

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Spektrum klientů ošetřovaných v agenturách
domácí péče se zaměřením na soběstačnost**

Anežka Čapková

Bakalářská práce

2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anežka ČAPKOVÁ**
Osobní číslo: **Z08181**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Spektrum klientů ošetřovaných v agenturách domácí péče
se zaměřením na soběstačnost**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a vyhledání odborné literatury.
2. Stanovení cílů, hypotéz a metod práce.
3. Zpracování teoretické části.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Rozdání dotazníků.
6. Analýza a interpretace dotazníků.
7. Zhodnocení cílů, hypotéz a celé bakalářské práce.

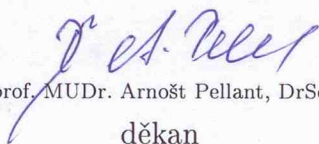
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:


1. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
2. JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. 1. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě : Repronis Ostrava, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
3. TOŠNEROVÁ, Tamara a kol. Vzdělání pro pracovníky sociální péče. 1. vyd. Česká asociace pečovatelské služby : Fokus, 2006.
4. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Bc. Iva Svobodová**
Fakulta zdravotnických studií
Konzultant bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2009**
Termín odevzdání bakalářské práce: **23. dubna 2010**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména ze skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne: 20. 4. 2010

.....

Anežka Čápková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Bc. Ivě Svobodové za vedení mé bakalářské práce, dále pak patří velký dík Mgr. Marii Holubové za ochotu a velkou pomoc při psaní bakalářské práce a v neposlední řadě všem agenturám domácí péče v Pardubicích, Hradci Králové a Oblastní charitě v Havlíčkově Brodě, které mi umožnily provést výzkum a získat tak podklad ke zpracování výzkumné části práce.

Anotace

Tématem mé bakalářské práce je Spektrum klientů ošetřovaných v agenturách domácí péče se zaměřením na soběstačnost. Jedná se o teoreticko-výzkumnou práci. Teoretická část obsahuje definici domácí péče, cíle a výhody domácí péče, služby poskytované v rámci domácí péče, základní charakteristiku péče o nemocné, soběstačnost a její význam. Výzkumná část obsahuje stanovené výzkumné otázky, výsledky jednotlivých otázek z anonymního dotazníku a výsledky Barthelova testu základních všedních činností. Výzkum byl prováděn v Pardubicích, Hradci Králové a Havlíčkově Brodě. Úkolem bylo zjistit aktuální spektrum klientů ADP, soběstačnost klientů ADP a vliv soběstačnosti na činnostmi spjaté s péčí sester ADP. Výsledky výzkumu jsou znázorněny pomocí grafů a tabulek.

Klíčová slova

domácí péče, služby domácí péče, soběstačnost, spektrum klientů, Barthelův test

Title

Spectrum of clients who are treated through home care agencies with the aim of their self-sufficiency

Annotation

The subject of my Bachelor's degree thesis is the "Spectrum of clients who are treated through home care agencies with the aim of their self-sufficiency". This is a theoretical-research thesis. The theoretical portion of this thesis defines the concept of home care, outlines its aims and benefits, and discusses the services provided within its framework. With the aspects of home care clearly presented, this thesis goes on to examine the characteristics of convalescence, considers the concept of self-sufficiency and ultimately, demonstrates the significance of home care in the attainment of self-sufficiency. The research portion of this thesis first establishes and defines the pertinent research questions. It goes on to depict and analyze the results of these questions, administered via an anonymous questionnaire, and the results of an application of Barthel's test of basic everyday activities. The research was conducted in the towns of Pardubice, Hradec Králové and Havlíčkův Brod. The aim of the research was to determine the current spectrum of clients of HCA, their self-sufficiency, and the impact of self-sufficiency on the activities inherent to HCA nurses' care. The results of the research are demonstrated through the use of various diagrams and charts.

Keywords

home care, services provided within the framework of home care, self-sufficiency, spectrum of clients, Barthel's test

OBSAH:

Seznam zkratk	10
Úvod	11
1. CÍLE	12
2. TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1 Definice domácí péče	13
2.2 Komplexní domácí péče	13
2.3 Cíle domácí péče:	14
2.4 Výhody domácí péče:	14
2.5 Pět základních forem poskytování domácí péče v ČR	14
2.6 Spektrum klientů v ADP	16
2.6.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy užívané v ADP	17
2.7 Základní charakteristika péče o nemocné v ADP	18
2.7.1 Přístup k nemocnému z hlediska ADP	19
2.7.2 Rozdíly při poskytování péče v nemocnicích a ADP	19
2.7.3 Od nezávislosti k závislosti- překročení hranic „já“	20
2.8 Praktická soběstačnost- uznání vlastní osobnosti	20
2.9 Testování soběstačnosti, Barthelův test	21
3. VÝZKUMNÁ ČÁST	23
3.1 Výzkumné otázky	23
3.2 Metodika výzkumu	24
3.2.1 Výzkumný nástroj	24
3.2.2 Výzkumný vzorek	24
3.2.3 Analýza dat	24
3.3 Presentace výsledků výzkumu	25
3.4 Presentace výsledků Barthelova testu základních všedních činností	44
3.5 Analýza výzkumných otázek	45
4. DISKUZE	51
5. ZÁVĚR	54

Soupis bibliografických citací	56
Seznam příloh.....	57

Seznam zkratek

ADP - agentura domácí péče

ADL- Activity daily living

Aj. - a jiné

Atd. - a tak dále

Např. - například

St.p. - stav po

TK - tlak krve

P - pulz

TT - tělesná teplota

DM - Diabetes Mellitus

CMP - cévní mozková příhoda

ŠŽ - štítná žláza

Ca - karcinom

DMO - dětská mozková obrna

Tab. - tabulka

Obr. - obrázek

Roč. - ročník

ISBN - International Standard Book Numbering

Úvod

Agentury domácí péče jsou zařízení, jejichž služby může využít každý občan České republiky, jehož zdravotní stav zhodnotil ošetřující lékař jako vyhovující pro tuto péči. Obvykle se jedná o klienty, kteří by byli bez existence domácí péče hospitalizováni.

Ve své práci bych chtěla uvést aktuální spektrum klientů ADP. Dále jsem se pak zabývala soběstačností klientů domácí péče, neboť si myslím, že jde o velmi důležitý faktor v péči o tyto klienty. Je známo, že domácí prostředí, a tudíž prostředí nám nejbližší, má velmi pozitivní účinek na proces uzdravení z fyzického, psychického i sociálního hlediska. Tyto aspekty spolu vzájemně souvisí a tvoří základ člověka samého. Problematika soběstačnosti je zde rozebírána zejména z pohledu pacienta a zprostředkovatelů agentur domácí péče, se kterými jsem strávila čas potřebný k vytvoření mé práce a zodpovězení hlavní otázky, tedy jakým směrem a zda vůbec, se soběstačnost klientů agentur domácí péče rozvíjí. Chtěla bych proto, aby tato práce byla snadno pochopitelným průvodcem k zodpovězení této otázky.

1. CÍLE

- 1) Zjistit aktuální spektrum klientů ADP.
- 2) Zjistit soběstačnost klientů ošetřovaných v ADP.
- 3) Zjistit zda je soběstačnost klientů ADP ovlivněna věkem a dosaženým vzděláním.
- 4) Zjistit jaký vliv má soběstačnost klientů na potřebu pomoci od zdravotních sester.
- 5) Zjistit zda ovlivňuje délku péče ADP skutečnost, že bydlí klient sám.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Definice domácí péče

„Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 1993) jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.“ (Jarošová, 2007, s. 60)

„Domácí péče ve všech vyspělých zemích představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicínských oborů a ošetřování umožňuje v současné době poskytnout pacientům kvalitní péči také v jejich přirozeném domácím prostředí, které společně s jinými faktory mimo jiné přispívá k psychické pohodě člověka, což hraje významnou úlohu v procesu uzdravování. Na rozvoj domácí péče má vliv mnoho společenských faktorů.“

(Topinková, 1994, s. 487- 490)

(1)

2.2 Komplexní domácí péče

V rámci komplexní domácí péče bývá poskytována odborná zdravotní péče, kterou indikuje ošetřující lékař klienta, dále pak sociální péče, která vychází zejména ze sociálního prostředí, ve kterém klient žije, a laická pomoc s ohledem na soběstačnost nebo na účast blízkých osob klienta. Rozsah jednotlivých aktivit je dán aktuálním stavem klienta, sociálním prostředím a rozsahem kompetencí daného multidisciplinárního týmu. (1, 2)

Kvalita komplexní domácí péče je ovlivňována základními pravidly, které je při poskytování péče nutno respektovat, aby byla zachována určitá filozofie a humanizace domácí péče především na podporu a obnovu zdraví společnosti. Svou důležitost také nese respektování základních lidských práv, pochopení lidské bytosti ve vztahu k prostředí, komplexnost standardizace ošetřovatelských činností a sociálních intervencí, efektivní využití finančních prostředků určených na podporu zdravotní a sociální péče, odborný růst a celoživotní vzdělávání poskytovatelů domácí péče. (1, 2)

Zdravotníci pracující v agenturách domácí péče čekali na koncepci oboru domácí péče celých 13 let. Stalo se tak 21. září 1994, kdy koncepci schválila porada vedení ministerstva zdravotnictví. Podle Blanky Misconiové byly základní myšlenky materiálu (maximální kvalita, dostupnost, komplexnost, adresnost a individualizace domácí péče) obsaženy už v koncepci oboru domácí péče ADP, která vznikla roku 1994. Ta se však nevztahovala na všechny poskytovatele v České republice (směrodatná byla pouze pro členy ADP).

To že se jedná o koncepci „domácí péče“ a ne o koncepci „domácí zdravotní péče“ podle B. Misconiové znamená, že koncepce zpracovaná resortem zdravotnictví je otevřená integraci sociální složky domácí péče. (3)

2.3 Cíle domácí péče:

- Pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví v souladu s jejich sociálním prostředím.
- Zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých, ve svém domácím prostředí.
- Zajistit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými, sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb.
- Udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech.
- Vést klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví.
- Zajišťovat dodržení léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny.

(1, 2)

2.4 Výhody domácí péče:

Jednou z hlavních výhod je neodmyslitelně zkrácení hospitalizace, tedy snížení nákladů o třetinu až polovinu. Dále pak individuální přístup, který vychází z individuálních potřeb jedince. Domácí péče je zaměřena nejen na činnosti léčebné, ale také ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální aj., které zabezpečuje multidisciplinární tým. Délka poskytované péče vychází z aktuálních potřeb klienta a jeho blízkých. Domácí péče zahrnuje činnosti primární, sekundární a terciální prevence. (1, 2)

2.5 Pět základních forem poskytování domácí péče v ČR

1. Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Tato forma domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které vyžaduje buď jeho hospitalizaci či alternativu hospitalizace, v tomto případě zprostředkovanou domácí péčí. Nejčastěji jde o pacienty s onemocněním kardiovaskulárním, neurologickým, gastrointestinálním a urologickým. Akutní domácí péče zahrnuje

specializovanou domácí péčí, ale především péčí v pooperačním a poúrazovém stavu. Jedná se o péči krátkodobou, v řádu dnů či týdnů. (1, 2)

2. Dlouhodobá domácí péče

Jde o nejrozšířenější formu domácí péče v České republice, která je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní a duševní stav si vyžaduje pravidelnou péči kvalifikovaného personálu. Jedná se o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem mellitem, klienty s částečným či plným ochrnutím, dále pak se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem či chronickou bolestí. Tato forma péče je doplněna o zdravotní a sociální aktivity. Jedná se o integrovanou formu domácí péče, spadající pod název komplexní domácí péče. Jde o péči poskytovanou v rozsahu měsíců až několika let. (1, 2)

3. Preventivní domácí péče

Tato péče je určena klientům, u nichž ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech monitorování zdravotního a duševního stavu, a má preventivní charakter. Preventivní domácí péče zahrnuje měření fyziologických funkcí, monitorování celkového stavu klienta a případné změny se ihned hlásí ošetřujícímu lékaři. Jde o péči poskytovanou týdně nebo měsíčně, kterou určí ošetřující lékař na základě celkového stavu klienta. (1,2)

4. Domácí hospicová péče

Forma domácí péče zahrnující péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Je poskytována klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení terminálního stavu zhruba do šesti měsíců. Péče zdravotníků domácí péče spočívá v odborné péči zahrnující jak management bolesti, tak i emoční podporu, zmírnění utrpení klienta a jeho blízkých v procesu umírání. (1, 2)

5. Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)

Jde o mimořádné alternativní využití domácí péče zajišťující provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických lékařů nebo jiných ošetřujících lékařů. Jedná se zpravidla o odborné výkony, jako např. jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu. Této formy péče „ad hoc“ (bez zavedení domácí péče) se využívá z provozních důvodů, kdy nelze zajistit návštěvní službu sester v domácnosti klientů, jejichž stav vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče a pomoci. Jde např. o časové omezení ordinačních hodin příslušného lékaře. (1, 2)

Agentury domácí péče mohou v rámci komplexnosti péče poskytovat také úkony pečovatelské služby. Jde o služby, které obvykle zajišťují orgány státní správy i samosprávy pro těžce zdravotně postižené spoluobčany. Patří sem jak služby v domácnosti, které zdravotně postižený člověk není schopen samostatně vykonat, tak i osobní péči či ošetření jinou osobou, pokud jim nemohou tuto péči poskytnout rodinní příslušníci. Tato péče je poskytována dle platných norem za plnou nebo částečnou úhradu klientem s ohledem na věk, zdravotní stav, příjem a majetkové poměry v rodině. Státní správa i samospráva má pro poskytování pečovatelské služby svá vlastní zařízení nebo je z rozpočtu vyčleněn příslušný objem finančních prostředků pro zařízení, která pečovatelskou službu zajistí na základě smlouvy. Jedním z těchto zařízení mohou být právě agentury domácí péče. V rámci domácí péče jsou pak těmto klientům poskytovány i takové služby, jako je např. pedikúra, masáže, úprava vlasů, pomoc při oblékání, příprava pokrmů či zajištění jejich dovozu, donáška léků, nákupy, údržba chodu domácnosti, nutné pochůzky atd. (1, 2)

2.6 Spektrum klientů v ADP

V této kapitole vymezím nejčastěji se objevující diagnózy, prováděné výkony a nejčastěji využívané ošetrovatelské diagnózy při plánování ošetrovatelského procesu v ADP.

Mezi nejčastější onemocnění, s nimiž se klienti ADP léčí, patří: bércové vředy, dekubity, diabetes mellitus, CMP, plegie, hypertenze, ICHS, onkologické choroby, RSMM, arterioskleróza, psychiatrická onemocnění, demence, Parkinsonova choroba, respirační choroby, pooperační a poúrazové stavy. (4)

Incidence uvedených onemocnění a výkonů je ověřena na základě praxe, kterou jsem absolvovala v Centru primární péče-Oddělení domácí péče Krajské nemocnici Pardubice.

