %) spolupracuje nejčastěji s lékařem a 55 sester (91,67 %) spolupracuje hlavně s rodinou klienta. Na ostatní odpovědi nám žádná sestra neodpověděla, jak můžeme v tabulce vidět. Nejčastěji tedy sestry spolupracují s rodinou (91,67 %).

Otázka č. 18 Jak máte rozvrženou pracovní dobu?

U této otázky bylo možných více odpovědí.

Tabulka 18 Rozvržení pracovní doby

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Pracuji méně než 8 hodin denně	4	4,34 %
Pracuji 8 hodin denně	30	32,25 %
Pracuji víc než 8 hodin denně	17	18,27 %
Pracuji i o víkendu	24	25,80 %
Pracuji i mimo pracovní dobu-na zavolání klienta nebo jeho rodiny	9	9,67 %
Dle potřeby – po dohodě s klienty a jejich rodinou	9	9,67 %
Jiné (doplňte)	0	0,00 %
Celkem odpovědí	93	100,00 %



Graf 11 Rozvržení pracovní doby

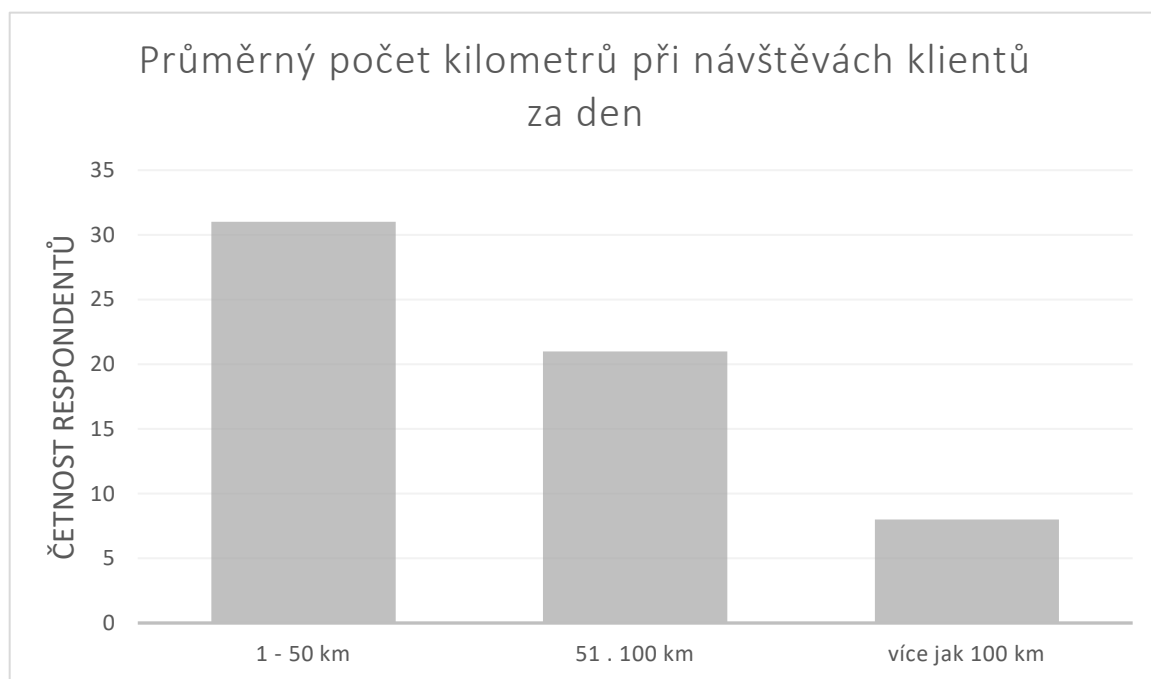
Komentář:

U této otázky bylo možných více odpovědí. Můžeme vidět, že z počtu 93 odpovědí, tak 9 odpovědí (9,67 %) bylo u pracuji dle potřeby, 9 odpovědí (9,67 %) bylo u pracuje i mimo pracovní dobu, 24 odpovědí (25,80 %) bylo zaznačeno u pracuji i o víkendu, 17 odpovědí (18,27 %) bylo u pracuji více než 8 hodin denně, 30 odpovědí (32,25 %) bylo zakroužkované u pracuji 8 hodin denně a 4 odpovědi (4,34 %) nám sestry zaznamenaly u odpovědi pracuji méně než 8 hodin denně. Vyplývá nám tedy, že nejvíce sestry z našeho průzkumu pracuje 8 hodin denně.

Otázka č. 19 Kolik průměrně denně najedete kilometrů při návštěvách klientů?

Tabulka 19 Průměrný počet kilometrů při návštěvách klientů za den

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
1-50 km	31	51,67 %
51-100 km	21	35,00 %
více jak 100 km	8	18,33 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 12 Průměrný počet kilometrů při návštěvách klientů za den

Komentář:

Zde 8 sester (18,33 %) odpovědělo, že při návštěvách klientů najede denně více jak 100 km. Dále 21 sester (35 %) najede 51 – 100 km a 31 sester (51,67 %) nejede průměrně 1 - 50 km. Pro lepší přehled byly odpovědi kategorizovány do 3 kategorií, 1 – 50 kilometrů, 51 – 100 kilometrů, a poté více jak 100 kilometrů

Otázka č. 20 Jaké je Vaše nejčastější náplň práce na denní službě?

Tabulka 20 Náplň práce na denní službě

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Vedení dokumentace	10	16,67 %
Přímá péče o klienty	50	83,33 %
Telefonické konzultace s rodinnými příslušníky	0	0,00 %
Konzultace s lékařem	0	0,00 %
Dezinfekce použitých nástrojů	0	0,00 %
Jiné (doplňte)	0	0,00 %
Celkem	60	100,00 %

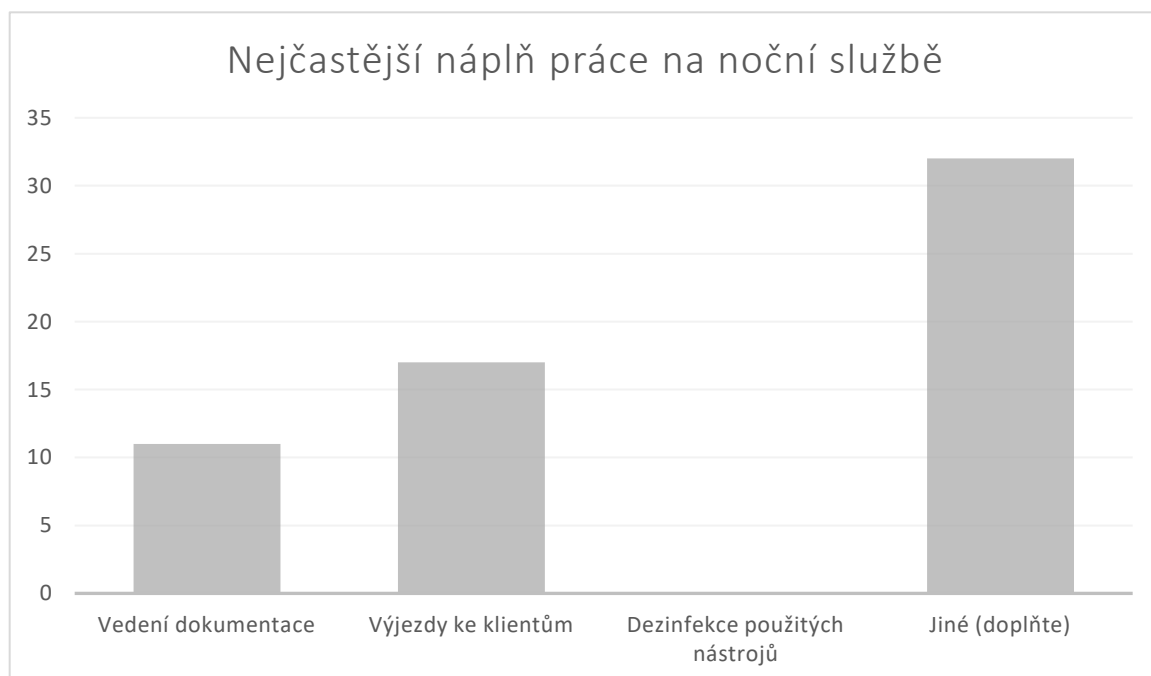
Komentář:

Zde můžeme vidět, že 50 sester (83,33 %) na denní službě provádí nejčastěji přímou péči o klienty. Dále 10 sester (16,67 %) nejčastěji vede dokumentaci klientů. Na další odpovědi nám nikdo ze sester v našem průzkumu neodpověděl. Nejčastěji tak sestry na denní směně pečují o klienty.

