

# UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Kristýna Škvorová

## **Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče**

*Bakalářská práce*

Praha 2018

Autor práce: **Kristýna Škvorová**

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Nikodemová**

Oponent práce: **PhDr. Šárka Tomová Ph.D., PhD.**

Datum obhajoby: **2018**

## **Bibliografický záznam**

ŠKVOROVÁ, Kristýna. *Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče*. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2018. 85 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Hana Nikodemová.

ŠKVOROVÁ, Kristýna. *The roles and activities of nurses in providing home health care*. Prague: Second Faculty of Medicine of the Charles University, Department of Nursing, 2018. 85 p., annexes. Head of Bachelor Thesis: PhDr. Hana Nikodemová.

# Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Kristýna Škvorová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

Duke, M. and Street, A. (2003), Hospital in the home: constructions of the nursing role – a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 852–859. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00808.x

Ewing, Gail; Austin, Lynn; Diffin, Janet; Grande, Gunn (2015), Exploring the activity profile of health care assistants and nurses in home nursing. *British Journal of Community Nursing*. Vol. 20 Issue 12, p580-584. 5p.

GENET, Nadine, ed. Home care across Europe: current structure and future challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, c2012. Observatory studies series.156 s. ISBN 978-92-890-0288-2.

KOŽUCHOVÁ, Mária. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Martin: Osveta, ©2014. 244 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

MARKOVÁ, Marie, ed. Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7013-499-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Nikodemová Hana**

Oponenti: **PhDr. Tomová Šárka, Ph.D., Ph.D.**

Konzultanti: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Datum zadání bakalářské práce: 11.5.2017

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
.....  
Vedoucí katedry

V Praze dne 11.5.2017

  
.....  
Děkan

Univerzita Karlova  
2. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství (1)  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Hany Nikodemové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 18. 4. 2018

---

Kristýna Škvorová

## **Poděkování**

Mé poděkování patří paní PhDr. Haně Nikodemové za trpělivost a snahu, kterou mi v průběhu psaní bakalářské práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat panu PhDr. RNDr. Danielovi Jirkovskému, Ph.D., MBA za odborné konzultace a panu Mgr. Tomášovi Zdražilovi za pomoc při zpracování dat při průzkumu práce.

V Praze 18. 4. 2018

---

Kristýna Škvorová

## **Abstrakt**

Záměrem bakalářské práce na téma „*Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče*“ je přinést stručný přehled činností, které sestry v domácí péči vykonávají, jejich role a také problémy, se kterými se sestry v domácí péči musí vypořádat zmapováním již publikované, odborné literatury a pokusit se zjistit, jaký vliv má věk a vzdělání sester na poskytování péče v domácím prostředí. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na koncept domácí péče a její historii, vymezuje role sester v domácí péči a zabývá se ošetrovatelským procesem v domácí péči. Dále je věnována pozornost pozitivům a negativům práce v domácí péči a dodržováním standardů a kvality v domácí péči.

Empirickou část tvoří průzkumné dotazníkové šetření, které bylo aplikováno u všeobecných sester v agenturách domácí zdravotní péče v Ústeckém a Středočeském kraji. Získaná data jsou prezentována v tabelárních a v grafických přehledech.

***Klíčová slova:*** domácí péče, ošetrovatelství, rodina, agentury domácí péče, domácnost, všeobecná sestra



## **Abstract**

The aim of the bachelor thesis "*The role and activities of nurses in providing home health care*" is to provide a brief overview of the activities performed by nurses in their home care, their roles and also the problems that nurses in home care have to deal with with the mapping of already published, professional literature and to find out what influence the age and education of nurses have on the provision of care in the home environment. The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part focuses on the concept and history of home care, defining the roles of home care nurses and dealing with nursing process in home care. Further attention is dedicated to the positive and negative aspects of home care and compliance with standards and quality. The empirical part is an exploratory questionnaire survey which was applied to nurses at home health agencies in the Ústecký and Středočeský region. The obtained data is presented in tabular and graphical reports.

**Keywords:** home care, nursing, family, home care agencies, household, general nurse

## Obsah

1. Úvod.....	2
1.1 Cíle práce.....	3
2. Teoretická část.....	4
2.1 Domácí péče.....	4
2.1.1 Definice pojmu domácí péče.....	4
2.1.2 Historie domácí péče.....	4
2.1.3 Právní rámec vymezující poskytování domácí péče v české republice .....	6
2.1.4 Zřizovatelé a financování domácí péče .....	6
2.1.5 Cíle domácí péče .....	7
2.1.6 Formy domácí péče.....	8
2.1.7 Pozitiva a negativa domácí péče .....	9
2.2 Všeobecné sestry a domácí péče .....	10
2.2.1 Kvalifikační předpoklady .....	12
2.2.2 Role a kompetence sester.....	12
2.2.3 Ošetrovatelský proces v domácí péči.....	13
2.2.4 Dokumentace v domácí péči.....	15
2.2.5 Dodržování standardů a kvalita domácí péče .....	15
3. Empirická část.....	17
3.1 Cíle práce a pracovní hypotézy .....	17
3.2 Metodika a organizace šetření.....	19
3.3 Použité statistické metody.....	20
3.4 Vyhodnocení jednotlivých otázek .....	23
3.4.1 Vyhodnocení pracovních hypotéz .....	55
3.5 Diskuse.....	64
3.5.2 <i>Porovnání s dříve realizovanými studii</i> .....	70
4. Závěr .....	75
Referenční seznam .....	77
Seznam obrázků.....	77

Seznam tabulek .....	83
Seznam příloh .....	85

## Seznam zkratk

MHD	Městská hromadná doprava
H0	Hypotéza nulová
HA	Hypotéza alternativní
ANA	American Nurses Association
NANDA	(North American Nursing Diagnosis Association

## 1. Úvod

Bakalářská práce Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče se věnuje problematice domácí péče. Rozhodla jsem se věnovat této problematice na základě své praxe v jedné z agentur domácí péče. Tato práce je velmi zajímavá, zejména z hlediska práce sester v terénu a především tím, že tato práce je velmi nedocenená a problematice se nevěnuje velká pozornost. Sestry v tomto druhu práce musí prokázat schopnost rychlého rozhodování, musí být v terénu i za nepříznivých podmínek, které jsou za každého počasí velmi náročné. Jejich práce je časově náročná tím, že se neustále přesouvají na různě odlehlé lokality a zároveň musí často zvládat fyzicky i psychicky náročnější práci než jejich kolegyně v nemocnicích. Sestry v domácí péči jsou oprávněny dělat veškeré výkony, které často nevykonávají ani sestry v nemocničním zařízení, musí umět správně vyhodnotit stav pacienta, jelikož není přítomný lékař a musí být i terapeutem, se kterým si pacient může pohovořit. Spolupráce s některými pacienty navíc není mnohdy jednoduchá, protože si pletou zdravotní sestry v domácí péči se sociální a pečovatelskou službou, a takové služby po sestřích vyžadují. Finančně jsou ovšem ohodnoceny podstatně méně, což vede k narůstající ztrátě zájmu sester o práci v této sféře. Při odborné praxi mne opravdu zaujalo, s jakým klidem každý den sestry dojíždí k pacientům a psychicky je podporují. Dle mého názoru to má obrovský vliv na léčbu a pohodu pacienta tak, jako pobyt v domácím prostředí. Myslím, že této problematice by se mělo věnovat více času. Proto jsem vytvořila dotazníkové šetření, které proběhlo na soukromých i státních agenturách domácí péče a zaměřuje se na role, činnosti a problematiku sester v domácí péči. Hlavně bych ale chtěla svou prací přispět k odborné reflexi tuzemské situace v domácí péči a pokusit se otevřít odbornou diskuzi k posílení stability, zaměstnanosti a podpoře zájmu o tento důležitý obor zdravotní péče.

Tato práce čerpala z českých a zahraničních zdrojů a ze zahraničních zdrojů to byla převážně slovenská literatura. Literaturu jsem si zvolila na základě aktuálních výzkumů a metod pro tuto práci.

## 1.1 Cíle práce

Záměrem bakalářské práce je popsat role sester v domácí péči a rozsah činností, které při výkonu profese vykonávají.

Ke zmapování tohoto záměru jsou stanoveny tyto cíle bakalářské práce:

1. Přinést základní přehled poznatků o jednotlivých rolích sester obecně a se zaměřením na domácí zdravotní péči.
2. Charakterizovat podmínky pro poskytování zdravotní péče v ČR.
3. Na základě analýzy odborné literatury sestavit dotazník související s řešenou problematikou a zadat jej cílové skupině sester pracujících v domácí zdravotní péči.
4. Získaná data utřídit, statisticky zpracovat a výsledky šetření interpretovat.
5. Komparovat výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných prací na obdobné téma.

## **2. Teoretická část**

### **2.1 Domácí péče**

Zdravotnictví provází naši společnost již od starověku. Většina z nás si s tímto pojmem spojuje výhradně medicínskou oblast, jedná se ale o obor sdružující nejen medicínské, ale i další společenskovední disciplíny. (21) Právě tento přesah do sféry sociologie, psychologie, organizace řízení, hygieny a sociální medicíny je základem jednoho z důležitých a nejrychleji se rozvíjejících odvětví, kterému se bude věnovat tato bakalářská práce, a sice téma domácí péče. (11)

#### **2.1.1 Definice pojmu domácí péče**

Termín domácí péče vznikl z anglických slov home care (12), tedy jakákoli péče poskytovaná jedinci doma v jeho přirozeném sociálním prostředí. (16) Vychází z filozofie individuálního vnímání kvality života a zaměřuje se především na podporu, navrácení a udržení zdraví a rozvoj maximální možné soběstačnosti pacienta. (23)

Zdravotní řád charakterizuje domácí péči jako *„zvláštní druh ambulantní péče, která zajišťuje svým pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odbornou zdravotní péči v jejich vlastním sociálním prostředí.“* (18) V České republice je domácí péče podle vyhlášky 55/2000 Ministerstva vnitra České republiky vedena jako zvláštní druh ambulantní péče, o níž rozhoduje ošetřující lékař a je poskytována v souladu s lidskými právy, zákonnými a etickými normami. Péče musí být nejen aktivitou lékařů, sester, rehabilitačních pracovníků, psychologů nebo dobrovolníků, ale aktivní by měl být i samotný pacient a jeho rodina.

#### **2.1.2 Historie domácí péče**

Domácí péče byla prvním historicky známým způsobem ošetřování. Péče o nemocné byla nejprve svěřována ženám, takzvaným bylinkářkám a porodním bábám. První zmínky o tomto druhu domácí péče jsou zaznamenány již v období raného křesťanství v rozmezí let 1–500 našeho letopočtu. Ve 12. století se postupně

poskytování zdravotní péče přesunulo pod záštitu církve a vznikaly první řeholnické sesterské řády (Augustínky, Vincentky, později také Johanitky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, Klarisky, a podobně), které fungují bez větších změn dodnes. V 15. století již existovalo takzvané návštěvní opatrovnictví, které speciálně vzdělávalo sestry, takzvané diakonky, a ty potom denně docházely za pacienty. (12)

Koncept moderní domácí péče ovšem vznikl až v 19. století, konkrétně roku 1859. Za zakladatele jsou považováni Viliam Rathon a Florence Nightingalová, kteří na základě rodinné zkušenosti identifikovali potřebu odborně připravených sester pro péči o chudé nemocné či raněné a založili školu pro sestry návštěvní služby. O pár let později se objevují ve Spojených státech první společnosti a asociace domácí péče podle pokynů lékařů. Potřeba obrozenecké podpory sociální i odborné péče pro všechny vedla také k založení první české ošetřovatelské školy (roku 1874). V roce 1893 díky Lilian Waldové a Mary Neesterové, potom v Americe vzniká ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví první oficiální ošetřovatelská služba a termín veřejná zdravotní sestra. Koncem 19. století dochází ke značnému rozvoji v oblasti domácí péče po celém světě. Ve většině zemí se ovšem jedná o poskytování domácí péče pouze starým lidem. Výjimkou bylo jen Holandsko, kde péče nebyla věkem nijak omezena.

Na území České republiky byl rozvoj v oblasti domácí péče podpořen Československým Červeným křížem. Od roku 1952 plně přebírá odpovědnost stát a poskytování domácí ošetřovatelské péče zákonně zařazuje do zdravotní péče. (18) Po sametové revoluci v roce 1989 dochází k příznivým reformám ve strukturách a financování zdravotnictví a systém agentur domácí péče se rozrůstá. V roce 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky, která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče. (7) Ve druhé polovině devadesátých let už nedochází k příliš prudkému nárůstu poskytovatelů domácí péče, výrazně ovšem roste počet ošetřených klientů a počet uskutečněných návštěv v domácnostech. (28)



### **2.1.3 Právní rámec vymezující poskytování domácí péče v české republice**

Poskytování domácí péče tedy spadá do odpovědnosti státu, a musí tak být řádně legislativně zakotveno. Příslušné rezorty vytváří různé právní normy, které stanovují, pro koho je tento druh péče určen a kdo za jakých podmínek nebo v jakém rozsahu ji může poskytovat. Zákony a vyhlášky se neustále mění a vznikají další normy a směrnice. V této kapitole bude představeno pár zásadních zákonů a vyhlášek, které reflektují téma této práce.

Například vymezení domácí zdravotní péče určuje § 22 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. (25) Způsob a výše úhrady je definováno v seznamu diagnostických a terapeutických výkonů v rámci vyhlášky MZ 134/1998 Sb. Činnosti odborných členů týmu zajišťujícího domácí péči a nárok na odbornost a kvalifikaci upravují například zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře, farmaceut, zákon 96/2004 Sb., o náplních činnosti nelékařských zdravotnických povolání a vyhláška MZ 424/2004 Sb., Agentury domácí péče a jejich nutné vybavení zaštiťují zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a vyhláška MZ 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. Součástí domácí péče je i péče sociální, která se řídí především vyhláškou 182/1991 Sb., o poskytování sociální péče a pomoci.

### **2.1.4 Zřizovatelé a financování domácí péče**

Podle nastavených pravidel u nás může být domácí péče zřizována několika subjekty. Jsou to fyzické osoby (zdravotnický pracovník s licenci – lékař, sestra, fyzioterapeut, ...), právnické osoby (nemocnice, nestátní nezisková organizace, obce, charity, ...), státní instituce anebo města či obce. Vždy se jedná o takzvané agentury domácí péče. (1) Ty se dále dělí na agentury státního typu (státní nemocniční komplexy, polikliniky, města, obce) a agentury nestátního typu (humanitární nebo církevní sdružení jako jsou například Český červený kříž, Česká katolická charita, Diakonie, Maltézští rytíři, a podobně). (12)

Financování domácí péče vychází z fondu povinného veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky MZ č. 331/2007 Sb., která stanovuje seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Domácí péče ovšem může být hrazena také přímou platbou samotným klientem nebo ze sponzorských darů z nadací a grantů. Je ovšem nutné klienta vždy informovat, jaké výdaje hradí zdravotní pojišťovna a za co a v jaké výši bude případně platit sám. (18) *„Výše úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění se dohoduje mezi zástupci jednotlivých segmentů zdravotní péče a zástupců zdravotních pojišťoven na Dohodovacím řízení. V případě dohody Ministerstvo zdravotnictví vydá vyhlášku, ve které se vyhlásí dohodnutá výše úhrad na další období.“* (30)

### **2.1.5 Cíle domácí péče**

Dle shora uvedeného textu, hlavním záměrem péče o pacienta v domácím prostředí je, aby každému nemocnému byl poskytnut dostatek kvalitní a humánní péče s výhodou komfortu známé a pohodlné domácí atmosféry. Tato péče by měla být k dispozici kdekoli na území České republiky, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu při zachování dostatečné kvality, profesionality a odbornosti. (31) Nedílnou součástí je také kontinuální vzdělávání ošetřujícího a jeho vedení k zodpovědnosti za svůj celkový zdravotní stav. Důležitou roli zde hraje osobní přístup ošetřujícího k pacientovi a jeho rodinným příslušníkům, který přispívá k psychické pohodě, a tím významně napomáhá procesu uzdravování. (16) Pokud tedy shrneme nejdůležitější cíle domácí péče, jsou to:

- a) pomoc pacientům a jejich blízkým dosáhnout zdraví, a to po fyzické, duševní i sociální úrovni v souladu s jejich prostředím
- b) udržovat či zlepšovat kvalitu života a v případě závěrečné fáze života umožnit důstojný odchod v přátelském domácím prostředí rodinného kruhu
- c) v rámci multidisciplinárního týmu zajistit komplexní péči ve spolupráci s dalšími zdravotnickými a sociálními institucemi
- d) zachovávat a snažit se zvyšovat úroveň samostatnosti pacienta při každodenních aktivitách

- e) vést ošetřujícího a jeho rodinu k zodpovědnosti a v této oblasti ho dále motivovat
- f) zajistit dodržování stanoveného léčebného režimu a snažit se snižovat případné negativní vlivy onemocnění na celkový fyzický i duševní stav jedince a jeho blízkých. (16)

### **2.1.6 Formy domácí péče**

Domácí zdravotnická péče se realizuje v několika formách. Patří k nim akutní domácí péče, dlouhodobá péče, preventivní péče, hospicová péče a jednorázová domácí péče. (17)

Akutní domácí péče neboli domácí hospitalizace je určena pro krátkodobé pooperační a poúrazové období či pro situace akutního zhoršení stavu nemocného a vyžaduje zajištění materiálních, profesionálních a finančních podmínek, aby byl zajištěn maximální rozsah odborné zdravotní péče. Tato forma domácí péče bývá nejčastěji využívána u pacientů s kardiovaskulárním, neurologickým, urologickým či gastrointestinálním onemocněním.

Dlouhodobá domácí péče je v České republice tou nejrozšířenější a je poskytována chronicky nemocným pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou a dlouhodobou kvalifikovanou péči. Bývá poskytována od pár měsíců až do několika let. Tuto péči nejčastěji využívají pacienti po cévních mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, diabetem a závažnými duševními problémy.

Preventivní domácí péči doporučuje lékař k pravidelné kontrole duševního a zdravotního stavu, monitoringu fyziologických funkcí a celkového stavu, pravidelným odběrům biologického materiálu nebo kontrole socializace a zabezpečení. Jedná se o týdenní nebo měsíční frekvenci návštěv sestry.

Domácí hospicová péče zahrnuje péči o pacienty v neterminálním a terminálním stádiu. Lékař určí tento druh péče, pokud předpokládá ukončení terminálního stavu do následujících šesti měsíců. Sestry, lékaři a sociální pracovníci

jsou speciálně proškoleni, aby na specifickou náročnost péči o umírající a jejich rodiny byli řádně připraveni.

Jednorázová domácí péče bývá označována také jako ad hoc péče a jedná se o mimořádné jednorázové úkony jako je například aplikace injekce nebo odběr biologického materiálu. Lékaři také často využívají ad hoc služby při omezení běžných ordinačních hodin. (16)

Dále se pak formy domácí péče ještě liší v závislosti na geografické poloze. Severská forma je orientovaná především na servis přicházející od státu s dodatečnou vlastní účastí rodiny a příbuzenstva pacienta. Jižní forma naopak hlavní důraz klade na tradiční rodinné vazby a laickou pomoc příbuzných a servis státu tuto péči pouze doplňuje. (18)

### **2.1.7 Pozitiva a negativa domácí péče**

Oblast domácí péče stále ještě nemá ve zdravotnictví takové postavení, které si zaslouží. Má sice obrovské úspěchy, ale nicméně, jak je patrné z různých zahraničních studií (Byles, 2000, Elkan et. Al, 2001, Markle-Reid, 2006, Adams and Short, 1997, Burns, Denning, Baldwin, 2001 a další), domácí péče má pozitivní dopad na zlepšení stavu a kvality životní úrovně pacienta (obzvláště u starších pacientů), podílí se na snížení vzniku depresí u léčených jedinců a díky motivaci sestry přispívá i ke zlepšení celkové samostatnosti ošetřovaných. (6)

K zásadním výhodám návštěvní služby sester v domácím prostředí je hlavně soukromí pacienta. Nemocným je péče poskytována dle konkrétních aktuálních individuálních potřeb, kdy je každý pacient posuzován z bio-psycho-sociálního hlediska na základě komplexního sběru dat o stavu pacienta a jeho sociálním prostředí. Při poskytování péče je vždy navíc uplatňován holistický přístup. (33) Dalším pozitivem domácí péče je ekonomičnost, neboť se snižují náklady za hospitalizaci v nemocnici. Sestry, které vykonávají domácí péči, navíc znají celou zdravotní dokumentaci pacientů, jejich rodinnou i zdravotní situaci a díky těmto aspektům je jejich výsledná péče efektivnější. K dalším kladům domácí péče patří rychlejší návaznost poskytované

ošetřovatelské i lékařské péče. Klienti sestru dobře znají, důvěřují jí a jsou k ní otevřenější. Důležitou roli hraje také demografický rozdíl v obvodu praktického lékaře pro dospělé, počet zaměstnaných sester a počet registrovaných pacientů. (32)

Závěrem lze říci, že hlavními výhodami domácího ošetřování jsou ekonomičnost, víceoborovost, individuální péče, komplexnost, rychlá návaznost služeb v rámci celého týmu ošetřovatelů (13) a mimo jiné také vyloučení rizika vzniku nozokomiálních infekcí. (26) Domácí péče s sebou ovšem přináší i určitá negativa či rizika.

Sestry, které vykonávají domácí ošetřovatelskou péči, musí být velmi zodpovědné a samostatné. Určitým problémem potom může být právě fakt, že v terénu se sestra musí spolehnout jen sama na sebe a své vlastní znalosti. Je proto nutné sestry a ostatní zdravotnický personál náležitě vzdělávat a jasně definovat náplň kompetencí a parametrů v oblasti materiálního, věcného a personálního vybavení. (29) Dalším nedostatkem může být neznalost aktuálního dění v ošetřovatelství ze strany lékařů. Sestry musí reagovat na rozvoj v oblasti ošetřovatelství, samy se podílí na výzkumech a jsou pravidelně vzdělávány. Lékaři se ovšem bohužel o novinky v tomto oboru příliš nezajímají a k návrhům sester se staví leckdy negativně. Domácí péče se také potýká s neochotou navazovat smluvní vztahy mezi lékaři, agenturami a zdravotními pojišťovkami. (9) Velkým nedostatkem je i dlouhodobé nedostatečné financování sféry domácí péče.