S péčí o takto nemocné klienty souvisí prováděné výkony. Seřadíme-li si je, zjistíme, že nejčastěji navštěvují sestry ADP své klienty za účelem odběru biologického materiálu, převazů po operacích a úrazech, převazů bércových vředů, cévkování žen, odstraňování permanentních katétrů, podávání léků, aplikace injekcí, infuzí, edukace diabetiků, aplikace inzulinu a ošetrovatelského cvičení. (4)

Klientů využívajících služby domácí péče neustále přibývá. Čím dál více tvoří spektrum klientů lidé s civilizačními chorobami. Vznik civilizačních chorob vyplývá ze způsobu života v 21. století, na němž se podílí špatné stravovací návyky, neustálý stres, zátěžové situace, neschopnost odpočinku, relaxace a mnoho dalších. Jde zejména o klienty, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt v nemocnici, a nutná zdravotní péče může být poskytnuta ADP. U

klientů ADP je třeba, aby byli alespoň částečně soběstační nebo žili ve společné domácnosti s blízkou osobou, která zajistí dohled, pomoc a podporu v době, kdy není sestra z ADP k dispozici. (4)

2.6.1 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy užívané v ADP

00046 Porušená kožní integrita, k jejímž nejdůležitějším souvisejícím faktorům patří mechanické faktory, vlhkost prostředí, vlhko působící na kůži, velmi vysoký věk, vliv medikace

00004 Infekce, riziko infekce s nejdůležitějšími rizikovými faktory, jako jsou nedostatečné znalosti o zamezení vlivu patogenů, trauma, destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenů z okolí, farmaceutické působení, malnutrice

00132 Akutní bolest, u které posuzujeme výskyt určujících znaků, jako je označení bolesti, očividné důkazy bolesti, vyhledávání poloh snižujících bolest, ochranná gesta, ochranné chování, bolestivý výraz v obličeji

00133 Chronická bolest, k jejímž nejdůležitějším určujícím znakům patří změny tělesné hmotnosti, soustředění se na sebe, neklid, vyčerpanost, snížená interakce s lidmi a omezená schopnost vykonávat předchozí činnosti

00093 Únava, jejíž nejčastější určující znaky jsou neschopnost načerpat energii spánkem, nedostatek energie, nárůst potřeby odpočinku, lhostejnost nebo netečnost, zesílení tělesných obtíží a souvisejícími faktory mohou být onemocnění, chabá tělesná kondice, nedostatek spánku, zvýšená tělesná námaha, úzkosti

00148 Strach s nejdůležitějšími určujícími znaky, jako je zvýšená tenze, snížené sebehodnocení, nepřiměřené chování, únikové nebo útočné chování, impulzivita a souvisejícími faktory, mezi které řadíme senzorické poruchy, nové zážitky

00002 Nedostatečná výživa s nejdůležitějšími určujícími znaky, kterými jsou o 20% nižší hmotnost, než je pro klienta s ohledem na výšku a typ postavy ideální, bledé spojivky a sliznice, slabost žvýkacích a polykacích svalů, slabý svalový tonus, souvisejícím faktorem je neschopnost požit nebo strávit potravu

00095 Porušený spánek, kdy se nejčastěji vyskytují určující znaky jako je prodloužený přechod k úplnému bdění, usínání mu trvá déle než 30 min, nespokojenost se spánkem, trojí i vícečetné probuzení v průběhu noci, se souvisejícími faktory, mezi něž patří přemítání před spaním, nevhodné vzorce denních aktivit, změny v hodnotách tělesné teploty, silný temperament klienta, množství přijaté potravy, nepřiměřená spánková hygiena

00016 Porušené vyprazdňování moči s určujícími znaky, jimiž jsou inkontinence moči, naléhavé močení, potřeba močit v noci, časté močení ve dne, dysurie, retence moči, ze souvisejících faktorů jde o infekci močových cest, anatomické obstrukce

00126 Deficitní znalost, mezi jejíž určující znaky nejčastěji patří, když klient hovoří o nedostatečné znalosti, nepřesně dodržuje pokyny instruktáže, při přezkoušení vykonává instruované činnosti nepřesně, chová se nepatřičně nebo nadsazeně, k souvisejícím faktorům patří nedostatečná orientace v nové, problematické záležitosti a nedostatek zkušeností, nedostatečná vybavnost získaných informací, zapomínání, mylný výklad informací nebo instrukcí, kognitivní omezení, nezájem učit se nové, neobeznámenost se zdroji informací

00011 Zácpa, kdy zjišťujeme, zda se u klienta vyskytují určující znaky, jako změna v běžném vyprazdňování střeva, vzedmuté břicho, klient uvádí bolest při defekaci, stolice je suchá, hrubá, formovaná atd., souvisejícími faktory jsou nedostatečná tělesná aktivita, návyk nepravidelné defekace, oslabení abdominálních svalů

00013 Průjem, u něhož se zaměřujeme na určující znaky, jako je vodnatá stolice minimálně třikrát denně, velmi naléhavá potřeba se vyprázdnit, bolesti břicha či křeče v břiše, ze souvisejících faktorů pak mluvíme o znečištění vody či stravy, nežádoucích účincích léčiv, malabsorpci, zánětlivém onemocnění nebo dráždění v gastrointestinálním traktu

00027 Deficit tělesných tekutin s určujícími znaky, jako je slabost, žízeň, snížený turgor, zrychlený pulz, snížený krevní tlak, zvýšená tělesná teplota, zvýšená koncentrace moči, náhlá prudká ztráta tělesné hmotnosti a se souvisejícími faktory s aktivní ztrátou tělesných tekutin a selháním regulačních mechanismů hydratace (5)

2.7 Základní charakteristika péče o nemocné v ADP

Správná péče o nemocného člověka spočívá v respektování jeho osoby, kdy pečovatel vnímá klienta jako svéprávnou bytost, která má právo o sobě rozhodovat. Klient očekává, že pečovatel se zaměří nejen na jeho tělo, ale také na jeho duši (holistické pojetí). Velmi důležitý je individuální přístup pečovatele, vnímání konkrétních potřeb. Úkolem angažovaného pracovníka je každého klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do jeho situace a přijímat ho takového, jaký je, vidět v něm především ty dobré stránky, které většinou okolí unikají. (4, 6)

V rámci domácí zdravotní péče je poskytována péče léčebně preventivní, léčebná, ošetrovatelská, edukační, rehabilitační, psychoterapeutická a sociální služby. (4, 6)

Domácí péči lze poskytovat 365 dní v roce, 7 dní v týdnu s limitem 3 hodiny denně věnované jednomu klientovi. Pacient může získat při odchodu z propouštějícího

oddělení nemocnice poukaz k domácí péči (poukaz 06 s platností 14 dnů) nebo poukaz 06 od praktického lékaře s platností na 30 dní domácí péče. (7)

2.7.1 Přístup k nemocnému z hlediska ADP

Přístup k nemocnému vychází z poznatku, že každý nemocný je jiný, tudíž potřebuje jiný druh pomoci. Velká výhoda sester domácí péče spočívá v návštěvách klientů v jejich domovech. Sestra z ADP má možnost již při první návštěvě zhodnotit, jaké má nemocný možnosti, co vše je třeba zajistit či upravit pro rychlejší realimentaci. (4)

K získání poznatků o klientovi má sestra z ADP možnost využít metody jako: písemnou dokumentaci, pozorování klienta, rozhovor s klientem a jeho rodinou. Samotný plán péče vychází z individuálních rozdílů jednotlivých klientů, tedy ze zdravotního stavu, dietního a pitného režimu, stavu domácího prostředí, schopnosti sebeobsluhy, stupni závislosti a úrovni mezilidských vztahů (vlastní smysl života, životní priority ...) (7, 8)

Sestra z ADP by měla v průběhu společného plánování péče s klientem sledovat, zda opatření zformulovaná klientem vedou k cíli, naopak signalizovat opatření, která jsou klientem žádána, ale k cíli nevedou. Důležité je též edukovat klienta o možnostech, které nezná a v neposlední řadě je úkolem sestry z ADP diferencovat a plánovat opatření, do kterých budou muset být vtaženi i ostatní členové týmu ADP. (4, 13)

2.7.2 Rozdíly při poskytování péče v nemocnicích a ADP

Mezi nezastupitelné výhody domácí péče patří možnost navázat kontakt s pacientem a jeho rodinou, udržet rodinu pohromadě i v době nemoci, což má vliv na psychiku nemocného. Domácí prostředí v klientovi vyvolává pocity spokojenosti, vyrovnanosti, cítí se zde lépe a rychleji se uzdravuje. Můžeme prakticky vyloučit negativní dopady hospitalizace (jako např. hospitalizmus). Nehrozí zde riziko nozokomiálních nákaz a jsou prokazatelně nižší náklady na zdravotní péči. (4)

Domácí péče nese i řadu nevýhod, jako jsou zvýšené nároky na psychiku ošetřující sestry, klienti zde nemají nepřetržitý dohled, jako v nemocnici. Neukáznění a nezodpovědní klienti jsou v nemocnici pod neustálým dohledem, kdežto v případě ADP lze pouze spoléhat na jejich zodpovědnost vůči svému zdraví. Nelze zde odbourat špatné stravovací návyky, které se v domácím prostředí daleko hůře řeší. U klientů žijících v nevyhovujících podmínkách, lze zmínit i problém spojený s dostatečnou hygienou, což vede ke snížení úsilí sester ADP a prodloužení spolupráce klienta s ADP. (4)

2.7.3 Od nezávislosti k závislosti-překročení hranic „já“

Každý z nás je zpočátku života v symbiotické jednotě se světem. Touží po samostatnosti, soběstačnosti, autonomitě a zároveň má strach ze samoty, která by mohla nastat, kdyby byl autonomní až příliš. Zdá se, že životním úkolem každého z nás je umět se sám o sebe postarat, umět prosadit sebe a své názory, naučit se pracovat, osvojit si způsob odpočinku a zábavy, vážít si sám sebe a vydobýt si určité postavení ve společnosti. Postupně mají tyto aktivity vzestupnou tendenci a tak potřebujeme stále méně podpory a pomoci druhých. Stáváme se stále více samostatní, vytváříme si vlastní identitu na základě zkušeností a nově objevených schopností. Člověk se tak stane nezávislým a přestane se bát. Někteří se rozvíjí neustále, jiní svůj proces zastaví v určité fázi nezávislosti a dále už nepokračují. Velkým nebezpečím je existenciální úzkost: „K čemu to všechno, když stejně zemřu? Jaký smysl má vůbec můj život?“ Při odpovědi na tyto otázky se do popředí dostávají lidé kolem nás, na kterých nám záleží, a to především rodina, partner, děti..., kteří nám dávají najevo svou lásku, potřebu naší blízkosti a pomoci, a tím dávají prostor pro nalezení vnitřní síly a vytvoření nového smyslu našeho života. Jde o přesunutí části energie, kterou jsme dříve věnovali do boje za vlastní cíle, ve prospěch cílů našich nejbližších. (7, 8, 9)

Každý proces změny zdravého člověka v pacienta má svou fyziologii, patofyziologii, psychologii i sociologii. Při negativních změnách zdravotního stavu jedince dochází nejen k biologickým změnám, ale především ke změně sociální role, která se tak stává pro pacienta velmi nepříjemnou. Ač jde ve většině případů pouze o dočasnou situaci, lze říci, že radikálně ovlivní sociální stránku každodenního života nemocného. (7, 8, 9)

2.8 Praktická soběstačnost-uznání vlastní osobnosti

Lidská populace stárne. Nemoc, životní ztráty i sociální omezení pozmění chápání vlastního obrazu. I přesto, že se stárnoucí člověk cítí „fit“, proces stárnutí udělá své. Stárí se projeví jak po stránce somatické, tak po stránce psychické. Podstatné je, že zůstává zachována praktická soběstačnost. Pokud je proces stárnutí komplikován nemocí, dochází k ohrožení již zmiňované praktické soběstačnosti nebo může být vlivem nemoci dočasně, ba dokonce trvale ztracena. V dnešní moderní době již existuje celá řada programů (např. Stárnout zdravě v ČR, Stárnout zdravě v Evropě), jejichž úkolem je udržet u stárnoucích lidí praktickou soběstačnost co nejdéle. Fyziologicky stárnoucí člověk zvládá v rámci praktické soběstačnosti suverénně denní činnosti, i když třeba pomaleji nebo s větší námahou, čímž naplňuje svůj individuální program. U lidí, u nichž je praktická soběstačnost výrazně omezena, je třeba všemi možnými

prostředky usilovat o její obnovu. Ztrátu soběstačnosti pocítuje starý člověk jako trýzeň. Také jeho okolí považuje ztrátu soběstačnosti jako neštěstí svého druhu. Současná společnost akceptuje negativní postoj ke ztrátě soběstačnosti a z toho vyplývající částečné nebo dokonce úplné závislosti takto postiženého člověka na okolí. Je to proto, že společnost favorizuje mládí, upřednostňuje funkčnost a plnou nezávislost. Z tohoto důvodu je ztráta praktické soběstačnosti velice obávanou realitou. (10, 11)

2.9 Testování soběstačnosti, Barthelův test všedních činností

Mezi jednu z povinností sester ADP patří výcvik soběstačnosti. Soběstačnost je schopnost být nezávislý na pomoci druhé osoby v základních činnostech sebeobsluhy (Jedlička 1991). Další z výkladů uvádí soběstačnost jako schopnost uspokojit bez cizí pomoci základní životní potřeby v konkrétních životních podmínkách (Gruberová 1998). Po stránce kvalitativní řadíme výše samostatnost, kdy je soběstačnost předpokladem pro schopnost samostatně žít, případně i pracovat. (12)

Hodnocením a testováním soběstačnosti odkrýváme omezení některých fyzických, psychických nebo sociálních činností (vyplývající např. z choroby, poruchy nebo stáří) v běžných denních aktivitách a soběstačných úkonech. Hodnotíme takto stupeň závislosti na cizí pomoci. (12)

Základním testem je Barthelův test všedních činností (ADL), který nás informuje o pravděpodobných nárocích na pomoc druhé osoby, kterou je třeba věnovat postižené osobě v každodenních činnostech. Jde o jednoduchý index nezávislosti, který je vhodný především pro posouzení chronicky nemocných osob. Plnou hodnotu pro daný výkon nemůže nemocný dostat, pokud potřebuje i zcela nepatrnou pomoc nebo dohled. Tedy, že bez přítomnosti druhé osoby nemůže daný výkon bezpečně provést. Pacient, který dosáhl 100 bodů, je zcela kontinentní, sám se nají, oblékne, je schopen chůze ze schodů, do schodů a chůze v délce bloku domu. To však neznamená, že může žít zcela sám bez pomoci druhých. Nemusí být schopen si vařit, uklízet a udržovat kontakt s veřejností. Díky službám ADP ale takto omezený člověk může být sám, aniž by mu byl někdo trvale na blízku při základní sebeobsluze. (12)

Barthelův index je snadno dostupný, jednoduchý a univerzálně použitelný. Jeho vyhodnocování je nezbytné při posuzování nutnosti zajištění terénních sociálních či zdravotních služeb nebo při překladi do jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení. Mezi

další používané testy patří Test samostatnosti všedních činností dle Katze, mezinárodně akceptovaná Funkční míra nezávislosti a řada dalších. (12)

„Mládí není období života, ale stav mysli. Nikdo nezestárne tím, že prožije řadu let. Lidé stárnou tím, jak opouštějí své ideály.“

(neznámý autor)

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky

1. Jsou na tom se soběstačností dle Barthelova testu lépe klienti s vyšším dosaženým vzděláním (minimálně středoškolské) nebo klienti ADP s nižším dosaženým vzděláním?
2. Je věk klientů ADP důležitým faktorem při hodnocení soběstačnosti?
3. Budou klienti s nižším bodovým ohodnocením dle Barthelova testu (tedy sníženou soběstačností na závislost středního stupně a vyšší) častěji ošetřováni z důvodů pečovatelských nebo zdravotních?
4. Využívají klienti ADP vzhledem k věku více služby zdravotní nebo sociální, jaké jsou nejčastěji prováděné činnosti sester v jednotlivých věkových skupinách?
5. Budou v péči ADP déle klienti, kteří žijí samostatně nebo klienti žijící s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem?