Otázka č. 21 Jaká je Vaše nejčastější náplň práce na noční službě?

Tabulka 21 Nejčastější náplň práce na noční službě

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Vedení dokumentace	11	18,33 %
Výjezdy ke klientům	17	28,33 %
Dezinfekce použitých nástrojů	0	0,00 %
Jiné (doplňte)	32	53,34 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 13 Nejčastější náplň práce na noční službě

Komentář:

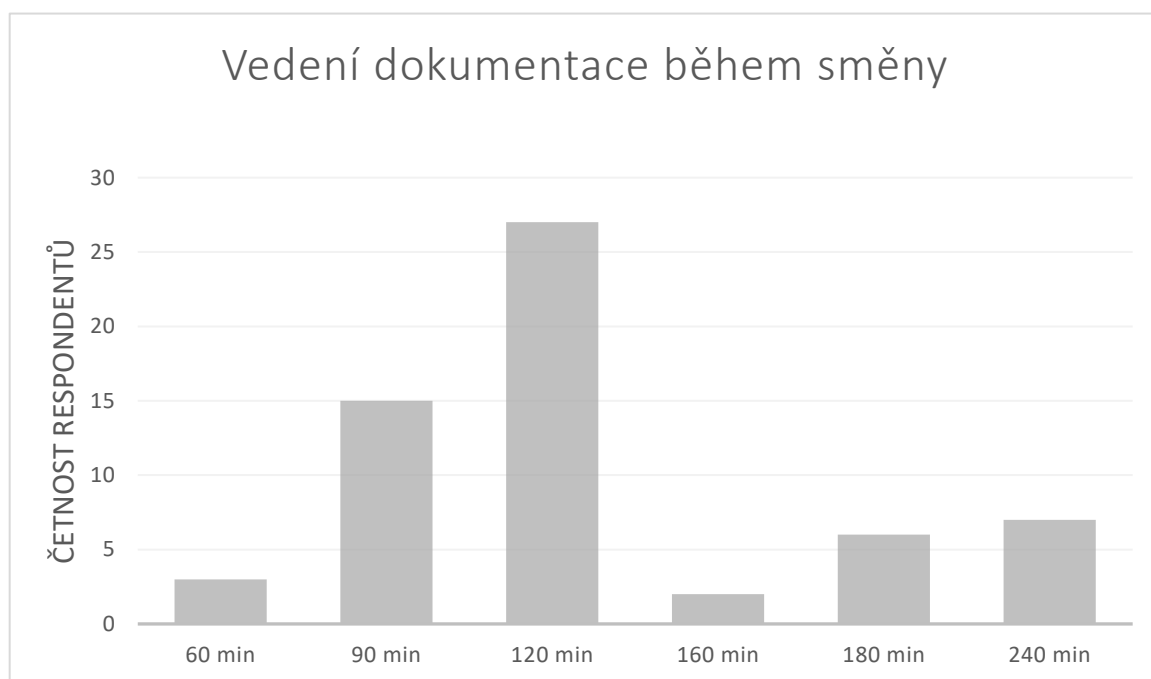
Z tabulky je patrné, že 11 sester (18,33 %) na noční službě nejčastěji vede dokumentaci klientů. Dále 17 sester (28,33 %) nejčastěji vyjíždí ke klientům a 32 sester (53,34 %) nám odpovědělo, že nejčastěji dělá jiné úkony.

Otázka č. 22 Kolik času Vám během směny zabere vedení dokumentace?

Tato otázka byla ve formě otevřené odpovědi.

Tabulka 22 Vedení dokumentace během směny

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
60 min	3	5,00 %
90 min	15	25,00 %
120 min	27	45,00 %
160 min	2	3,33 %
180 min	6	10,00 %
240 min	7	11,67 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 14 Vedení dokumentace během směny

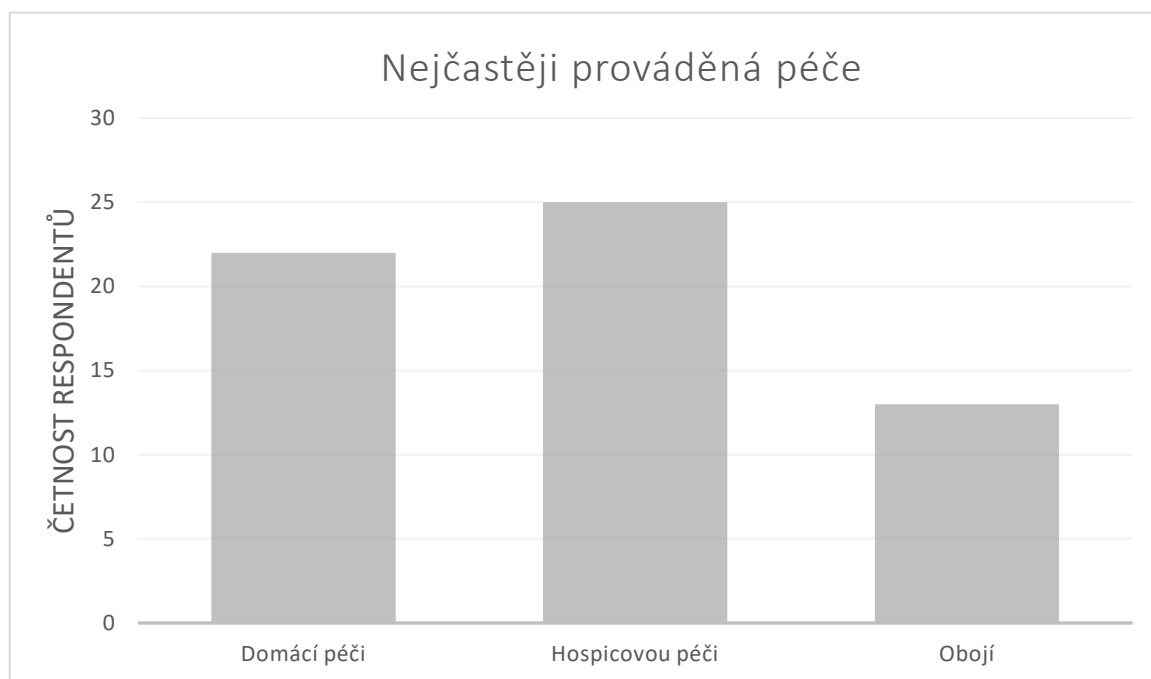
Komentář:

Nedílnou součástí sesterské práce je i dokumentace klientů. Z celkového počtu tedy 60 respondentů (100 %) nám 7 sester odpovědělo, že jim vedení dokumentace během směny zabere 240 minut. Dále 6 sester (10 %) odpovědělo 180 minut, 2 sestry (3,33 %) odpověděly 160 minut, 27 sester (45 %) odpovědělo 120 min, 15 sester (25 %) vede dokumentaci přibližně 90 minut a 3 sestry (5 %) dokumentaci vedou cca 60 minut. Je zde zřejmé, že nejvíce sestry odpovídaly 120 minut.

Otázka č. 23 Jakou nejčastěji provádíte péči?