## **2.2 Všeobecné sestry a domácí péče**

Stejně jako se rozvíjí zdravotnictví, mění a rozvíjí se i role všeobecných sester v kontextu domácí péče. Od charitativních činností přes chápání sestry jako pomocníka lékaře až k dnešní roli samostatné, vážené a rovnocenné členky zdravotnického týmu. (3) Sestra je v procesu domácí péče klíčovou osobou. Kromě spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního zdravotnického týmu, řídí a poskytuje konkrétní péči, vzdělává pacienty a jejich rodiny a aktivně se zapojuje na rozvoji a výzkumu ošetřovatelské praxe. (22)

Vzhledem k náročnosti povolání a vysokým nárokům na samostatnost by měly zdravotní sestry zaměřené na vykonávání domácí péče disponovat těmi nejlepšími vlastnostmi, jako jsou inteligence, důslednost, pečlivost, komunikativnost, trpělivost, důraz na hygienu a především optimismus. V domácí péči je nesmírně důležitý první dojem. Pacienti svěřují sestře své zdraví, musí jí tedy důvěřovat. (18) Kromě pacientů by ovšem také měla dbát důraz na vlastní fyzické, a hlavně psychické zdraví, protože v domácí péči, stejně jako při práci v jiných zdravotnických zařízeních, hrozí vysoké riziko syndromu vyhoření. (5) Úspěšně práci mohou vykonávat pouze sestry, které jsou schopné zůstat v klidu i v psychicky vypjatých situacích či mimořádně obtížných podmínkách. Během pracovního dne se musí přizpůsobovat různým podmínkám v různých domácnostech a měla by být připravena i na nezvyklé požadavky jednotlivých pacientů. Běžným příkladem je třeba individuální úprava domácího prostředí, kde sestra může doporučit vhodné umístění lůžka či rozmístění nábytku a doporučuje vhodné kompenzační pomůcky. (18)

Kompetenčně se sice práce sestry v domácí péči podobá práci na lůžkovém oddělení ve zdravotnických zařízeních, existuje ovšem celá řada negativních vlivů, která se stávají rizikem výkonu činnosti, a spousta všeobecných sester kvůli nim práci v terénu nezvládá a odchází zpět do nemocnic. Pro srovnání zde uvedeme pár příkladů. Domácí péče oproti stabilnímu nemocničnímu prostředí probíhá v cizím a různorodém prostředí domácností klientů pod dohledem jejich rodin, kam sestry většinou dojíždějí služebními vozy. Sestry ve zdravotnických zařízeních si většinou vybírají určité zaměření, kterému se pak nadále věnují. Oproti tomu se sestry v domácí péči musí přizpůsobovat a zvládat výkony z různých oborů. Musí zajistit všechny druhy převazů, zavádění kanyl a sond, poskytovat rehabilitaci, provádět drobná chirurgická ošetření a podobně. Musí se také neustále vzdělávat, aby mohly dále znalosti předávat pacientům a jejich rodinným příslušníkům. Nároky na její vzdělání a znalosti jsou tedy mnohem náročnější. V neposlední řadě musí mít náležitě zkušenosti a praxi, protože v domovech klientů péči zajišťují samy a nemohou se spoléhat na pomoc lékaře na rozdíl od sester v nemocnicích. Sestře v domácí péči pouze ve velmi akutních případech při běžném výkonu domácí péče pomáhá odborný tým s rychle dostupným lékařem. (4)

### **2.2.1 Kvalifikační předpoklady**

Zdravotní domácí péči zabezpečuje, jak již bylo řečeno multidisciplinární zdravotnický tým. Všichni členové tohoto týmu musí splňovat určité nároky, které jsou stanoveny příslušnými normami. Pracovníci domácí péče musí mít ukončené kvalifikační vzdělání. Podmínkou je 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho minimálně 2 roky odborné praxe u lůžka. Jednou z dalších možností je vzdělávání sester v bakalářských studijních programech na vysokých školách a absolvování oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Celoživotní studium bylo až do roku 2005 zajišťováno jako forma specializačního studia ve speciálním úseku práce domácí péče, nyní je zajišťováno ve specializačním oboru komunitní ošetrovatelské péče. Agentury domácí péče mohou také zaměstnávat další kvalifikované odborníky, jako jsou sestry specialistky, rehabilitační sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a sociální pracovníci. Zapojit se mohou ale i dobrovolníci. (31)

### **2.2.2 Role a kompetence sester**

V agenturách domácí práce sestry zaštiťují několik rolí. Poskytují nejen základní ošetrovatelskou péči, ale i specializovanou péči. Práci zde organizuje sestra manažerka, která zpravidla provádí první kontakt s pacientem. Ošetrovatelské aktivity jsou potom prováděny přímo nebo nepřímo a jsou děleny do tří fází – aktivity před vlastní návštěvou v domácím prostředí (první kontakt, příprava pomůcek a informací pro daného pacienta a příprava dokumentace), vlastní návštěva sestry v domově klienta (navození prvního kontaktu, zkušenosti, flexibilita, tolerance, asertivita, aktivita, respekt, důvěra, úprava prostředí domácnosti klienta, zajištění účasti spolupráce rodiny klienta, monitorování potřeb pacientů, sociální diagnostika, provedení vlastního ošetrovatelského výkonu) a aktivity po návštěvě sestry v domácím prostředí (revize, kontakty, porada s lékařem a dalšími členy multidisciplinárního týmu). (30)

Při první návštěvě u klienta by měla vrchní sestra představit sestru, která bude s pacientem dále spolupracovat, seznámit jej s agenturou domácí práce a seznámit ho

s nabídkou služeb agentury a financováním těchto výkonů. Nedílnou součástí je také seznámení klienta s jeho právy. Sestra si stanoví časový plán návštěv a získá informace potřebné k sestavení individuálního ošetřovatelského plánu péče o pacienta. Jedná se tedy o odebrání zdravotní, ošetřovatelské a sociální anamnézy, stanovení diagnóz a případnou konzultaci týkající se potřeb na možné nadstandardní technické dovybavení. (23) Tyto úlohy dále plní sestra přímo vykonávající domácí péči. Klienti zprvu mívají obavy, jak budou návštěvy sester probíhat. Je proto velmi důležité, aby sestry nemocným poskytovaly informace o tom, jak bude péče dále probíhat. Činnosti sester se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace. Do každodenní práce sester se tak promítá i administrativa. Na základě posouzení aktuálního stavu pacienta sestra může lékaři navrhnout úpravu nebo ukončení léčby. (23)

### **2.2.3 Ošetřovatelský proces v domácí péči**

Při domácím ošetřování pacientů sestry postupují na základě ošetřovatelského procesu, se kterým se můžeme setkat i při péči ve zdravotnických zařízeních. Proces, do kterého je zapojen celý multidisciplinární tým, je tvořen pěti základními fázemi – posuzováním pacienta, diagnostikou problému, plánováním ošetřovatelských aktivit, realizací plánu a výsledným zhodnocením pacientova stavu a efektivity léčby. Tento tradiční postup představující sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů se postupně stal součástí mezinárodních standardů ANA (American Nurses Association) a dodržují ho sestry po celém světě. (20)

Prvním krokem je posuzování pacienta, kdy sestra při návštěvách u pacientů zaznamenává subjektivní i objektivní informace (fyzické vyšetření, měření tlaku, pozorování klienta, přístup pacienta a jeho rodiny, vliv prostředí, ...) o nemocném a jeho rodině. Na základě těchto indicií následně lékař určí rozsah potřebné péče a případně navrhne zapojení dalších poskytovatelů domácí péče. Sestra poté seznámí s výsledky posuzování daného pacienta a s ním a jeho blízkými v dalších fázích sestaví finální plán domácí péče.



Diagnostika problému je druhou fází ošetřovatelského procesu. Sestra na základě předchozího zhodnocení formuluje ošetřovatelskou diagnózu, která odpovídá problémům konkrétního pacienta a jejíž cílem je dosáhnout maximální spokojenosti klienta. Diagnóza nepopisuje jen aktuální problémy, ale i komplikace, které mohou nastat v průběhu léčby. V České republice zatím není sestaven speciální systém ošetřovatelských diagnóz pro domácí péči, ale v praxi se u nás od roku 2005 využívá klasifikační systém NANDA II (North American Nursing Diagnosis Association – aktuálně 13 domén, 47 tříd a 235 diagnóz, včetně definic, určujících znaků, rizikových faktorů a souvisejících faktorů). (35) Za stanovené ošetřovatelské diagnózy potom plně odpovídá sestra.

Poté, co sestra sestaví ošetřovatelské diagnózy, vytvoří s pacientem a jeho rodinou plán ošetřovatelské péče, kde formulují krátkodobé a dlouhodobé kroky léčby. Cíle se zaměřují na podporu a udržení nebo navrácení zdraví, stejně jako na prevenci vzniku dalších komplikací. V této fázi je důležité pečlivě vše posoudit a stanovit ten nejvhodnější způsob péče. Správně nastavené cíle zajišťují kontinuitu péče a pozitivní výsledky léčby.

Realizace ošetřovatelského plánu je další fází procesu. Sestra dodržuje postup plánovaných činností, občas ale musí i reagovat na aktuální situaci a poskytovat péči nad rámec původního plánu. Každá změna ovšem musí být řádně zdokumentována. V této fázi domácí péče se také často setkáváme s takzvanou nepřímou péčí. Nepřímou péčí jsou definovány veškeré činnosti, které sestra realizuje mimo domácí prostředí pacienta. Je to například konzultace se specializovanými pracovníky, porady v rámci multidisciplinárního týmu a podobně.

Finálním stádiem ošetřovatelského procesu v domácí péči je hodnocení, které je zároveň i jakousi zpětnou vazbou pro pacienta a jeho rodinu. Hodnotí se účinnost nebo neúčinnost léčby a identifikují se případné další potřeby daného jedince. Multidisciplinární zdravotnický tým posuzuje výsledky v závislosti na předem stanovené cíle. (16)

#### **2.2.4 Dokumentace v domácí péči**

Zdravotní dokumentace pacientů slouží ke komunikaci mezi zdravotnickým týmem a pacientem a jsou zároveň dokladem o vykonání všech úkonů nejen v rámci domácí péče. Dokumentace je nezbytná pro možnost provedení kontroly obsahu a rozsahu poskytnuté péče a slouží jako podklad k fakturaci u zdravotních pojišťoven. Ze záznamů musí vyplývat vývoj zdravotního stavu pacienta v průběhu celé jeho léčby. Při hodnocení efektu péče může sestra pomoci i fotodokumentace, která sestře poskytuje důkaz o pravidelných činnostech, jednotlivých etapách a úspěšnosti léčby.

Každá agentura domácí péče má svůj systém administrativy, a zdravotní dokumentace tak nejsou jednotné. Všechny typy ovšem musí obsahovat osobní údaje pacientů (věk, pohlaví, standard bydlení, stav klienta, ...), sociální anamnézu (jak pacient zvládá každodenní aktivity, jeho schopnosti, schopnost adaptace, hodnocení komunikace, ...), zdravotní anamnézu (tlak, puls, dech, tělesná teplota, váha, výška, kožní defekty, lokalizace a charakter bolesti, smyslové poruchy, paměť, ...), diagnózu, údaje o managementu péče, popis realizace poskytnuté péče a konečně dohodu o poskytování komplexní domácí péče. (24)

#### **2.2.5 Dodržování standardů a kvalita domácí péče**

Nárok na kvalitu je základním cílem současného ošetřovatelství. Sestra v domácí péči musí zachovávat stanovené standardy a reflektovat principy dané agentury domácí péče. Pokud nejsou standardy dodržovány, je ošetřovatelská péče riziková a může ohrožovat zdravotní stav pacienta či způsobit újmu jeho okolí. Ošetřovatelské standardy „určují závaznou normu pro kvalitní péči, umožňují objektivní hodnocení péče, zabezpečují pocit bezpečí a jistoty nemocným a jejich okolí a chrání sestry před neoprávněným postihem.“ (13)

Kvalitu domácí péče lze hodnotit různě. Hodnocení vnitřního systému kontroly kvality je hodnocení poskytovatele péče podle platných standardů, dokumentace nebo kontroly. Vnější systém je kontrola kvality ze strany lékaře, pacienta či revizních

lékařů zdravotních pojišťoven. Nejobektivnějším kritériem je potom výsledný zdravotní stav klienta. (16) Jak zde bylo uvedeno, kvalitní ošetrovatelskou péči je možno posuzovat z různých hledisek. Obecně ovšem platí, že při poskytování domácí péče by sestry měly klást důraz na komplexnost péče, respektovat základní lidská práva a etické normy, všechny činnosti provádět podle standardizovaných a ověřených ošetrovatelských postupů, průběžně se ve svém oboru vzdělávat a přistupovat ke každému pacientovi tak, jako by se starala o člena své vlastní rodiny. (16)

### 3. Empirická část

V úvodu kapitoly budou vydefinovány cíle, výzkumné otázky a hypotézy, které se vztahují k empirické části bakalářské práce. Poté bude popsána metodika sběru dat a organizace vlastního šetření a také způsob, jakým se data zpracovala. Dále následuje charakteristika a popis zkoumaného vzorku, výsledky šetření a jejich interpretace. V závěru empirické části budu hodnotit vlastní výsledky práce a porovnávat je s dříve realizovanými studiemi.

#### 3.1 Cíle práce a pracovní hypotézy

Bakalářská práce měla stanovena pro empirickou část následující cíle a výzkumné otázky:

##### Cíle:

- Zmapovat role a činnosti sester v domácí péči
- Zjistit, jaký vliv má věk sestry na poskytování domácí zdravotní péče
- Zjistit, zda vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči

##### Výzkumné otázky:

1. Jaký vliv má způsob dopravování sester k pacientům na počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou během jedné směny péči?
2. Jaký vliv má délka praxe sester v agentuře domácí péče na počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou během jedné směny péči?
3. Jaký vliv má věk sestry v domácí péči na počtu pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou během jedné směny péči?
4. Jak se liší názor, zda vyšší stupeň dosaženého vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, v závislosti na stupni dosaženého vzdělání sestry?
5. Jaký vliv má stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání sester v domácí péči na úrovni jejich hodnocení vlastních znalostí?
6. Jaký vliv má délka praxe a věk na počet příznaků syndromu vyhoření?

Na základě těchto stanovených cílů a výzkumných otázek byly vydefinovány tyto hypotézy:

**Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že sestry, které se za pacienty dopravují automobilem, poskytnou péči většímu počtu pacientů než sestry, které se dopravují MHD.

1H<sub>0</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, nezávisí na způsobu, jakým se za pacienty dopravují.

1H<sub>A</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na způsobu, jakým se za pacienty dopravují.

**Hypotéza č. 2:** Předpokládáme, že sestry s delší praxí v domácí péči poskytnou péči většímu počtu pacientů, než sestry s kratší praxí v domácí péči

2H<sub>0</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, nezávisí na délce praxe v agentuře domácí péče.

2H<sub>A</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na délce praxe v agentuře domácí péče.

**Hypotéza č. 3:** Předpokládáme, že starší sestry poskytnou péči většímu počtu pacientů než sestry mladší.

3H<sub>0</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, nezávisí na věku.

3H<sub>A</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na věku.

**Hypotéza č. 4:** Předpokládáme, že většina sester v domácí péči si myslí, že vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči

4H<sub>0</sub>: Názor na to, zda vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

4H<sub>A</sub>: Názor na to, zda vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, závisí na stupni dosaženého vzdělání.

**Hypotéza č. 5:** Předpokládáme, že sestry v domácí péči s nejvyšším dosaženým vysokoškolským vzděláním budou hodnotit úroveň vlastních znalostí lépe než sestry s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním.

5H<sub>0</sub>: Hodnocení úrovně vlastních znalostí nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

5H<sub>A</sub>: Hodnocení úrovně vlastních znalostí závisí na stupni dosaženého vzdělání.

**Hypotéza č. 6:** Předpokládáme, že sestry v domácí péči s delší praxí budou mít více příznaků syndromu vyhoření než sestry s kratší praxí.

6H<sub>0</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a délkou praxe neexistuje závislost.

6H<sub>A</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a délkou praxe existuje závislost.

**Hypotéza č. 7:** Předpokládáme, že starší sestry v domácí péči budou mít více příznaků syndromu vyhoření než sestry mladší.

7H<sub>0</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a věkem neexistuje závislost.

7H<sub>A</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a věkem existuje závislost.

### 3.2 Metodika a organizace šetření

Vlastní šetření bylo realizováno distribucí dotazníků v papírové a internetové podobě, následným vyhodnocením a statistickým zpracováním dat – kvantitativní průzkum. Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče byly zjišťovány a porovnávány v agenturách domácí péče po Středočeském a Ústeckém kraji. K získání požadovaných dat byl použit strukturovaný dotazník uvedený v příloze č.- 1. Dotazník byl sestaven na základě studia dané problematiky z odborných zdrojů a z rozhovoru, který mi poskytly sestry z domácí péče. Dotazník obsahoval 37 položek. Vlastní dotazník obsahoval 22 položek zavřených a 15 položek otevřených. Prvních 5 otázek dotazníku je segmentačních a zjišťují osobní informace o respondentech. Otázky číslo 8, 9, 13, 19, a 36 jsou zaměřeny na dosažení cíle a zbylých 27 otázek je zaměřeno na zjištění, jak si sestry v domácí péči organizují práci, jestli spolupracují s rodinou a lékařem pacienta, a zjišťují negativa a pozitiva práce v domácí péči. Dotazníky, zjišťující role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče byly určeny pro sestry pracující jak v soukromých, tak ve státních agenturách domácí péče. Dotazníky byly distribuovány do agentur osobně, nebo elektronicky po předchozí domluvě s vedoucím personálem v agenturách domácí

péče. Anonymita dotazníků byla opatřena formou zalepovacích obálek. Dotazníkové šetření bylo provedeno od února roku 2018 do března roku 2018.

K průzkumnému šetření bylo distribuováno 140 dotazníků, jejichž návratnost byla 96 dotazníků, tj. 68,57 %. Pro neúplnost nebyl vyřazen ani jeden dotazník.

Kraj, ve kterém byl dotazník vydán	Počet vydaných dotazníků	Počet navrácených dotazníků	Návratnost
Ústecký kraj	50	33	66 %
Středočeský kraj	90	63	70 %
Celkem	140	96	68,57 %

Tabulka 1. Návratnost dotazníků

### 3.3 Použité statistické metody

V rámci statistického zpracování byly použity metody popisné statistiky a testování hypotéz. V rámci popisné statistiky byly pro jednotlivé otázky dotazníku vypočteny tabulky absolutních a relativních četností a sloupcové grafy. Dále bylo otestováno 7 statistických hypotéz. Volba statistických testů byla provedena na základě typů proměnných, jejichž závislost byla zjišťována, a předpokladů těchto testů. Předpoklad normálního rozdělení byl testován pomocí Shapiro-Wilkova testu, předpoklad homogenity rozptylu pomocí Levenova testu.

U hypotézy 1H byla testována závislost počtu pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou během jedné směny péči, na způsobu, jakým se sestry za pacienty dopravují. Počet pacientů byla proměnná poměrového typu, způsob dopravy proměnná nominálního typu. Jako vhodná metodika bylo použito mnohonásobné porovnávání. Vzhledem k tomu, že byl zamítnut předpoklad normálního rozdělení i homogenity rozptylu, byl použit Mediánový test, doplněný post-hoc testy založenými na vícenásobném porovnání průměrného pořadí. Ze způsobů dopravy do analýzy vstoupilo MHD, osobní automobil, služební automobil a kombinace MHD a chůze pěšky. Varianta pěšky nebyla zahrnuta pro nízký počet pozorování. Závislost byla

vyhodnocena pouze na základě respondentů, kteří mají osmihodinové směny, celkem 55 respondentů. Testování bylo doplněno kategorizovaným krabicovým grafem.

U hypotézy 2H bylo testováno, zda počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou během jedné směny péči, závisí na délce praxe v agentuře domácí péče. Počet pacientů a délka praxe byly proměnné poměrového typu. Vzhledem k zamítnutí předpokladu normálního rozdělení byl použit test nezávislosti založený na Spearmanově koeficientu pořadové korelace. I zde byla závislost vyhodnocena pouze pro 55 respondentů s osmihodinovými směny. Testování bylo doplněno bodovým grafem.

U hypotézy 3H bylo testováno, zda počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou během jedné směny péči, závisí na věku. Počet pacientů a věk byly proměnné poměrového typu. Vzhledem k nezamítnutí předpokladu normálního rozdělení byl použit test nezávislosti založený na Pearsonově korelačním koeficient. Závislost byla vyhodnocena pouze pro 55 respondentů s osmihodinovými směny. Testování bylo doplněno bodovým grafem.

U hypotézy 4H byla testována závislost názoru, zda vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, na stupni dosaženého vzdělání ošetřovatele. Názor na vliv vzdělání byla proměnná nominálního typu (varianty ano, ne), stupeň dosaženého vzdělání byla proměnná ordinálního typu (kategorie byly rozděleny na středoškolské a vyšší odborné + vysokoškolské). Jako vhodný test byl zvolen Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. Testování bylo doplněno kategorizovaným histogramem.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(X_i - Np_i)^2}{Np_i}$$

U hypotézy 5H byla testována závislost hodnocení vlastních znalostí na stupni dosaženého vzdělání ošetřovatele. Hodnocení vlastních znalostí proměnná ordinálního typu (varianty určitě ano, spíše ano), stupeň dosaženého vzdělání byla proměnná ordinálního typu (kategorie byly rozděleny na středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání). Ačkoli bylo možné zvážit použití některého z



neparametrických korelačních koeficientů, byl vzhledem k nízkému počtu variant obou proměnných pro lepší srozumitelnost zvolen Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. Ohledně hodnocení vlastních znalostí byly vyřazeny varianty nevím, spíše ne, určitě ne, neboť byly zastoupeny minimálně nebo vůbec.