3.2 Metodika výzkumu

Mým cílem bylo zjistit aktuální spektrum klientů ADP, soběstačnost klientů ADP, zda má na klientovu soběstačnost vliv věk a dosažené vzdělání, jak ovlivňuje soběstačnost klientů potřebu pomoci zdravotních sester.

3.2.1 Výzkumný nástroj

Výzkumný nástroj tvořil dotazník (příloha A), který jsem vytvořila sama na základě stanovených cílů a výzkumných záměrů. Dotazník obsahoval 11 otázek uzavřených, 1 otázku filtrační, 2 otázky otevřené a 3 otázky polouzavřené. Jednotlivé otázky byly zaměřeny na klienty ADP.

Ke stanovení soběstačnosti klientů v ADP jsem použila Barthelův test základních denních činností (příloha B).

3.2.2 Výzkumný vzorek

Pilotní výzkum jsem provedla 17. 10. 2009 u 10 klientů Oblastní charity Havlíčkova Brodu, s dotazníkem neměl nikdo s dotazovaných klientů žádný problém.

Vlastní výzkum této bakalářské práce probíhal od 23. 10. 2009 do 19. 2. 2010, byl adresován klientům domácí péče v Pardubicích (Centrum primární péče-Oddělení domácí péče, SKP centrum, ADP paní Kačerové), Hradci Králové (Home care, service & supplies) a klientům Oblastní charity Havlíčkova Brodu.

Základní výzkumnou metodou byl řízený rozhovor (zprostředkovaný sestrami ADP) na základě dotazníku. Dotazník byl vyplňován anonymně.

Takto jsem rozdala 80 dotazníků a zpět se mi vrátilo 81,25% (65 dotazníků).

3.2.3 Analýza dat

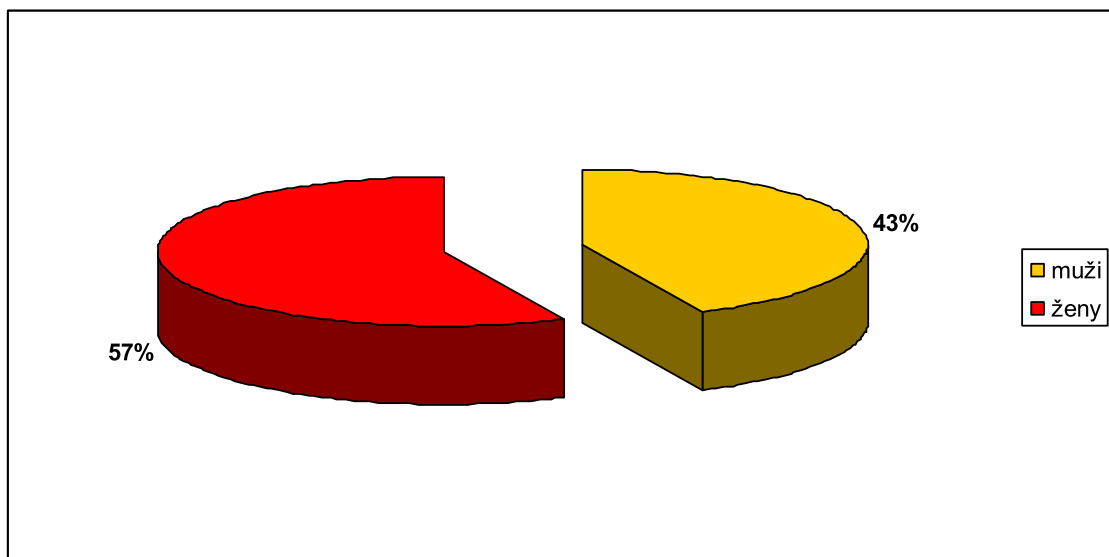
Veškeré vrácené dotazníky byly vyplněny správně a zařazeny do zpracování dat. Výsledky byly zpracovány v programu Excel a Word, ve kterém jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti získaných hodnot.

3.3 Prezentace výsledků výzkumu

1. otázka: Jste:

Tab. 1 Pohlaví

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Muži	28	43%
Ženy	37	57%
Celkem	65	100%



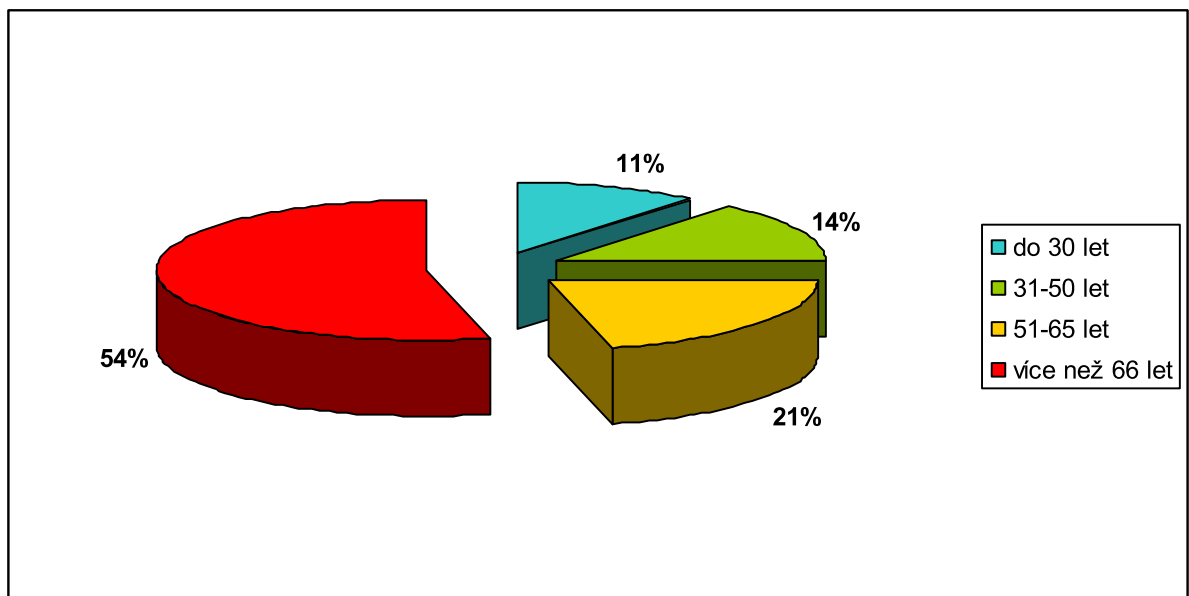
Obr. 1 Graf pohlaví dotazovaných respondentů

Výzkumu se účastnilo z celkového počtu 65 respondentů, 28 mužů (43%) a 37 žen (57%), z čehož se dá usuzovat, že služby ADP využívá relativně stejné procento mužů i žen. Výsledek hodnotím jako překvapivý, neboť jsem se domnívala na základě vlastních zkušeností z praxe, že převaha žen bude daleko větší.

2. otázka: Jaký je Váš věk?

Tab. 2 Věk

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Do 30 let	7	11%
31-50 let	9	14%
51-65 let	14	21%
Více než 66 let	35	54%
Celkem	65	100%



Obr. 2 Graf věku respondentů

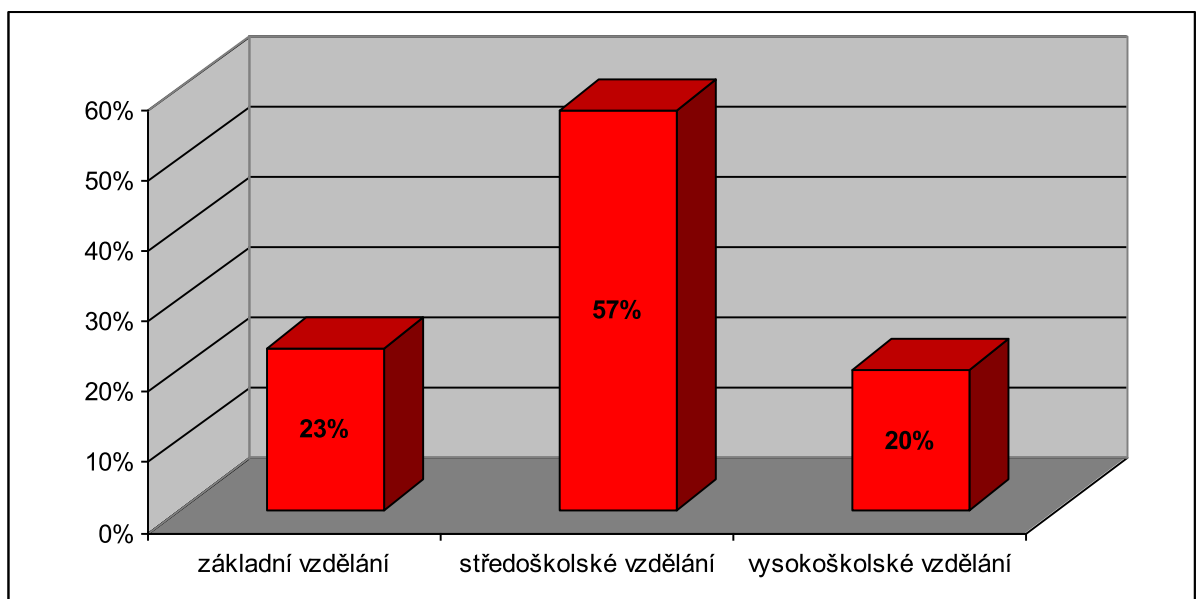
Z Obr. 2 je patrné, že největší skupinou z celkového počtu dotazovaných byli respondenti starší 66 let (54%), jejichž soběstačnost je snížena věkem, tudíž jsou více odkázáni na pomoc druhých. Nejnižší věková skupina do 30 let je obsazena 7 klienty (11%), kteří jsou nejčastěji v péči ADP v důsledku svého zdravotního postižení (jako např. kvadruplegie, DMO...).

Medián k věku respondentů je 31-50 let.

3. otázka: Jaké máte vzdělání?

Tab. 3 Vzdělání

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Základní vzdělání	15	23%
Středoškolské vzdělání	37	57%
Vysokoškolské vzdělání	13	20%
Celkem	65	100%



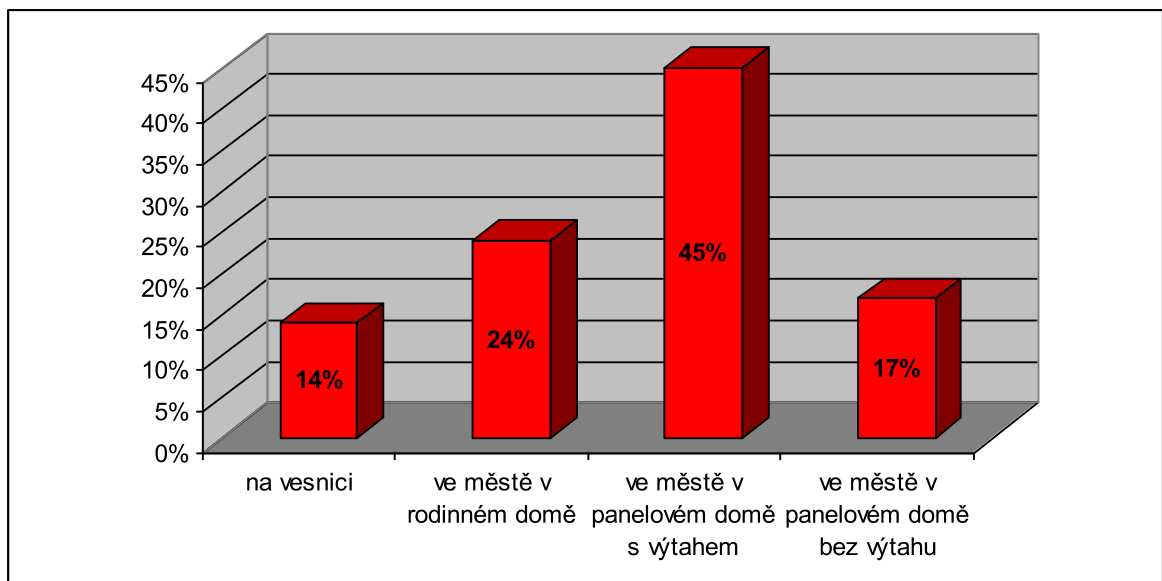
Obr. 3 Graf vzdělání respondentů

Zde tvoří největší skupinu klienti se středoškolským vzděláním počtem 37 (57%), naopak nejmenší skupinou jsou klienti s vysokoškolským vzděláním počtem 13 (20%). Vzhledem k průměrnému věku klientů ADP lze zmínit, že dříve nebyly takové možnosti dalšího vzdělávání jako dnes.

4. otázka: Bydlíte:

Tab. 4 Bydliště respondentů

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Na vesnici	9	14%
Ve městě v rodinném domě	16	24%
Ve městě v panelovém domě s výtahem	29	45%
Ve městě v panelovém domě bez výtahu	11	17%
Celkem	65	100%



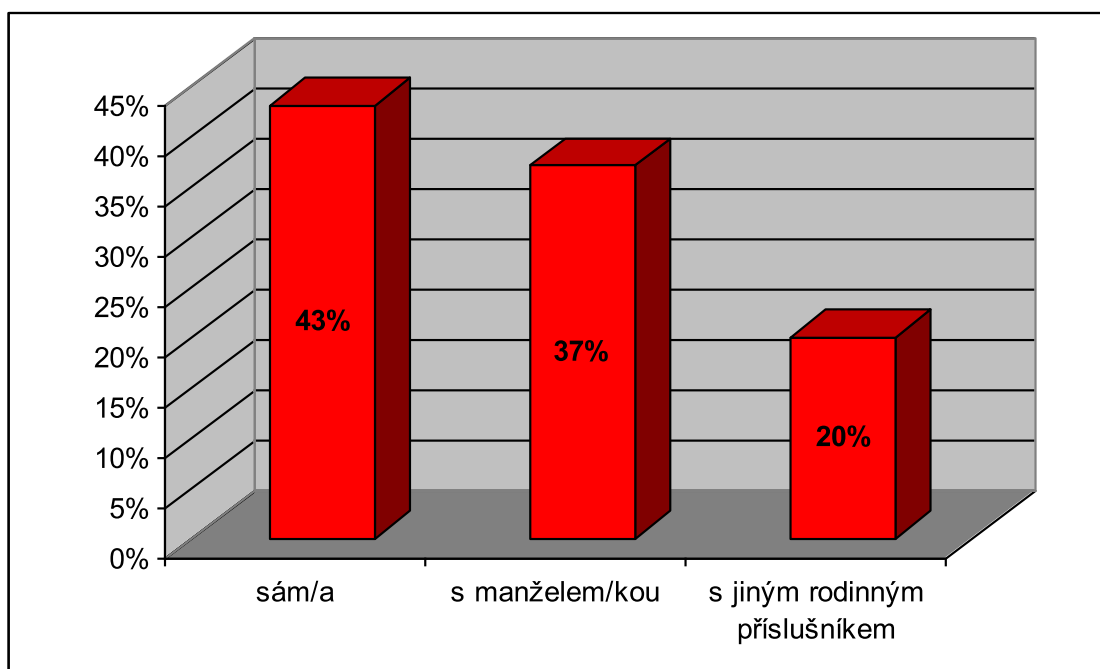
Obr. 4 Graf bydliště respondentů

Z celkového počtu 65 respondentů žije pouze 9 klientů ADP (14%) na vesnici, nejvíce klientů 29 (45%) žije ve městě v panelovém domě s výtahem, což usnadňuje jejich kontakt s okolím, který je tolik závislý na pohybovém omezení.