Tabulka 23 Nejčastěji prováděná péče

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Domácí péči	22	36,66 %
Hospicovou péči	25	41,67 %
Obojí	13	21,67 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 15 Nejčastěji prováděná péče

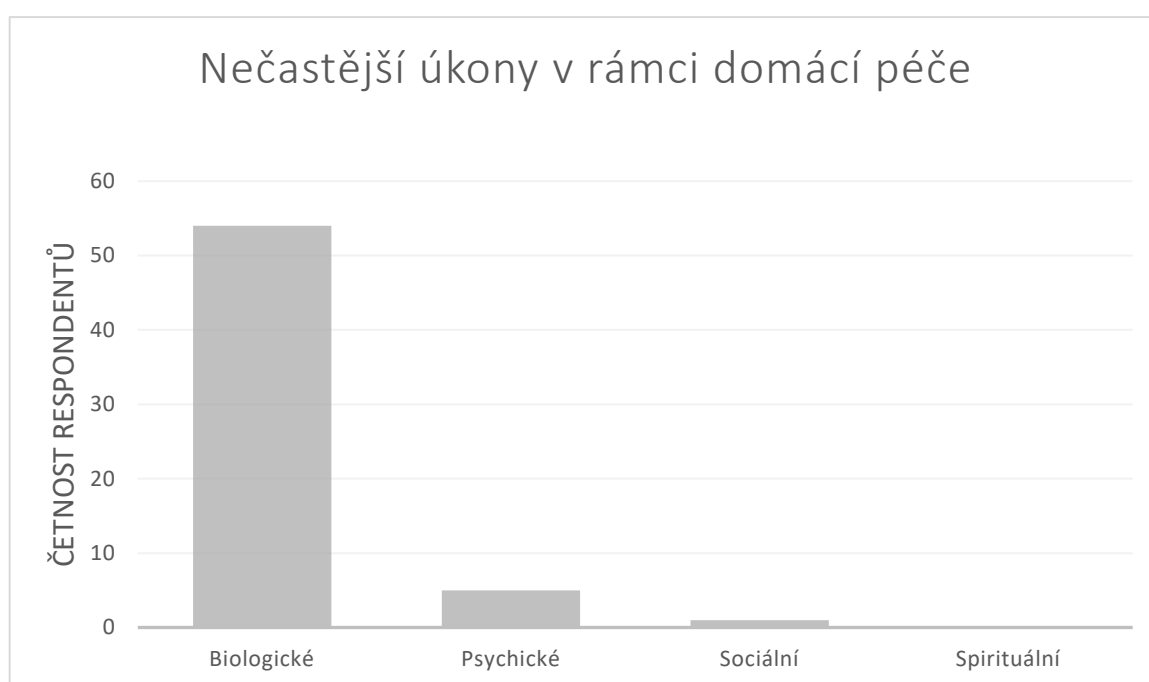
Komentář:

Nejčastěji sestry provádí hospicovou péči, odpovědělo tak 25 sester (41,67 %). Avšak 22 sester (36,66 %) odpovědělo, že provádí domácí péči, což je jen o 3 sestry méně. Dále 13 sester (21,67 %) provádí jak hospicovou, tak i domácí péči.

Otázka č. 24 Jaké nejčastější úkony u klienta vykonáváte v rámci domácí péče?

Tabulka 24 Nečastější úkony v rámci domácí péče

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Biologické	54	90,00 %
Psychické	5	8,33 %
Sociální	1	1,67 %
Spirituální	0	0,00 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 16 Nečastější úkony v rámci domácí péče

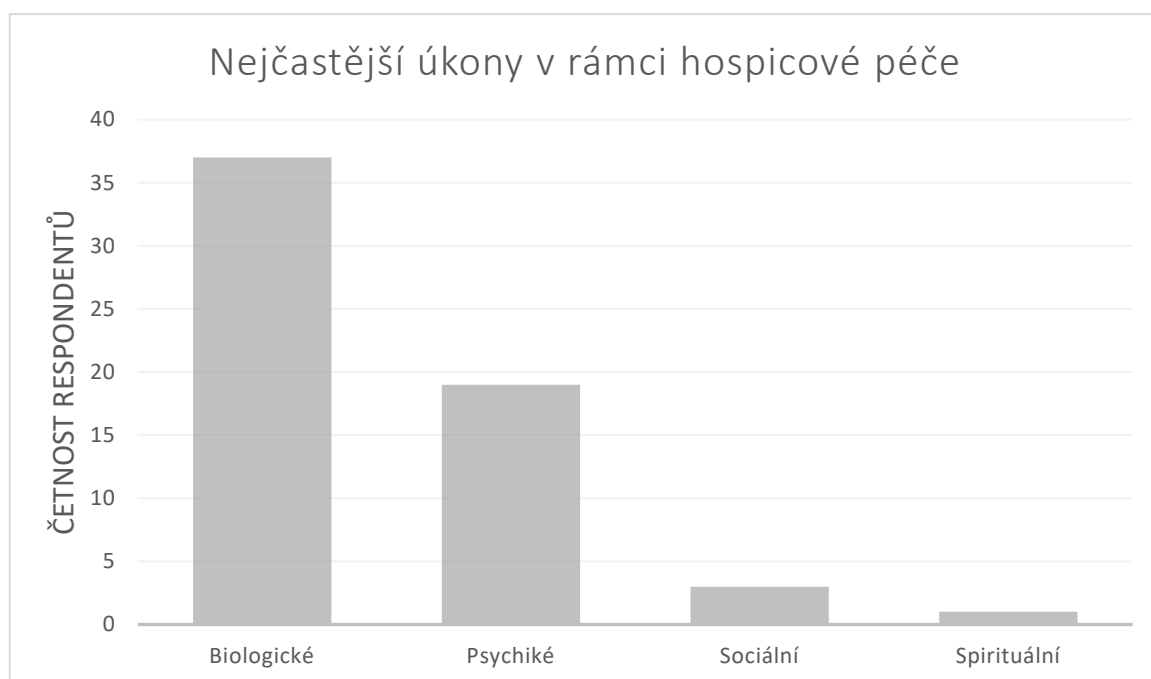
Komentář:

Z průzkumu vyplývá, že 1 sestra (1,67 %) nejčastěji vykonává sociální úkony v rámci domácí péče. 5 sester (8,33 %) vykonává psychické úkony a 54 sester (90 %) vykonává biologické úkony. Nejvíce sestry provádí biologické úkony.

Otázka č. 25 Jaké nejčastější úkony u klienta vykonáváte v rámci hospicové péče?

Tabulka 25 Nejčastější úkony v rámci hospicové péče

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Biologické	37	61,67 %
Psychické	19	31,67 %
Sociální	3	5,00 %
Spirituální	1	1,66 %
Celkem	60	100,00 %



Graf 17 Nejčastější úkony v rámci hospicové péče

Komentář:

V rámci hospicové péče, 1 sestra (1,66 %) nejčastěji provádí spirituální úkony u klientů, 3 sestry (5 %) sociální úkony, 19 sester (31,67 %) psychické úkony a 37 sester (61,67 %) nejčastěji provádí biologické úkony. Nejvíce zastoupena odpověď zde byla biologické úkony.

6 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme se věnovali mapování práce všeobecných sester v domácí a mobilní hospicové péči ve Zlínském kraji. V diskusi interpretujeme výsledky výzkumného šetření ve vztahu k cílům. Bohužel podobných výzkumů na mé téma není mnoho, většinou se spíše zabírají spokojenosti klientů nebo informovanosti veřejnosti o domácí péči nebo hospicové péči. Některá zjištěná data jsou porovnávána s prací Zuzany Rabenseigerové s názvem Vytíženost sester v agenturách domácí péče z roku 2009, vedoucí práce byla Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. Dále s prací Lucie Šťastné s názvem Role sestry v domácí hospicové péči z roku 2019, pod vedením PhDr. Anny Krátké, Ph.D. Porovnáváme dále s prací Jitky Kopčíkové s názvem Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry z roku 2013, pod vedením Mgr. Bohumily Hajšmanové, a s prací Martiny Mundilové s názvem Vytíženost sester v domácí péči z roku 2015, pod vedením Mgr. Vladimíry Fremrové. Dále jsou naše data porovnávána s Českým statistickým úřadem (Střední délka života se zvyšuje, 2015) a národním onkologickým programem České republiky (Česká republika a rakovina v číslech, 2018).