U hypotéz 6H a 7H byla testována závislost počtu příznaků syndromu vyhoření na délce praxe a věku. Počet příznaků syndromu vyhoření, délka praxe i věk byly proměnnými poměrového typu. Vzhledem k zamítnutému předpokladu normálního rozdělení byl zvolen test nezávislosti založený na Spearmanově koeficientu pořadové korelace.

Výsledky statistických testů byly vypočteny pomocí softwaru STATISTICA CZ 12. O nulové hypotéze bylo rozhodnuto na základě p-hodnoty s hladinou významnosti 0,05. V případě p-hodnoty nižší než 0,05 byla tedy nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch hypotézy alternativní. Všechny výstupy ze softwaru jsou obsaženy v příloze.

### 3.4 Vyhodnocení jednotlivých otázek

#### Otázka č. 1: Pohlaví

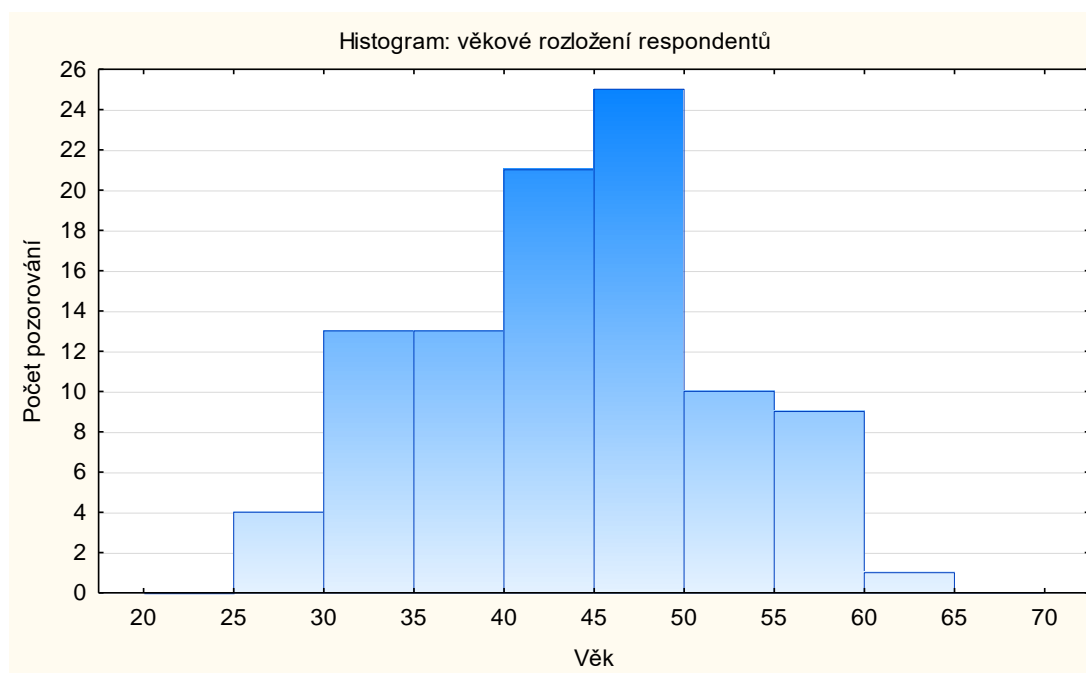
Pohlaví

varianta	četnost	%
žena	85	88,5
muž	11	11,5
celkem	96	100,0

Tabulka č. 2 pohlaví

Zastoupení respondentů je z 88,5 % zastoupen ženským pohlavím a z 11,5 % mužským.

#### Otázka č. 2: věkové rozložení respondentů



Obrázek 1. věkové rozložení respondentů

Ze sloupcového grafu je patrné, že je průměrný věk respondentů 44,5 let. Nejméně bylo respondentů ve věku od 60-65 let.

**Otázka č. 3:** 3. Absolvoval/a jste specializační či certifikovaný kurz v oboru komunitní péče?

Certifikovaný kurz v oboru komunitní péče?

varianta	četnost	%
ano	13	13,5
ne	83	86,5
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 3 Certifikovaný kurz v oboru komunitní péče*

Z této tabulky vyplývá, že 86,5 % respondentů neabsolvovali certifikovaný kurz v oboru komunitní péče. Ti respondenti, kteří odpověděli ano, měli z 92 % (12 respondentů) nejvyšší dosažené vzdělání pouze středoškolské. Pouze jeden respondent (8 %) měl vysokoškolské vzdělání. Naopak 34 % respondentů co odpověděli ne, mají vysokoškolské vzdělání.

**Otázka č. 4:** Nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejvyšší dosažené vzdělání

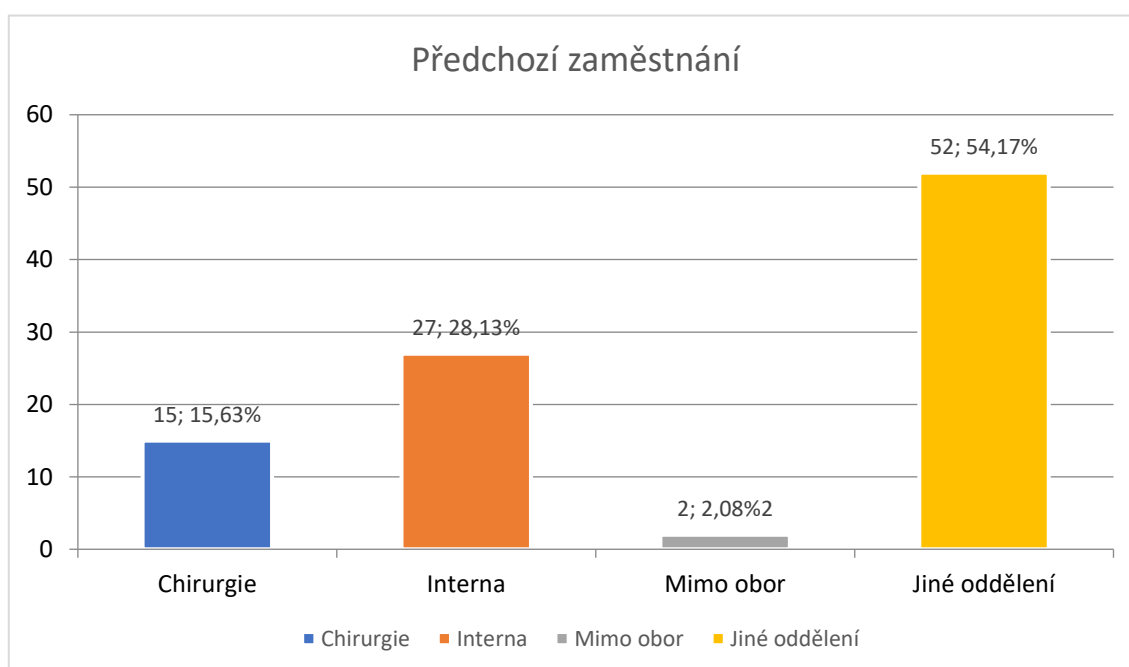
varianta	četnost	%
Středoškolské s maturitou určené pro všeobecné sestry	62	64,6
Středoškolské s maturitou – dětská sestra	3	3,1
Vyšší odborné – diplomovaná všeobecná sestra	17	17,7
Vysokoškolské – bakalářské studium určené pro všeobecné sestry	8	8,3
Vysokoškolské – Magisterské studium určené pro všeobecné sestry	3	3,1

Vysokoškolské – Doktorské určené pro všeobecné sestry	1	1,0
ARIP	2	2,1
celkem	96	100,0

Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka ukazuje, že 67,8 % (N= 65) respondentů má pouze středoškolské vzdělání, 17 respondentů má vyšší odbornou školu a 12 respondentů vysokoškolské vzdělání.

**Otázka č. 5:** Uvedte vaše předchozí zaměstnání, které jste provozoval/a před nástupem do agentury domácí péče?



Obrázek 2. Uvedte vaše předchozí zaměstnání, které jste provozoval/a před nástupem do agentury domácí péče

Na sloupcovém grafu můžeme vidět, že 28,13 % (N =27) respondentů dříve pracovalo na lůžkovém oddělení interního typu, nejčastěji na kardiologii a neurologii, zatímco na lůžkovém oddělení chirurgického typu pracovalo jen 15,63 % (N =15) respondentů. Mimo obor pracovalo pouze 2,08 % (N =2) respondentů. Zbýlých 54,17 %

(N =52) pracovalo nejčastěji na ambulancích, v domovech pro seniory a u praktického lékaře.

**Otázka č. 6:** Jak se dopravujete k pacientům?

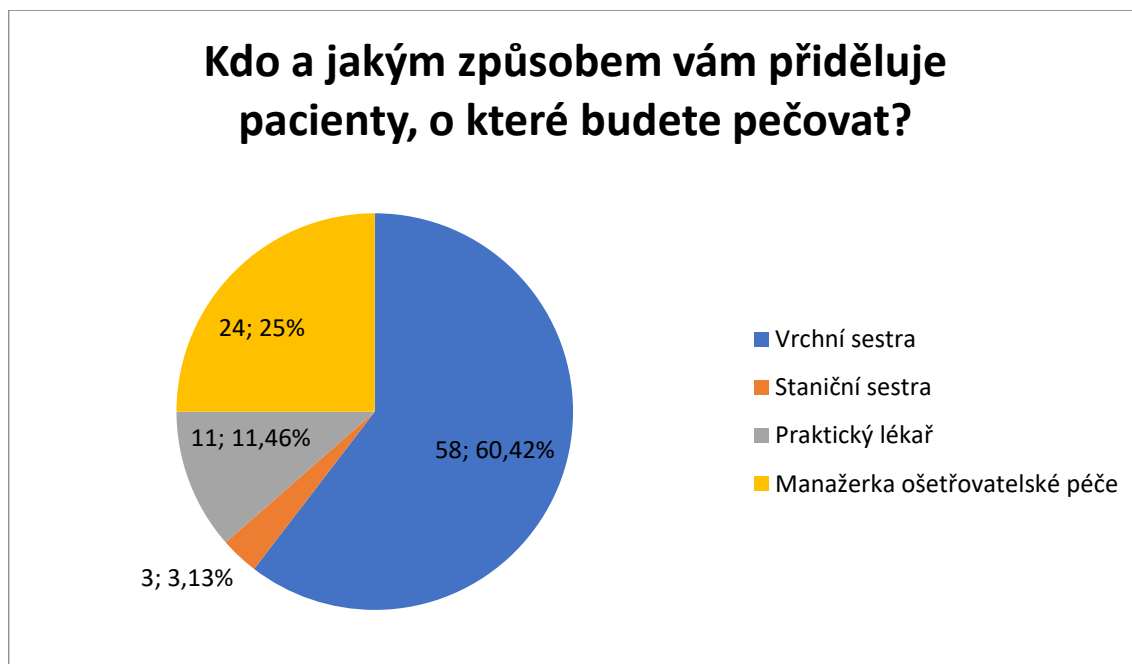
Jak se dopravujete pacientům?

varianta	četnost	%
MHD	14	14,6
Osobním automobilem (vlastním)	53	55,2
Pěšky	3	3,1
Služebním automobilem	15	15,6
MHD a pěšky	10	10,4
Osobním automobilem a pěšky	1	1,0
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 5 Jak se dopravujete k pacientům?*

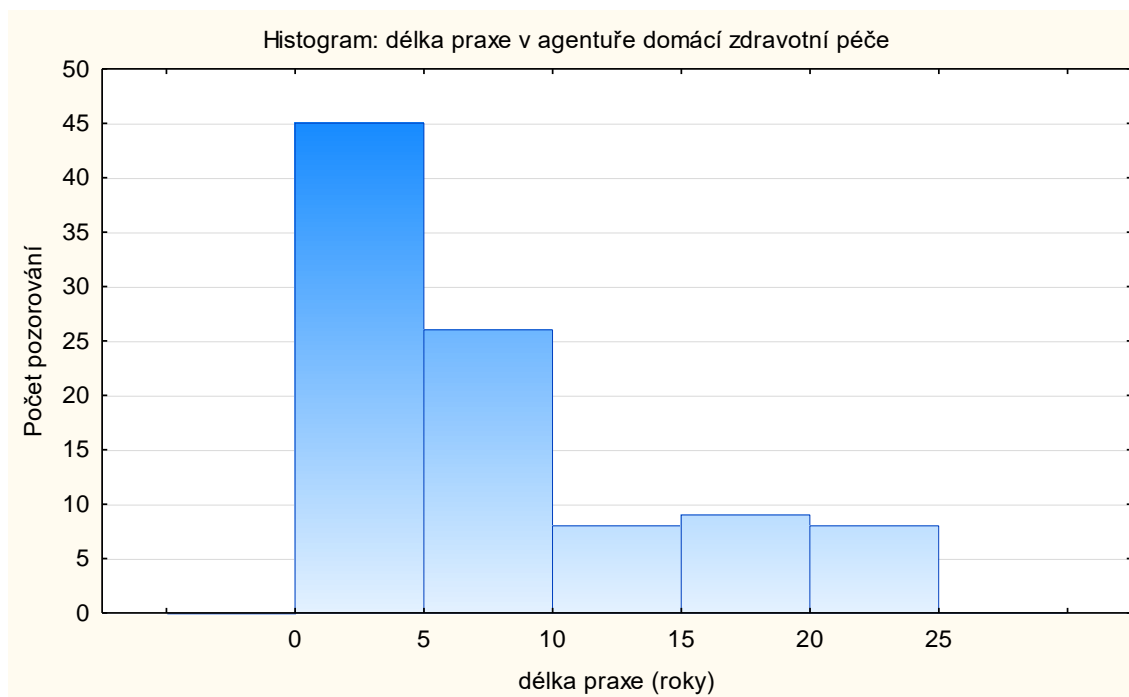
Z tabulky je patrné, že nejvíce sester se dopravuje osobním (vlastním) automobilem a to 55,2 % sester (N =53). Druhým nejčastějším dopravním prostředkem je služební automobil 15,6 % (N =15). Na třetím místě je MHD- 14,6 % (N=14). Na čtvrtém místě je MHD a chůze pěšky- 10,4 % (N =10). Chůzí pěšky se dopravuje pouze 3,1 % sester (N =3).

**Otázka č. 7:** Kdo a jakým způsobem vám přiděluje pacienty, o které budete pečovat?



*Obrázek č. 3 Kdo a jakým způsobem vám přiděluje pacienty, o které budete pečovat?*

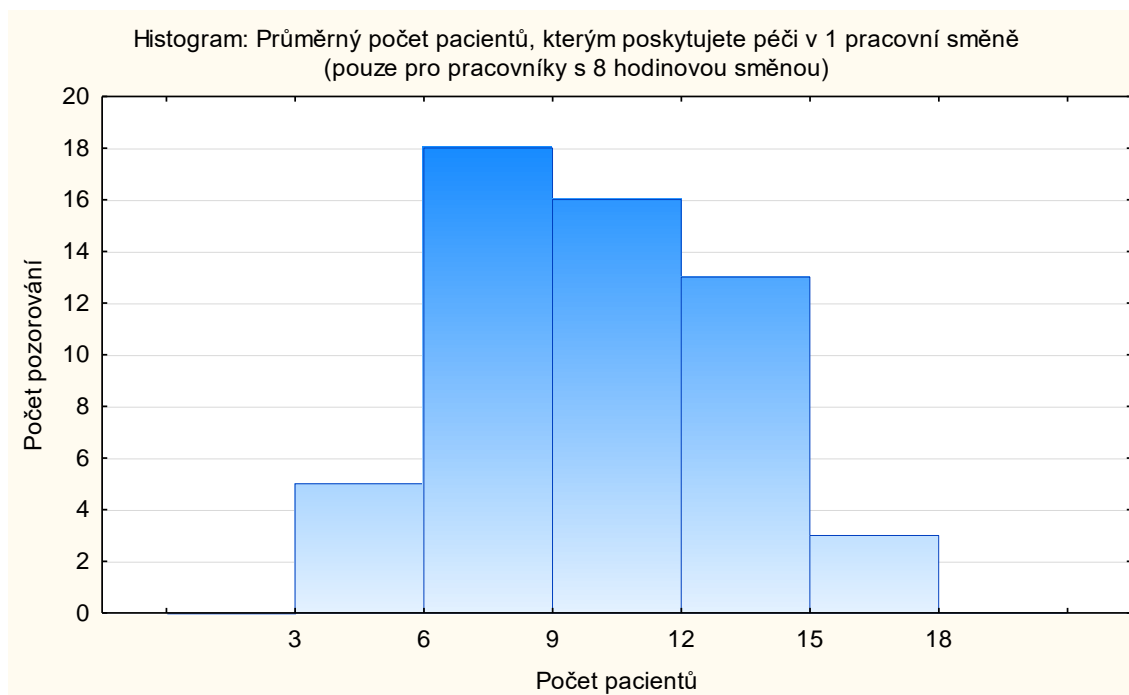
Z otevřené otázky jsem vybrala čtyři nejčastější odpovědi. Z výšečového grafu je patrné, že nejčastěji 60,42 % (N =58) přiděluje pacienty vrchní sestra, z 25 % (N =24) pacienty přiděluje manažerka ošetrovatelské péče. Na třetím místě je praktický lékař, který přiděluje pacienty v 11,46 % případů (N =11). Nejméně pacienty přiděluje staniční sestra a to z 3,13 % (N =3).

**Otázka č. 8:** Jak dlouho pracujete v agentuře domácí zdravotní péče?

Obrázek č. 4 Délka praxe v agentuře domácí zdravotní péče

Ze sloupcového grafu je patrné, že nejvíce sester 46,88 % (N = 45) pracuje v agentuře domácí péče od 0-5 let. 27,08 % (N =26) respondentů pracuje v agentuře domácí péče 5-10 let. 10-15 let praxe v agentuře domácí péče má 8,33 % (N =8) respondentů. 15-20 let praxe v agentuře domácí zdravotní péče má 9,38 % (N =9) respondentů. 20-25 let praxe má 8,33 % (N =8) respondentů.

**Otázka č. 9:** Uvedte počet pacientů, kterým poskytujete péči v 1 pracovní směně:



*Obrázek č. 5 Průměrný počet pacientů, kterým poskytujete péči v 1 pracovní směně (pro pracovníky s 8 hodinovou směnou)*

Ze sloupcového grafu je patrné, že nejvíce respondentů 18,75 % ( $n = 18$ ) poskytují péči v 1 pracovní 8 hodinové směně 6-9 pacientům. 16,67 % ( $N = 16$ ) sester poskytuje péči v 1 pracovní 8 hodinové směně 9-12 pacientům. 13,54 % ( $N = 13$ ) sester poskytuje péči v 1 pracovní 8 hodinové směně 12-15 pacientům. 5,21 % ( $N = 5$ ) sester poskytuje péči v 1 pracovní 8 hodinové směně 3-6 pacientům. Pouze 3,13 % sester poskytuje péči v 1 pracovní 8 hodinové směně 15-18 pacientům.



**Otázka č. 10:** Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých pacientů?

Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých pacientů?

varianta	četnost	%
Praktický lékař	54	56,3
Ošetřující lékař	7	7,3
Vrchní sestra	2	2,1
Praktický a ošetřující lékař	30	31,3
jiné	3	3,1
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 6 Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých pacientů?*

Z tabulky je patrné, že rozsah péče u jednotlivých pacientů určuje nejčastěji z 56,3 % (N =54) praktický lékař. Na druhém místě se umístil ošetřující i praktický lékař a to z 31,3 % (N =30). Na třetím místě se umístil ošetřující lékař s 7,3 % (N =7). Rozsah péče u jednotlivých pacientů nejméně určuje vrchní sestra, a to pouze ze 2,1 % (N =2).

**Otázka č. 11:** Pracovní doba:

Pracovní doba

varianta	četnost	%
8 hodinové směny	55	57,9
10 hodinové směny	9	9,5
12 hodinové směny	8	8,4
nepravidelná	21	22,1
jiné	2	2,1
celkem	95	100,0

Tabulka č. 7 Pracovní doba

Z tabulky je patrné, že nejčastěji mají sestry v agenturách domácí péče 8mi hodinové směny a to z 57,9% (N =55). 22,1 % (N =21) sester má nepravidelnou pracovní dobu. Deseti hodinové směny má 9,5 % (N =9) dotazovaných sester. Dvanácti hodinové směny má 8,4 % (N =8) sester.

**Otázka č. 12:** 12. Nabízíte jiné (pečovatelské a sociální) služby?

Nabízíte jiné (pečovatelské a sociální) služby?

varianta	četnost	%
Ano	9	9,4
Ne	87	90,6
celkem	96	100,0

Tabulka č. 8 Nabízíte jiné (pečovatelské a sociální) služby?

Z tabulky je patrné, že 90,6 % respondentů (N =87) nenabízí jiné (pečovatelské a sociální) služby. 9,4 % dotazovaných respondentů (N =9) nabízí jiné služby – nejčastěji služby pečovatelské a půjčování zdravotnických pomůcek.

**Otázka č. 13:** Domníváte se, že Vaše znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči jsou dostačující při Vámi poskytované péči?

Domníváte se, že Vaše znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči jsou dostačující při Vámi poskytované péči?

varianta	četnost	%
Určitě ano	47	49,0
Spíše ano	45	46,9
Spíše ne	1	1,0
Určitě ne	3	3,1
Nevím	0	0,0
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 9 Domníváte se, že vaše znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči jsou dostačující při vámi poskytované péči?*

Z tabulky vyplývá, že 49 % sester (N =47) se domnívá, že jejich znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči jsou dostačující při jejich poskytované péči. 46,9 % sester (N =45) se domnívá, že jejich znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči jsou spíše dostačující při jejich poskytované péči. 3 respondenti se domnívají, že jejich znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči nejsou dostačující při jejich poskytované péči. 1 respondent se domnívá, že jeho znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči jsou spíše nedostačující při jeho poskytované péči.