5. otázka: Žijete:

Tab. 5 S kým respondent žije

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Sám/a	28	43%
S manželem/kou	24	37%
S jiným rodinným příslušníkem	13	20%
Celkem	65	100%



Obr. 5 Graf s kým respondent žije

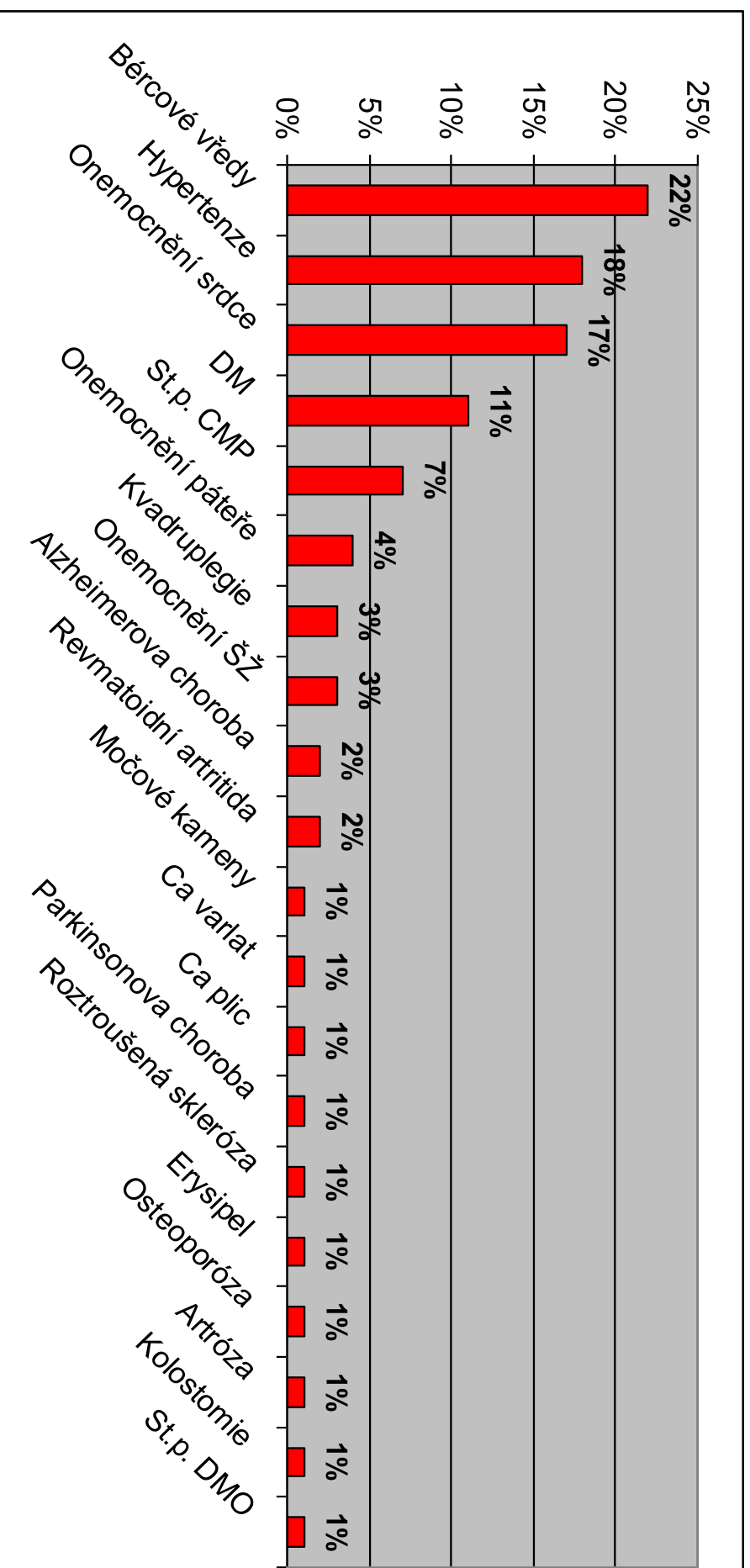
Z Obr. 5 je patrné, že největší skupinu dotazovaných respondentů tvoří společně klienti žijící s manželem/kou 24 (37%) a klienti žijící s jiným rodinným příslušníkem 13 (20%), tito klienti (57%) mají větší oporu blízkých, což jistě pozitivně působí na období rekonvalescence. Klientům žijícím o samotě 28 (43%) zajišťují psychickou podporu sestry ADP, jejichž navštěvováním bohužel nelze nahradit neustálou přítomnost blízkých osob.

6. otázka: Jaká onemocnění máte?

Tab. 6 Spektrum onemocnění u klientů v péči ADP

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Bércové vředy	21	22%
Hypertenze	17	18%
Onemocnění srdce	16	17%
DM	11	11%
St.p. CMP	7	7%
Onemocnění páteře	4	4%
Kvadruplegie	3	3%
Onemocnění ŠŽ	3	3%
Alzheimerova choroba	2	2%
Revmatoidní artritida	2	2%
Močové kameny	1	1%
Ca varlete	1	1%
Ca plic	1	1%
Parkinsonova choroba	1	1%
Roztroušená skleróza	1	1%
Erysipel	1	1%
Osteoporóza	1	1%
Artróza	1	1%
Kolostomie	1	1%
St.p. dětské mozkové obrně	1	1%
Celkem	96	100%

Jde z části o polymorbidní klienty, tudíž je jejich soběstačnost omezena v mnoha činnostech.

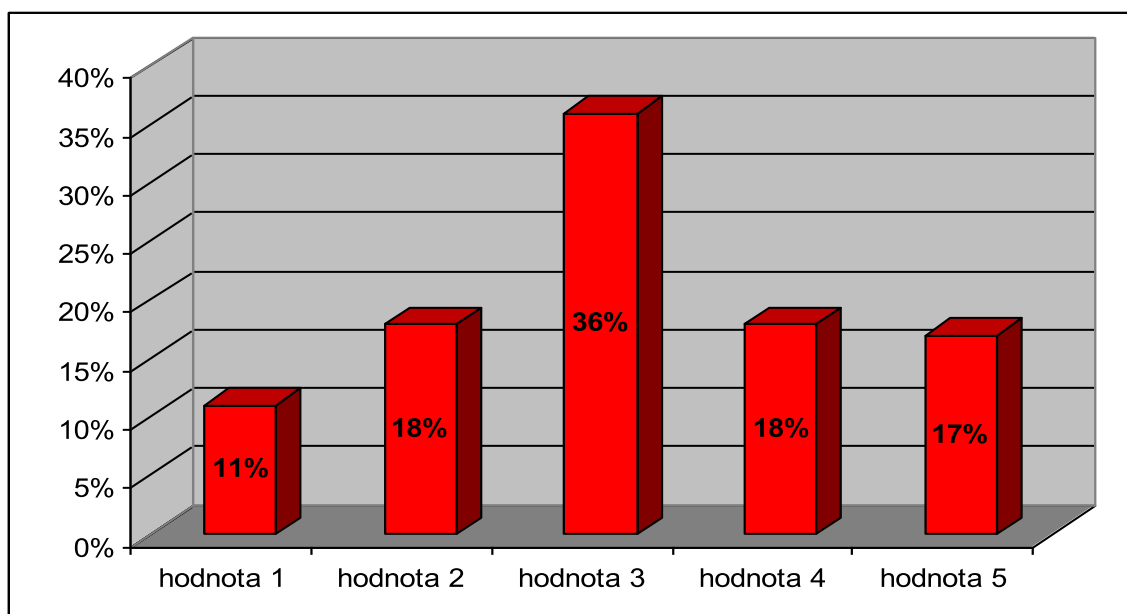


Obr. 6 Graf spektra onemocnění u klientů v péči ADP

7. otázka: Zhodnoťte svůj zdravotní stav podle toho, jak se cítíte na stupnici od 1 do 5, kdy 1 je výborně a 5 je velmi špatně

Tab. 7 Hodnocení zdravotního stavu respondentem

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Hodnota 1 (výborně)	7	11%
Hodnota 2 (velmi dobře)	12	18%
Hodnota 3 (dobře)	23	36%
Hodnota 4 (špatně)	12	18%
Hodnota 5 (velmi špatně)	11	17%
Celkem	65	100%



Obr. 7 Graf hodnocení zdravotního stavu respondentem

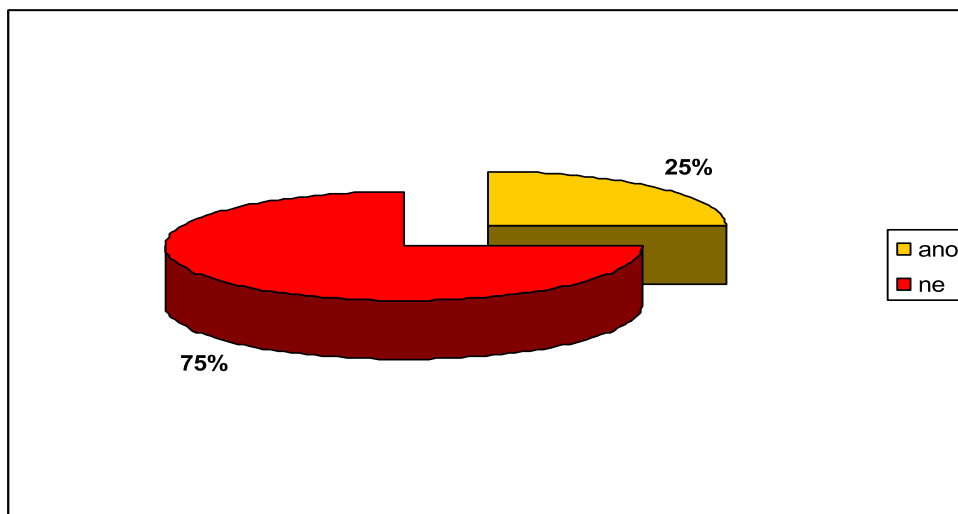
Z celkového počtu 65 respondentů se pouze 7 klientů (11%) cítí výborně, což se dalo vzhledem ke zdravotnímu omezení předpokládat. Největší skupinu tvoří klienti, kteří se cítí dobře 23 (36%), lze také říci, že dobře se v porovnání s průměrným ohodnocením zdravotního stavu (20%) cítí téměř dvojnásobek klientů.

Momentální hodnocení zdravotního stavu je ovlivněno řadou faktorů, jako například stadiem onemocnění, stupněm soběstačnosti, zájmem rodiny atd.

8. otázka: Navštěvujete specializované centrum (poradnu) pro léčbu bolesti?

Tab. 8 Návštěvnost poradny pro léčbu bolesti

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Ano	16	25%
Ne	49	75%
Celkem	65	100%



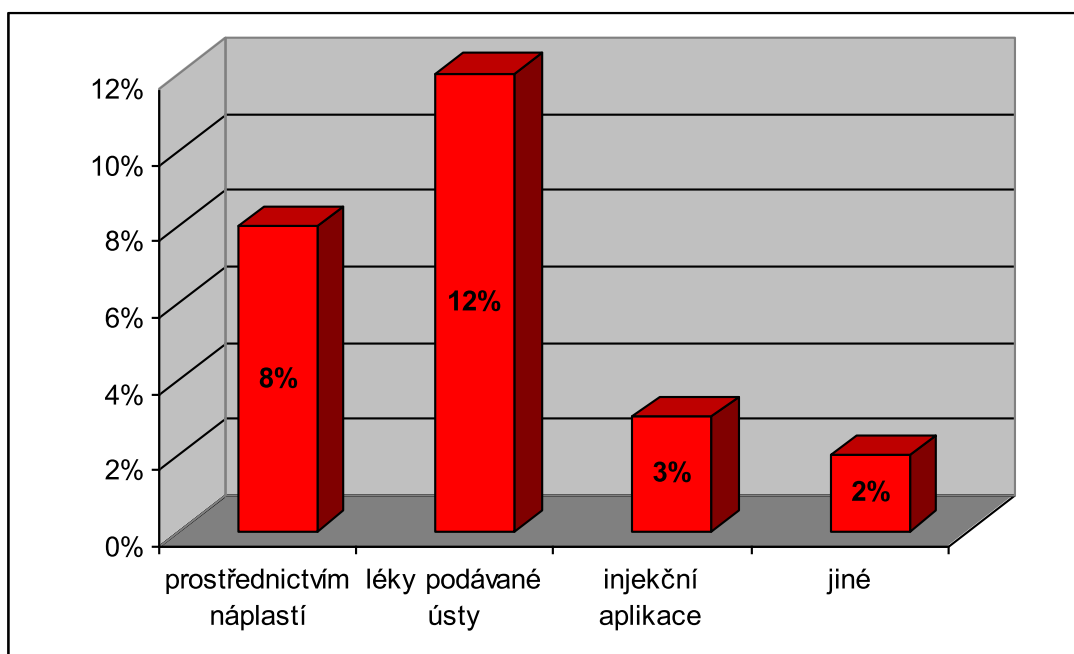
Obr. 8 Graf návštěvnosti poradny pro léčbu bolesti

Z dotazovaných respondentů navštěvuje 16 klientů (25%) poradnu pro léčbu bolesti a zbylých 49 klientů (75%) ne. Tuto otázku jsem zařadila, neboť si myslím, že bolest výrazně ovlivňuje klientovu soběstačnost a schopnost aktivně se zapojit do péče o své zdraví.

9. otázka: Jaký způsobem probíhá Vaše léčba bolesti?

Tab. 9 Způsob léčby bolesti

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Prostřednictvím náplastí	5	8%
Léky aplikované ústy	8	12%
Injekční aplikace	2	3%
Jiné	1	2%
Celkem	16	25%



Obr. 9 Graf způsobu léčby bolesti

Tuto otázku jsem zařadila, neboť návštěvnost sester u klientů ADP je zaměřena z velké míry na podávání léků, způsob jejich podání a průběh léčby.