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou dotazníkového šetření. Dotazník byl vlastní konstrukce. Respondenty tvořily všeobecné sestry z domácí a mobilní hospicové péče, ze zařízení ve Zlínském kraji. Dotazníkového šetření se sestry zúčastnily zcela anonymně a byla zachována anonymita. Konečný výzkumný vzorek byl 60 respondentů (100 %). Výzkum byl zaměřen pouze na Zlínský kraj a na vybraná zařízení. I z tohoto důvodu je výzkumný vzorek tak nízký.

V dotazníků bylo celkově 6 otázek zaměřených na získání informací o respondentech (otázka 1 – 6).

Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví respondentů. Z výsledků je zřejmé, že výzkumný vzorek tvořil 57 žen (95 %) a 3 muže (5 %). Z našeho výzkumu tedy vyplývá, že v domácí a mobilní hospicové péči ve Zlínském kraji pracuje více žen.

Otázka č. 2 se zaměřovala na věk respondentů. Průzkumu se zúčastnili respondenti ve věku od 22 do 59 let. Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) bylo 6 (10 %) ve věku od 51 do 59 let, 23 (38,33 %) ve věku 41 - 50 let, 26 (43,33 %) ve věku 31 - 40 let a 5 respondentů (8,33 %) ve věku od 22 do 30 let. Nejvíce zastoupena věková kategorie byla 31 - 40 let. Tyto věkové kategorie jsou dány zřejmě podmínkou, kterou je 5 let praxe ve zdravotnictví, z toho

2 roky u lůžka. Myslím, že pro klienty může být jen dobře, pokud o ně pečuje sestra, která již nějaké zkušenosti má. Pro porovnání, v práci Zuzany Rabenseigerové je uvedeno, že sestry pracující v agenturách domácí péče se nejčastěji pohybují ve věkové kategorii 31 - 40 let (50 %), a druhou nejvíce zastoupenou věkovou kategorií je 41 - 50 let (41 %) (Rabenseigerové, 2009).

Otázka č. 3 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Došli jsme zde k závěru, že doktorské studium nemá vystudovaná žádná všeobecná sestra z našeho průzkumu. Vysokoškolské studium Mgr. má 7 sester (11,67 %), vysokoškolské Bc. má 5 sester (8,33 %), vyšší odborné vzdělání má 13 sester (21,67 %) a střední zdravotnickou školu má 35 sester (58,33 %). Nejvíce zastoupeny v našem průzkumu jsou všeobecné sestry se střední zdravotnickou školou. Musíme si uvědomit, že sestra pracující v domácí péči musí mít potřebné vzdělání (Všeobecná sestra), aby mohla plnit všechny odborné úkony. Je zde tedy patrné, že střední zdravotnickou školu mají především starší věkové kategorie, jelikož nyní po vystudování SZŠ se jedná pouze o praktické sestry. V závěrečné práci Zuzany Rabenseigerové je uvedeno, že většina z dotazovaných sester v domácí péči má také pouze středoškolské vzdělání (91,1 %) (Rabenseigerové, 2009).

Otázka č. 4 se zaměřovala na specializační kurz respondentů. Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 43 respondentů (71,67 %) ne, tudíž neprošly žádným specializačním kurzem souvisejícím s domácí či hospicovou péčí. Dále 17 respondentů (28,33 %) odpovědělo, že prošlo specializačním kurzem. Nejčastěji doplňovaly na vyznačené políčko kurzy jako Elnec a Domácí hospicová péče. Může zde být příčinou to, že sestrám specializační kurz není nabízen v zařízení. Pro práci v domácí péči a hospicové péči specializační kurz nutný však není. Zde bych chtěla zmínit i práci Zuzany Rabenseigerové, která zde uvádá, že sestry v agenturách domácí péče specializační vzdělání většinou taktéž nemají, ale chtěly by si jej doplnit (Rabenseigerové, 2009).

Otázka č. 5 zjišťovala, v jakém zařízení všeobecné sestry pracují. Z výsledků můžeme vidět, že 8 sester (13,33 %) je z Charity v Kroměříži, 7 sester (11,67 %) z Charity ve Slavičíně, 7 sester (11,67 %) ze zařízení Hvězda z.ú ve Zlíně, 10 sester (16,67 %) z Charity ve Zlíně, 24 sester (40 %) z Pahopu, 5 sester (8,33 %) z domácí hospice Most k domovu ve Zlíně. Našeho výzkumu se nezúčastnila žádná sestra ze zařízení Strom života z důvodu vytíženosti. Nejvíce sester se zúčastnilo ze zařízení Pahop, bylo to 24 sester (40 %). Všechny tyto zařízení se

nachází ve Zlínském kraji. Spousty sester jsou v dnešní době hodně vytížené, i proto se našeho průzkumu všechny sestry a zařízení nezúčastnily.

Otázka č. 6 zjišťovala, jak dlouho v zařízení všeobecné sestry pracují. Pro lepší přehlednost byla položka kategorizována. V tabulce můžeme vidět, že 10 sester (16,67 %) pracuje v zařízení více jak 5 let. Naopak 47 sester (78,33 %) pracuje v zařízení více jak 1 rok, ale méně jako 6 let a 3 sestry (5 %) nepracuje v zařízení déle jako 1 rok. Tato otázka byla formou otevřené odpovědi. Nejvyšší odpověď byla 10 let a nejmenší byla 2 měsíce. Z průzkumu nám tedy vyplývá, že v zařízeních pracují sestry s dlouholetými zkušenostmi. Mohu jen pro zajímavost srovnat s prací Zuzany Rebenseigerové, kdy 35,3 % respondentů pracuje v domácí péči 5-9 let, 32,4 % respondentů 10-14 let, 23,5 % respondentů 1-4 roky a 8,8 % respondentů pracuje 15 let a více (Rebenseigerové, 2009).

Dílčí cíl 1: Zmapovat nejčastější skladbu klientů. K tomuto cíli se vztahovaly otázky 7 – 12.

Otázka č. 7 se zaměřovala na nejčastější věkovou kategorii klientů, o které sestry pečují. Zde je z výsledků patrné, že 1 sestra (1,67 %) odpověděla, že se nejčastěji stará o klienty ve věku nad 90 let. 48 sester (80 %) odpovědělo, že se nejčastěji stará o klienty v rozmezí 75 – 90 let. Dále 11 sester (18,33 %) pečuje o klienty ve věku 60 – 75 let, žádná sestra z našeho výzkumu se nestará o klienty ve věku 45 – 60 let, 30 – 45 let a 18 – 30 let. Jednoznačně se všeobecné sestry z našeho výzkumu starají především o klienty ve věku 75 – 90 let. To může být zapříčiněno i geriatrizací dnešní společnosti a také tím, že se dnešní medicína snaží o udržení duševního, fyzického zdraví a odvrácení ztráty soběstačnosti starších občanů.

Otázka č. 8 zjišťovala, o kolik klientů v průměru sestry během jednoho dne pečují. Můžeme vidět, že 2 sestry (3,33 %) mají v průměru 16 – 20 klientů, 10 sester (16,67 %) má 11 – 15 klientů, 30 sester (50 %) má 6 – 10 klientů a 18 sester (30 %) má 1 – 5 klientů. Nejvíce zde sestry odpověděli, že se starají o 6 – 10 klientů a naopak nejméně zde byla zastoupena odpověď 15 – 20 klientů. Mohu zde zmínit, že Lucie Šťastná ve své bakalářské práci uvedla dle výzkumu, že sestry pracují maximálně se 7 pacienty denně. (Šťastná, 2019). Zuzana Rebenseigerová zase uvádí, že sestry pečují většinou o 6 – 10 klientů denně (Rebenseigerové, 2009). Z výzkumu i se srovnáním bakalářských prací tedy vyplývá, že sestry pracují obvykle s 6 - 10 klienty. Během let se tento počet neměnil, což můžeme právě

vidět v práci Zuzany Rebenseigerové z roku 2009. Tento výzkum je starý 14 let a počet klientů za směnu zůstal stejný, tudíž je to zřejmě osvědčený postup.