**Otázka č. 14:** Máte zájem o další vzdělávání?

Máte zájem o další vzdělávání?

varianta	četnost	%
Určitě ano	22	22,9
Spíše ano	40	41,7
Spíše ne	19	19,8
Určitě ne	1	1,0
Nevím	14	14,6
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 10 Máte zájem o další vzdělávání?*

Z tabulky vyplývá, že 41,7 % dotazovaných sester (N =40) má spíše zájem o další vzdělávání. 22,9 % sester (N =22) má určitě zájem o další vzdělávání. 19,8 % sester (N =19) spíše nemá zájem o další vzdělávání. 14,6 % sester (N =14) neví, zda mají zájem o další vzdělávání a jeden respondent určitě nemá zájem o další vzdělávání.

**Otázka č. 15:** Účastníte se odborných seminářů, které můžete ve své práci využít?

Účastníte se odborných seminářů, které můžete ve své práci využít?

varianta	četnost	%
Ano	90	93,8
Ne	6	6,3
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 11 Účastníte se odborných seminářů, které můžete ve své práci využít?*

Z tabulky vyplývá, že 93,8 % sester (N =90) se účastní odborných seminářů, které mohou ve své práci využít. Zbýlých 6,3 % sester (N =6) se neúčastní odborných seminářů, které mohou ve své práci využít.

**Otázka č. 16:** Naplňuje Vás činnost v domácí zdravotní péči?

Naplňuje Vás činnost v domácí zdravotní péči?

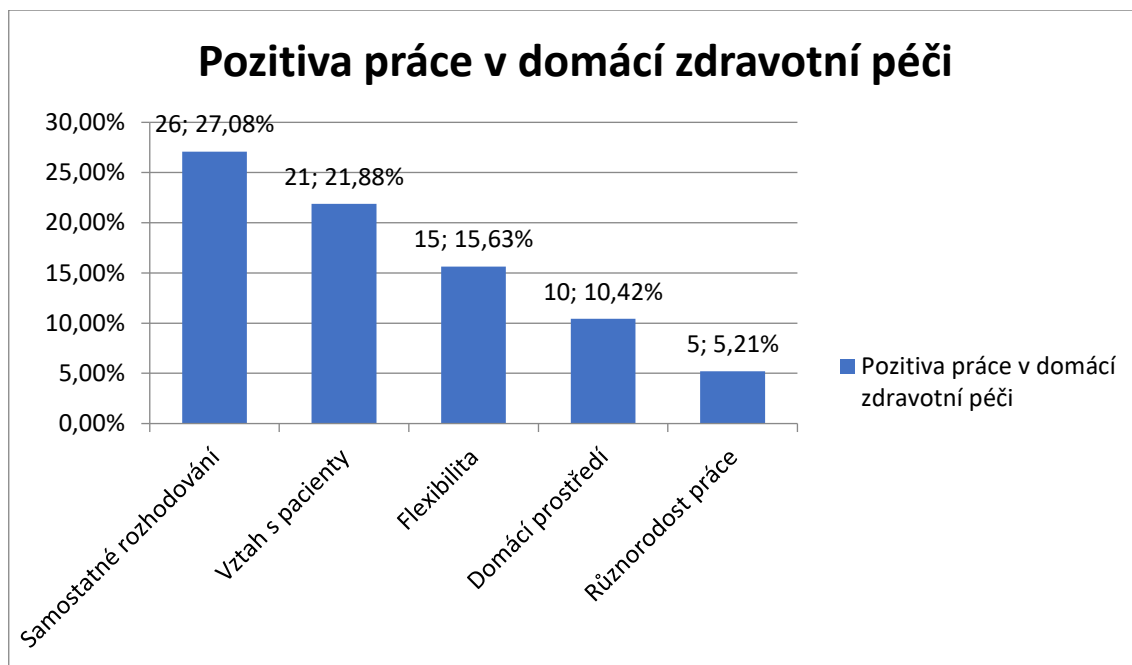
varianta	četnost	%
Určitě ano	41	42,7
Spíše ano	45	46,9
Spíše ne	4	4,2
Určitě ne	0	0,0
Nevím	6	6,3
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 12 Naplňuje vás činnost v domácí zdravotní péči?*

Z tabulky vyplývá, že 46,9 % dotazovaných sester (N =45) spíše naplňuje činnost v domácí zdravotní péči. 42,7 % sester (N =41) určitě naplňuje činnost v domácí zdravotní péči. 6,3 % sester (N =6) uvedlo, že neví, jestli je činnost v domácí zdravotní péči naplňuje. 4,2 % sester (N =4) uvedlo, že je spíše nenaplňuje činnost v domácí zdravotní péči.

**Otázka č. 17:** Pozitiva práce v domácí zdravotní péči:

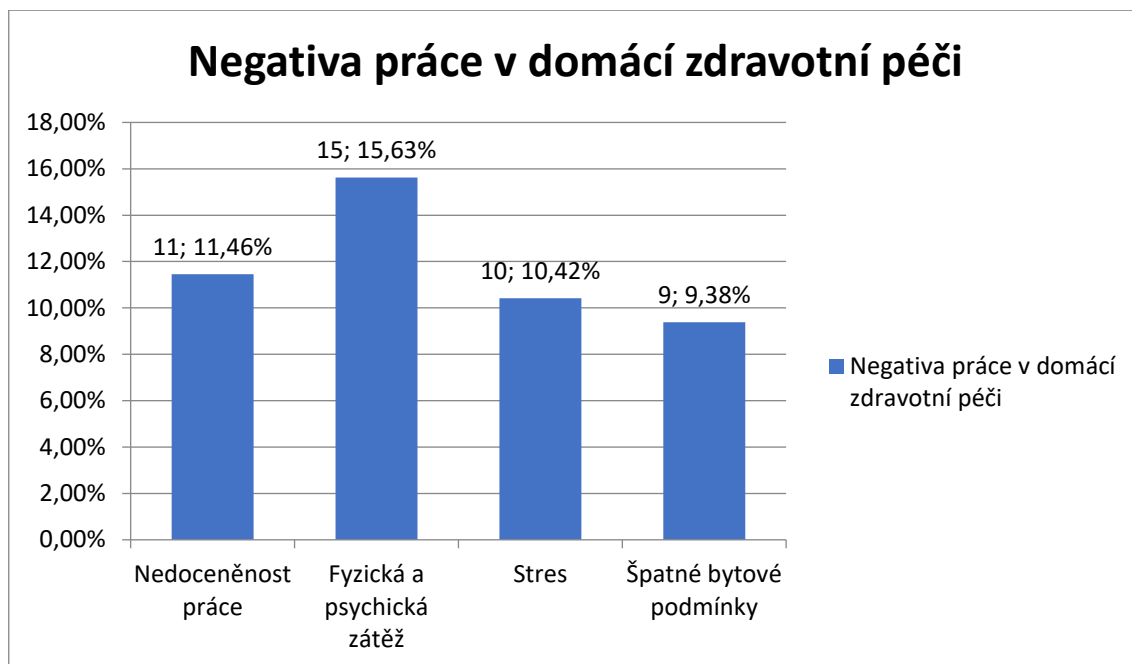
Zdravotní sestry nejčastěji uváděly jako pozitiva – samostatnost, samostatné rozhodování, flexibilitu, různorodost práce, vztah s pacienty a domácí prostředí.



Obrázek č. 6 Pozitiva práce v domácí zdravotní péči

Z otevřené otázky jsem vybrala pět nejčastějších odpovědí. Ze sloupcového grafu je patrné, že sestry z 27,08 % (N =26) uvedly pozitivum práce v domácí péči samostatné rozhodování. 21,88 % sester (N =21) uvedlo jako pozitivum práce blízký vztah k pacientům. 15,63 % sester (N =15) uvedlo jako pozitivum flexibilitu. 10,42 % sester (N =10) uvedlo jako pozitivum práce domácí prostředí a 5,21 % sester (N =5) uvedlo jako pozitivum různorodost práce.

**Otázka č. 18:** Negativa práce v domácí zdravotní péči:



*Obrázek č. 7 Negativa práce v domácí zdravotní péči*

Z otevřené otázky jsem vybrala čtyři nejčastější odpovědi. Ze sloupcového grafu vyplývá, že 15,63 % sester (N =15) odpovědělo, že negativum práce v domácí zdravotní péči je fyzická a psychická zátěž. 11,46 % sester (N =11) odpovědělo, že negativum práce v domácí zdravotní péči je nedocenenou práce. 10,42 % sester (N =10) odpovědělo, že negativum práce v domácí zdravotní péči je stres. 9,38 % sester (N =9) odpovědělo, že negativum práce v domácí péči jsou špatné bytové podmínky. Další, a ne tak časté odpovědi byly – přesčasy, práce bez dohledu lékaře a hodně administrativy.

**Otázka č. 19:** Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta?

Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta?

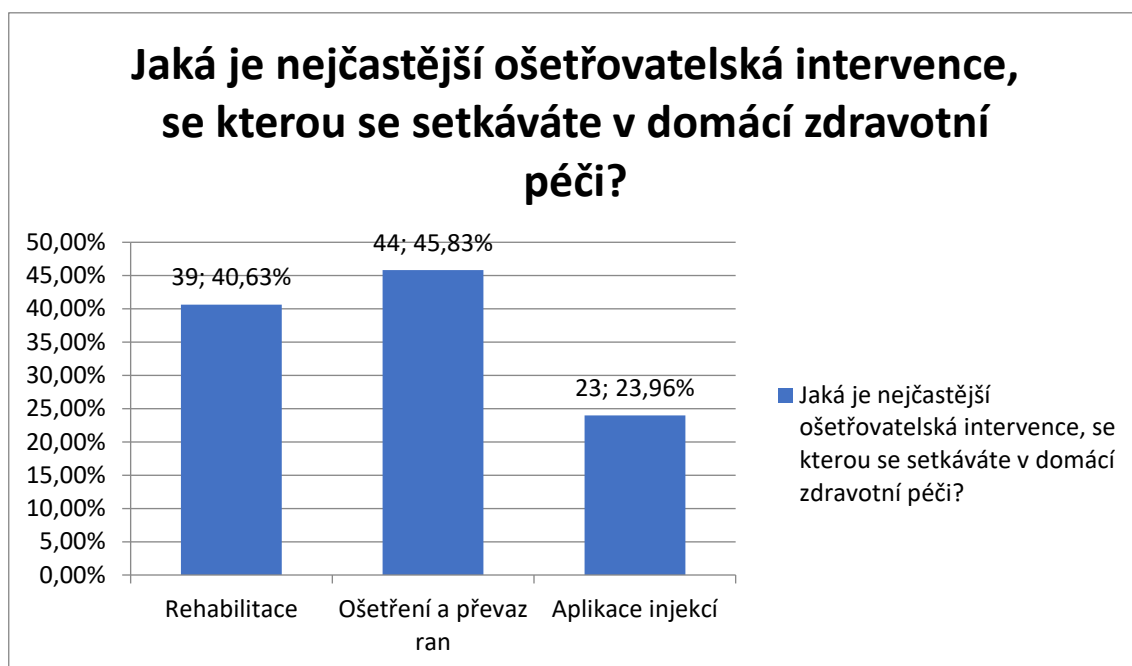
varianta	četnost	%
Ano	43	45,7
Ne	51	54,3
celkem	94	100,0

*Tabulka č. 13 Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta?*

Z tabulky vyplývá, že 54,3 % dotazovaných sester (N =51) si nemyslí, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta. Nejčastější důvod byl uváděn takový, že lepší je praxe. 45,7 % sester (N =43) odpovědělo, že si myslí, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta. Jako nejčastější důvod byl uváděn takový, že tím získají nové informace.



**Otázka č. 20:** Jaká je nejčastější ošetrovatelská intervence, se kterou se setkáváte v domácí zdravotní péči?



*Obrázek č. 8 Jaká je nejčastější ošetrovatelská intervence, se kterou se setkáváte v domácí zdravotní péči?*

Z otevřené otázky jsem vybrala tři nejčastější odpovědi. Ze sloupcového grafu vyplývá, že 45,83 % sester (N =44) uvedlo jako nejčastější intervenci, se kterou se setkávají v domácí zdravotní péči ošetření a převazy ran – hlavně bércových vředů. 40,63 % sester (N =39) uvedlo jako nejčastější intervenci, se kterou se setkávají v domácí zdravotní péči rehabilitaci. 23,96 % sester (N =23) uvedlo jako nejčastější intervenci, se kterou se setkávají v domácí zdravotní péči aplikace injekcí – hlavně inzulinů.

**Otázka č. 21:** Spolupracujete s rodinnými příslušníky pacientů, pokud to zdravotní stav vyžaduje?

Spolupracujete s rodinnými příslušníky pacientů, pokud to zdravotní stav vyžaduje?

varianta	četnost	%
Vždy	69	71,9
Někdy	27	28,1
Nikdy	0	0,0
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 14 Spolupracujete s rodinnými příslušníky pacientů, pokud to zdravotní stav vyžaduje?*

Z tabulky vyplývá, že 71,9 % sester (N =69) odpovědělo, že spolupracuje s rodinnými příslušníky vždy, pokud to zdravotní stav vyžaduje. 28,1 % sester (N =27) uvedlo, že spolupracují s rodinnými příslušníky pacientů někdy, pokud to zdravotní stav vyžaduje.

**Otázka č. 22:** Jaká je Vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami?

Jaká je Vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami?

varianta	četnost	%
Spolupráce s lékařem pouze při předepsání domácí péče	22	22,9
Spolupráce s lékařem v průběhu poskytování péče	70	72,9
Spolupráce s lékařem žádná	5	5,2
Spolupráce se sestrou žádná	6	6,3
Spolupráce se sestrou praktického lékaře pouze při předání pacienta do péče ADP	4	4,2
Spolupráce se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče	57	59,4

*Tabulka č. 15 Jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami?*

Z tabulky vyplývá, že 72,9 % sester (N =70) spolupracuje s lékařem v průběhu poskytování péče. 59,4 % sester (N =57) spolupracuje se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče. 22,9 % sester (N =22) spolupracují s lékařem pouze při předepsání domácí péče. 6,3 % sester (N =6) uvedlo, že se sestrou vůbec nespupracují. 5,2 % sester (N =5) uvedlo, že s lékařem vůbec nespupracují a 4,2 % sester (N =4) uvedlo, že spolupracují se sestrou praktického lékaře pouze při předání pacienta do péče agentury domácí péče.

**Otázka č. 23:** Máte na všechny výkony u pacientů dostatek času?

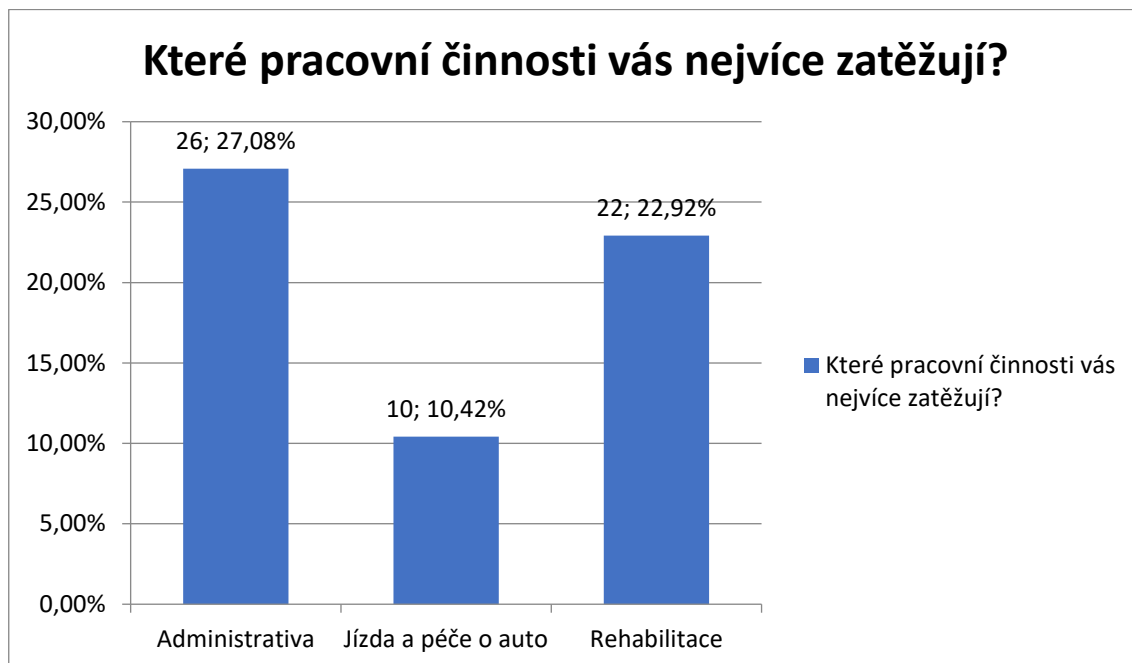
Máte na všechny výkony u pacientů dostatek času?

varianta	četnost	%
Určitě ano	22	22,9
Spíše ano	65	67,7
Spíše ne	9	9,4
Určitě ne	0	0,0
Nevím	0	0,0
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 16 Máte na všechny výkony u pacientů dostatek času?*

Z tabulky vyplývá, že 67,7 % sester (N =65) má spíše na všechny výkony u pacientů dostatek času. 22,9 % sester (N =22) odpovědělo, že mají určitě na všechny výkony u pacientů dostatek času. 9,4 % sester (N =9) uvedlo, že na všechny výkony u pacientů dostatek času spíše nemají.

**Otázka č. 24:** Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují?



*Obrázek č. 9 Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují?*

Z otevřené otázky jsem vybrala tři nejčastější odpovědi. Z patrných výsledků vyplývajících ze sloupcového grafu, lze říci, že 27,08 % sester (N=26) uvedlo, že nejvíce je zatěžuje administrativa a dokumentace. 22,92 % sester (N =22) uvedlo, že je nejvíce zatěžuje rehabilitace pacienta. 10,42 % sester (N =10) odpovědělo, že je nejvíce zatěžuje jízda autem a péče o něj.

**Otázka č. 25:** Máte v terénu dostatek pomůcek a materiálu?

Máte v terénu dostatek pomůcek a materiálů?

varianta	četnost	%
Určitě ano	28	29,2

Spíše ano	61	63,5
Spíše ne	7	7,3
Určitě ne	0	0,0
Nevím	0	0,0
celkem	96	100,0

*Tabulka č.17 Máte v terénu dostatek pomůcek a materiálů?*

Z tabulky vyplývá, že 63,5 % sester (N =61) uvedlo, že v terénu mají spíše dostatek pomůcek a materiálů. 29,2 % sester (N =28) uvedlo, že v terénu mají určitě dostatek pomůcek a materiálů. 7,3 % sester (N =7) uvedlo, že v terénu spíše nemají dostatek pomůcek a materiálů.

**Otázka č. 26:** Využíváte fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem?

Využíváte fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem?

varianta	četnost	%
Určitě ano	35	36,5
Spíše ano	36	37,5
Spíše ne	23	24,0
Určitě ne	1	1,0
Nevím	1	1,0
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 18 Využíváte fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem?*

Z tabulky vyplývá, že 37,5 % sester (N =36) spíše využívá fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem. 36,5 % sester (N =35) uvedlo, že určitě využívají fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem. 24 % sester (N =23) uvedlo, že spíše nevyžívají fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem. 1 % sester (N=1) odpovědělo, že neví a že nevyžívají fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem.

**Otázka č. 27:** Považujete své kompetence za dostačující?

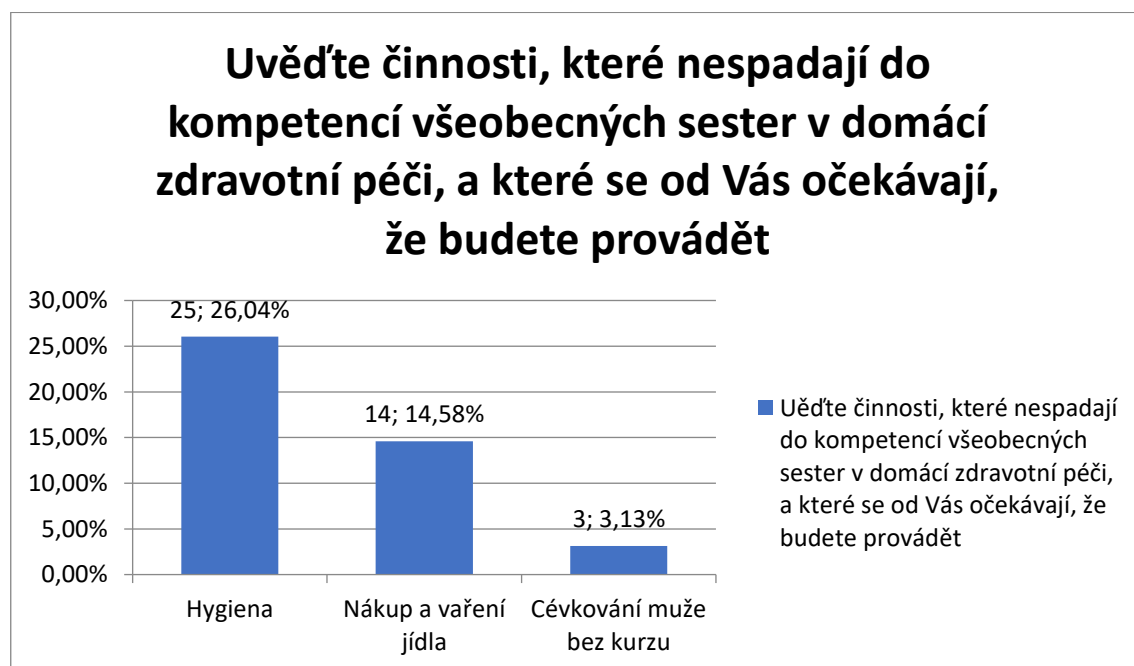
Považujete své kompetence za dostačující?

varianta	četnost	%
Určitě ano	28	29,2
Spíše ano	45	46,9
Spíše ne	17	17,7
Určitě ne	0	0,0
Nevím	6	6,3
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 19 Považujete své kompetence za dostačující?*

Z tabulky vyplývá, že 46,9 % sester (N =45) považuje své kompetence spíše za dostačující. 29,2 % sester (N =28) uvedlo, že své kompetence určitě považují za dostačující. 17,7 % sester (N =17) uvedlo, že své kompetence spíše nepovažují za dostačující a 6,3 % sester (N =6) uvedlo, že neví, jestli považují své kompetence za dostačující.