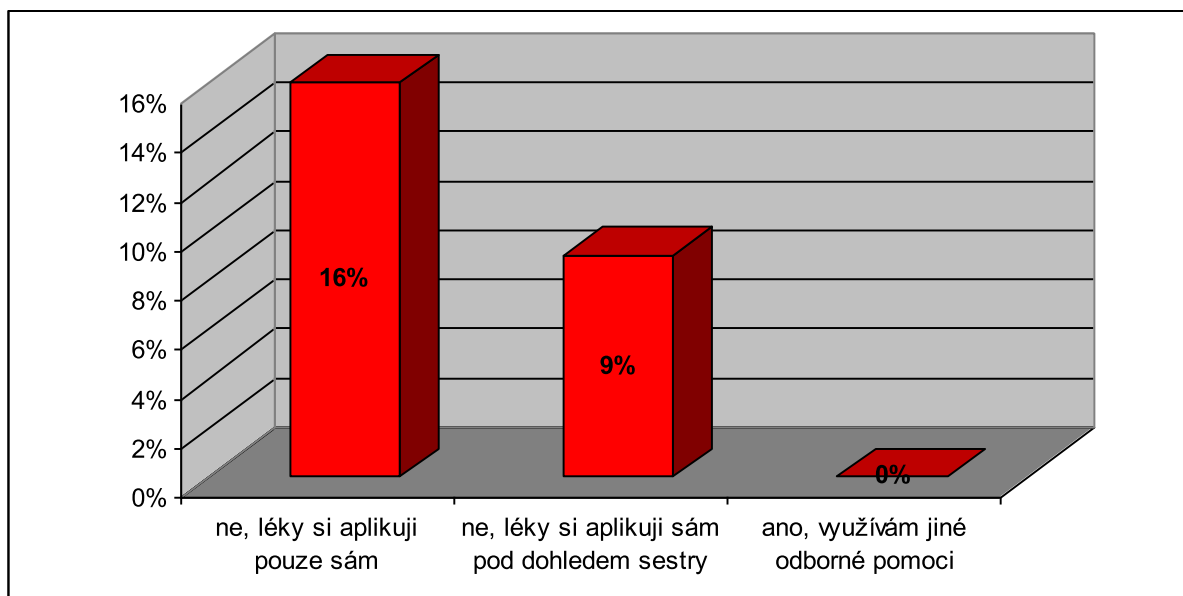
Tato otázka navazuje na předchozí otázku spojenou s léčbou bolesti, proto na ni odpovídalo pouze 16 klientů (25%), kteří uvedli, že navštěvují specializované centrum pro léčbu bolesti.

Nejčastějším způsobem je podávání léků ústy, jež využívá 8 klientů (12%). Nejméně jde o aplikaci injekční s využitím u 2 klientů (3%). Pouze jeden klient uvedl možnost d) jiné (2%).

10. otázka: Využíváte něčí pomoc při aplikaci léků proti bolesti?

Tab. 10 Využití pomoci při aplikaci léků proti bolesti

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Ne, léky si aplikuji pouze sám	10	16%
Ne, léky si aplikuji sám pod dohledem sestry	6	9%
Ano, využívám jiné odborné pomoci	0	0%
Celkem	16	25%



Obr. 10 Graf využití pomoci při aplikaci léků proti bolesti

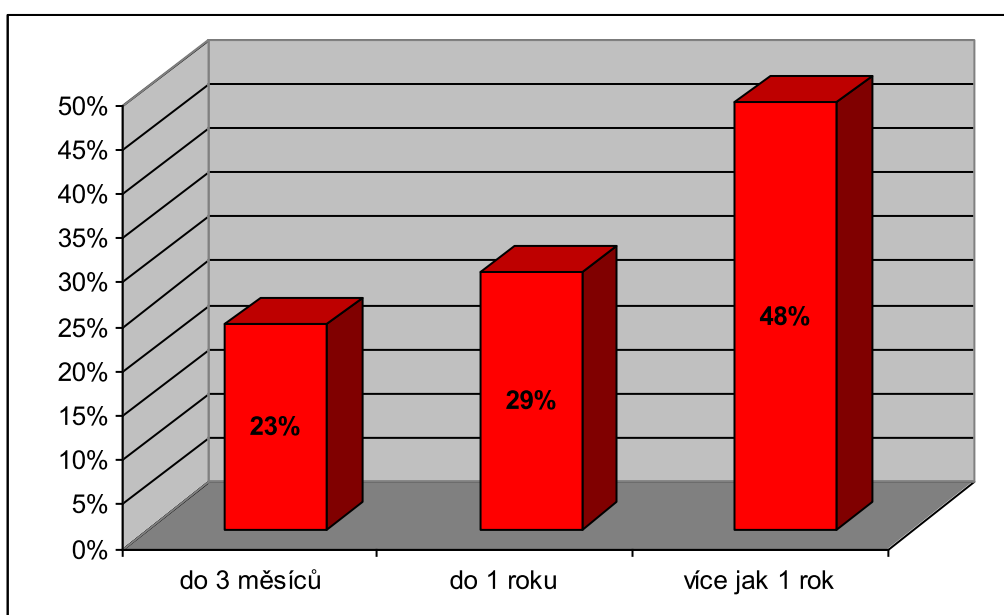
Na tuto otázku taktéž odpovídalo pouze 16 respondentů a je součástí předchozích dvou otázek.

Je zaměřena na využití pomoci při aplikaci léků proti bolesti. 10 klientů (16%) zvolilo odpověď a) ne, léky si aplikuji pouze sám, 6 klientů (9%) zvolilo odpověď b) ne, léky si aplikuji sám pod dohledem sestry a nikdo z dotazovaných respondentů nezvolil odpověď c) ano, využívám jiné odborné pomoci.

11. otázka: Jak dlouho jste klientem domácí péče?

Tab. 11 Působení klientů v domácí péči

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Do 3 měsíců	15	23%
Do 1 roku	19	29%
Více jak 1 rok	31	48%
Celkem	65	100%



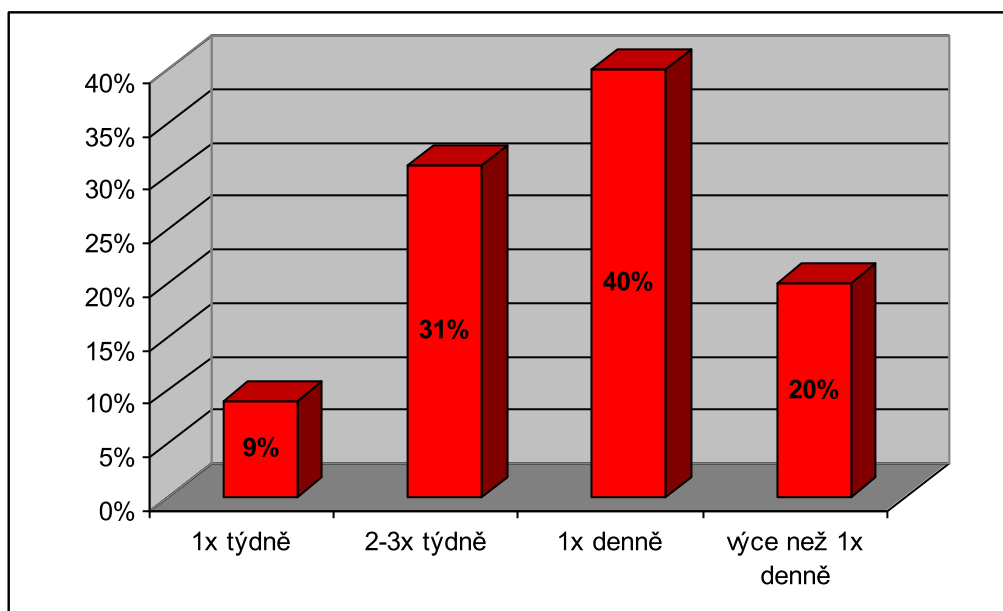
Obr. 11 Graf využití domácí péče klienty

Nejvíce dotazovaných respondentů 31 (48%) uvedlo, že je v péči ADP více jak rok. Jde o klienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou péči nebo musí být dlouhodobě dispenzarizováni a jejich soběstačnost jim nedovoluje pravidelně navštěvovat lékaře.

12. otázka: Jak často k Vám dochází sestra z domácí péče?

Tab. 12 Návštěvnost sestry z domácí péče

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
1x týdně	6	9%
2-3x týdně	20	31%
1x denně	26	40%
Více než 1x denně	13	20%
Celkem	65	100%



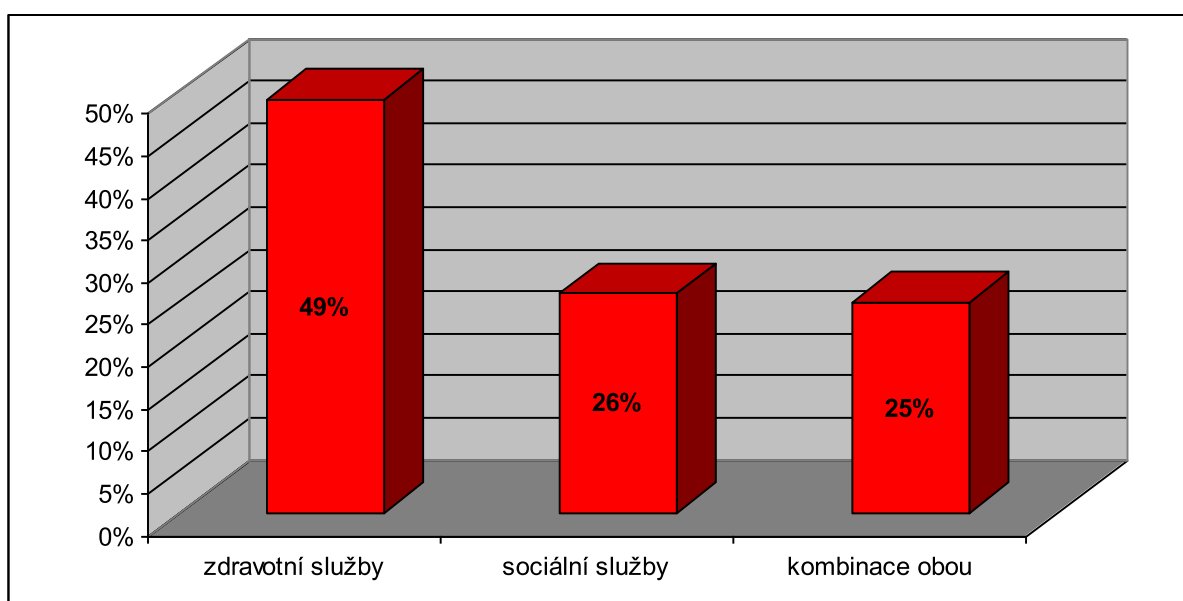
Obr. 12 Graf návštěvnosti sestry z domácí péče

Největší skupinu oslovených respondentů tvoří klienti, které navštěvuje sestra 1x denně, takto odpovědělo 26 klientů (40%). Důvody jsou patrné již v předchozích a následujících otázkách, nejčastěji jde o každodenní převazy ran, aplikaci injekcí, pravidelné měření FF atd.

13. otázka: Co u Vás zajišťují sestry z domácí péče?

Tab. 13a) Využívané služby v domácí péči

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Zdravotní služby	32	49%
Sociální služby	17	26%
Kombinace obou	16	25%
Celkem	65	100%

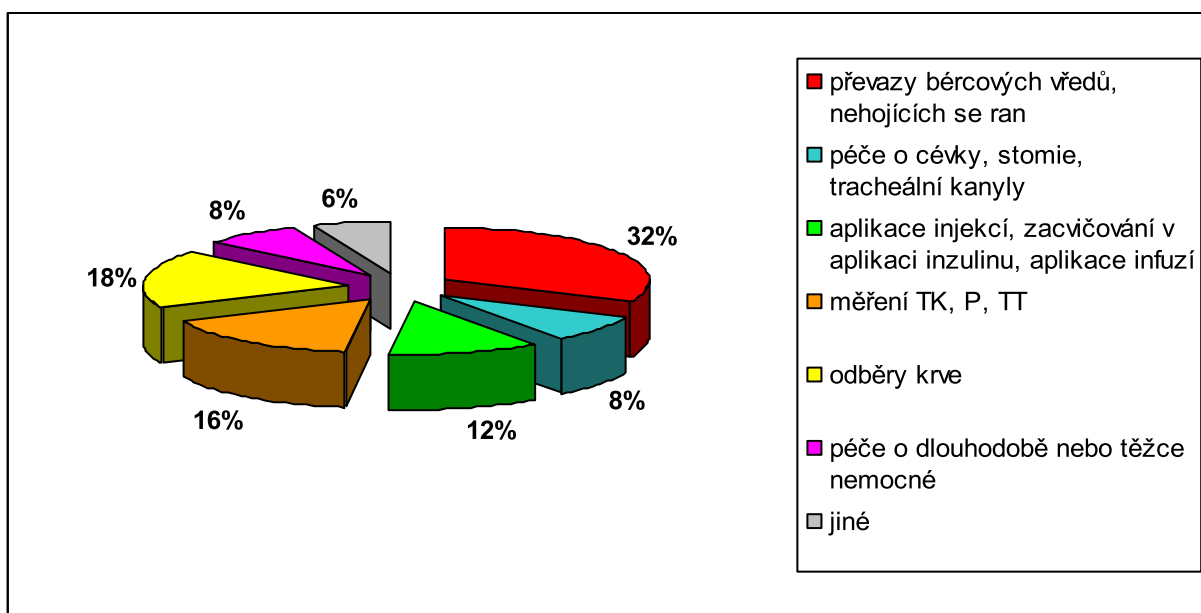


Obr. 13a) Graf využívaných služeb v domácí péči

Nejvíce jsou v ADP využívány služby zdravotní, které požaduje 32 dotazovaných respondentů (49%), sociální služby jsou využity klienty ADP téměř stejně jako kombinace obou služeb.