Otázka č. 9 se zaměřovala na to, kdo nejčastěji rozhoduje, o jaké klienty se budou všeobecné sestry starat. Zjistili jsme, že 11 sester (18,33 %) odpovědělo „jiné“, 7 sester (11,67 %) si klienty vybírá samo a 42 sester (70 %) odpovědělo, že jim klienty přiřazuje vedoucí ošetrovatelské péče. Nejčastěji sestry doplnily u odpovědi „jiné“, že jim klienty vybírá praktický lékař. Nejčastěji sestřím klienty vybírá vedoucí ošetrovatelské péče, odpovědělo tak 42 sester (70 %). V práci Zuzany Rebenseigerové je uvedeno, že klienty přiřazuje sestřím vedoucí pracovník, uvedlo tak 82,4 % z dotazovaných sester (Rebenseigerové, 2009). Z výzkumu i ze srovnání nám vyplívá, že je osvědčené většinou přiřazování klientů vedoucím pracovníkem, což se během let také nezměnilo a vybírání klientů zůstává stejné.

Otázka č. 10 se zaměřovala na to, které pohlaví je v péči častěji. Z průzkumu víme, že 46 sester (76,67 %) má v péči zastoupeny obě pohlaví klientů stejně. Dále 14 sester (23,33 %) má v péči především ženské pohlaví a žádná sestra nám neodpověděla, že má nejčastěji muže v péči. Nejčastější jsou tedy obě pohlaví zastoupena stejně, odpovědělo tak 46 sester (76,67 %). Dle mého názoru je to zajímavé zjištění, jelikož většinou lze předpokládat, že se ženy dožívají většího věku, a tudíž bude i větší počet klientů ženského pohlaví v domácí péči. Dle statistického úřadu České republiky se muž dožívá průměrně 76 let a žena 82 let (Střední délka života se zvyšuje, 2015).

Otázka č. 11 zjišťovala, o jaké klienty nejčastěji sestry pečují v rámci domácí péče. V tabulce můžeme vidět, že 6 sester (10 %) má nejčastěji klienty s jinými zdravotními problémy, 12 sester (20 %) má klienty s tělesným postižením, 12 sester (20 %) klienty s Demencí / Alzheimerovou chorobou a 30 sester (50 %) klienty s onkologickým onemocněním. Jednoznačně je zde nejvíce zastoupena odpověď „s onkologickým onemocněním“, odpovědělo tak 30 sester (50 %). U odpovědi „s jinými zdravotními problémy“ sestry nejvíce odpovídali, že se starají o klienty s dekubity a ránami. Z našeho výzkumu tedy vyplívá, že v dnešní době je velice zastoupené onkologické onemocnění v domácí péči. Dle národního onkologického ústavu v roce 2018 zemřelo 112 920 občanů, z toho 25 % občanů zemřelo na onkologické onemocnění (Česká republika a rakovina v číslech, 2018).

Otázka č. 12 byla zaměřena na nejčastější typ onkologického onemocnění u klientů v rámci hospicové péče. Z celkového počtu 166 odpovědí (100 %) byly odpovědi v následujícím pořadí prsu mělo 40 odpovědí (24,10 %), trávicí trubice mělo 34 odpovědí (20,49 %), slinivky břišní mělo 25 odpovědí (15,06 %), jater a žlučníku mělo 24 odpovědí (14,45 %), ledvin a močového měchýře mělo 19 odpovědí (11,44 %), respiračního systému mělo 17 odpovědí (10,25 %) a odpověď jiné mělo 7 odpovědí (4,21 %). Nejčastější onkologické onemocnění v rámci hospicové péče je onkologické onemocnění prsu. Toto zjištění není zcela překvapující, jelikož dle Národního onkologického programu je nádor prsu jeden z nejčastějších typů onkologického onemocnění (Česká republika a rakovina v číslech, 2018).

Dílčí cíl 1 byl splněn.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak probíhá běžná směna všeobecných sester v praxi, co je jejich náplň práce. K tomuto cíli se vztahovaly následující otázky 13 – 25:

Otázka č. 13 byla zaměřena na bariéry při péči. Zde jsme došli k závěru, že 1 sestra (1,67 %) nám odpověděla „jiné“, 6 sester (10 %) odpovědělo, že se jedná o nedůstojné hygienické podmínky. Dále 19 sester (31,67 %) se setkala při péči se zaměňováním rolí sestra / pečovatelka, 2 sestry (3,33 %) se setkala s bariérou ve formě domácích mazlíčků, 3 sestry (5 %) se setkává s nedůvěrou pacientů, 11 sester (18,33 %) odpovědělo, že se setkává v bariérou - načasování péče, a 18 sester (30 %) se setkává s komunikačními bariérami. U odpovědi „jiné“ nám sestra uvedla, že se s bariérami neseťká. Martina Mundilová uvedla ve své práci, že mezi další překážku v poskytování kvalitní péče v domácím prostředí jsou u některých klientů nevhodné sociální podmínky (Mundilová, 2015). Naopak z našeho výzkumu vyplývá, že jsou sestry zaměňovány často s pečovatelkami. Mohu zde samozřejmě podotknout, jak uvádím v teorii této práce, tak sestra plní mnoho rolí, a jednou z nich je i role pečovatelky.

Otázka č. 14 byla zaměřena na pozitivní zpětnou vazbu od klientů či rodiny. Z celkového počtu 105 odpovědí, byly odpovědi v následujícím pořadí, 54 odpovědí (51,42 %) mělo slovní hodnocení, 30 odpovědí (28,58 %) emoční projevy, 12 odpovědí (11,42 %) fyzické projevy, 7 odpovědí (6,67 %) materiální ocenění a 2 odpovědi (1,91) byly u odpovědi „jiné“. U odpovědi „jiné“ nám sestry na vyznačené políčko žádnou odpověď nenapsaly. Z výzkumu

nám tedy vyplývá, že většinou klienti či jejich rodina jsou vděční za péči, kterou zdravotnický personál poskytuje, ať už se jedná o formu poděkování nebo drobného daru.

Otázka č. 15 se zaměřovala na nevýhody péče v domácím prostředí. Jako nevýhodu nám 2 sestry (3,34 %) odpověděli „jiné“. Dále 14 sester (23,33 %) odpovídalo „při zdravotní komplikaci není pomoc vždy na blízku“, 7 sester (11,67 %) odpovědělo, že se jedná o závislost na zdravotním personálu, 14 sester (23,33 %) si myslí, že nevýhodou je sociální izolace klientů a nejvíce sester, 23 (38,33 %) si myslí, že je to zásah do soukromí. Nevýhody domácí péče se zabývala ve své práci i Jitka Kopčíková. Uvedla zde, že největší nevýhodu domácí péče spatřují sestry v zásahu do soukromí (62 %), dále v nutnosti úpravy bydlení (43 %), závislosti na sestře domácí péče (39 %) a absenci pravidelných kontrol lékařem. Z výzkumu Jitky Kopčíkové i z našeho výzkumu tedy plyne, že jako nevýhodu sestry považují zásah do soukromí. Pokud péče bude poskytována v domácím prostředí, tak zde bohužel vždy zásah do soukromí bude.

Otázka č. 16 byla zaměřena na náročnost práce. Zde nás zajímalo, co si myslí sestry o své práci. Došli jsme k závěru, že 56 sester (93,34 %) odpovědělo, že je jejich práce psychicky i fyzicky náročná. Dále 2 sestry (3,33 %) odpověděly pouze fyzicky náročná a taktéž 2 sestry (3,33 %) odpověděly jen psychicky náročná. Jednoznačně tak nejvíce sester odpovědělo, že je jejich práce fyzicky i psychicky náročná, 56 sester (93,34 %). Chtěla bych zde zmínit, že odpověď „fyzicky náročná“ zakroužkovali pouze muži z našeho průzkumu. V práci Martiny Mundilové je zmíněno, že fyzické i psychické náročnosti péče si je sestra plně vědoma (Mundilová, 2015). Pro sestry je velice náročné dojíždět ke klientům, provádět přímou péči o ně, a poté zpracovávat dokumentaci klientů. Při výběru této profese by si měla sestra být vědoma, že dané povolání vždy bude náročné jak po psychické, tak i fyzické stránce.