**Otázka č. 28:** Uvedte činnosti, které nespádají do kompetencí všeobecných sester v domácí zdravotní péči a které se od Vás očekávají, že budete provádět:

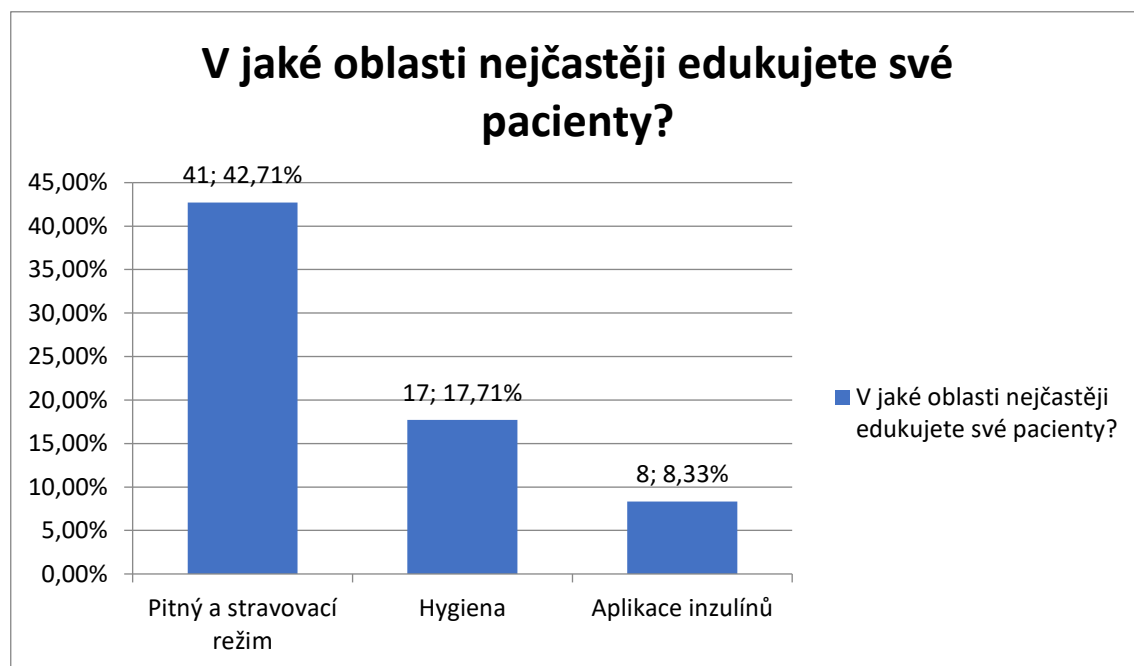


*Obrázek č. 10 Uvedte činnosti, které nespádají do kompetencí všeobecných sester v domácí zdravotní péči a které se od Vás očekávají, že budete provádět*

Z otevřené otázky jsem vybrala tři nejčastější odpovědi. Ze sloupcového grafu vyplývá, že 26,04 % sester (N =25) uvedlo, že hygiena je nejčastější činnost, která nespádá do kompetencí všeobecných sester v domácí péči a která se od nich očekává, že budou provádět. 14,58 % sester (N =14) uvedlo, že nákup a vaření jídla je nejčastější činnost, která nespádá do kompetencí všeobecných sester v domácí péči a která se od nich očekává, že budou provádět. 3,1 % sester (N =3) uvedlo jako nejčastější činnost, která nespádá do kompetencí všeobecných sester v domácí péči a která se od nich očekává, že budou provádět cévkování muže bez absolvování certifikovaného kurzu.



**Otázka č. 29:** V jaké oblasti nejčastěji edukujete své pacienty?



*Obrázek č. 11 V jaké oblasti nejčastěji edukujete své pacienty?*

Z otevřené otázky jsem vybrala tři nejčastější odpovědi. Ze sloupcového grafu vyplývá, že 42,71 % sester (N =41) nejčastěji edukuje pacienty o pitném režimu a stravovacích návycích. 17,71 % sester (N =17) nejčastěji edukuje pacienty o správné hygieně. 8,33 % sester (N =8) edukuje pacienty o správné aplikaci inzulínů.

**Otázka č. 30:** Informujete v plném rozsahu pacienta, který je diabetik o zásadách stravování?

Informujete v plném rozsahu pacienta, který je diabetik, o zásadách stravování?

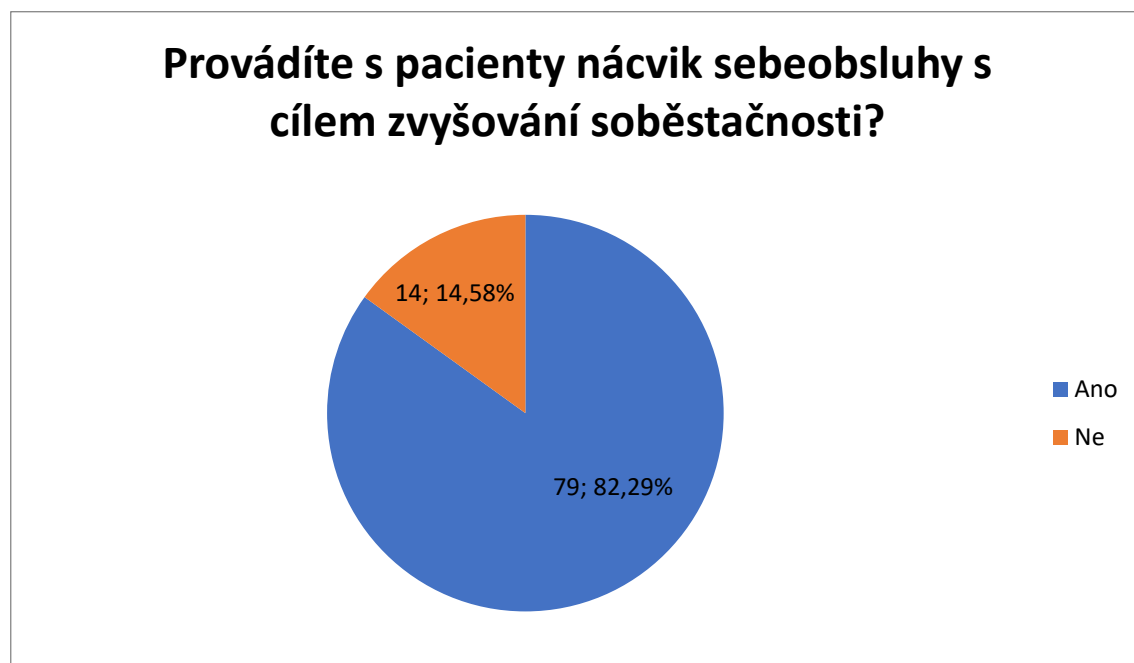
varianta	četnost	%
Určitě ano	66	71,0

Spíše ano	24	25,8
Spíše ne	3	3,2
Určitě ne	0	0,0
Nevím	0	0,0
celkem	96	100,0

Tabulka č. 20 Informujete v plném rozsahu pacienta, který je diabetik, o zásadách stravování?

Z tabulky vyplývá, že 71 % sester (N =66) informuje v plném rozsahu pacienta diabetika o zásadách stravování. 25,8 % sester (N =24) uvedlo, že spíše informují v plném rozsahu pacienta diabetika o zásadách stravování. 3,2 % (N =3) Uvedlo, že spíše neinformují v plném rozsahu pacienta diabetika o zásadách stravování.

**Otázka č. 31:** Provádíte s pacienty nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti?



Obrázek č. 12 Provádíte s pacienty nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti?

Z výšečového grafu vyplývá, že 82,29 % sester (N =79) provádí s pacienty nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti, a to nejčastěji po cévní mozkové příhodě. 14,58 % sester (N =14) uvedlo, že neprovádí s pacienty nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti, a to nejčastěji kvůli nedostatku času.

**Otázka č. 32:** Žádají Vás pacienti o spolupráci při řešení jejich dennodenních osobních záležitostí, týkající se jejich zajištění a bezpečí?

Žádají Vás pacienti o spolupráci při řešení jejich každodenních osobních záležitostí, týkajících se jejich zajištění a bezpečí?

varianta	četnost	%
Určitě ano	17	17,9
Spíše ano	50	52,6
Spíše ne	23	24,2
Určitě ne	2	2,1
Nevím	3	3,2
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 21 Žádají Vás pacienti o spolupráci při řešení jejich každodenních osobních záležitostí, týkajících se jejich zajištění a bezpečí?*

Z tabulky vyplývá, že 52,6 % sester (N =50) je spíše žádáno o spolupráci při řešení každodenních osobních záležitostí pacienta, týkající se jeho zabezpečení a bezpečí. 24,2 % sester (N =23) spíše není žádáno o spolupráci při řešení každodenních osobních záležitostí pacienta, týkající se jeho zabezpečení a bezpečí. 17,9 % sester (N =17) je určitě žádáno o spolupráci při řešení každodenních osobních záležitostí pacienta, týkající se jeho zabezpečení a bezpečí. 3,2 % sester (N =3) neví, zda je žádáno o spolupráci při řešení každodenních osobních záležitostí pacienta, týkající se jeho

zabezpečení a bezpečí. 2,1 % sester (N =2) není žádáno o spolupráci při řešení každodenních osobních záležitostí pacienta, týkající se jeho zabezpečení a bezpečí.

**Otázka č. 33:** Je podle Vás důležitá komunikace při ošetřování pacienta?

Je podle Vás důležitá komunikace při ošetřování pacienta?

varianta	četnost	%
Určitě ano	83	86,5
Spíše ano	13	13,5
Spíše ne	0	0,0
Určitě ne	0	0,0
Nevím	0	0,0
celkem	96	100,0

*Tabulka č. 22 Je podle Vás důležitá komunikace při ošetřování pacienta?*

Z tabulky vyplývá, že 86,5 % sester (N =83) si určitě myslí, že je komunikace důležitá při ošetřování pacienta. 13,5 % sester (N =13) si spíše myslí, že je komunikace důležitá při ošetřování pacienta.

**Otázka č. 34:** Podle čeho si řídíte svoji činnost?

Důležitost času, kdy má být výkon proveden

umístění dle důležitosti	četnost	%

1	71	74,7
2	18	18,9
3	6	6,3
4	0	0,0
celkem	95	100,0

*Tabulka č. 23 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost času, kdy má být výkon proveden*

Důležitost blízkosti klientů po trase

umístění dle důležitosti	četnost	%
1	16	16,8
2	62	65,3
3	16	16,8
4	1	1,1
celkem	95	100,0

*Tabulka č. 24 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost blízkosti klientů po trase*

Důležitost délky výkonů

umístění dle důležitosti	četnost	%
1	8	8,4
2	13	13,7
3	67	70,5

4	7	7,4
celkem	95	100,0

Tabulka č. 25 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost délky výkonů

Důležitost jiných faktorů

umístění dle důležitosti	četnost	%
1	0	0,0
2	1	2,9
3	4	11,4
4	30	85,7
celkem	35	100,0

Tabulka č. 26 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost jiných faktorů

Z tabulek vyplývá, že sestry v 74,7 % (N =71) odpovědí uvedly, že na prvním místě plánování svojí činnosti je důležitost času, kdy má být výkon proveden. Na druhém místě sestry uvedly v 65,3 % (n =62) důležitost blízkosti klientů po trase. Na třetím místě sestry v 70,5 % uvedly důležitost délky výkonů. Důležitost jiných faktorů se umístila na čtvrtém a posledním místě z 85,7 % odpovědí sester (N =30).

**Otázka č. 35:** Provádíte výkony v domácí péči dle ošetřovatelských standardů?

Provádíte výkony v domácí péči dle ošetřovatelských standardů?

varianta	četnost	%
Určitě ano	62	64,6
Spíše ano	31	32,3

Spíše ne	0	0,0
Určitě ne	0	0,0
Nevím	3	3,1
celkem	96	100,0

Tabulka č. 27 Provádíte výkony v domácí péči dle ošetřovatelských standardů?

Z tabulky vyplývá, že 64,6 % sester (N =62) uvedlo, že provádějí výkony v domácí péči dle ošetřovatelských standardů. 32,3 % sester (N =31) uvedlo, že provádějí výkony v domácí péči spíše dle ošetřovatelských standardů. 3,1 % sester (N =3) uvedlo, že neví, zda provádějí výkony v domácí péči dle ošetřovatelských standardů.

**Otázka č. 36:** Označte příznaky, které se u vás objevily během vykonávání ošetřovatelské péče v agenturách domácí péče

Označte příznaky, které se u Vás objevily během vykonávání ošetřovatelské péče v agenturách domácí péče:

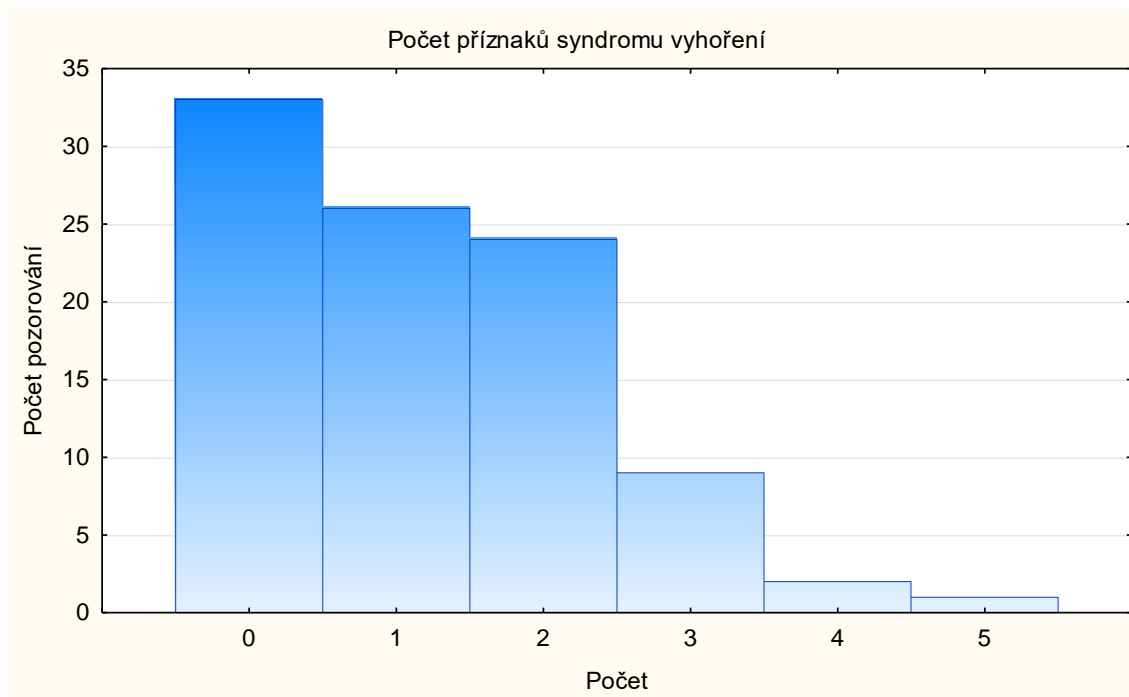
varianta	četnost	%
Nechuť a lhostejnost v práci	10	10,4
Ztráta nadšení a pracovního nasazení	27	28,2
Potíže se soustředěním a koncentrací	22	22,9
Agresivita a popudlivost vůči okolí	2	2,1
Pocit nedocenění odvedené práce	35	36,5

Cynický přístup ke klientům	0	0,0
Svalové napětí	17	17,7
Žádný z uvedených příznaků	34	35,4

*Tabulka č. 28 Označte příznaky, které se u Vás objevily během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče*

Z tabulky vyplývá, že u 36,5 % sester (N =35) objevil během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče pocit nedocenění odvedené práce. U 35,4 % sester (N =34) se neobjevil během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče žádný z příznaků. 28,2 % sester (N =27) uvedlo, že se u nich objevila během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče ztráta nadšení a pracovního nasazení. 22,9 % sester (N =22) uvedlo, že se u nich objevily během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče potíže se soustředěním a koncentrací. 17,7 % sester (N =17) uvedlo, že se u nich objevilo během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče svalové napětí. U 10,4 % sester (N =10) se objevila během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče nechuť a lhostejnost v práci. 2,1 % sester (N =2) uvedlo, že se u nich objevila během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče agresivita a popudlivost vůči okolí.





Obrázek č. 13 počet příznaků syndromu vyhoření

**Otázka č. 37:** Uvažujete o změně zaměstnání?

Uvažujete o změně zaměstnání?

varianta	četnost	%
Určitě ano	1	1,0
Spíše ano	6	6,3
Spíše ne	39	40,6
Určitě ne	37	38,5
Nevím	13	13,5
celkem	96	100,0

Tabulka č. 29 Uvažujete o změně zaměstnání?

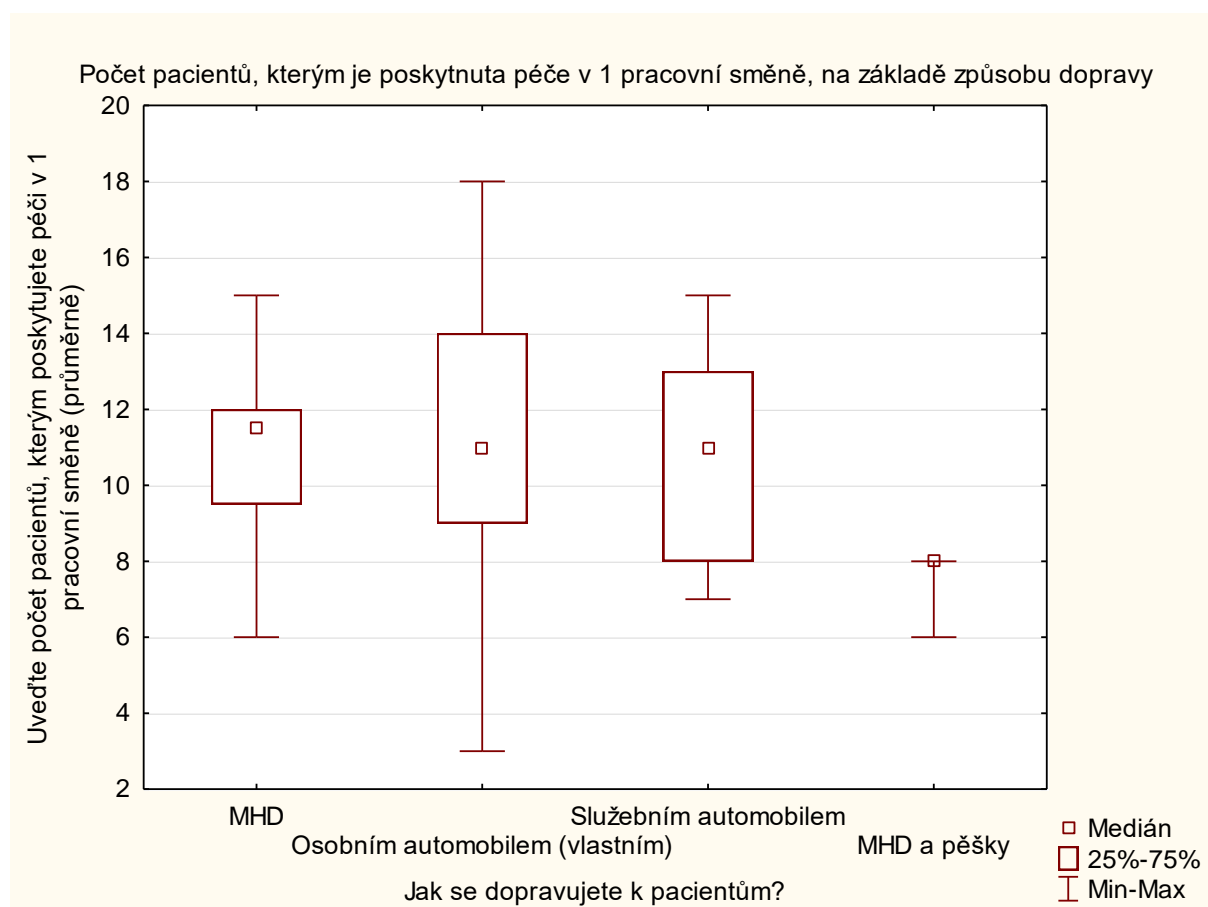
Z tabulky vyplývá, že 40,6 % sester (N =39) spíše neuvažuje o změně zaměstnání. 38,5 % sester (N =37) určitě neuvažuje o změně zaměstnání. 13,5 % sester (N =13) neví, jestli uvažuje o změně zaměstnání. 6,3 % sester (N =6) spíše uvažuje o změně zaměstnání. 1 % sester (N =1) určitě uvažuje o změně zaměstnání.

### 3.4.1 Vyhodnocení pracovních hypotéz

**Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že sestry, které se za pacienty dopravují automobilem, poskytnou péči většímu počtu pacientů než sestry, které se dopravují MHD.

1H<sub>0</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, nezávisí na způsobu, jakým se za pacienty dopravují.

1H<sub>A</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na způsobu, jakým se za pacienty dopravují.