Tab. 13b) Služby využívané v rámci zdravotní péče

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Převazy bércových vředů, nehojících se ran	27	32%
Péče o cévky, stomie, tracheální kanyly	7	8%
Aplikace injekcí, zacvičování v aplikaci inzulínu, aplikaci infuzí	10	12%
Měření TK, P, TT	14	16%
Odběry krve	15	18%
Péče o dlouhodobě a těžce nemocné	7	8%
Jiné	5	6%
Celkem	85	100%

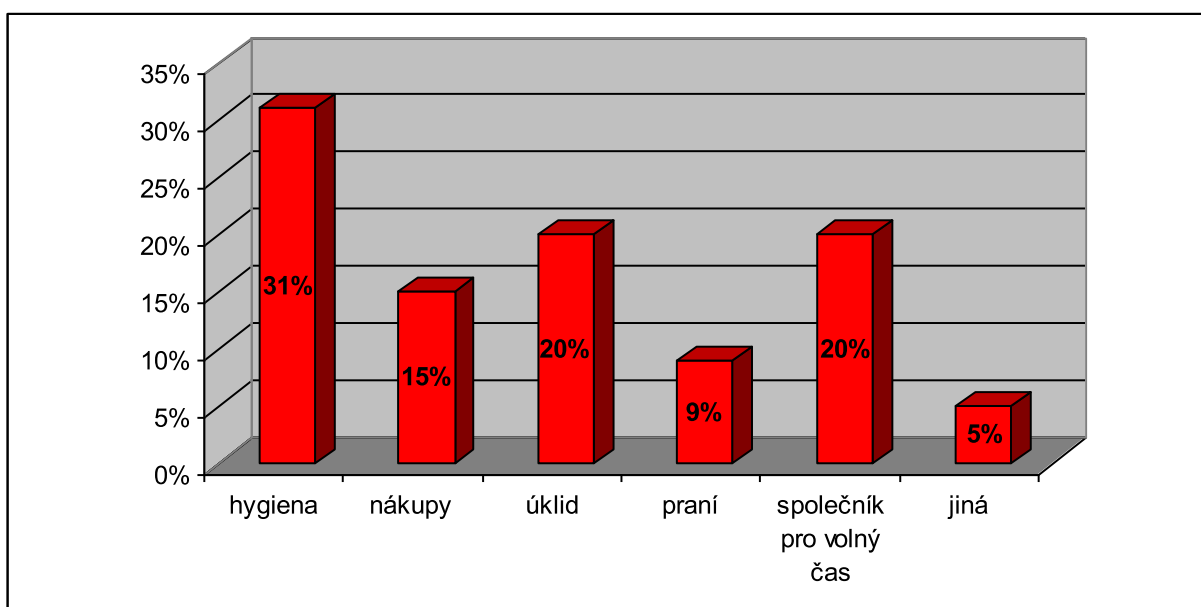


Obr. 13b) Graf služeb využívaných v rámci zdravotní péče

Ze zdravotní péče sestry nejčastěji ošetřují bércové vředy a nehojící se rány, což uvedlo 27 klientů (32%), jak později zjistíme, jde také o nejčastější důvod, proč klienti služby ADP využívají.

Tab. 13c) Služby využívané v rámci sociální péče

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Hygiena	14	31%
Nákupy	7	15%
Úklid	9	20%
Praní	4	9%
Společník pro volný čas	9	20%
Jiná	2	5%
Celkem	45	100%



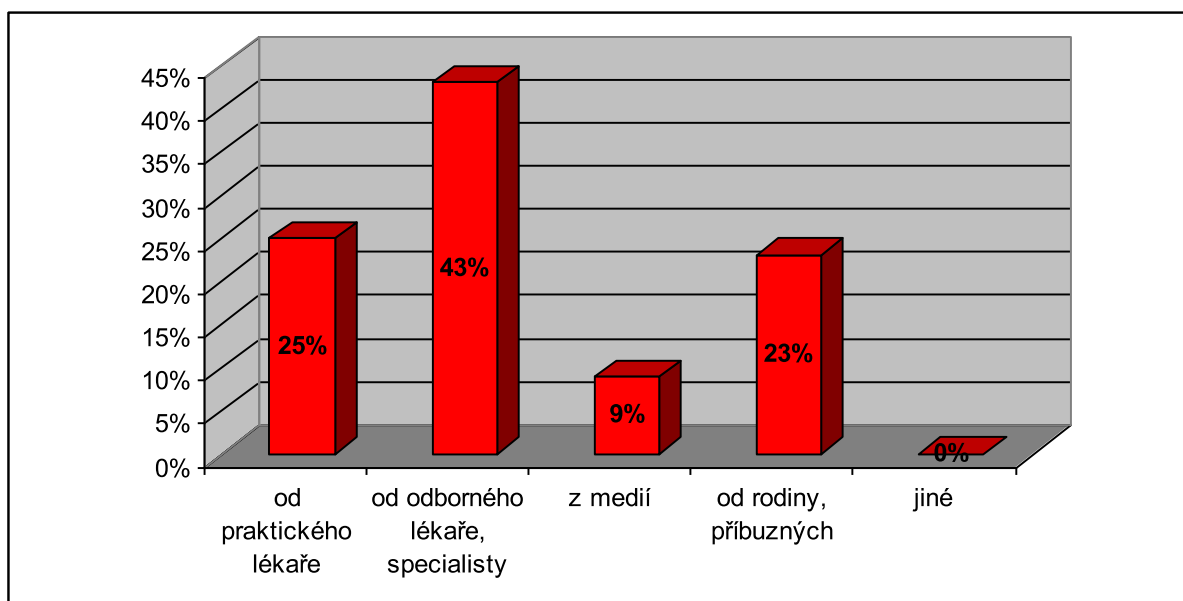
Obr. 13c) Graf služeb využívaných v rámci sociální péče

Ze sociálních služeb je nejvíce využívána hygiena, kterou vyžaduje 14 klientů (31%), vzhledem ke snížené pohyblivosti většiny klientů lze snadno pochopit, že hygiena bude problematickým mezníkem v péči o sebe sama.

14. otázka: Od koho jste získal/a informace o domácí péči?

Tab. 14 Zdroj informací o domácí péči

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Od praktického lékaře	16	25%
Od odborného lékaře, specialisty	28	43%
Z médií	6	9%
Od rodiny, příbuzných	15	23%
Jiné	0	0%
Celkem	65	100%



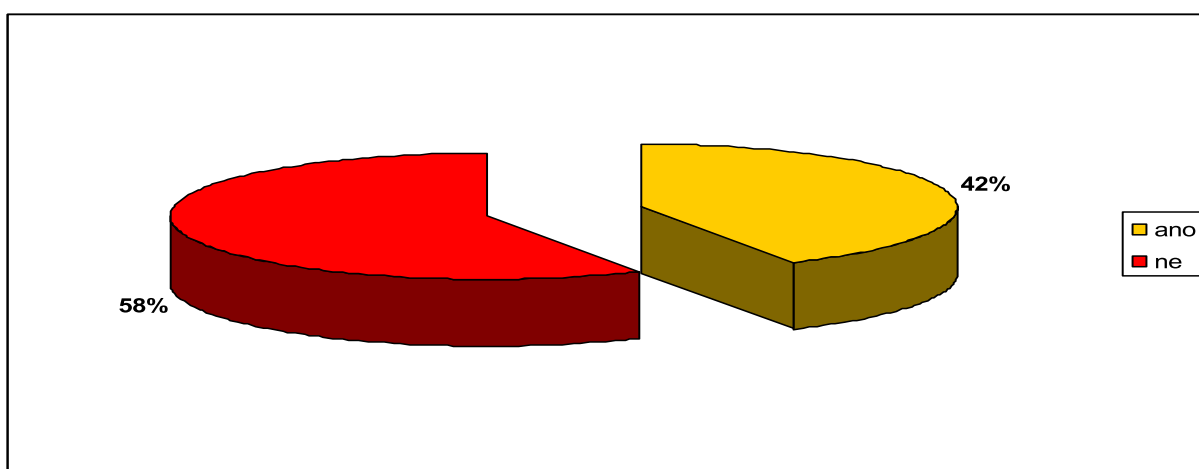
Obr. 14 Graf zdroje informací o domácí péči

Nejvíce klientů ze všech dotazovaných 28 (43%) uvedlo, že informace o domácí péči získali od odborného lékaře, specialisty.

15. otázka: Vyhledáváte samostatně informace, které by mohly zlepšit Váš zdravotní stav?

Tab. 15 Samostatné vyhledávání informací ke zlepšení zdravotního stavu

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Ano	27	42%
Ne	38	58%
Celkem	65	100%



Obr. 15 Graf samostatného vyhledávání informací ke zlepšení zdravotního stavu

16. otázka: Co děláte pro zlepšení svého zdravotního stavu?

Tato otázka souvisí s otázkou předchozí (pokud respondent uvedl odpověď ano), slouží k ověření, zda respondent skutečně vyhledává informace a jak je schopen je poté cíleně využít.

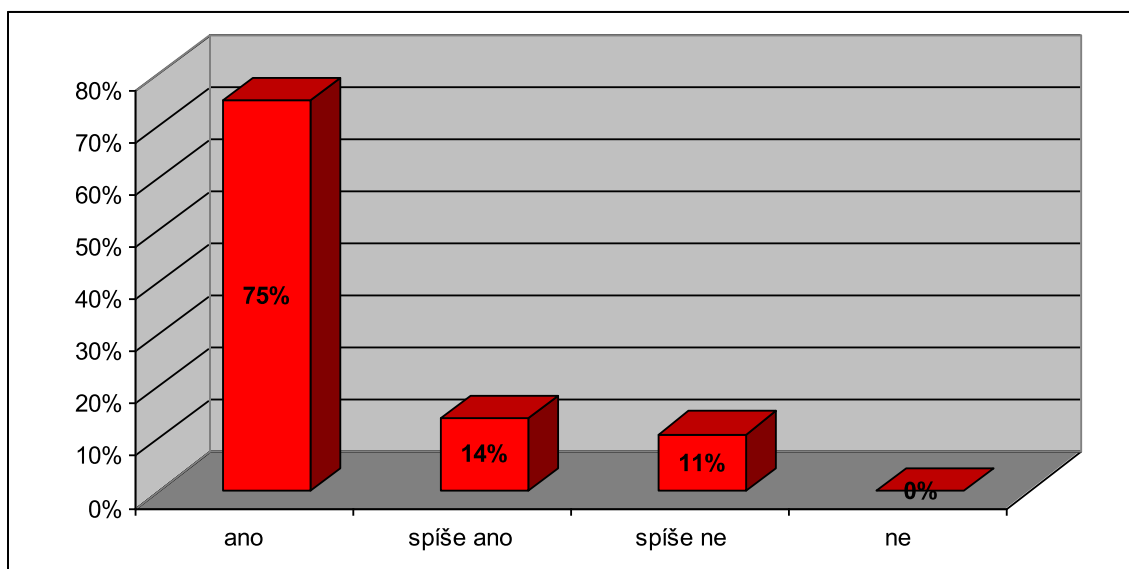
Dostalo se mi těchto odpovědí:

Cvičím, dodržuji dietu, chodím na procházky, zahradničím, sprchuji se ledovou vodou, odstraňuji si starou kůži, dodržuji léčbu, zdravě se stravuji, bandáže dolních končetin, používám doplňky stravy, málo jím, hodně spím, nekouřím, sleduji televizní pořady o zdraví, dodržuji pitný režim, provádím oplachy dolních končetin, dodržuji klidový režim.

17. otázka: Jste spokojen/a s činností domácí péče?

Tab. 17 Spokojenost s činností domácí péče

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Ano	49	75%
Spíše ano	9	14%
Spíše ne	7	11%
Ne	0	0%
Celkem	65	100%



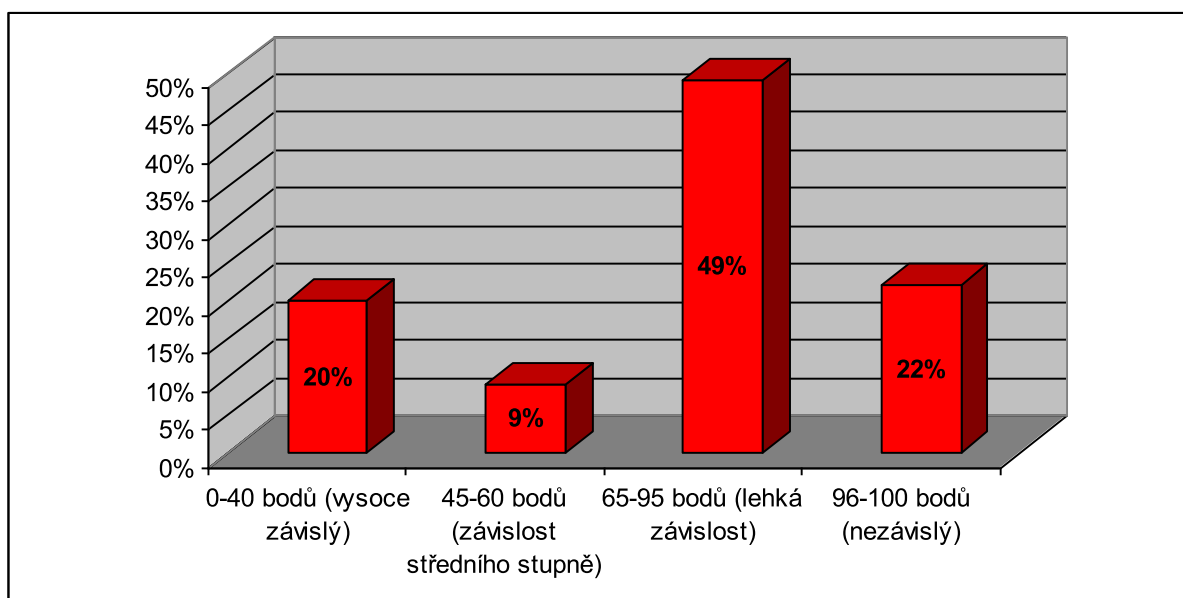
Obr. 17 Graf spokojenosti s činností domácí péče

Obr. 17 uvádí, že nejvíce klientů 49 (75%) je s činností ADP spokojeno, můžeme tedy pouze potvrdit pozitivní dopad práce sester ADP. Odpověď spíše ne uvedlo 7 klientů (11%), z vlastní zkušenosti mohu ale říct, že je u těchto klientů prováděna stejná péče, jako u ostatních klientů, nespokojenost tedy pramení spíše z charakteru osobnosti než z nedostatků péče ADP.

3.4 Prezentace výsledků Barthelova testu základních všedních činností

Tab. 1 Výsledků Barthelova testu

	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
0-40 bodů (vysoce závislý)	13	20%
45-60 bodů (závislost středního stupně)	6	9%
65-95 bodů (lehká závislost)	32	49%
96-100 bodů (nezávislý)	14	22%
Celkem	65	100%



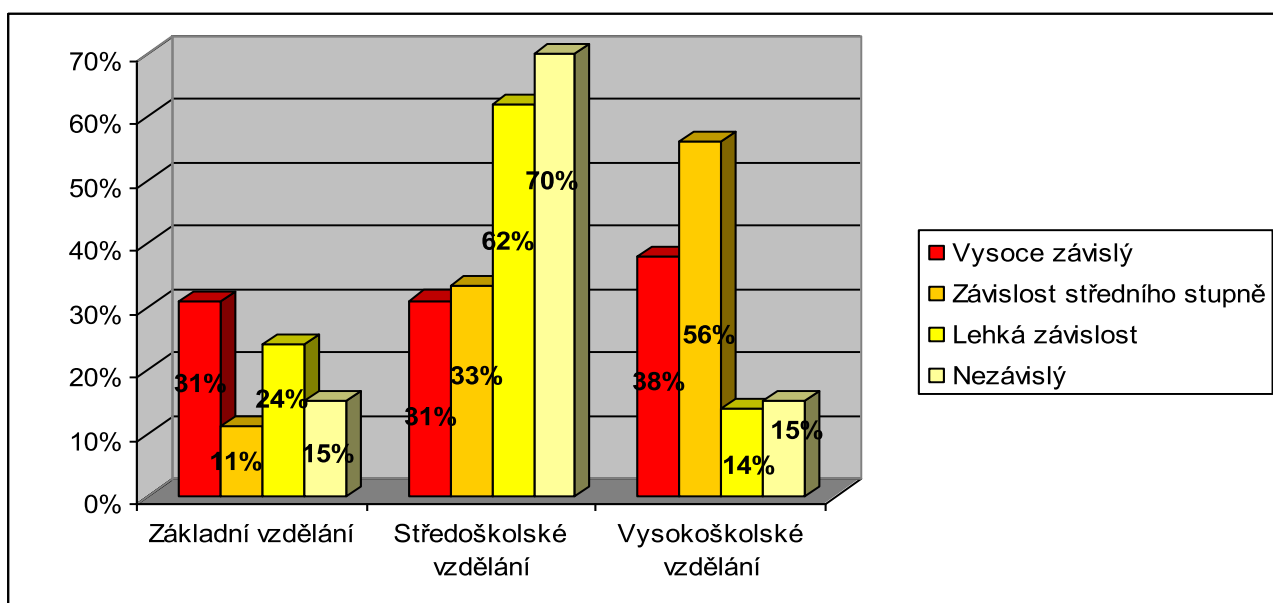
Obr. Graf výsledků Barthelova testu

Jak vidíme v grafu nejvíce klientů 32 (49%) je lehce závislých, což je v porovnání s průměrnou hodnotou soběstačnosti (25%) téměř dvojnásobek klientů. Co se týče nejnižší hodnoty v porovnání s průměrnou hodnotou, pak mluvíme o 6 klientech se závislostí středního stupně (9%).