Otázka č. 17 se zaměřovala na spolupráci sester v péči o klienta. Zde 1 sestra (1,66 %) odpověděla, že nejčastěji spolupracuje s fyzioterapeutem. Dále 4 sestry (6,67 %) spolupracuje nejčastěji s lékařem a 55 sester (91,67 %) spolupracuje hlavně s rodinou klienta. Na ostatní odpovědi nám žádná sestra neodpověděla, jak můžeme v tabulce vidět. Nejčastěji tedy sestry spolupracují s rodinou (91,67 %) a nejméně spolupracují s duchovním pracovníkem, nutričním terapeutem a psychologem. V práci Lucie Šťastné je uvedeno, že sestry hodnotí spolupráci celkově mezi multidisciplinárním týmem jak pozitivně, tak negativně. Záleží na konkrétním zařízení. Prioritně je péče poskytována všeobecnými

sestrami (Šťastná, 2019). Náš výsledek výzkumu mě nepřekvapil, jelikož při péči v domácím prostředí by měla být po boku pro klienta jeho rodina a napomáhat v péči, pokud zdravotnický personál není na blízku.

Otázka č. 18 se věnovala pracovní době sester. U této otázky bylo možných více odpovědí. Můžeme vidět, že z počtu 93 odpovědí, tak 9 sester (9,67 %) odpovědělo, že pracuje dle potřeby. Dále 9 sester (9,67 %) pracuje i mimo pracovní dobu, 24 sester (25,80 %) pracuje i o víkendu, 17 sester (18,27 %) pracuje více než 8 hodin denně, 30 sester (32,25 %) pracuje 8 hodin denně a 4 sestry (4,34 %) pracují méně než 8 hodin denně. Vyplývá nám tedy, že nejvíce sestry z našeho průzkumu pracují 8 hodin denně. Lucie Šťastná ve své práci uvedla, že sestra pracuje 8 hodin denně většinou, což se nám shoduje. Zuzana Rebenseigerová má ve své práci taktéž uvedeno, že sestry pracují především 8 hodin denně, a pracují i o víkendu (Rebenseigerové, 2009). Pracovní doba se odvíjí vždy od individuálních potřeb klienta. To můžeme vidět i na výsledcích našeho výzkumu, jelikož také značný počet sester odpovědělo, že pracuje i mimo svou pracovní dobu.

Otázka č. 19 byla zaměřena na počet kilometrů, které sestry najedou během směny. Zde 8 sester (8,67 %) odpovědělo, že při návštěvách klientů najede denně více jak 100 km. Dále 21 sester (22,66 %) najede 51 – 100 km a 31 sester (33,33 %) nejede průměrně 1 - 50 km. Nejmenší počet kilometrů, který sestry v dotazníkovém šetření uvedly, byly 2 km a nejvíce v dotazníku uvedly 100 km. Počet najetých kilometrů se může odvíjet i od počtu klientů, které mají sestry během dne na starosti. Některé sestry mají klienty v blízkém okolí, některé sestry jezdí ke klientům do okolí, od toho se taktéž počty kilometrů odvíjí.

Otázka č. 20 Zde můžeme vidět, že 50 sester (53,76 %) na denní službě provádí nejčastěji přímou péči o klienty. Dále 10 sester (10,75 %) nejčastěji vede dokumentaci klientů. Na další odpovědi nám nikdo ze sester v našem průzkumu neodpověděl. Je zde tedy patrné, že péče o klienty je na první místě, i když například vedení dokumentace sestrám zabere taktéž značnou část směny.

Otázka č. 21 se zaměřovala na náplň práce na noční směně. Je patrné, že 11 sester (11,96 %) na noční službě nejčastěji vede dokumentaci klientů. Dále 17 sester (18,28 %) nejčastěji vyjíždí ke klientům a 32 sester (34,30 %) nám odpovědělo, že nejčastěji dělá jiné úkony. Zde nám doplňovali například, že chystají medikaci, mají pohotovost, a dokonce zde i 18

sester uvedlo, že noční směny vůbec nedělají. Můžeme tedy říci, že většina sester z našeho výzkumu noční směny nedělá (18 sester), oproti třeba nemocničním zařízení, kde noční směny jsou. Jednalo se především o sestry z Charity Kroměříž a Slavičín. Pokud noční směny sestry vykovávají, tak se jedná hlavně o výjezdy ke klientům nebo o pohotovost na telefonu.

Otázka č. 22 Nedílnou součástí sesterské práce je i dokumentace klientů. Z celkového počtu tedy 60 respondentů (100 %) nám 7 sester odpovědělo, že jim vedení dokumentace během směny zabere 240 minut. Dále 6 sester (10 %) odpovědělo 180 minut, 2 sestry (3,33 %) odpověděly 160 minut, 27 sester (45 %) odpovědělo 120 min, 15 sester (25 %) vede dokumentaci přibližně 90 minut a 3 sestry (5 %) dokumentaci vedou cca 60 minut. Je zde zřejmé, že nejvíce sestry odpovídaly 120 minut. Naše zjištění mě nijak nepřekvapilo. Dokumentace je rozsáhlá a vše se vždy musí do ní zapsat, i z tohoto důvodu je časová náročnost vedení dokumentace tak velká.

Otázka č. 23 Nejčastěji sestry provádí hospicovou péči, odpovědělo tak 25 sester (41,67 %). Avšak 22 sester (36,66 %) odpovědělo, že provádí domácí péči, což je jen o 3 sestry méně. Dále 13 sester (21,67 %) provádí jak hospicovou, tak i domácí péči. Domácí a hospicová péče je zde dá se říci rovnoměrně zastoupena. Zda je zastoupena domácí nebo hospicová péče vždy závisí na skladbě klientů a na daném zařízení.

Otázka č. 24 Z průzkumu vyplývá, že 1 sestra (1,67 %) nejčastěji vykonává sociální úkony v rámci domácí péče. 5 sester (8,33 %) vykonává psychické úkony a 54 sester (90 %) vykonává biologické úkony. Žádná sestra nám zde neodpověděla, že provádí spirituální úkony. Jako biologické úkony je zde myšleno péče o vyprazdňování, hydratace a péče o pokožku aj. Všechny úkony jsou velmi důležité, ale aby mohly být poskytovány další úkony, musí být vždy zajištěny ty základní – biologické.

Otázka č. 25 V rámci hospicové péče, 1 sestra (1,66 %) nejčastěji provádí spirituální úkony u klientů, 3 sestry (5 %) sociální úkony, 19 sester (31,67 %) psychické úkony a 37 sester (61,67 %) nejčastěji provádí biologické úkony. Můžeme zde vidět, že oproti předchozí otázce zde 1 sestra odpověděla i spirituální úkony. Lucie Šťastná uvedla, že nejčastěji během směny sestry vykonávají hygienu u klienta, podává stravu (Šťastná, 2019). Zajištění

biologických potřeb u klientů je velmi důležité, vychází to z části i z pyramidy potřeb, kdy základ vždy tvoří zajištění biologické fyzické potřeby (Maslowova pyramida potřeb).

Dílčí cíl 2 byl splněn.

HLAVNÍ CÍL:

Hlavním cílem bylo zmapovat práci všeobecných sester v zařízeních domácí péče a mobilních hospicích ve Zlínském kraji. **Hlavní cíl byl splněn.**

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle mého názoru jsou sestry v domácí péči velmi vytížené. Tato práce je jak fyzicky, tak psychicky náročná. Sestry pracují většinou 8 hodin denně, ale následně některé pracují i na zavolání klientů celý týden.