*Obrázek č. 14 Počet pacientů, kterým je poskytnuta péče v 1 pracovní směně, na základě způsobu dopravy*

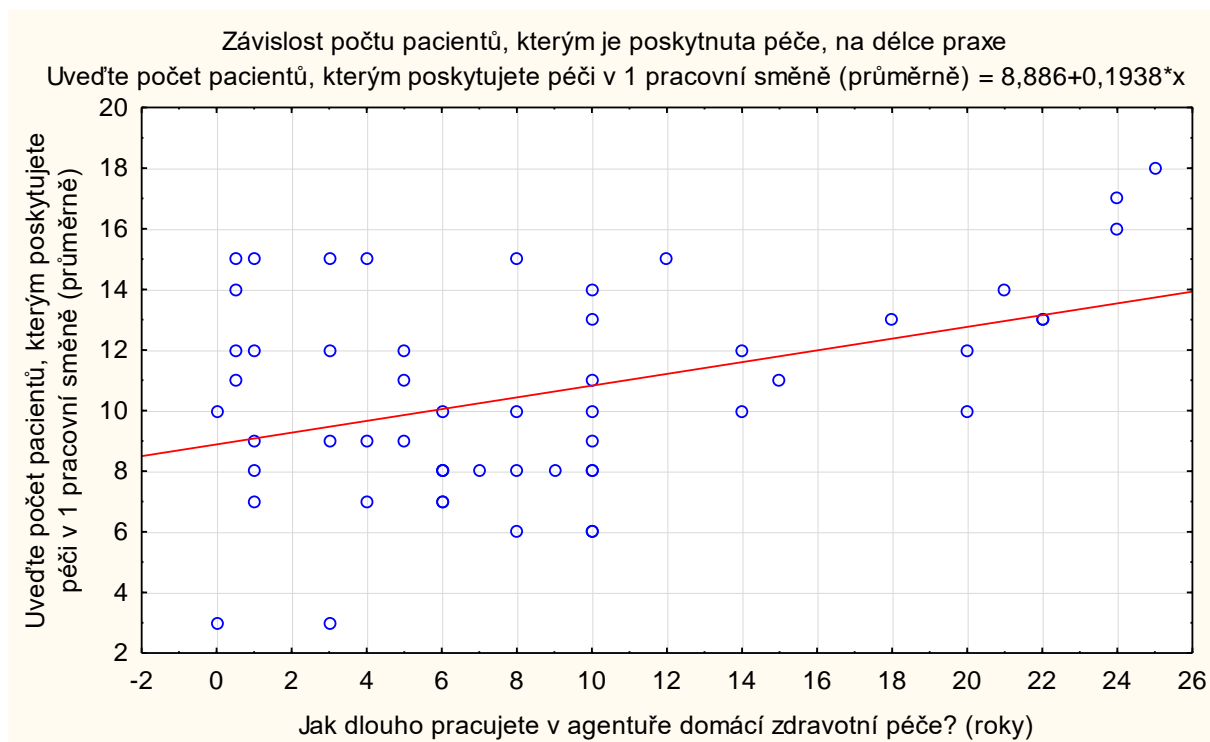
Závěr

Na základě grafu lze konstatovat, že skupiny sester využívajících MHD, osobní a služební automobil mají dle mediánu přibližně stejný počet pacientů během jedné osmihodinové směny. Tento počet se pohybuje okolo 11, s tím že u sester využívajících osobní automobil více kolísá, oproti ostatním dvěma zmíněným skupinám. Sestry, které jako způsob dopravy uvedly kombinaci MHD a chůzi pěšky, poskytnou péči výrazně nižšímu počtu pacientů, s mediánem i maximem na hodnotě 8. Dle Mediánového testu byl vliv způsobu dopravy na počet pacientů vyhodnocen jako statisticky významný ( $p=0,038$ ). Nulová hypotéza byla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost počtu pacientů, jimž je během jedné směny poskytnuta péče, na způsobu dopravy agenturních sester. Na základě post-hoc testů bylo zjištěno, že sestry dopravující se osobním automobilem stihnou během směny statisticky významně více pacientů než sestry dopravující se kombinací MHD a chůzi pěšky.

**Hypotéza č. 2:** Předpokládáme, že sestry s delší praxí v domácí péči poskytnou péči většímu počtu pacientů, než sestry s kratší praxí v domácí péči

$H_0$ : Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, nezávisí na délce praxe v agentuře domácí péče.

$H_A$ : Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na délce praxe v agentuře domácí péče.



Obrázek č. 15 Závislost počtu pacientů, kterým je poskytnuta péče, na délce praxe

#### Závěr

Na základě bodového grafu lze pozorovat mírně rostoucí tendenci počtu pacientů na délce praxe. S vyšší délkou praxe sester je často spojen vyšší počet pacientů, kterým je poskytnuta péče během jedné směny. Dle testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu však nebyla tato závislost vyhodnocena jako statisticky významná ( $p=0,063$ ). Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost počtu pacientů, jimž je během jedné směny poskytnuta péče, na délce praxe.

Zjištěná p-hodnota 0,063 byla těsně vyšší než 0,05. Při případném větším rozsahu vzorku respondentů by možná mohla být závislost prokázána.

Spearmanův korelační koeficient

Závislost počtu pacientů na délce praxe

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o $H_0$	závislost

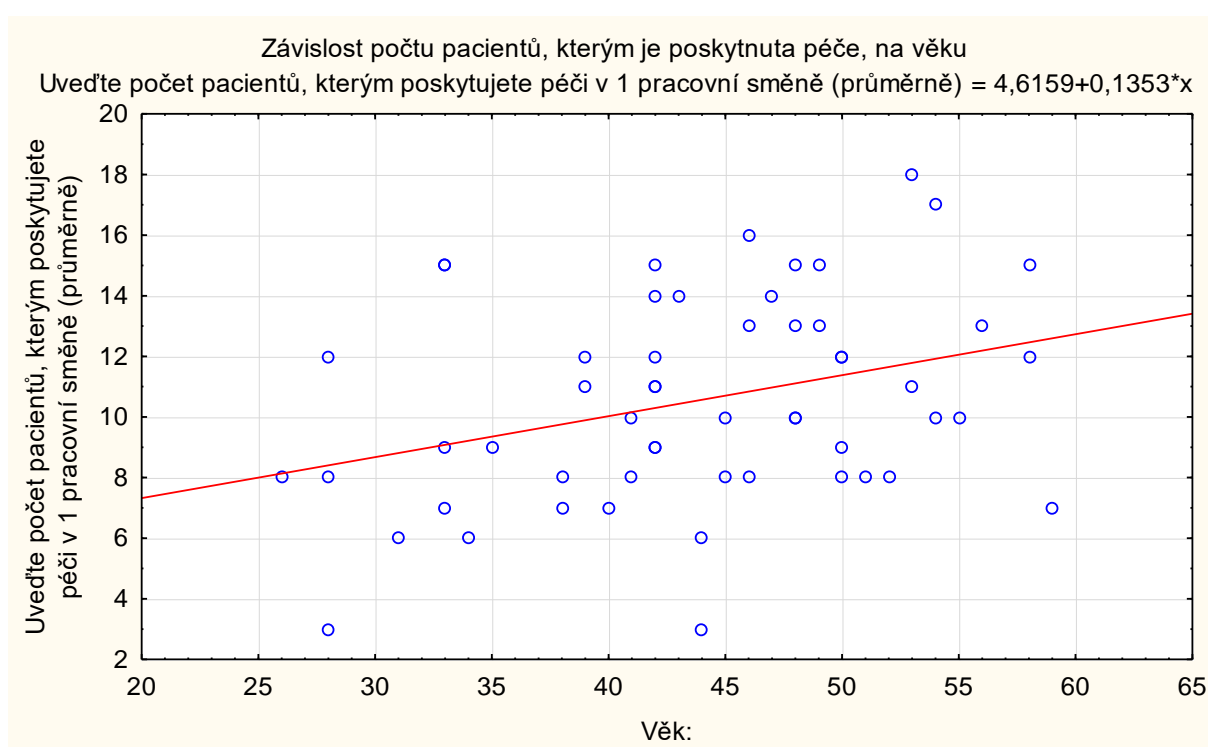
0,25	0,063	nezamítáme	ne
------	-------	------------	----

Tabulka č. 30 Závislost počtu pacientů na délce praxe

**Hypotéza č. 3:** Předpokládáme, že starší sestry poskytnou péči většímu počtu pacientů než sestry mladší.

3H<sub>0</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, nezávisí na věku.

3H<sub>A</sub>: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na věku.



Obrázek č. 16 Závislost počtu pacientů, kterým je poskytnuta péče, na věku

Závěr: Na základě bodového grafu lze pozorovat mírně rostoucí tendenci počtu pacientů na věku. S vyšším věkem sester je často spojen vyšší počet pacientů, kterým je poskytnuta péče během jedné směny. Dle testu nezávislosti založeném na Pearsonově korelačním koeficientu byla tato závislost vyhodnocena jako statisticky významná ( $p=0,013$ ). Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost počtu pacientů, jimž je během jedné směny poskytnuta péče, věku. Vzhledem ke kladné hodnotě korelačního koeficientu (0,33) se jedná o přímou závislost. Vzhledem k tomu,

že je hodnota korelačního koeficientu nižší než 0,5, se jedná o slabší střední míru závislosti.

Pearsonův korelační koeficient

Závislost počtu pacientů na věku

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o $H_0$	závislost
0,33	0,013	zamítáme	ano

Tabulka č. 31 Závislost počtu pacientů na věku

**Hypotéza č. 4:** Předpokládáme, že většina sester v domácí péči si myslí, že vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči

4 $H_0$ : Názor na to, zda vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

4 $H_A$ : Názor na to, zda vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, závisí na stupni dosaženého vzdělání.

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

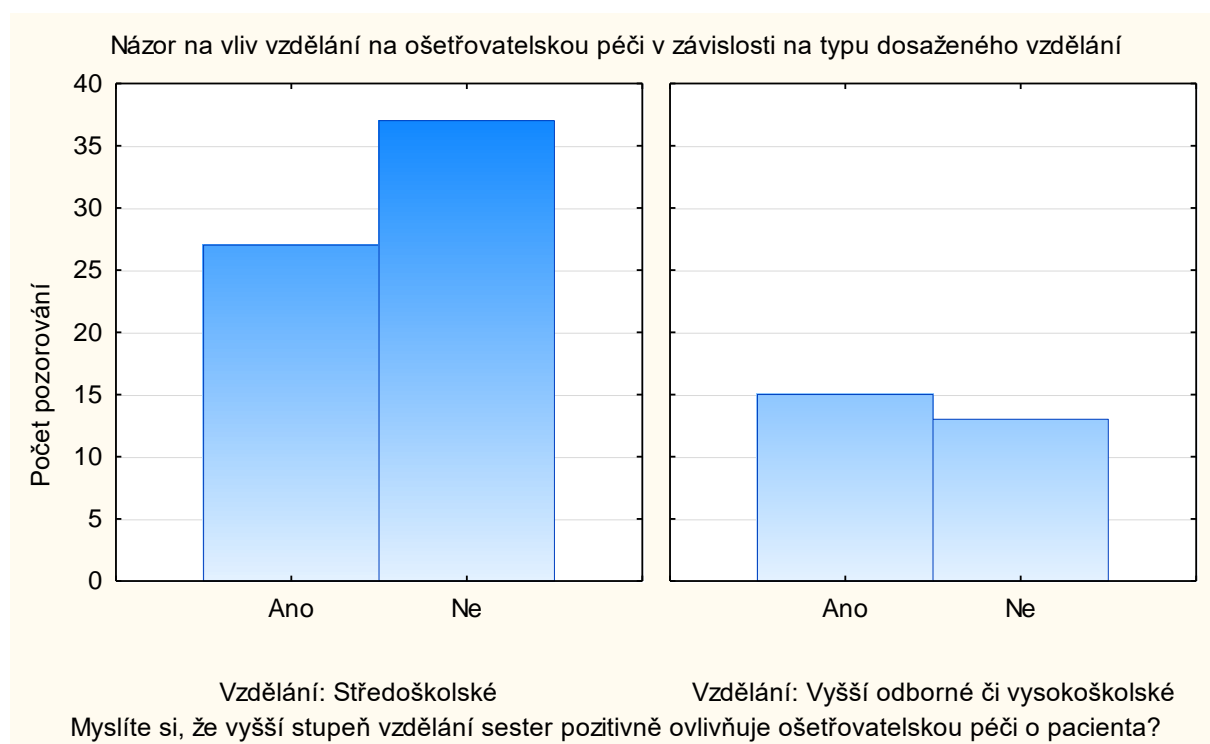
Chí-kvadrát test		Vzdělání		
		SŠ	VOŠ, VŠ	celkem
p-hodnota: 0,313				
Pozitivní vliv vzdělání	ano	27	15	42
	ne	37	13	50
	celkem	64	28	92

Tabulka č. 32 Kontingenční tabulka a chí – kvadrát – závislost dosažení vyššího stupně vzdělání na pozitivní ovlivňování ošetrovatelské péči

Závěr

Mezi 64 sestrami se středoškolským vzděláním bylo 27 těch, které považují vliv vzdělání na ošetrovatelskou péči za pozitivní, tj., 42,2 %. Mezi 28 sestrami s vyšším

odborným či vysokoškolským vzděláním bylo 15 těch, které považují vliv vzdělání na ošetrovatelskou péči za pozitivní, tj., 53,6 %. Podíl byl tedy vyšší mezi sestrami s vyšším vzděláním, a to o 11,4procentních bodů. Tento rozdíl však nestačil na to, aby chíkvadrát test označil danou závislost za statisticky významnou ( $p=0,313$ ). Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost názoru na pozitivní vliv vzdělání na ošetrovatelskou péči na stupni dosaženého vzdělání.



Obrázek č. 17 Názor na vliv vzdělání na ošetrovatelskou péči v závislosti na typu dosaženého vzdělání

**Hypotéza č. 5:** Předpokládáme, že sestry v domácí péči s nejvyšším dosaženým vysokoškolským vzděláním budou hodnotit úroveň vlastních znalostí lépe než sestry s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním.

$H_0$ : Hodnocení úrovně vlastních znalostí nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

$H_A$ : Hodnocení úrovně vlastních znalostí závisí na stupni dosaženého vzdělání.

## Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

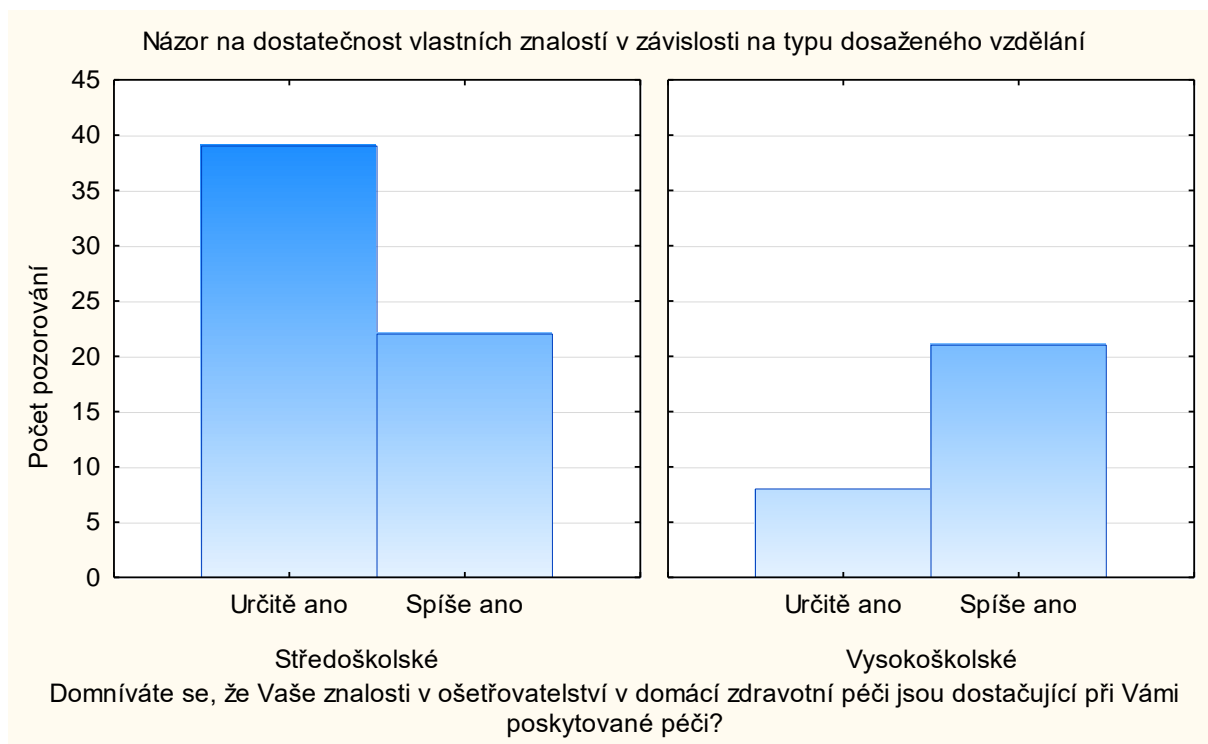
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,001		Vzdělání		
		SŠ	VOŠ, VŠ	celkem
Dostatečné znalosti	Určitě ano	39	8	47
	Spíše ano	22	21	43
	celkem	61	29	90

Tabulka č. 33 Závislost hodnocení dostatečnosti vlastních znalostí na stupni dosaženého vzdělání

## Závěr

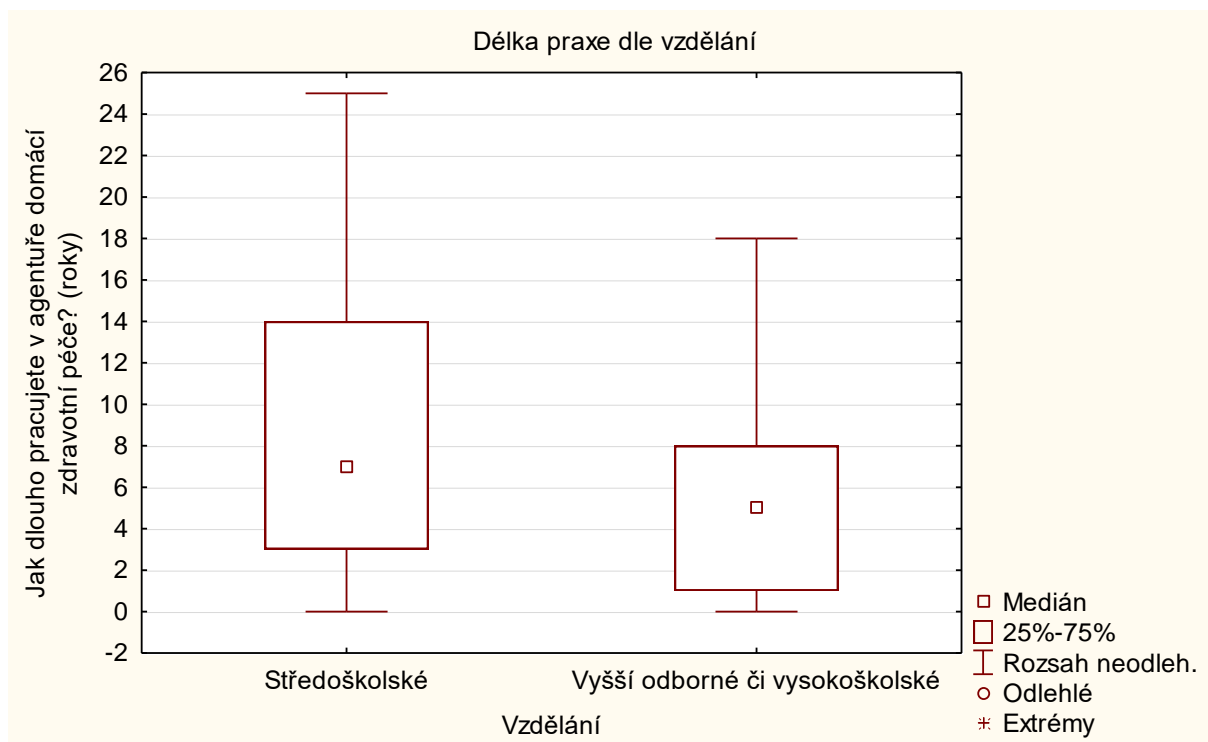
Mezi 61 sestrami se středoškolským vzděláním bylo 39 těch, které považují své znalosti určitě za dostatečné, tj., 63,9 %. Mezi 29 sestrami s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním bylo 8 těch, které považují své znalosti určitě za dostatečné, tj., 27,6 %. Podíl byl tedy vyšší mezi sestrami se středoškolským vzděláním, a to o 36,3 %. Tento rozdíl byl označen chí-kvadrát testem jako statisticky významný ( $p=0,001$ ). Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost hodnocení dostatečnosti svých znalostí na stupni dosaženého vzdělání. Sestry se středoškolským vzděláním mají statisticky významně častěji vyšší hodnocení svých znalostí než sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním.





Obrázek č. 18 Názor na dostatečnost vlastních znalostí v závislosti na typu dosaženého vzdělání

Závěr: Z důvodu určité překvapivosti tohoto výsledku, byl vytvořen krabicový graf, který porovnal délku praxe dle vzdělání.



Obrázek č. 19 Délka praxe dle vzdělání

Z toho lze vyčíst, že sestry se středoškolským vzděláním mají vyšší délku praxe. To může být důvod, proč hodnotí své znalosti výše než jejich kolegyně s vyšším stupněm vzděláním. Jiným důvodem překvapivosti výsledku hypotézy 5H může být, že sestry se středoškolským vzděláním přistupují k sebehodnocení jiným způsobem než sestry s vysokoškolským vzděláním.

**Hypotéza č. 6:** Předpokládáme, že sestry v domácí péči s delší praxí budou mít více příznaků syndromu vyhoření než sestry s kratší praxí.