3.5 Analýza výzkumných otázek

Tab. 1 Prezentace výsledků 1. výzkumné otázky: **Jsou na tom se soběstačností dle Barthelova testu lépe klienti s vyšším dosaženým vzděláním (minimálně středoškolské) nebo klienti ADP s nižším dosaženým vzděláním?**

	Vysoce závislý		Závislost středního stupně		Lehká závislost		Nezávislý	
	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Základní vzdělání	4	31%	1	11%	8	24%	2	15%
Středoškolské vzdělání	4	31%	3	33%	21	62%	9	70%
Vysokoškolské vzdělání	5	38%	5	56%	5	14%	2	15%
Celkem	13	100%	9	100%	34	100%	13	100%

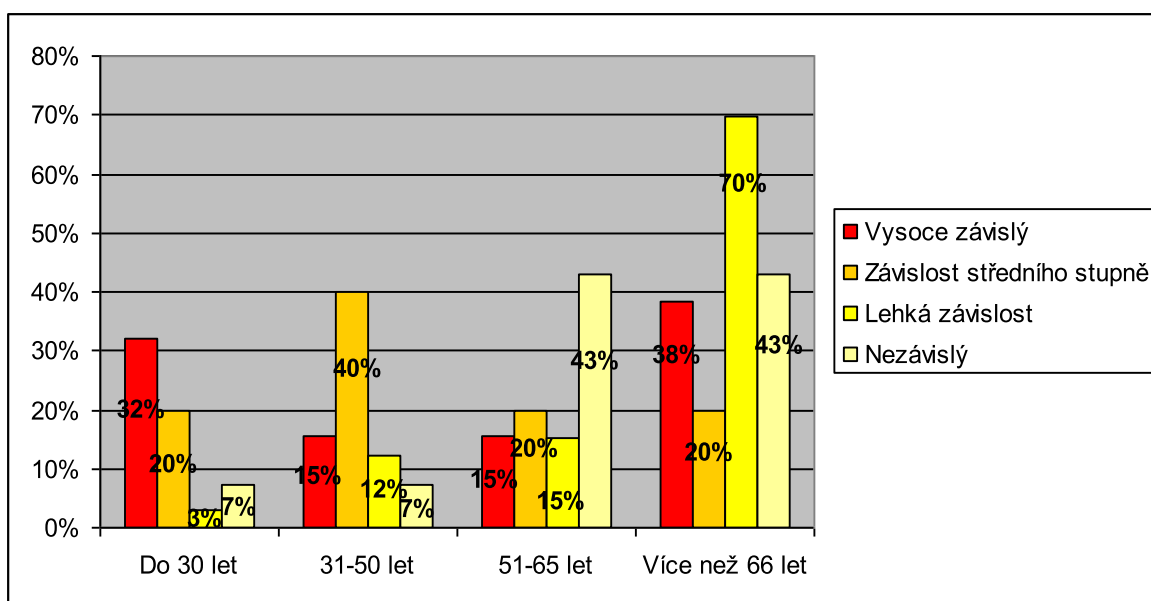


Obr. 1 Graf výsledků 1. výzkumné otázky

Z grafu je patrné, že k průměrné hodnotě soběstačnosti na jednotlivých stupních vzdělání (33,3%) se nejméně blíží klienti se základním vzděláním a závislostí středního stupně (11%). Naopak téměř dvojnásobek průměrné hodnoty mají středoškolsky vzdělaní klienti, kde je 70% nezávislých.

Tab. 2 Prezentace výsledků 2. výzkumné otázky: **Je věk klientů ADP důležitým faktorem při hodnocení soběstačnosti?**

	Vysoce závislý		Závislost středního stupně		Lehká závislost		Nezávislý	
	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Do 30 let	4	32%	1	20%	1	3%	1	7%
31-50 let	2	15%	2	40%	4	12%	1	7%
51-65 let	2	15%	1	20%	5	15%	6	43%
Více než 66 let	5	38%	1	20%	23	70%	6	43%
Celkem	13	100%	5	100%	33	100%	14	100%

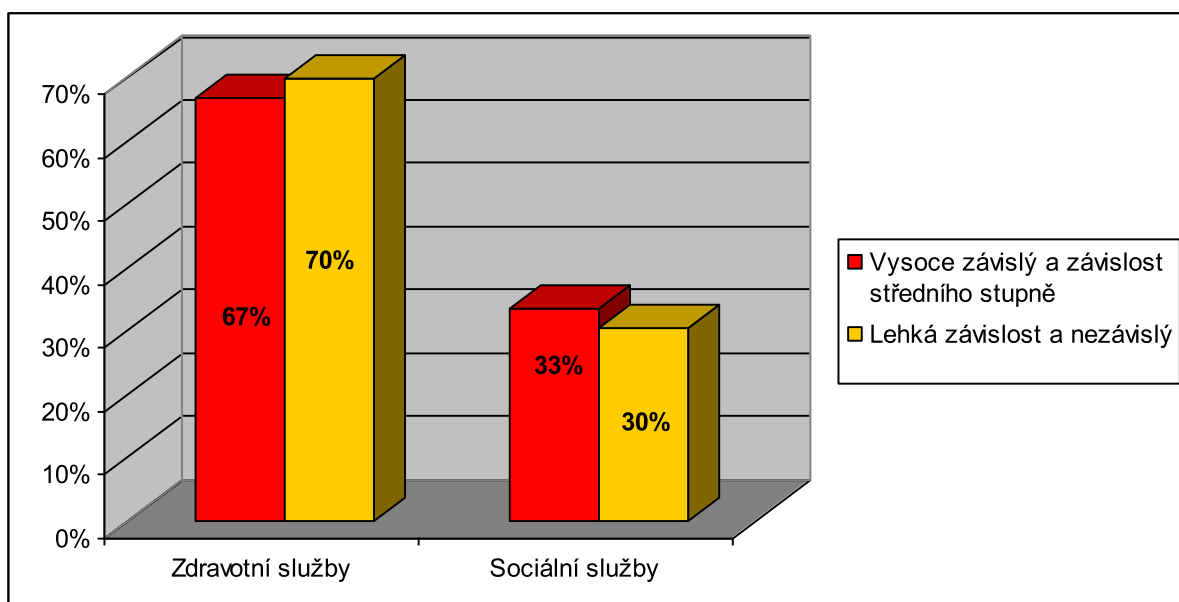


Obr. 2 Graf výsledků 2. výzkumné otázky

V grafu 2 vidíme, že průměrné hodnotě závislosti ve věkových kategoriích (25%) se nejvíce vzdalují klienti ve věku do 30 let, jež jsou lehce závislí 3%. Téměř trojnásobné hodnoty dosáhli klienti ve věku nad 66 let také s lehkou závislostí 70%.

Tab. 3 Prezentace výsledků 3. výzkumné otázky: **Budou klienti s nižším bodovým ohodnocením dle Barthelova testu (tedy sníženou soběstačností na závislost středního stupně a vyšší) častěji ošetřováni z důvodů pečovatelských nebo zdravotních?**

	Vysoce závislý a závislost středního stupně		Lehká závislost a nezávislý	
	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Zdravotní služby	8	67%	30	70%
Sociální služby	4	33%	13	30%
Celkem	12	100%	43	100%

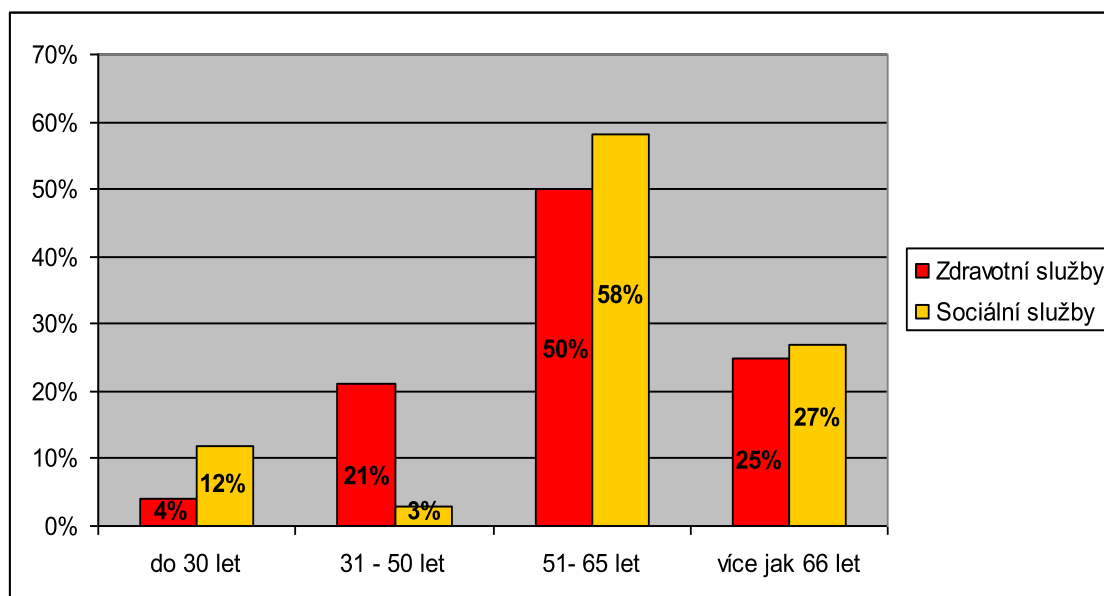


Obr. 3 Graf výsledků 3. výzkumné otázky

Po zhlédnutí grafu je zřejmé, že u klientů využívajících zdravotní služby (67% vyšší závislost a 70% nižší závislost) je průměrná hodnota soběstačnosti (50%) vyšší. Kdežto klienti využívající sociální služby (33% vyšší závislost a 30% nižší závislost) se pohybují pod průměrnou hodnotou soběstačnosti.

Tab. 4 Prezentace výsledků 4. výzkumné otázky: **Využívají klienti ADP vzhledem k věku více služby zdravotní nebo sociální, jaké jsou nejčastěji prováděné činnosti sester v jednotlivých věkových skupinách?**

	Zdravotní služby		Sociální služby	
	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
do 30 let	2	4%	4	12%
31 - 50 let	10	21%	1	3%
51- 65 let	24	50%	19	58%
více jak 66 let	12	25%	9	27%
Celkem	48	100%	33	100%



Obr. 4 Graf výsledků 4. výzkumné otázky

Grafické znázornění využití služeb v jednotlivých věkových kategoriích nám říká, že průměrná hodnota (25%) je vyšší u klientů ve věku 51-65 let využívajících zdravotní služby (50%) i služby sociální (58%). U klientů využívajících sociální služby ve věku 30-50 let (3%) a klientů využívajících zdravotní služby ve věku do 30 let (4%) je naopak průměrná hodnota mnohonásobně nižší.

Nejčastější činnosti prováděné sestrami v jednotlivých věkových skupinách:

Věk do 30 let 1) Převozby bércových vředů, nehojících se ran

2) Hygiena

3) Úklid

Věk 31-50 let 1) Péče o dlouhodobě a těžce nemocné

2) Odběry krve

3) Péče o cévky, stomie, tracheální kanyly

Věk 51-65 let 1) Převozby bércových vředů, nehojících se ran

2) Aplikace injekcí, zacvičování v aplikaci inzulinu, aplikaci infuzí

3) Odběry krve, nákupy, úklid, jiná (zajištění jídla)

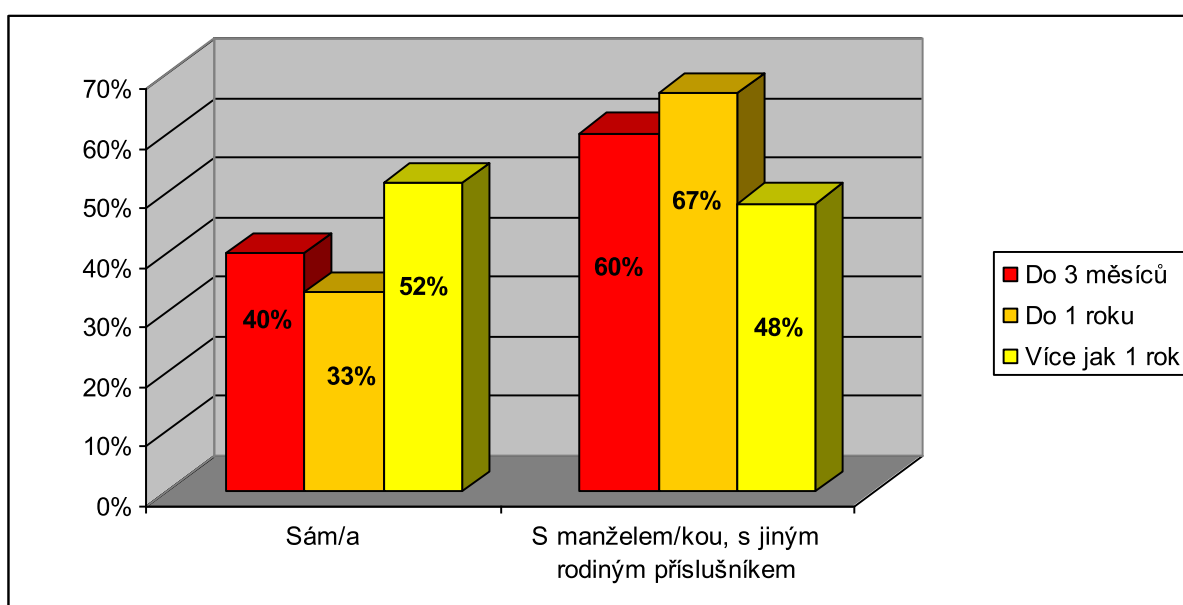
Věk nad 66 let 1) Převozby bércových vředů, nehojících se ran

2) Odběry krve

3) Měření TK, P, TT

Tab. 5 Prezentace výsledků 5. výzkumné otázky: **Budou v péči ADP déle klienti, kteří žijí samostatně nebo klienti žijící s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem?**

	Do 3 měsíců		Do 1 roku		Více jak 1 rok	
	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi	Absolutní četnost, ni	Relativní četnost, fi
Sám/a	6	40%	7	33%	15	52%
S manželem/kou, s jiným rodinným příslušníkem	9	60%	14	67%	14	48%
Celkem	15	100%	21	100%	29	100%



Obr. 5 Graf výsledků 5. výzkumné otázky

Z grafu vidíme, že nejvíce se od průměrné hodnoty (50%) vzdalují klienti žijící sami, kteří jsou v péči ADP do 1 roku (33%), naopak u klientů žijících s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem, kteří jsou v péči ADP také do 1 roku (67%) je průměrná hodnota nepatrně vyšší.