Myslím, že počet klientů, které mají sestry během směny v péči je přiměřený náročnosti práce. Velkou část jim zabere ale vedení dokumentace, která by dle mého názoru měla být zredukována, aby sestra měla více času na klienty a nemusela nad dokumentací strávit 2 – 3 hodiny během své směny. Péče v domácím prostředí má značný zásah do soukromí klientů. Toto bohužel nevýhoda je, ale řešení zde nějaké nevidím. Měli bychom si uvědomit, že je zde naopak plno výhod této péče pro klienta. Pokud bude péče poskytována v přirozeném prostředí, tak značný zásah do soukromí to vždy mít bude. Dle mého názoru je škoda, že všeobecní sestry v domácí a hospicové péči nemají specializační vzdělání v této oblasti. Doporučila bych si vzdělání nebo kurzy doplnit. Zařízení by mělo sestřím kurzy nabídnout.

ZÁVĚR

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože mě problematika domácí a hospicové péče hodně zajímá. Chtěla jsem poukázat na vytíženost všeobecných sester v domácí péči a mobilní hospicové péči. Zpracování teoretické části i praktické části bylo pro mě velkým přínosem.

V teoretické části jsem v kapitole hospicová péče popsala hospic, legislativu, financování, formy hospicové péče. V kapitole domácí péče jsem definovala pojem domácí péče, legislativu, financování, oblasti domácí péče, formy domácí péče a klienta v domácí péči. Ve třetí kapitole jsem se zabývala všeobecnou sestrou v domácí péči a v mobilní hospicové péči, popsala jsem potřebné vzdělání sester a činnosti sester během směny.

V praktické části jsme mapovali práci všeobecných sester v domácí péči a mobilní hospicové péči ve Zlínském kraji. Zjišťovali jsme základní informace o všeobecných sestrách, informace o klientech, o které sestry pečují, a také nás zajímalo, jak probíhá běžná směna všeobecných sester. Tento výzkum byl prováděn na základě vytvořeného dotazníku pro všeobecné sestry. Stanovila jsem si jeden hlavní cíl a k němu dva dílčí cíle. Dle mého názoru jsem stanovené cíle splnila.

Nejvíce mě překvapilo zjištění u otázky č. 10. Z výzkumu nám vyplynulo, že v péči mají sestry obě pohlaví zastoupena stejně (76,67 %). Mohli jsme předpokládat, že v péči budou zastoupena spíše ženská pohlaví, jelikož se dle statistického úřadu dožívají vyššího věku, v průměru to je 82 let, u muže to je 76 let.

Zpracováním této práce jsem splnila má očekávání. Práce mi byla velkým přínosem, získala jsem mnoho nových informací a dovedností. Získané informace bych chtěla využít v praxi. Ráda bych se o tyto informace podělila s lidmi pracující v oboru, i s mými blízkými.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. 1-17 [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY_2016.pdf

BICKOVÁ, Lucie, 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 432 s. ISBN isbn978-80-904668-0-7.

BUKÁČKOVÁ, Jitka, 2011. Domácí péče u nás. *Ošetrovatelská péče*, č. 6, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.

BRUERA, E. a S. YENNURAJALINGAM, 2011. *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative medicine*. New York: Oxford University Press, Inc. 488 s. ISBN 9780199375301

Česká republika a rakovina v číslech. *Národní onkologický program* [online]. [cit. 2021-5-9]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/narodni-onkologicky-program/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010- 2018 [cit. 25. 4. 2021]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108_40.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010- 2018 [cit. 25. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

DURNOVÁ, Dana, 2012. Domácí péče-běh na dlouhou trať, který stojí za to. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(2), 7-8. ISSN 1801-1349.

Elnec. In: *Paliativní medicína. Paliativní centrum* [online]. [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>

GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *České ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, Pyramida (Panorama). 407 s. ISBN isbn80-7038-158-2.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta, 2006. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 272 s. ISBN 978-808-0632-571.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN. isbn978-80-7262-471-3.

JAROŠOVÁ, Darja, Lucie SIKOROVÁ, Jana MAREČKOVÁ a Hana PAJOROVÁ, 2012. Ošetrovatelské intervence v domácí péči. *Praktický lékař*., 92(3), 150-153. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 99 s. ISBN isbn978-80-247-2150-7.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 96 s. ISBN isbn80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 9788024740263.

KOPČILOVÁ, Jitka. *Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry*, 2013. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Bohumila Hajšmanová.

KOTRUSOVÁ, Miriam a Karolína DOBIÁŠOVÁ, 2012. *Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory*. Fórum sociální politiky, 6(6), 2-8. ISSN 1802-5854

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 159 s. ISBN.isbn978-80-7318-726-2

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. *O odpuštění, Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří*, 1039. publikace v edici Autor- Téma, svazek 16, ISBN 80 -7192 - 928 - X.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1993. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Hradec Králové: Jirí Královec a agentura Linqua. 148 s. ISBN 80-85878-12-7

LEMON I, 1996. *učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetrovatelský proces: klinická ošetrovatelská praxe: glosář*. Přeložil Marta STAŇKOVÁ, přeložil Jana HEŘMANOVÁ. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 184 s. ISBN isbn80-7013-234-5.

MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. 156 s. ISBN isbn:978-80-905809-4-7.

MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 200 s. ISBN isbn978-80-7367-3109.

MISCONIOVÁ, Blanka, 1997. *Přehled vývoje komplexní domácí péče na území České republiky v období let 1990 až 1996*. Praha: NCDP ČR.

MIŠINOVÁ, Martina, 2016. *Ošetrovatelstvo v paliativnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita, 106 s. ISBN 978-80-210-8433-9.

MUNDILOVÁ, Martina, 2015. *Vytiženost sester v domácí péči*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vladimíra Fremrová.

NERUDOVÁ, Irena, 2011. *Domácí péče*. Diagnóza v ošetrovatelství. 7(5), 7-8. ISSN 1801-1349

PAYENOVÁ, Sheila et al., 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.

POCHMANOVÁ, Karolína, 2015. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů. 48 s. ISBN isbn978-80-905809-2-3

RABENSEIFEROVÁ, Zuzana, 2009. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. 363 s. ISBN isbn978-80-7262-849-0.

SLÁMOVÁ, Regina et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. 160 s. ISBN 978-80-266-1279-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHP. 151 s. ISBN isbn978-80-7195-307-4.

Střední délka života. *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2021-5-9]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xj/stredni-delka-zivota-se-zvysuje>

ŠPÍNKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPÍNKA aj., 2004. *Standardy domácí paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 35 s. ISBN 80-239-4329-4.

TESAŘOVÁ, Jana, 2010. *Domácí hospicová péče*. Ošetrovatelská péče, č. 2, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.

ŠŤASTNÁ, Lucie, 2019. *Role sestry v domácí hospicové péči*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-

VEDLICHOVÁ, Martina, 2013. *Domácí péče*. Hradec Králové: Gaudeams. 62 s. ISBN isbn978-80-7435-296-6.

Vyhláška č. 92/2012 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-5-9]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADP ČR Asociace domácí péče České republiky

Aj. A jiné

Apod. A podobné

Atd. A tak dále

CMP Cévní mozková příhoda

Č. Číslo

ČSČK Československý červený kříž

Km Kilometrů

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

M² Metr čtvereční

Např. Například

SZŠ Střední zdravotnická škola

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	32
Tabulka 2 Věk respondentů	33
Tabulka 3 Vzdělání respondentů	34
Tabulka 4 Specializační kurz respondentů	35
Tabulka 5 Pracoviště respondentů	36
Tabulka 6 Počet let v zařízení.....	38
Tabulka 7 Věk klientů.....	39
Tabulka 8 Počet klientů za směnu	40
Tabulka 9 Osoby rozhodující o volbě klientů.....	41
Tabulka 10 Pohlaví klientů	42
Tabulka 11 Nejčastější onemocnění klientů v domácí péči.....	43
Tabulka 12 Nejčastější onkologické onemocnění v rámci hospicové péče.....	44
Tabulka 13 Bariéry u klientů	46
Tabulka 14 Zpětná vazba od klientů a rodinných příslušníků	48
Tabulka 15 Nevýhody péče v domácím prostředí	50
Tabulka 16 Náročnost péče.....	51
Tabulka 17 Osoba spolupracující v péči o klienta.....	52
Tabulka 18 Rozvržení pracovní doby	53
Tabulka 19 Průměrný počet kilometrů při návštěvách klientů za den.....	55
Tabulka 20 Náplň práce na denní službě	56
Tabulka 21 Nejčastější náplň práce na noční službě	57
Tabulka 22 Vedení dokumentace během směny	58
Tabulka 23 Nejčastěji prováděná péče	59
Tabulka 24 Nečastější úkony v rámci domácí péče.....	60
Tabulka 25 Nejčastější úkony v rámci hospicové péče	61