6H<sub>0</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a délkou praxe neexistuje závislost.

6H<sub>A</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a délkou praxe existuje závislost.

**Hypotéza č. 7:** Předpokládáme, že starší sestry v domácí péči budou mít více příznaků syndromu vyhoření, než sestry mladší

7H<sub>0</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a věkem neexistuje závislost.

7H<sub>A</sub>: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a věkem existuje závislost.

Výsledky testování hypotéz 6H a 7H jsou uvedeny souhrnně v následující tabulce:

Spearmanův korelační koeficient

Závislost počtu příznaků syndromu vyhoření a délky praxe (věku)

Syndrom vyhoření vs.:	hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H <sub>0</sub>	závislost
délka praxe	0,07	0,488	nezamítáme	ne
věk	-0,07	0,474	nezamítáme	ne

Tabulka č. 34 Závislost počtu příznaků syndromu vyhoření a délky praxe (věku)

Závěr: Hodnoty korelačních koeficientů se pohybují okolo nuly, p-hodnoty jsou vyšší než 0,05. Na hladině významnosti nebyla prokázána závislost počtu příznaků syndromu vyhoření na věku či délce praxe.

### 3.5 Diskuse

V této kapitole bude uvedena prezentaci vlastních výsledků práce, rozbor hypotéz, podněty pro tuto diskusi a porovnání s jinými dříve realizovanými studii na podobné téma. Cílem bakalářské práce pro empirickou část bylo zmapovat role a činnosti sester v domácí péči a zjistit, zda věk a nejvyšší dosažené vzdělání má vliv na poskytování domácí péče.

#### 3.5.1 Zhodnocení vlastních výsledků práce

Ve svém průzkumném šetření jsem pracovala se souborem sester z agentur domácí péče, které byly jak státní, tak soukromé. Agentury byly v Ústeckém a Středočeském kraji. Návratnost dotazníků byla 68,57 %. Ze 140 distribuovaných dotazníků jich řádně vyplněných bylo 96. V rámci statistického zpracování byly použity metody popisné statistiky a testování 7 statistických hypotéz. Většina respondentů 88,5 % byla ženského pohlaví, zbylých 11,5 % respondentů jsou mužského pohlaví. Průměrný věk respondentů je 44,5 let. Nejméně

bylo respondentů ve věku mezi 60-65, což může být způsobeno věkem. U položky o absolvování specializačního či certifikovaného kurzu v oboru komunitní péče odpovědělo 86,5 % respondentů, že nemají specializační či certifikovaný kurz v tomto oboru. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že 34 % respondentů uvedlo, že nemají vysokoškolské vzdělávání, které vzdělává sestry ještě více než specializované kurzy. 92 % respondentů, kteří odpověděli ano, mělo nejvyšší dosažené vzdělání pouze středoškolské. U položky, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 67,8 % středoškolské s maturitou, 17,7 % vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské vzdělání mělo 12,4 % respondentů, z toho 3,1 % je studium magisterské a 1 % doktorské. U položky, která se zabývala předchozím zaměstnáním, které sestry provozovaly před nástupem do agentury domácí péče uvedlo 28,13 % práci na lůžkovém oddělení interního typu. 15,63 % sester uvedlo práci na lůžkovém oddělení chirurgického typu. 54,17 % sester uvedlo jiné zaměstnání, například práci na ambulancích a u praktického lékaře či v práci v domově důchodců. 2,08 % sester uvedlo, že pracovalo mimo obor. U položky, která řeší způsob dopravování k pacientům, bylo nejčastější odpovědí doprava vlastním osobním automobilem a to v 55,2 % případů. 15,6 % sester odpovědělo, že se dopravují služebním vozem a 10,4 % se dopravují MHD a pěšky. Bohužel ti respondenti, kteří se dopravují MHD a pěšky dle výsledků šetření ošetří méně pacientů než sestry, které se dopravují automobilem. U další položky, která řeší způsob, jakým jsou jim přidělovány pacienti odpovědělo 60,42 % sester, že jim pacienty přiděluje vrchní sestra, a to nejčastěji formou ústní či emailem. 25 % sester uvedlo, že jim pacienty přiděluje manažerka ošetrovatelské péče. 11,46 % sester uvedlo, že jim pacienty přiděluje praktický lékař. U položky, která řeší délku praxe v agentuře domácí péče uvedlo 46,88 % sester, že v agentuře domácí péče pracují 0-5 let. 27,08 % sester uvedlo, že v agentuře domácí péče pracují 5-10 let. 8,33 % sester uvedlo, že v agentuře domácí péče pracují 10-15 let. 9,38 % uvedlo, že v agentuře domácí zdravotní péče pracují už 15-20 let a 8,33 % respondentů pracují v agentuře domácí péče už 20-25 let. Další položka, která se zabývá průměrným počtem pacientů, kterým sestry poskytnou péči v 1 pracovní směně (platí pro osmi hodinovou směnu), uvedlo 18,75 % sester, že poskytnou péči 6-9 pacientům. 16,67 % 9-12 pacientům, 13,54 % 12-15 pacientům,

5,21 % sester 3-6 pacientům a 3,13 % sester poskytuje péči 15-18 pacientům. Rozsah péče u jednotlivých pacientů určuje nejčastěji praktický a ošetřující lékař a to v 87,6 % případů. Sestry v domácí péči mají nejčastěji osmihodinové směny a to v 57,9 % odpovědí. U další položky se ptáme, zda sestry nabízejí jiné ošetřovatelské a sociální služby. 90,6 % sester odpovědělo že ne, v další otázce, která se zabývá tím, ať sestry uvedou výkony, které nespádají do jejich kompetencí, ale očekávají se, že je budou provádět, většina sester uvedla práci pečovatele. Kdyby tedy nabízely pečovatelské služby, tento problém by se řešit. U další položky, která se zabývá otázkou, zda mají sestry zájem o další vzdělávání odpovědělo 41,7 % sester že spíše ano. 22,9 % sester že určitě ano a 19,8 % sester spíše ne. Neví 14,6 % sester. U položky, která se ptá na to, jestli se sestry účastní odborných seminářů, které ve své práci mohou využít odpovědělo 93,8 % ano. Toto je pro mě velmi pozitivní zjištění. U položky, zda sestry naplňuje práce v domácí péči odpovědělo 89,6 % sester že ano, což mě velmi pozitivně překvapilo. U položek, které se zabývaly pozitivem a negativem práce sester v domácí zdravotní péči, uvedly sestry jako pozitivum nejčastěji samostatné rozhodování, vztah s pacienty, flexibilitu práce a domácí prostředí. Mezi negativa nejčastěji sestry uvedly fyzickou a psychickou zátěž, nedocenenost práce, časté vystavení stres a nevyhovující bytové podmínky pacientů. U další položky, která se ptá na názor sester, zda vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetřovatelskou péči o pacienta bylo překvapivě více odpovědí ne, a to v 54,3 % případů. Nejčastější důvod sestry uváděly, že lepší je praxe. U položky, která se zabývá nejčastější ošetřovatelskou intervencí, se kterou se sestry setkávají v domácí péči, uvedlo 45,83 % sester ošetření a převazy ran, 40,63 % uvedlo rehabilitace a 23,96 % aplikace injekcí. U položky, která se ptá na spolupráci s rodinnými příslušníky, odpovědělo 71,9 % sester, že vždy spolupracují s rodinnými příslušníky pacienta, pokud to zdravotní stav vyžaduje a 28,1 % uvedlo, že někdy spolupracují s rodinnými příslušníky, pokud to zdravotní stav pacienta vyžaduje. I toto je pro mě velmi pozitivní zjištění. U položky, jaká je spolupráce sester s praktickými lékaři o jejich sestrami, odpovědělo 72,9 % sester, že spolupracují s lékařem v průběhu poskytování péče a 59,4 % sester spolupracuje se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče. 6,3 % sester uvedlo, že se

sestrou vůbec nespolupracují. U položky, zda mají sestry na všechny výkony u pacientů dostatek času, odpovědělo 67,7 % sester že spíše ano, 22,9 % sester určitě ano a 9,4 % sester spíše ne. U položky, které pracovní činnosti sestry nejvíce zatěžují, uvedly jako nejčastější důvod administrativu a to ve 27,08 % případech, 22,92 % odpovědí byla rehabilitace a 10,42 % jízda a péče o auto, kterým se k pacientům dopravují. U položky, zda mají sestry dostatek pomůcek a materiálů v terénu odpovědělo 63,9 % sester spíše ano, 29,2 % sester určitě ano a 7,3 % sester spíše ne. Toto je pro mě velmi pozitivní zjištění, jelikož sestry mají omezené materiály v terénu a musejí pracovat s tím, co mají s sebou. U položky týkající se využívání fotodokumentace rány pro spolupráci s lékařem odpovědělo 37,5 % sester, že spíše využívají fotodokumentaci, 36,5 % sester určitě využívá fotodokumentaci pro spolupráci s lékařem a 24 % ji spíše nevyužívá. U položky, která chce znát názor sester, zda považují své kompetence za dostačující, odpovědělo 46,9 % sester spíše ano, 29,2 % sester určitě ano a 17,7 % sester spíše ne. U položky, která se ptá na činnosti, které nespádají do kompetencí všeobecných sester v domácí péči, ale které se od sester očekávají, že je budou provádět, nejčastěji sestry uvedly hygienu a to v 26,04 %. Poté nákup a vaření jídla v 14,58 % případů a dále cévkování muže ve 3,13 %. U položky zabývající se oblastí, ve které sestry nejčastěji edukují své pacienty uvedlo 42,71 % sester pitný a stravovací režim, 71,71 % sester uvedlo hygienu a 8,33 % sester uvedlo aplikaci inzulínu. U položky, zda sestry informují v plném rozsahu pacienta, který je diabetik o zásadách stravování uvedlo 71 % sester, že určitě ano, 25,8 % sester spíše ano a 3,2 % sester spíše ne. I toto je pro mě velmi pozitivní zjištění. U položky, zda sestry provádějí s pacienty nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti odpovědělo 82,29 % sester ano a 14,58 % ne. U položky, zda pacienti žádají sestry o spolupráci při řešení jejich každodenních záležitostí, týkajících se jejich zajištění a bezpečí uvedlo 52,6 % sester spíše ano, 24,2 % sester spíše ne, 17,9 % sester určitě ano a 2,1 % určitě ne. 3,2 % sester neví, zda je o to pacienti žádají. U položky, zda je podle sester důležitá komunikace při ošetřování pacienta 86,5 % odpovědělo určitě ano, 13,5 % sester odpovědělo spíše ano. Další položka, která se zabývá tím, podle čeho si sestry řídí svoji ošetrovatelskou činnost, uvedlo 74,7 % sester na prvním místě

plánování svojí činnosti důležitost času, kdy má být výkon proveden. Na druhém místě sestry uvedly v 63,3 % případů důležitost klientů po trase. Na třetím místě 70,5 % sester uvedlo důležitost délky výkonů. U položky, zda sestry provádějí výkony v domácí péči dle ošetrovatelských standardů, 64,6 % sester odpovědělo že určitě ano, 32,3 % sester odpovědělo spíše ano. U položky, kde sestry měly zaškrtnout příznaky, které se u nich objevily během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče, 36,5 % sester uvedlo pocit nedocenenosti odvedené práce. 28,2 % sester uvedlo ztrátu nadšení a pracovního nasazení, 22,9 % sester uvedlo potíže se soustředěním a koncentrací, 17,7 % sester uvedlo svalové napětí a celých 35,4 % sester nemělo žádný z uvedených příznaků. Poslední položka se zabývala tím, zda sestry uvažují o změně zaměstnání. 40,6 % sester uvedlo, že spíše neuvažují o změně zaměstnání, 38,5 % sester uvedlo, že určitě neuvažují o změně zaměstnání, 6,3 % sester uvedlo, že spíše uvažují o změně zaměstnání a 13,5 % sester neví, zda uvažují o změně zaměstnání.

U hypotézy č. 1 jsem předpokládala, že sestry, které se za pacienty dopravují automobilem, poskytnou péči většímu počtu pacientů než sestry, které se dopravují MHD. Na základě statistických výsledků lze konstatovat, že skupiny sester využívající MHD, osobní a služební automobil mají přibližně stejný počet pacientů během jedné osmihodinové směny. Sestry, které uvedly jako způsob dopravy kombinaci MHD + pěšky poskytnou péči výrazně nižšímu počtu pacientů. Dle mediánového testu byl vliv způsobu dopravy na počet pacientů, kterým je poskytnuta péče statisticky významný. Nulová hypotéza byla zamítnuta a byla přijata hypotéza alternativní: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na způsobu, jakým se za pacienty dopravují. U hypotézy č. 2 jsem předpokládala, že sestry s delší praxí v domácí zdravotní péči poskytnou péči většímu počtu pacientů než sestry s kratší praxí v domácí péči, jelikož sestry s delší praxí mají více zkušeností a mohou si lépe zorganizovat svojí práci. Na základě statistických výsledků lze říci, že nebyla prokázána závislost počtu pacientů, jimž je během jedné směny poskytnuta péče, na délce praxe. Při větším rozsahu vzorku respondentů by možná tato závislost mohla být prokázána. Proto byla přijata nulová hypotéza: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, nezávisí na délce praxe v agentuře domácí péče. U hypotézy č. 3 jsem předpokládala,

že starší sestry poskytnou péči většímu počtu pacientů než sestry mladší, protože mají více zkušeností a praxe, takže si práci mohou lépe organizovat. Na základě statistických výsledků lze říci, že na hladině významnosti je statisticky významná závislost počtu pacientů, jimž je během jedné směny poskytnuta péče na věku sester. Byla tedy přijata hypotéza alternativní: Počet pacientů, kterým sestry v domácí péči poskytnou péči, závisí na věku. U hypotézy č. 4 jsem předpokládala, že většina sester v domácí péči si myslí, že vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, jelikož se u vyššího stupně vzdělání sestry dozví nové a rozsáhlejší informace. Na základě statistických výsledků lze říci, že na hladině významnosti není statisticky významná závislost názoru na pozitivní vliv vzdělání na ošetrovatelskou péči na stupni dosaženého vzdělání. Byla tedy přijata hypotéza nulová: Názor na to, zda vyšší stupeň vzdělání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, nezávisí na stupni dosaženého vzdělání. U hypotézy č. 5 jsem předpokládala, že sestry v domácí péči s nejvyšším dosaženým vysokoškolským vzděláním budou hodnotit úroveň vlastních znalostí lépe než sestry s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním. Na základě statistických výsledků, lze říci, že na hladině významnosti byla prokázána závislost hodnocení dostatečnosti svých znalostí na stupni dosaženého vzdělávání. Překvapivé je ale to, že sestry se středoškolským vzděláním mají statisticky významně častěji vyšší hodnocení svých znalostí než sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním. Dle mého názoru je to způsobeno tím, že sestry se středoškolským vzděláním mají delší praxi než sestry s vyšším vzděláním. Dále to může být způsobeno také tím, že sestry se středoškolským vzděláním přistupují k sebehodnocení jiným způsobem než sestry s vysokoškolským vzděláním. Byla proto přijata hypotéza alternativní: Hodnocení úrovně vlastních znalostí závisí na stupni dosaženého vzdělání. U hypotézy č. 6 jsem předpokládala, že sestry v domácí péči s delší praxí budou mít více příznaků syndromu vyhoření než sestry s kratší praxí. Na základě statistických výsledků lze říci, že na hladině významnosti nebyla prokázána závislost počtu příznaků syndromu vyhoření na délce praxe. Byla proto přijata hypotéza nulová: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a délkou praxe neexistuje závislost. U hypotézy č. 7 jsem předpokládala, že starší sestry v domácí péči budou mít více příznaků syndromu vyhoření než sestry mladší. Na



základě statistických výsledků lze říci, že na hladině významnosti nebyla prokázána závislost počtu příznaků syndromu vyhoření na věku. Byla proto přijata hypotéza nulová: Mezi počtem příznaků syndromu vyhoření a věkem neexistuje závislost.

### **3.5.2 Porovnání s dříve realizovanými studii**

K tématu role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče bohužel není mnoho dříve realizovaných studií, které by byly na vysoké úrovni. Na základě prostudování knih a textů uvádím k porovnání svých výsledků dříve realizovanými studii zabývající se podobnou problematikou následující vybrané práce autorky Zuzany Rabenseiferové, Mgr. Daniely Beňadikové a PhDr. Tatiány Rapčíkové: „Práce sestry v agenturách domácí péče.“

V roce 2009 vypracovala Zuzana Rabenseiferová na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně bakalářskou práci s názvem Práce sestry v agenturách domácí péče. Cílem práce bylo zjistit rozdíl v nabídce služeb a rozdíl v personálním zajištění jednotlivých agentur domácí péče. Zmapovat spolupráci sester z agentur s praktickými lékaři a sestrami. Výzkumným šetřením zjišťovala, zda mají zdravotní sestry z agentur domácí péče specializační vzdělávání v oboru komunitní ošetrovatelské péče. Dále zjišťovala nabídku nadstandardních služeb agentur domácí péče. Zjišťovala, v jaké míře spolupracují zdravotní sestry z agentury domácí péče s praktickými lékaři a zdravotními sestrami a zjišťovala spokojenost zdravotních sester z agentur domácí péče v terénu. Její dotazník obsahoval 30 položek. Její výzkum se v nějakých položkách neztotožňuje s mým. V této práci má 94,1 % sester uvedeno jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, v mém průzkumu toto uvedlo pouze 67,7 % sester. 5,9 % sester v této práci uvedlo jako nejvyšší dosažení vzdělání vyšší odbornou školu, v mém průzkumu toto uvedlo 17,7 % sester. Dalších 12 % v mém průzkumu uvedlo vysokoškolské vzdělání. Ze závěrů vyplývajících z mého průzkumného šetření lze říci pozitivní věc, a to, že vzdělání sester se zvyšuje. U položky – Jak dlouho pracují respondenti v agentuře domácí péče, měla jako nejčastější odpověď 5-9 let a to ve 35,3 % odpovědí. V mém průzkumu mám nejčastější odpověď 0-5 let a to v 46,88 % odpovědí. U otázky „*Jak se respondenti dopravují k pacientům*“ uvedli respondenti jako

nejčastější odpověď služební automobil a to v 55,9 % případů. V mém průzkumu mám nejčastější odpověď soukromý automobil a to v 55,2 % odpovědí. Naopak v otázce „O kolik pacientů se respondenti starají“ se ve výsledcích šetření shodujeme. V otázce „Jaká je spolupráce respondentů s praktickými lékaři a sestrami“ měla Zuzana Rabenseiferová tyto výsledky:

Jaká je Vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami?

varianta	četnost	%
Spolupráce s lékařem pouze při předepsání domácí péče	9	13,4
Spolupráce s lékařem v průběhu poskytování péče	32	47,8
Spolupráce se sestrou žádná	2	3,0
Spolupráce se sestrou praktického lékaře pouze při předání pacienta do péče ADP	3	4,5
Spolupráce se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče	21	31,3

Tabulka č. 35 jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami 2

Z mého průzkumu jsou tyto výsledky:

Jaká je Vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami?

varianta	četnost	%
Spolupráce s lékařem pouze při předepsání domácí péče	22	22,9
Spolupráce s lékařem v průběhu poskytování péče	70	72,9
Spolupráce se sestrou žádná	6	6,3

Spolupráce se sestrou praktického lékaře pouze při předání pacienta do péče ADP	4	4,2
Spolupráce se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče	57	59,4

Tabulka č. 36 Jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami 3

Ze závěrů vyplývající z mého průzkumného šetření lze říci, že se spolupráce sester v domácí péči s praktickými lékaři a sestrami zlepšuje.

U otázky, týkající se syndromu vyhoření v této práci odpovědělo jen 2,9 % sester, že za dobu práce v domácí zdravotní péči neměly žádný příznak syndromu vyhoření. V mém průzkumu uvedlo celých 35,4 % sester, že za dobu práce v domácí péči neměly žádný příznak syndromu vyhoření.

*„Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu“*

Paní Mgr. Daniela Beňadiková a PhDr. Tatiana Rapčíková napsaly v roce 2009 článek na internetovou stránku zdravi.euro.cz do sekce Sestra. Cíl jejich práce bylo zjistit, co pro sestry znamená zdravotnický tým, ve kterém pracují. Zjišťovali také to, co sestry považují za pozitivum, ale i negativum práce a co pokládají za největší stresor. Výzkumný soubor tvořilo 200 respondentů, jednalo se o respondenty pracující v různých zdravotnických zařízeních. Dotazník obsahoval 17 otázek a byl prováděn na Slovensku.

V této práci se nabízejí dvě položky dotazníku, které mají podobnou problematiku, jaké se věnuje i můj průzkum.

1. Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta?