4. DISKUZE

Cílem šetření bylo zjistit aktuální spektrum klientů ADP, soběstačnost klientů ošetřovaných v ADP, zda je soběstačnost klientů ADP ovlivněna dosaženým vzděláním a jaký vliv má soběstačnost klientů na potřebu pomoci zdravotních sester.

Výzkumná otázka č. 1: Jsou na tom se soběstačností dle Barthelova testu lépe klienti s vyšším dosaženým vzděláním (minimálně středoškolské) nebo klienti ADP s nižším dosaženým vzděláním?

Z výsledků 1. výzkumné otázky je patrné, že dosažené vzdělání nemá vliv na stupeň soběstačnosti klienta. Tuto skutečnost dokazuje zejména počet klientů se základním či vysokoškolským vzděláním, kde je pouze 15% nezávislých klientů v obou skupinách. Velký rozdíl mezi základním a vysokoškolským vzděláním je pouze u klientů se závislostí středního stupně, kdy u klientů se základním vzděláním tvoří 11%, kdežto u vysokoškolsky vzdělaných klientů je to 56%. Nejlépe jsou na tom se soběstačností klienti se středoškolským vzděláním (70% nezávislých klientů), kteří převýšili průměrnou hodnotu soběstačnosti na jednotlivých stupních vzdělání (33,3%) o dvojnásobek, což ale není adekvátním dokladem toho, že klienti s vyšším dosaženým vzděláním jsou na tom se soběstačností lépe než klienti s nižším dosaženým vzděláním.

Výzkumná otázka č. 2: Je věk klientů ADP důležitým faktorem při hodnocení soběstačnosti?

Z grafu ke 2. výzkumné otázce je patrné, že nejvíce závislí na pomoci sester ADP v poměru k průměrné hodnotě závislosti ve věkových kategoriích (25%) jsou klienti nad 66 let (kdy vysoce závislých klientů je 38%), což by potvrzovalo fakt, že čím jsou klienti starší, tím se jejich soběstačnost snižuje. Z výsledků ale zjišťujeme, že ve věku nad 66 let je současně nejvíce klientů nezávislých (43%) a klientů s lehkou závislostí (70%), proto lze říci, že existuje řada důležitějších faktorů, které mají vliv na soběstačnost, než je právě věk. Jak vidíme z grafu, je rozdíl nezávislých klientů ve věku do 30 let (7%) a nad 66 let (43%) opravdu velký a vyvrací tím tvrzení, že soběstačnost klesá s věkem. Je třeba ale zmínit, že u mladších klientů jde především o zdravotní postižení či omezení, která tolik omezují soběstačnost. Tedy pokud u těchto klientů nedojde ke zhoršení stavu, není nutná hospitalizace

v nemocnici. Díky pomoci zdravotních sester ADP a pečovatelek je jejich už tak složitý život snazší. Mnozí z nich by byli bez existence ADP odkázáni na některé ze speciálních zařízení pro hendicapované.

Výzkumná otázka č. 3: Budou klienti s nižším bodovým ohodnocením dle Barthelova testu (tedy sníženou soběstačností na závislost středního stupně a vyšší) častěji ošetřováni z důvodů pečovatelských nebo zdravotních?

U výzkumné otázky číslo 3 jsem předpokládala, že pokud je klient méně soběstačný, omezuje jeho zdravotní stav provádění běžných denních aktivit, tudíž využívá více sociální služby než zdravotní. Z výsledků ale vidíme, že klienti vysoce závislí a se závislostí středního stupně využívají více zdravotní služby (67%) než služby sociální (33%), taktéž je více klientů s lehkou závislostí a nezávislých, kteří využívají zdravotní služby (70%) než služby sociální (30%). Lze proto říci, že klienti ADP využívají více služby zdravotní, které, jak jsme zjistili, nejsou vázány na sníženou soběstačnost. Dokladem je i fakt, že průměrná hodnota závislosti na zdravotních a sociálních službách (50%) je u využití sociálních služeb klienty značně snížena bez ohledu na závislost. Pokud je tedy klient více navštěvován sestrami ADP, není to z důvodů základních potřeb, ale v závislosti na frekventovanosti zdravotní péče, jako je např. pravidelné měření FF, aplikace inzulinu, infuzí, podávání léků atd.

Výzkumná otázka č. 4: Využívají klienti ADP vzhledem k věku více služby zdravotní nebo sociální?

Graf k 4. výzkumné otázce ukazuje, že u klientů do 30 let a 31-50 let spíše převažuje jedna z využívaných služeb v rámci ADP, u klientů do 30 let jde spíše o využití služeb sociálních (12%) než zdravotních (4%), kdežto u klientů ve věku 31-50 let jsou využívány spíše služby zdravotní (21%) než sociální (3%). Jak vidíme v grafu, čím se věk klienta zvyšuje, vyrovnává se i procento využívaných služeb. U klientů ve věku 51-65 let je průměrná hodnota využívaných služeb v jednotlivých věkových kategoriích (25%) vyšší, jak u zdravotních služeb (50%), tak u služeb sociálních (58%), u klientů ve věku nad 66 let je průměrná hodnota stejná jak u využití zdravotních služeb (25%), tak i u sociálních služeb (27%). U obou těchto skupin je téměř stejný počet klientů využívajících jak zdravotní, tak sociální služby. Jde o fyziologický proces stárnutí, kdy je postupně klient omezen jak po stránce zdravotní, tak po stránce uspokojování základních životních potřeb.

Výzkumná otázka č. 5: Budou v péči ADP déle klienti, kteří žijí samostatně nebo klienti žijící s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem?

Tuto otázku jsem uvedla především proto, že jsem se domnívala, že klienti žijící sami jsou nuceni se o sebe postarat a nemohou se spoléhat tolik na pomoc blízkých, tudíž se více snaží o brzký návrat do běžného života před onemocněním a jejich pokroky v zapojení se do denních aktivit budou probíhat daleko rychleji než u klientů, kteří jsou opečováváni rodinou.

Z výsledků je ale patrné, že nejvíce se od průměrné hodnoty (50%) vzdalují klienti žijící sami, kteří jsou v péči ADP do 3 měsíců (40%) a do 1 roku (33%), naopak tito klienti dosahují nejvyšší hodnoty v péči delší než 1 rok (52%). U klientů žijících s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem došlo k nepatrnému převýšení průměrné hodnoty jak u klientů, kteří jsou v péči ADP do 3 měsíců (60%), tak u klientů, kteří jsou v péči ADP do 1 roku (67%). Pouze klienti žijící s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem, kteří jsou v péči ADP déle než 1 rok (48%), jsou těsně pod hranicí průměrné hodnoty.

Lze tedy říci, že klient, který žije sám, je v péči ADP déle než klient žijící s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem. Graf k 5. výzkumné otázce ukázal, že podpora, pomoc nebo pouhá přítomnost nejbližších se pozitivně odráží v délce péče poskytované sestrami ADP. Klient, který žije sám, je odkázán na pomoc a podporu sester ADP, bohužel vztah sestry x pacient nikdy nebude tolik pevný jako vztahy v rodině, nevýhodou je jistě i fakt, že sestry z ADP tráví u klientů maximálně 3 hodiny denně, kdežto rodina je přítomna neustále.

Pravdou stále zůstává, že lékaři prodlužují roky, ale šťastný a plnohodnotný život už vrátit neumí. ADP jsou pro klienty jakousi nadějí, že naleznou alespoň část ztraceného štěstí, smysl života a budou se moci vrátit do běžného života bez větších omezení.

5. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit aktuální spektrum klientů ADP, soběstačnost klientů ošetřovaných v ADP, zda je soběstačnost klientů ADP ovlivněna věkem a dosaženým vzděláním, jaký vliv má soběstačnost klientů na potřebu pomoci od zdravotních sester a zda ovlivňuje délku péče ADP skutečnost, že bydlí klient sám.

Spektrum klientů jsem mohla porovnat jak z praxe, kterou jsem absolvovala v Centru primární péče-Oddělení domácí péče Krajské nemocnice Pardubice, tak z výsledků, které se mi dostaly z vyplněných dotazníků. Když jsem následně vše zhodnotila, zjistila jsem, že nejvíce se klienti v ADP léčí s bércovými vředy (22%), hypertenzí (18%), onemocněním srdce (17%), DM (11%), st. p. CMP (7%) a mnohými dalšími. Lze říci, že spektrum klientů v ADP se v podstatě nemění, pouze se střídá četnost daných onemocnění v jednotlivých agenturách.

Dle Barthelova testu základních všedních činností je 49% klientů ADP lehce závislých, jde ale spíše o předpokládanou hodnotu, než překvapivou. Zhruba 20% obsadili klienti jak nezávislí (22%), tak vysoce závislí (20%), což je vysoké procento především u klientů vysoce závislých. Klienti se závislostí středního stupně tvoří 9%.

Dosažené vzdělání a věk nemá vliv na stupeň soběstačnosti. Soběstačnost byla nejvyšší u klientů se středoškolským vzděláním, kde bylo 62% klientů lehce závislých a 70% klientů nezávislých. S ohledem na věk na tom byli se soběstačností překvapivě nejlépe klienti ve věku nad 66 let, kdy nezávislých klientů je 43%. Ve věku nad 66 let je ale také nejvíce klientů vysoce závislých 38%.

Soběstačnost má samozřejmě vliv na potřebu pomoci zdravotních sester. Z výzkumných otázek 3 a 4 vyplývá, že klienti nezávisle na soběstačnosti využívají více služby zdravotní (67% vyšší závislost, 70% nižší závislost) než sociální (33% vyšší závislost, 30% nižší závislost). Vzhledem k věku využívají sociální služby nejvíce klienti ve věku 51-65 let (58%), zdravotní služby využívají taktéž nejvíce klienti stejné věkové kategorie (50%).

Nejdéle jsou v péči ADP (více jak 1 rok) klienti žijící sami (52%), naopak nejkratší péči ADP do 3 měsíců využívají klienti žijící s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem (60%). Klient, který žije sám, je v péči ADP déle než klienti, kteří žijí s manželem/kou či jiným rodinným příslušníkem.

Z celého výzkumu jasně vyplynulo, že spektrum klientů je věkem velice široké a i velmi závažné nemoci jsou patrné ve všech těchto věkových kategoriích. Proto je velice důležité

vědět, jaká klientela na ADP čeká, a co mohou ADP udělat, aby posílily soběstačnost klientů, vyhověly potřebám klientů a postaraly se, aby každý z nich žil v rámci možností plnohodnotným životem.

Soupis bibliografických citací

1. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
2. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě: Repronis Ostrava, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
3. GABRIEL, Josef. Soukromé kontury home care. *Zdravotnické noviny*, 2004, roč. 53, č. 41, s. 14.
4. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče- Asociace domácí péče České republiky. 2000.
5. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
6. TOŠNEROVÁ, T. a kol. *Vzdělání pro pracovníky sociální péče*. 1.vyd. Česká asociace pečovatelské služby: Fokus spol. s.r.o., 2006.
7. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
8. NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství I*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-085-0.
9. ZACHAROVÁ, E a kol. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-363-5.
11. KLEVETOVÁ, D. a kol. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
12. ZAHRADNICKÁ, I. Hodnocení soběstačnosti. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 2, s. 15-17.

13. PEDERLAUGH, U. S. *Nursing care planning guides*. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. ISBN 0-7216-9215-X.

Seznam příloh

Příloha A Dotazník.....	58
Příloha B Barthelův test	62

Příloha A Dotazník

Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Anežka Čapková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit k vypracování mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní.

Při vyplňování dotazníku, prosím, zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď nebo ji doplňte na vyznačená místa. U odpovědí doplněných body zaškrtněte vždy nejvíce se hodící.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Anežka Čapková

1. Jste:

- a) Muž
- b) Žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) Do 30 let
- b) 31-50 let
- c) 51-65 let
- d) Více než 66 let

3. Máte:

- a) Základní vzdělání
- b) Středoškolské vzdělání
- c) Vysokoškolské vzdělání

4. Bydlíte:

- a) Na vesnici
- b) Ve městě
 - o Rodinný dům
 - o Panelový dům s výtahem
 - o Panelový dům bez výtahu

5. Žijete:

- a) Sám/a
- b) S manželem/kou
- c) S jiným rodinným příslušníkem (syn, dcera...)

6. Jaká onemocnění máte, prosím doplňte:

.....
.....
.....

7. Zhodnoťte svůj zdravotní stav podle toho, jak se cítíte na stupnici od 1 do 5:

Výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Velmi špatně

8. Navštěvujete specializované centrum (poradnu) pro léčbu bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, odpovězte prosím na následující otázky 9 a 10, pokud jste odpověděl/a ne, přejděte k otázce 11.

9. Jakým způsobem probíhá Vaše léčba bolesti?

- a) Prostřednictvím náplastí
- b) Léky podávané ústy
- c) Injekční aplikací
- d) Jiné, prosím doplňte:.....

10. Využíváte něčí pomoc při aplikaci léků proti bolesti?

- a) Ne, léky si aplikuji pouze sám
- b) Ne, léky si aplikuji sám pod dohledem sestry
- c) Ano, využívám jiné odborné pomoci

11. Jak dlouho jste klientem domácí péče?

- a) Do 3 měsíců
- b) Do 1 roku
- c) Více jak 1 rok

12. Jak často k Vám dochází sestra z domácí péče?

- a) 1x týdně
- b) 2- 3x týdně
- c) 1x denně
- d) Více než 1x denně

13. Co u Vás zajišťují sestry z domácí péče?

- a) Převozby bércových vředů, nehojících se ran
- b) Péči o cévky, stomie, tracheální kanyly
- c) Aplikaci injekcí, zacvičování v aplikaci insulinu, aplikaci infuzí
- d) Měření tlaku, pulzu, tělesné teploty
- e) Odběry krve
- f) Péči o dlouhodobě nebo těžce nemocné
- g) Pečovatelskou složku
 - o Hygiena
 - o Nákupy
 - o Úklid
 - o Praní
 - o Společník pro volný čas
- h) Jiná, prosím doplňte:.....

14. Od koho jste získal/a informace o domácí péči?

- a) Od praktického lékaře
- b) Od odborného lékaře, specialisty
- c) Z medií (TV, internet, rádio, noviny...)

d) Od rodiny, příbuzných

e) Jiné, prosím doplňte:

15. Vyhledáváte samostatně informace, které by mohly zlepšit Váš zdravotní stav?

a) Ano

b) Ne

16. Co děláte pro zlepšení svého zdravotního stavu, prosím doplňte:

.....
.....
.....

17. Jste spokojen/a s činností domácí péče?

Ano Spíše ano Spíše ne Ne

Děkuji za spolupráci.

Příloha B Barthelův test

Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0

9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**