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů.....	33
Graf 2 Vzdělání respondentů	34
Graf 3 Pracoviště respondentů.....	36
Graf 4 Počet klientů za směnu	40
Graf 5 Volba klientů	41
Graf 6 Nejčastější onkologické onemocnění v rámci hospicové péče.....	44
Graf 7 Bariéry u klientů	46
Graf 8 Zpětná vazba od klientů a rodinných příslušníků.....	48
Graf 9 Nevýhody péče v domácím prostředí	50
Graf 10 Spolupráce v péči	52
Graf 11 Rozvržení pracovní doby.....	53
Graf 12 Průměrný počet kilometrů při návštěvách klientů za den	55
Graf 13 Nejčastější náplň práce na noční službě	57
Graf 14 Vedení dokumentace během směny	58
Graf 15 Nejčastěji prováděná péče	59
Graf 16 Nečastější úkony v rámci domácí péče	60
Graf 17 Nejčastější úkony v rámci hospicové péče.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník pro všeobecné sestry

ŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Nikol Hofírková a jsem studentka 3. ročníku prezenční formy, studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dovoluji si Vás oslovit i požádat o vyplnění dotazníku, jehož tématem je Domácí a hospicová péče ve Zlínském kraji. Vyplnění dotazníku je anonymní a dobrovolné. Zjištěné informace budou sloužit k sepsání závěrečné (bakalářské) práce.

Instrukce k vyplnění:

V otázkách máte možnost pouze jedné volby odpovědi, pokud u otázky nebude uvedeno jinak, popř. na vytečkované řádky doplňte. Vámi zvolenou odpověď označte kolečkem, pokud se spletete, přeškrtněte a označte kolečkem novým.

Za vyplnění tohoto dotazníku Vám předem děkuji.

S pozdravem studentka

Nikol Hofírková

1. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk:

.....let (zaokrouhlete v celých číslech)

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborné (Dis.)
- c) Vysokoškolské Bc.
- d) Vysokoškolské Mgr.
- e) Doktorské studium

4. Prošla jste specializací/specializačním kurzem související s problematikou domácí/hospicové péče?

- a) ano (doplňte jaké)
- b) ne

5. Název pracoviště, na kterém v současné době pracujete:

- a) Mobilní hospic Strom života
- b) Domácí hospic Most k domovu
- c) Pahop
- d) Charita Zlín
- e) Hvězda z.ú.
- f) Charita Slavičín
- g) Charita Kroměříž
- h) jiné, doplňte

6. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

.....let (zaokrouhlete v celých letech)

7. Nejčastější věková kategorie klientů, o které pečujete:

- a) 18-30 let
- b) 30-45 let
- c) 45-60 let
- d) 60-75 let
- e) 75-90 let
- f) nad 90 let

8. Váš průměrný počet klientů za směnu je:

..... klientů

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

- b) Vedoucí ošetrovatelské péče
- d) Klienty si vybíráme sami
- e) Jiný (doplňte).....

10. Ve Vaší péči jsou častěji:

- a) Muži
- b) Ženy
- c) Obě pohlaví jsou zastoupena rovnoměrně

11. V rámci domácí péče nejčastěji pečujete o klienty s:

- a) Onkologickým onemocněním
- b) Demencí/Alzheimerovou chorobu
- c) Tělesným postižením
- d) Jinými zdravotními problémy (doplňte)

12. V rámci hospicové péče pečujete o klienty s onkologickým onemocněním (možno zvolit více odpovědí):

- a) Trávicí trubice
- b) Prsu
- c) Respiračního systému
- d) Jater a žlučníku
- e) Slinivky břišní
- f) Ledvin a močového měchýře
- g) Jiné (doplňte)

13. S jakými bariérami se setkáváte při ošetřování klientů?

- a) Komunikační bariéry (fatická porucha po CMP...)
- b) Načasování péče
- c) Nedůvěra pacienta (klíče od bytu)
- d) „Domácí mazlíčci“
- e) Zaměňování role sestra/pečovatelka
- f) Nedůstojné hygienické prostředí
- g) Jiné (doplňte).....

14. U klientů/rodinných příslušníků (pečujících) jste se setkal/a s následující pozitivní zpětnou vazbou v rámci poskytované péče (možno zvolit více odpovědí):

- a) Slovní hodnocení (poděkování, pochvala, ocenění, aj.)
- b) Emoční projevy (úsměv, gesto vděčnosti, projev spokojenosti, zájem o přítomnost sestry)
- c) Fyzické projevy (dotek, pohlazení, objetí, aj.)
- d) Materiální ocenění (drobné dárky)
- e) Jiným způsobem (doplňte):

15. Nevýhodou péče v domácím prostředí je z Vaší zkušenosti:

- a) Zásah do soukromí
- b) Sociální izolace pacienta
- c) Závislost na zdravotním personálu
- d) Zapojení rodiny do péče
- e) Při zdravotní komplikaci není vždy pomoc na blízku
- f) Jiné (uveďte)

16. Péče o nesoběstačnou osobu je dle Vašeho názoru:

- a) Psychicky náročná
- b) Fyzicky náročná
- c) Psychicky i fyzicky náročná

17. Kdo s Vámi nejčastěji spolupracuje v péči o klienta?

- a) Rodina
- b) Lékař
- c) Fyzioterapeut
- d) Psycholog
- e) Nutriční terapeut
- f) Duchovní pracovník
- g) Někdo jiný, doplňte

18. Jak máte rozvrženou pracovní dobu? (možnost více odpovědí)

- a) Pracuji méně než 8 hodin denně
- b) Pracuji 8 hodin denně
- c) Pracuji víc než 8 hodin denně
- d) Pracuji i o víkendu
- e) Pracuji i mimo pracovní dobu-na zavolání klienta nebo jeho rodiny
- f) Dle potřeby – po dohodě s klienty a jejich rodinou
- g) Jiné (doplňte)

19. Kolik průměrně denně najedete kilometrů při návštěvách klientů?

.....km

20. Jaké je Vaše nejčastější náplň práce na denní službě?

- a) Vedení dokumentace
- b) Přímá péče o klienty
- c) Telefonické konzultace s rodinnými příslušníky
- d) Konzultace s lékařem
- e) Dezinfekce použitých nástrojů
- f) Jiné (doplňte)

21. Jaká je Vaše nejčastější náplň práce na noční službě?

- a) Vedení dokumentace
- b) Výjezdy ke klientům
- c) Dezinfekce použitých nástrojů
- d) Jiné (doplňte)

22. Kolik času Vám během směny zabere vedení dokumentace?

.....min

23. Jakou nejčastěji provádíte péči?

- a) Domácí péči
- b) Hospicovou péči
- c) Obojí

24. Jaké nejčastější úkony u klienta vykonáváte v rámci domácí péče?

- a) Biologické – péče o vyprazdňování, příjem potravy, péče o pokožku
- b) Psychické – zachování důstojnosti, zmírnění strachu
- c) Sociální – komunikace s klientem, vyslechnutí jeho pocitů
- d) Spirituální

25. Jaké nejčastější úkony u klienta vykonáváte v rámci hospicové péče?

- a) Biologické – péče o vyprazdňování, příjem potravy, péče o pokožku
- b) Psychické – zachování důstojnosti, zmírnění strachu
- c) Sociální – komunikace s klientem, vyslechnutí jeho pocitů, aktivizace
- d) Spirituální