Ve výzkumu Mgr. Daniely Beňadikové a PhDr. Tatiány Rapčíkové byly odpovědi následující:

varianta	četnost	%
Ano	68	34
Ne	132	66

*Tabulka č. 37 Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta? 2*

V mém průzkumu sestry odpověděly takto:

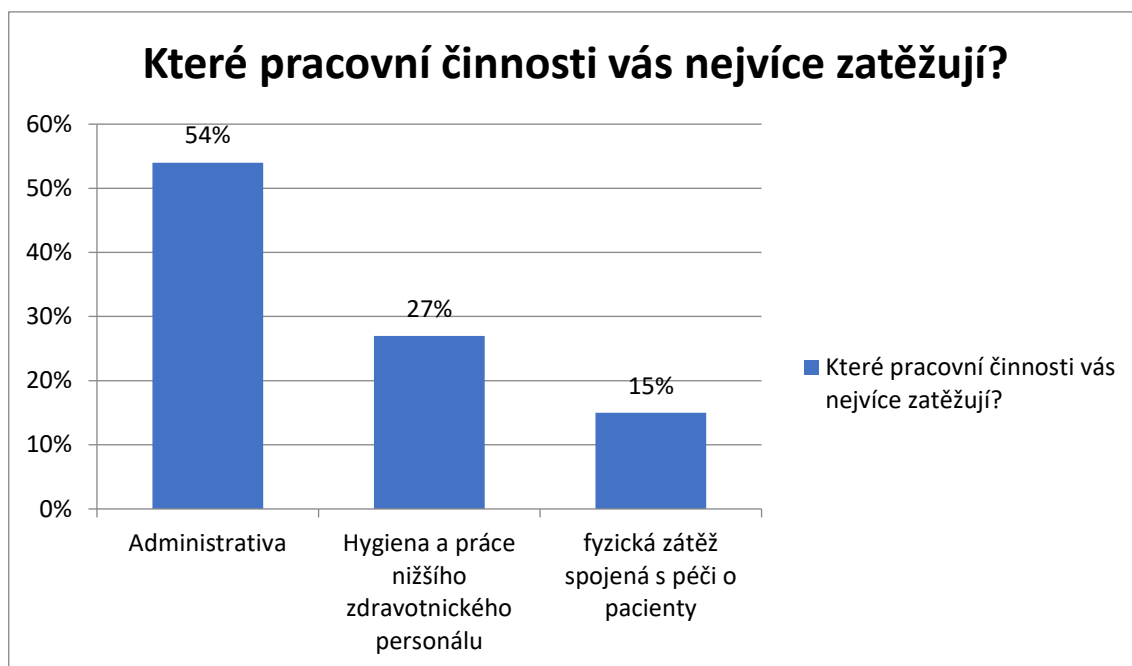
varianta	četnost	%
Ano	43	45,7
Ne	51	54,3

*Tabulka č. 38 Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta? 3*

Ze závěrů vyplývající z mého průzkumného šetření lze říci, že čím dál více sester si myslí, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta.

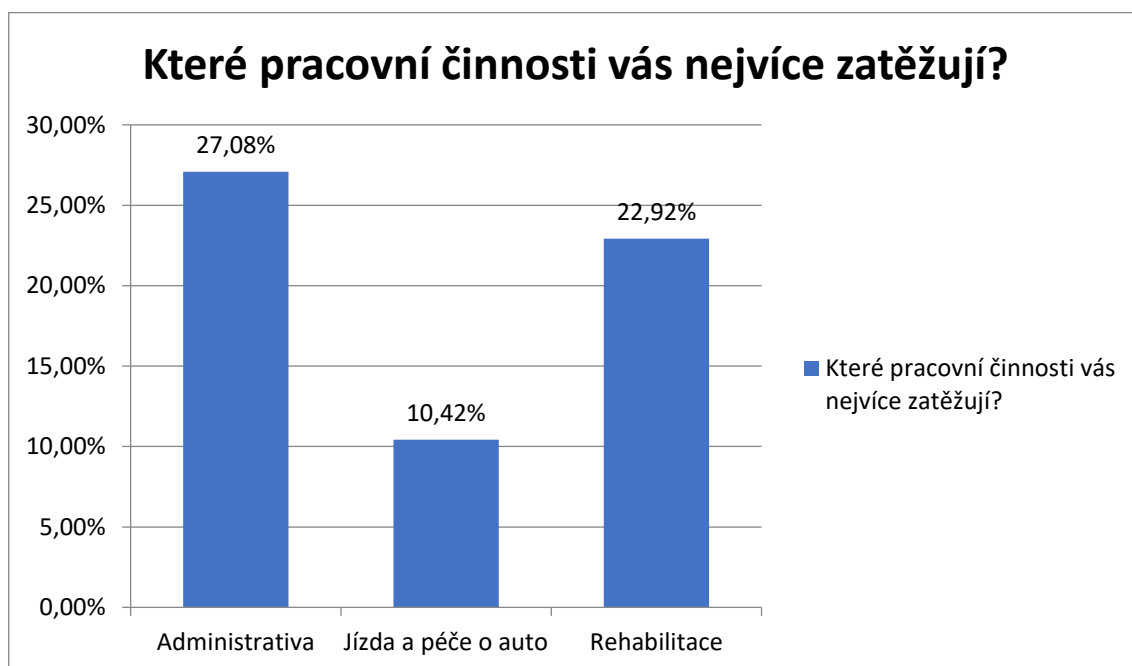
## 2. Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují?

Ve výzkumu Mgr. Daniely Beňadikové a PhDr. Tatiány Rapčíkové byly následující odpovědi:



Obrázek č. 20 Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují 2

V mém průzkumu sestry nejčastěji odpověděly takto:



Obrázek č. 21 Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují 3

Ze závěrů vyplývající z mého průzkumného šetření lze říci, že administrativa sestry v domácí péči zatěžuje méně než sestry zaměstnané na lůžkových odděleních.

#### 4. Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce na téma „*Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče*“ bylo zmapování role a činnosti sester v domácí péči. Dalším cílem bylo zjistit, jaký vliv má věk sestry na poskytování domácí zdravotní péče a zjistit, zda vyšší stupeň vzdělávání pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči a jestli sestry v domácí péči trpí syndromem vyhoření. Zmapování role a činností sester bylo popsáno v teoretické části. Ostatní cíle byly řešeny ve výzkumné části této bakalářské práce. Zjistilo se, že věk a délka praxe sestry mají vliv na poskytování domácí zdravotní péče v pozitivním slova smyslu. Překvapivý výsledek byl ale ten, že sestry se středoškolským vzděláním mají statisticky významně častěji vyšší hodnocení svých znalostí než sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním. Dále se zjistilo, že sestry poskytnou péči více pacientům za předpokladu, že se k nim dopravují pomocí automobilu (cca o 3 pacienty během osmi hodinové směny) než sestry, které se k pacientům dopravují MHD. Překvapilo mě, že pouze 9,4 % sester nabízí jiné (pečovatelské a sociální) služby. Do budoucna by se měla věnovat velká pozornost tomu, aby agentury začaly nabízet nebo provozovat pečovatelské a sociální služby, z důvodu toho, že z výsledků dotazníkového šetření většina sester uvedla, že tyto služby provádějí, aniž by to spadalo do jejich kompetencí. Dále by agentury měly podporovat své zaměstnance v dalším vzdělávání a rozšiřování vědomostí v tomto specifickém odvětví zdravotnictví. Měly by umožnit svým zaměstnancům účast na odborných seminářích se specifickými intervencemi a na certifikovaných kurzech, kde je teoretická část propojena s částí praktickou. Mezi tyto specifické kurzy můžeme například zařadit cévkování muže či rehabilitační cvičení, se kterým sestry přichází často do kontaktu. Právě tyto výkony se řadí mezi pacienty nejčastěji očekávané a vyžadují je během ošetrovatelské péče poskytované ve spolupráci se sestrou.

Na základě zjištěných skutečností lze konstatovat, že práce sester v agentuře domácí péče je pro pacienty velice přínosná. Pacienti si k dané sestře vytvoří vztah a důvěru, jsou v lepší psychické pohodě než v nemocničním prostředí a snižuje se riziko přenosu nozokomiálních nákaz. Z tohoto důvodu tvoří domácí péče důležitý

pilíř zdravotnictví a nelékařský personál by o tom druhu péče měl mít alespoň základní informace a znalosti.

## Referenční seznam

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a kolektiv. *Ošetřovatelská péče: úvod do oboru ošetřovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9.
2. BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ. *Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu* [online]. 9. 12. 2009 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-osestrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>
3. BEŇÁKOVÁ D, RAPČÍKOVÁ T. Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. [online] [cit. 2018-03-15].
4. BICKOVÁ, L. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.
5. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetřovatelství I: pro střední zdravotnické školy, obor zdravotnický asistent*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
6. CANADIAN NURSES ASSOCIATION. *Optimizing the Role of Nursing in Home Health*. Ottawa: Optimizing the Role of Nursing in Home Health, 2013. ISBN 978-1-55119-403-5.
7. Domácí péče [online]. [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: [www.domaci-pece.info/prehled-vyvoje-komplexni-domaci-pece-na-uzemici-v-obdobi-let-1990-az-1996-bc-blanka-misconiova](http://www.domaci-pece.info/prehled-vyvoje-komplexni-domaci-pece-na-uzemici-v-obdobi-let-1990-az-1996-bc-blanka-misconiova)
8. Duke, M. and Street, A. (2003), Hospital in the home: constructions of the nursing role – a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 852-859. doi:[10.1046/j.1365-2702.2003.00808.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00808.x)
9. GABRIEL, J., Kam směřuje domácí péče?, *Zdravotnické noviny (MF)*. 2002. roč. 51, č. 10, s. 12-14. ISSN 0044-1996.



10. GENET, Nadine, ed. *Home care across Europe: current structure and future challenges*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, c2012. Observatory studies series. ISBN 978-92890-02882.
11. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví : řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví : kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-722-6996-8.
12. HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kolektiv. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Osveta, 2006. ISBN 978-80-8063-213-7.
13. HLAVÁČKOVÁ, Kateřina. Domácí péče. In: *Ucebna.net: K085 Studijní materiály* [online]. 2013, 2013 [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=493>
14. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, c1999. ISBN 80-726-2032-0
15. ISSN 1210-0404 .
16. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
17. KOŽUCHOVÁ, Mária. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8.
18. KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
20. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
21. MALINA, Antonín. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. ISBN 978-80-87023-29-7.
22. MARCINOWICZ RN PhD, Ludmiła & Chlabicz MD PhD, Sławomir & Konstantynowicz MD PhD, Jerzy & Gugnowski MD, Zbigniew & Marcinowicz,

- Ludmiła & Chlabicz, Slawomir & Konstantynowicz, Jerzy & Gugnowski, Zbigniew. (2009). Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland. *Health & Social Care in the Community*. 17. 327 - 334. 10.1111/j.1365-2524.2008.00824.x.
23. MARKOVÁ, Marie, ed. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.
24. MISCONIOVÁ, B. *Management komplexní domácí péče*. 1. vyd. Praha: NCDP a ADP ČR, 1995. 80 s.
25. MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí péče, Otázky a odpovědi* [online]. In: . s. 26 [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: [https://aa.ecn.cz/img\\_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/domacipece.pdf](https://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/domacipece.pdf)
26. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
27. RABENSEIFEROVÁ, Zuzana. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká.
28. *Sekce domácí péče* [online]. 2008 [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: <https://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
29. SKLENČKOVÁ, M., *Domácí hospicová péče*. Sestra, 2009. č. 4, s. 9-10.
30. SVĚT L. *Pro poskytování domácí péče je nutné vytvořit adekvátní podmínky*. *Zdravotnické noviny*. 2002; 51(28): 16. ISSN 0044-1996.
31. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
32. ŠUPLEROVÁ, Michaela a Alena MACHOVÁ. *Domácí návštěvní služba jako náplň práce*. *Medicína pro praxi: Pro sestry* [online]. 2013, 353-354 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/10/11.pdf>

33. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetřovatelství: (pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. ISBN 80-704-0454-X.
34. Vlieghe, Kristel & Aertgeerts, Bert & Declercq, Anja & Moons, Philip. (2015). Exploring the activity profile of health care assistants and nurses in home nursing. *British journal of community nursing*. 20. 608-614. 10.12968/bjcn.2015.20.12.608.
35. Vörösová, Gabriela, Andrea Solgajová a Alexandra Archalousová. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha

## Seznam obrázků

Obrázek 1. věkové rozložení respondentů

Obrázek 2. Uvedte vaše předchozí zaměstnání, které jste provozoval/a před nástupem do agentury domácí péče

Obrázek č. 3 Kdo a jakým způsobem vám přiděluje pacienty, o které budete pečovat?

Obrázek č. 4 Délka praxe v agentuře domácí zdravotní péče

Obrázek č. 5 Průměrný počet pacientů, kterým poskytujete péči v 1 pracovní směně (pro pracovníky s 8mi hodinovou směnou)

Obrázek č. 6 Pozitiva práce v domácí zdravotní péči

Obrázek č. 7 Negativa práce v domácí zdravotní péči

Obrázek č. 8 Jaká je nejčastější ošetrovatelská intervence, se kterou se setkáváte v domácí zdravotní péči?

Obrázek č. 9 Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují?

Obrázek č. 10 Uvedte činnosti, které nespadají do kompetencí všeobecných sester v domácí zdravotní péči a které se od Vás očekávají, že budete provádět

Obrázek č. 11 V jaké oblasti nejčastěji edukujete své pacienty?

Obrázek č. 12 Provádíte s pacienty nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti?

Obrázek č. 13 počet příznaků syndromu vyhoření

Obrázek č. 14 Počet pacientů, kterým je poskytnuta péče v 1 pracovní směně, na základě způsobu dopravy

Obrázek č. 15 Závislost počtu pacientů, kterým je poskytnuta péče, na délce praxe

Obrázek č. 16 Závislost počtu pacientů, kterým je poskytnuta péče, na věku

*Obrázek č. 17 Názor na vliv vzdělání na ošetrovatelskou péči v závislosti na typu dosaženého vzdělání*

*Obrázek č. 18 Názor na dostatečnost vlastních znalostí v závislosti na typu dosaženého vzdělání*

*Obrázek č. 19 Délka praxe dle vzdělání*

*Obrázek č. 20 Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují 2*

*Obrázek č. 21 Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují 3*

## Seznam tabulek

*Tabulka 1. návratnost dotazníků*

*Tabulka č. 2 pohlaví*

*Tabulka č. 3 Certifikovaný kurz v oboru komunitní péče*

*Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání*

*Tabulka č. 5 Jak se dopravujete k pacientům?*

*Tabulka č. 6 Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých pacientů?*

*Tabulka č. 7 Pracovní doba*

*Tabulka č. 8 Nabízíte jiné (pečovatelské a sociální) služby?*

*Tabulka č. 9 Domníváte se, že vaše znalosti v ošetrovatelství v domácí zdravotní péči jsou dostačující při vámi poskytované péči?*

*Tabulka č. 10 Máte zájem o další vzdělávání?*

*Tabulka č. 11 Účastníte se odborných seminářů, které můžete ve své práci využít?*

*Tabulka č. 12 Naplňuje vás činnost v domácí zdravotní péči?*

*Tabulka č. 13 Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta?*

*Tabulka č. 14 Spolupracujete s rodinnými příslušníky pacientů, pokud to zdravotní stav vyžaduje?*

*Tabulka č. 15 Jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami?*

*Tabulka č. 16 Máte na všechny výkony u pacientů dostatek času?*

*Tabulka č. 17 Máte v terénu dostatek pomůcek a materiálů?*

*Tabulka č. 18 Využíváte fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem?*

*Tabulka č. 19 Považujete své kompetence za dostačující?*

*Tabulka č. 20 Informujete v plném rozsahu pacienta, který je diabetik, o zásadách stravování?*

*Tabulka č. 21 Žádají Vás pacienti o spolupráci při řešení jejich každodenních osobních záležitostí, týkajících se jejich zajištění a bezpečí?*

*Tabulka č. 22 Je podle Vás důležitá komunikace při ošetřování pacienta?*

*Tabulka č. 23 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost času, kdy má být výkon proveden*

*Tabulka č. 24 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost blízkosti klientů po trase*

*Tabulka č. 25 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost délky výkonů*

*Tabulka č. 26 Podle čeho si řídíte svoji činnost? - Důležitost jiných faktorů*

*Tabulka č. 27 Provádíte výkony v domácí péči dle ošetřovatelských standardů?*

*Tabulka č. 28 Označte příznaky, které se u Vás objevily během vykonávání ošetřovatelské péče v agenturách domácí péče*

*Tabulka č. 29 Uvažujete o změně zaměstnání?*

*Tabulka č. 30 Závislost počtu pacientů na délce praxe*

*Tabulka č. 31 Závislost počtu pacientů na věku*

*Tabulka č. 32 Kontingenční tabulka a chí – kvadrát – závislost dosažení vyššího stupně vzdělání na pozitivní ovlivňování ošetřovatelské péči*

*Tabulka č. 33 Závislost hodnocení dostatečnosti vlastních znalostí na stupni dosaženého vzdělání*

*Tabulka č. 34 Závislost počtu příznaků syndromu vyhoření a délky praxe (věku)*

*Tabulka č. 35 jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami 2*

*Tabulka č. 36 Jaká je vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami 3*

*Tabulka č. 37 Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetřovatelskou péči o pacienta? 2*

*Tabulka č. 38 Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetřovatelskou péči o pacienta? 3*

## **Seznam příloh**

**Příloha A:** Dotazník



## Příloha A

### Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

---

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Škvorová, jsem studentkou 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci, jejíž téma je „Role a činnosti všeobecných sester při poskytování domácí zdravotní péče“. Výsledky svého šetření budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela anonymní.

Děkuji Vám předem za poskytnuté informace a ochotu spolupracovat.

Základní soubor pro dotazníkové šetření - sestry v agenturách domácí péče

### 1. Pohlaví:

Žena

Muž

### 2. Věk:

### 3. Absolvoval/a jste specializační či certifikovaný kurz v oboru komunitní péče?

Nápověda k otázce: *při odpovědi ANO uveďte jaký kurz*

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

## 4. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Středoškolské s maturitou určené pro všeobecné sestry
- Vyšší odborné- diplomovaná všeobecná sestra
- Vysokoškolské- bakalářské studium určené pro všeobecné sestry
- Vysokoškolské- Magisterské studium určené pro všeobecné sestry
- Vysokoškolské- Doktorské určené pro všeobecné sestry
- Jiná...

## 5. Uveďte vaše předchozí zaměstnání, které jste provozoval/a před nástupem do agentury domácí péče.

## 6. Jak se dopravujete k pacientům?

- Osobním automobilem (vlastním)
- Služebním automobilem
- MHD
- Pěšky
- Na kole
- Jiná...

## 7. Kdo a jakým způsobem vám přiděluje pacienty, o které budete pečovat?

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

8. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí zdravotní péče?

Nápověda k otázce: *uvedte v letech*

9. Uvedte počet pacientů, kterým poskytujete péči v 1 pracovní směně :

Nápověda k otázce: *průměrně*

10. Kdo určuje rozsah péče u jednotlivých pacientů?

- Praktický lékař
- Ošetřující lékař z nemocnice
- Vrchní sestra
- Jiné, uveďte

11. Pracovní doba:

- 8 hodinové směny
- 10ti hodinové směny
- 12ti hodinové směny
- Jiná...

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

## 12. Nabízíte jiné (pečovatelské a sociální) služby?

Nápověda k otázce: *při odpovědi ANO- uveďte kdo tyto služby vykonává a zajišťuje*

## 13. Domníváte se, že Vaše znalosti v ošetřovatelství v domácí zdravotní péči jsou dostačující při Vámi poskytované péči?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne

## 14. Máte zájem o další vzdělávání?

- Určitě ano- jaké   
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne

## 15. Účastníte se odborných seminářů, které můžete ve své práci využít?

- Ano  
 Ne- uveďte co vám brání:

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

16. Naplňuje Vás činnost v domácí zdravotní péči?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne

17. Pozitiva práce v domácí zdravotní péči:

18. Negativa práce v domácí zdravotní péči:

19. Myslíte si, že vyšší stupeň vzdělání sester pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči o pacienta? Poté uveďte proč:

20. Jaká je nejčastější ošetrovatelská intervence, se kterou se setkáváte v domácí zdravotní péči?

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

21. Spolupracujete s rodinnými příslušníky pacientů, pokud to zdravotní stav vyžaduje?

- Vždy  
 Někdy  
 Nikdy

22. Jaká je Vaše spolupráce s praktickými lékaři a sestrami?

Nápověda k otázce: *můžete zaškrtnout více odpovědí*

- Spolupráce s lékařem pouze při předepsání domácí péče  
 Spolupráce s lékařem v průběhu poskytování péče  
 Spolupráce s lékařem žádná  
 Spolupráce se sestrou žádná  
 Spolupráce se sestrou praktického lékaře pouze při předání pacienta do péče ADP  
 Spolupráce se sestrou praktického lékaře v průběhu poskytování péče

23. Máte na všechny výkony u pacientů dostatek času?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne- uveďte u jakých výkonů

24. Které pracovní činnosti vás nejvíce zatěžují?

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

25. Máte v terénu dostatek pomůcek a materiálu?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne- uveďte co vám chybí

26. Využíváte fotodokumentaci rány pro spolupráci s lékařem?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne

27. Považujete své kompetence za dostačující?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Ne- uveďte kompetence, které by jste chtěla vykonávat

28. Uveďte činnosti, které nespádají do kompetencí všeobecných sester v domácí zdravotní péči a které se od Vás očekávají, že budete provádět:

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

29. V jaké oblasti nejčastěji edukujete své pacienty?

30. Informujete v plném rozsahu pacienta, který je diabetik o zásadách stravování?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne

31. Provádíte s pacienty nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti? Uvedte příklady

32. Žádají Vás pacienti o spolupráci při řešení jejich dennodenních osobních záležitostí, týkající se jejich zajištění a bezpečí?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne



## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

33. Je podle Vás důležitá komunikace při ošetřování pacienta?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne

34. Podle čeho si řídíte svoji činnost?

Nápověda k otázce: *Seřaďte odpovědi od nejdůležitějšího (1) k nejméně důležitému (4)*

Délka výkonů	<input type="text"/>
Čas, kdy má být výkon proveden	<input type="text"/>
Blízkost klientů pro trase	<input type="text"/>
Jiná...	<input type="text"/>

35. Provádíte výkony v domácí péči dle ošetřovatelských standardů?

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Určitě ne

## Role a činnosti všeobecných sester v domácí zdravotní péči

36. Zaškrtněte příznaky, které se u vás objevily během vykonávání ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče

Nápověda k otázce: *můžete zaškrtnout více odpovědí*

- Nechuť a lhostejnost k práci
- Ztráta nadšení a pracovního nasazení
- Potíže se soustředěním a koncentrací
- Agresivita a popudlivost vůči okolí
- Pocit nedocenenosti odvedené práce
- Cynický přístup ke klientům
- Svalové napětí
- Žádný z uvedených příznaků

37. Uvažujete o změně zaměstnání?

- Určitě ano- důvod
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne