

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**POVĚDOMÍ LAICKÉ ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI O AGENTURÁCH
DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

**AWARENESS OF THE GENERAL PUBLIC ABOUT HOME HEALTH
CARE AGENCIES**

Bakalářská práce

Autor práce: Šárka Pařízková

Vedoucí práce: Bc. Hana Pekárková

2021



UNIVERZITA KARLOVA

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Ústav sociálního lékařství

Oddělení ošetřovatelství

Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Šárka Pařízková

Obor: Všeobecná sestra, bakalářský studijní program Ošetřovatelství

Název tématu: Povědomí laické široké veřejnosti o agenturách domácí zdravotní péče

Název tématu v anglickém jazyce: Public and professional public knowledge of home health care agencies

Teze práce:

- *Teoretická část*
 - *Rozbor hlavních pojmů dané práce*
 - *Vývoj domácí péče z pohledu historie*
 - *Vymezení pojmu domácí zdravotní péče a její cíle*
 - *Problematika pozdního věku z hlediska domácí péče*
 - *Výhody domácí péče*
 - *Formy domácí péče*
 - *Komplexní domácí péče*
 - *Teoretické poznatky související s hlavními pojmy práce*
 - *Domácí prostředí klienta a souvislost s vývojem nemoci (průběh nemoci)*
 - *Poskytování domácí péče a vliv rodinných příslušníků*
 - *Finanční náklady na domácí péči*
 - *Náročnost domácí péče*

- *Dosavadní výzkumy v dané oblasti (citace prací)*

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

POHLOVÁ, Veronika. *Problematika domácí péče o seniory*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce. Vedoucí práce PhDr. Marek Šimůnek.

MUNDILOVÁ, Martina. *Vytíženost sester v domácí péči*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Vladimíra Fremrová.

MACHAČNÁ, Dana. *Domácí ošetrovatelská péče v České republice*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Bankovní institut vysoká škola Praha, Katedra ekonomiky a managementu zdravotních a sociálních služeb. Vedoucí práce MUDr. Andrea Suchánková.

HLAVÁČKOVÁ, Renata. *Komplexní domácí péče o seniory v České republice*. Olomouc, 2016. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PaedDr. Marcela Musilová, Ph.D.

- *Ošetrovatelské hledisko*

- *Snaha zvýšit povědomí, znalosti a vědomosti v roli zdravotních sester v domácí péči*
- *Snaha poukázat na náročnost ošetrovatelské péče v terénu (psychická, technická a časová náročnost)*
- *Zdokonalení se v jiném odvětví zdravotnictví*
- *Z finančního hlediska snížení nákladů v péči o pacienta*
- *Navýšení kompetencí sester v domácí péči*
- *Z hlediska role sestry zvýšit samostatnost a odbornost v práci agentur domácí péče*
- *Kvalifikace všeobecné sestry a praxe je důležitý prvek*

- *Empirická část*
 - *cíle výzkumu*
 - *zmapovat, jaký je zájem veřejnosti o služby domácí péče*
 - *zjistit aktuální pojetí/znalosti veřejnosti o ADP*
 - *snaha přiblížit bližší informace o možnostech využití ADP*
 - *zjistit v jakém rozsahu je informovanost laické veřejnosti o agenturách domácí péče*
 - *poukázat na možnosti nabídek poskytování domácí péče*
 - *kvantitativní výzkum – dotazníky pro veřejnost*
 - *přibližně 80 respondentů laické široké veřejnosti*

Odborná literatura: (5 – 7 citací dle normy)

POCHMANOVÁ, Karolína. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů, [2015]. ISBN 978-80-905809-2-3.

MISCONIOVÁ, B. 1994. *Nejčastější otázky spojené s Komplexní domácí péčí*. Praha : Asociace domácí péče ČR, 1994. str. 19. neuvedeno.

MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Přeložil

Renata HALMO. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0215-0.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247- 2170-5

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol. s.r.o., 2014., 217 s. ISBN: 978-80-8063-414-8

Datum odevzdání: 19. 9. 2019

Podpis studentky/ta:

Zadání bakalářské práce bylo schváleno dne: 19. 9. 2019

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

vedoucí Oddělení ošetrovatelství

Ústavu sociálního lékařství

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

garant předmětu

Seminář k bakalářské práci

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Zároveň uvádím, že elektronická verze práce v informačním systému je shodná s verzí tištěnou.

Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne:

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní Bc. Haně Pekárkové za pomoc, čas a trpělivost při vedení mé práce a za poskytnutí cenných rad a připomínek. Zároveň bych také chtěla poděkovat mé rodině a blízkým, kteří mě po celou dobu této činnosti a studia podporovali.

Abstrakt

Autor: Šárka Pařízková

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Povědomí laické široké veřejnosti o agenturách domácí zdravotní péče

Vedoucí práce: Bc. Hana Pekárková

Počet stran: 83

Počet příloh: 0

Rok obhajoby: 2021

Klíčová slova: domácí péče, stáří, laická veřejnost, vědomosti, zkušenosti, rodina

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku agentur domácí zdravotní péče z hlediska povědomí laické široké veřejnosti. Teoretická část práce zahrnuje historii domácí péče a její vývoj u nás i v zahraničí, potřeby nemocných a holistické pojetí člověka jako celku, problematiku pozdního věku vzhledem k této službě a vliv samotného domácího prostředí klienta v průběhu nemoci. Praktická část se zaměřuje na dotazníkové šetření u laické veřejnosti. Cílem práce bylo zjistit a ověřit jaké informace, zkušenosti a vědomosti o agenturách domácí zdravotní péče vlastní laická veřejnost.

Abstract

Name and surname of the author: Šárka Pařízková

Institution: Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine, Department of Nursing

Title: Awareness of the general public about home health care agencies

Supervisor: Bc. Hana Pekárková

Number of pages: 83

Year of defense: 0

Keywords: home care, old age, lay public, knowledge, experiences, family

The bachelor's thesis focuses on the issue of home health care agencies in terms of awareness of the general public. The theoretical part of the work includes the history of home care and its development in our country and abroad, the needs of patients and a holistic concept of man as a whole, the issue of late age with respect to this service and the influence of the client's home environment during illness. The practical part focuses on a questionnaire survey of the general public. The aim of the work was to find out and verify what information, experience and knowledge about home health care agencies are owned by the general public.

Obsah

ÚVOD.....	11
1 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM.....	13
2 POTŘEBY NEMOCNÝCH.....	15
2.1 Potřeba v ošetrovatelství.....	15
2.2 Ošetrovatelský problém	15
2.3 Ošetrovatelská diagnóza	16
2.4 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa	16
3 HISTORIE DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	19
3.1 Historie domácí péče ve světě	19
3.2 Historie domácí péče u nás	20
3.3 Vývoj agentur domácí zdravotní péče	21
4 KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	22
4.1 Vymezení pojmu domácí zdravotní péče.....	22
4.2 Charakteristika agentur domácí zdravotní péče.....	23
4.3 Principy domácí zdravotní péče.....	23
4.4 Organizační formy domácí zdravotní péče.....	24
4.5 Poskytovatelé domácí péče.....	24
4.6 Koncepce domácí péče.....	25
4.7 Cíle domácí péče.....	26
5 ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR.....	27
5.1 Cíle a poslání.....	27
5.2 Projekt - "Doma nejlíp".....	28

6 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	29
6.1 Financování domácí zdravotní péče ve Švédsku	30
6.2 Financování domácí péče v Německu a ve Francii	30
7 RODINA JAKO SOUČÁST POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	31
7. 1 Rodina definice	31
7.2 Charakteristika rodiny.....	31
7.3 Funkce rodiny	32
7.4 Rizikové faktory v péči o členy rodiny.....	33
8 FAKTORY PŘI KOMUNIKACI SESTRA A PACIENT/KLIENT.....	36
9 POJETÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA PŘI POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
Zhodnocení výzkumu.....	70
ZÁVĚR.....	78
Seznam použitých zkratk.....	79
Seznam použité literatury.....	80
Elektronické zdroje.....	82

Úvod

Vybrat vhodné téma bakalářské práce pro mě nebylo ze začátku jednoduché. Náš obor je velmi pestrý a rozmanitý. Nabízí nám mnoho různých odvětví a možností. Z nichž je možné si vybrat směr, který nás zajímá.

Velkou část svého volného času jsem trávila se svými prarodiči. Byla jsem s nimi ráda. Zajímala jsem se o jejich péči a pohodlí. Rozhodla jsem se, že bych se chtěla tímto směrem nadále zabývat. V posledních letech žiji se svým nevlastním dědečkem. Starám se o něj, neboť trpí Alzheimrovou chorobou. Proto si umím představit, jak moc důležité je pro nemocné lidi, především pro seniory, aby zůstali co nejdéle doma. Ve svém vlastním zažitém rodinném prostředí, kde to nejvíce znají a cítí se nejlépe. Poněvadž psychická rovnováha našeho těla je mnohdy převažující nad dalšími problémy. A právě z mého osobního pohledu je domácí zdravotní péče vynikající služba pro všechny osoby, jejichž přáním je zůstat doma, ale neobejdou se bez cizí odborné pomoci vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. A tuto myšlenku jsem chtěla aplikovat i do své bakalářské práce.

Mým prvotním cílem bylo zjistit, jaké povědomí o agenturách domácí zdravotní péče vlastní laická veřejnost, a to konkrétně jaké má znalosti a všeobecný přehled. Dotazník jim může sloužit také jako zdroj nové informace. Protože nikdy nevíme, kdy tuto službu využijeme a budeme ji sami potřebovat. Skrze praktickou část jsem tuto problematiku u laické veřejnosti zkoumala.

V teoretické části práce se zabývám řešením otázek ve smyslu vývoje agentur domácí péče, charakteristikou, cíly domácí péče a aktuálními poznatky v této oblasti. Stručně jsem se zde zmínila také o financování služeb domácí zdravotní péče a naznačila spojitost mezi potřebou nemocných a holistickým přístupem. Samostatnou kapitolu věnuji také rodině. Z důvodu toho, že se stává v mnoha případech jednou z důležitých prvků v poskytování domácí zdravotní péče. Nadále zkoumám problematiku faktorů v komunikaci sestry a pacienta.

Poskytování této služby není mnohdy jednoduché. Zaměstnanci domácí zdravotní péče se mohou potýkat u pacientů s několika problematickými záležitostmi. V některých případech je právě sestra ta, která svým rychlým rozhodnutím může zachránit život pacienta.

Veškeré tyto skutečnosti jsou velmi náročné na psychiku zdravotníka. Je velmi důležité se v tomto odvětví neustále vzdělávat a získávat zkušenosti a vědomosti po celý život.

Na závěr úvodu musím podotknout v zásadě to, co je klíčové. Jsem velmi ráda za to, že se mi vyskytla možnost (sice jen na pár dní), vyzkoušet si za provozu tuto službu terénní domácí zdravotní péče. Vzhledem k povinné odborné ošetrovatelské praxi jsem si mohla zažít, co vlastně ve skutečnosti tato práce obnáší. A to nejdůležitější (jak jsem již zmínila), především v něm vidím velký rozvoj, využití i budoucnost pro lidi, kteří ji potřebují.

1 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM

„Největší chybou při léčení nemoci je oddělovat od sebe tělo a duši, protože ony od sebe přece odděleny být nemohou – ale právě tento fakt přehlédli řeční lékaři, a proto jim tolik chorob uniklo. Nikdy totiž neviděli celek. Svou pozornost měli věnovat celku, protože tam, kde se celek cítí špatně, nemůže být zdravá ani jedna část.“

Platón, 427-347 př.n.l.

„Termín holismus je odvozen z řeckého slova holos, což v překladu znamená celý, úplný, neporušený.“ (Mastiliaková 2007, s. 8)

Tento filozofický směr, jenž vychází z pohledu „filozofie celistvosti“, je blízký teorii emergentního vývoje (Mastiliaková 2007) a vychází z idealizmu. Filozofie celostnosti vznikla v 20. letech 20. století. Název holismus zavedl jihoafrický generál Jan Christian Smuts ve své knize Holismus a evoluce z roku 1926. (Pavlíková 2006).

V nejstarších dobách například v období antiky se lidé nezabývali rozdělením psychické a tělesné nemoci. Až poté Hippokrates na konci 5. století před Kristem velmi moudře zdůraznil, že nemoc zahrnuje jak tělo, tak duši člověka. V době babylonsko-asyrské, řecké, římské civilizace a ve středověku došlo k uvědomění si důležitosti psycho-somatické interakce. Opět během období renesance se začalo pohlížet na tělo a duši odděleně. Tělo se stalo doménou medicíny a duše byla uvedena jako doména náboženství a filozofie. Bylo konstatováno, že tělo (soma) a duše (psychika) jsou oddělené a nepřibuzné části. Již od 17. století nastaly změny. Později v roce 1890 William James a Cal Lange nezávisle vypsali k závěru, že city jsou primárně fyziologického původu. Freud popsal lidské podvědomí jako neuvědomovaný prvek lidského života a jeho teorie vedla k rozvoji uvědomění si významu emocí v nerovnováze psychické a fyzické. Až ve 20. století se realizovaly velmi podstatné kroky, jež vedly k holističtějšímu přístupu k člověku. (Mastiliaková, 2007, s. 22-23)

„Je důležitější vědět jakou člověk nemoc má, než jaký druh nemoci člověk má.“
(Mastiliaková, 2007, s. 22)

Z hlediska ošetrovatelství je holistická péče o člověka velmi důležitá. Pohlížet na člověka jako bio-psycho-sociální jednotku, celistvé jedinečné bytosti. Ošetrování nemocných se netýká pouze „těla“ jako takového. Psychika a tělo jsou neustále v interakci. Je velmi časté, že většina lidí, kteří vyhledávají zdravotní péči pro tělesné symptomy, mají ve skutečnosti poruchy, jež zahrnují komplex interakce somato-psycho-sociální faktorů. (Mastiliaková, 2007, s. 18)

„Pojem holistické zdraví zahrnuje celou osobnost člověka, tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno.“ (Mastiliaková, 2007, s. 8)

Holistická teorie pohlíží na všechny živé organismy jako na jednotné celky, z nichž jednotlivé části se navzájem ovlivňují a tvoří mezi sebou vzájemnou interakci. Jedna porucha části vyvolá poruchu celého systému a organismus reaguje nemocí. Zásadní roli v nerovnováze hraje stres, který může být vyvolán různými podněty - jimiž může být smutek, přílišné množství životních změn, sociální izolace, dále pak bolest nebo jiné fyzické utrpení. Stres výrazně snižuje odolnost organismu vůči nemoci a člověk ho prožívá jako výrazný psychický i fyzický diskomfort. Nerovnováha psychická vyvolává nerovnováhu tělesnou a platí to i obráceně. (Mastiliaková 2007). Holistická ošetrovatelská péče uznává práva pacienta, jež jsou integrální součástí ošetrování a léčebného procesu. Do tohoto procesu spadá i neoddělitelná součást holistického ošetrovatelství a tím je ošetrovatelský proces, který představuje systémový přístup a rovněž komplexní řešení problémů pacienta a vždy je specializovaný na celého člověka. Zároveň pokud aplikujeme holistickou filozofii na péči o lidi a jejich zdraví, musíme brát zřetel na osobu jako celek a snažit se pochopit vztah částí ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho činnostem. (Pavlíková 2006).

Za zakladatelku holistického přístupu k nemocným je také považována Florence Nightingale, jež se podílela na výuce všeobecných sester, kde se zaměřovala na principy holismu: jednotu, wellness a vzájemný vztah lidského bytí a jeho prostředí. V původních dobách se ošetrovatelství rozvíjelo z náboženských řádů. Florence Nightingale byla sama přesvědčena, že ošetrovatelství je vnuknuto bohem a jeho víra a duchovnost ovlivňuje všechny aspekty péče. (Bahrami, 2010)

2 POTŘEBY NEMOCNÝCH

„Pojem potřeba je projevem nějakého nedostatku nebo přebytku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“ (Trachtová a kol. 2018, s. 10)

Potřeba člověka nabádá k vypátrání určitou podmínku, která je nezbytná k životu, případně vede k vyhýbání se určité podmínce, jež je pro život nepříznivá. Termín potřeba je to, co lidská osobnost potřebuje nezbytně pro svůj život a vývoj. Pokud prožíváme nedostatek něčeho, tak to zásadně ovlivňuje naši celou psychickou funkci těla, například pozornost, emoce a myšlení. Tím se tvoří vzorec chování jedince. Během života se potřeby jednotlivce mění z hlediska kvantity a kvality. Všichni lidé vlastní společné potřeby, a jsou realizovány nejrůznějšími způsoby, z nichž ani dva způsoby nejsou stejné. (Trachtová a kol. 2018)

2.1 Potřeba v ošetřovatelství

Potřebu v ošetřovatelství můžeme nazvat prožívaným, nebo pociťovaným nedostatkem nebo nadbytkem něčeho. Potřeby vlastní všichni lidé. Zdravý člověk uspokojuje své potřeby péčí o sebe sama v souladu se svým přírodním a společenským prostředím. Problém nastává, pokud člověk z různých důvodů své potřeby není schopen uspokojit. (Mastiliaková, 2014)

2.2 Ošetřovatelský problém

Pokud člověk dlouhodobě neuspokojuje své potřeby, mohou se velmi často rozvinout některé poruchy v jeho zdraví. Porucha zdraví se může tvářit jako skutečná, buď tělesná či duševní nemoc, nebo naopak mohou vzniknout závažné dopady na pacientovu psychosomatickou rovnováhu, soběstačnost a kvalitu života. Ošetřovatelské problémy – celostní reakce pacienta na neuspokojené potřeby se vztahují na jeho soběstačnost, psychomotorickou rovnováhu a kvalitu života. Ošetřovatelským problémem je například bolest (akutní, chronická), negativní emoce a prožitky, které jsou spojeny s nemocí, léčbou, život ohrožujícími stavy a náročnými životními situacemi (úzkost, strach, obavy, osamělost, lítost, smutek), změny tělesného vzhledu a změny ve vnímání těla, způsobené onemocněním nebo vnějším zásahem (amputace části těla, stomie, onemocnění kůže), neschopnost navázat a udržet kontakty s nejbližšími příslušníky v rodině nebo s přáteli. (Mastiliaková, 2014, s. 26-27)

2.3 Ošetřovatelská diagnóza

„Ošetřovatelská diagnóza NANDA International je standardní pojmenování problému klienta/pacienta a jeho (celostní, psychosomatické) reakce na aktuální a potencionální zdravotní problémy nebo životní procesy a situace.“ (Mastiliaková, 2014, s. 29)

2.4 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Existenciální filozofie pronikla do Spojených států po 2. světové válce a byla velmi kladně hodnocena mnoha psychology a psychiatry. Zároveň přispěla inspirací pro humanistické psychology. *„Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější.“* Lidský organismus je sjednocený a organizovaný komplex, každá potřeba jedince je ve vzájemné spojitosti těla. Například pokud je jedinec hladový, odrazí se to v jeho vnímání, myšlení citění apod. (Trachtová a kol. 2018 s. 13,14)

- Fyziologické potřeby:

Vyjadřují potřeby, které se pojí při porušení stálosti vnitřního prostředí organismu a slouží k přežití. Tyto potřeby jsou hlavní a lidský organismus pracuje tak, aby je uspokojil dříve, než se stanou aktuálními, jedná se o dodržení denního rytmu výživy, pohybu, spánku a podobně.

- Potřeba jistoty a bezpečí:

Jedná se o potřeby, které signalizují vyhnutí se ohrožení a nebezpečí. Lidský organismus touží po důvěře, stabilitě, spolehlivosti, osvobození se od strachu a úzkosti, po ekonomickém zajištění. U nemocného člověka se ztrácí potřeba životní jistoty.

- Potřeba lásky a sounáležitosti:

Je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sociální integrace a sounáležitosti. Objevuje se v situacích, kdy se ocitáme sami a opuštění.

- Potřeba uznání a sebeúcty:

Jedná se o dvě spojené potřeby. První potřeba zahrnuje potřebu sebeúcty a sebehodnocení. Sděluje kompetence, důvěru v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá potřeba touží po respektu druhých lidí, postoj uvnitř sociální skupiny.

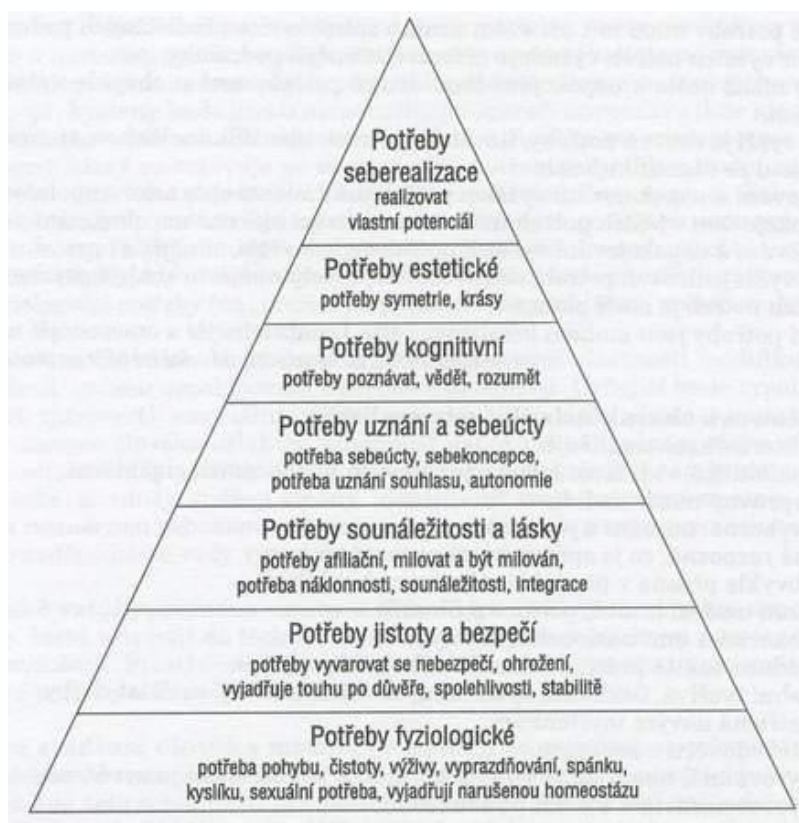
Začíná se objevovat v situacích, kde se vytrácí respekt, kompetence a důvěra. Tato potřeba se začíná dávat najevo snahou získat ztracené sociální hodnoty.

- Potřeba seberealizace a sebeaktualizace

Tato potřeba vyjadřuje snahu uskutečnit své schopnosti a záměry. „Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.“ Člověk musí vlastnit pocit uspokojení z práce, kterou vykonává a být přesvědčen, že danou aktivitu provádí kvalitně a dobře jak nejlépe umí.

K těmto hlavním potřebám se dále řadí tzv. metapotřeby, nazývané jako potřeby růstu. Zahrnují potřeby poznávání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie a další. (Trachtová a kol. 2018 s. 14)

Tyto potřeby nejsou tak naléhavé oproti základním potřebám ale jejich uspokojení „posiluje vývoj k pravé lidskosti, vyššímu štěstí a radosti.“ (Maslow 1960)



Obrázek 1 Maslowova hierarchie potřeb

Zdroj internet

Je velice důležité, pokusit se vcítit do pocitů pacienta a představit si, co prožívá při své cestě do nemocnice. Ta je obvykle vždy spojena se ztrátami. V první řadě ztrácí své sociální zázemí. Očekává stále nová a nová vyšetření, léčebné zákroky, na kterých se samozřejmě účastní mnoho dalších osob. Může ztrácet i své sebehodnocení, nemluví se o něm jako o osobě s konkrétním příběhem ale jako o „diagnóze“ s určitým nemocným orgánem, k čemuž by ovšem nemělo vůbec docházet. Tato zkušenost v něm vyvolává nejistotu a vyvyšuje jeho strach. Značně dobře si uvědomuje, že není ohroženo jen jeho zdraví ale celá jeho lidská bytost. Dalším problémem nastává při ztrátě pocitu bezpečí. Objevují se pocity osamělosti a odcizení, během různých vyšetření a terapie. Nastává zlom v tom, že se musí dodržet jakýsi nemocniční řád a chod daného oddělení, na němž je hospitalizovaný, a tak se vytrácí jeho vlastní režim dne, obvyčeje, plány a koníčky. Přesto by se měla brát v potaz jeho samotná jedinečná osobnost a vlastní „já“. Všichni pacienti samozřejmě nemusí ležet v nemocnici. Nemocný, který se léčí doma, má jistotu všech svých čtyř stěn, avšak přistupují k němu další pocity nejistoty a neklidu, jelikož jeho *„nemoc je jako zrníčko písku ve stroji, jež může vyvolat i těžkou krizi. „Nemoc narušuje mezilidské vztahy, mění rozdělení úloh mezi jednotlivé členy rodiny a může vést k pocitům viny.“* Nastává záležitost v tom, zda samotná nemoc znamená pro nemocného rozhodující změnu v jeho životě. (Pera, Weinert 1996, s. 69 – 73)

Je mnoho faktorů, jež znemožňují, narušují a znesnadňují uspokojení potřeb člověka. Řadí se mezi ně nemoc, samotná individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka, okolnosti, které vedou ke vzniku nemoci a sociálně-kulturní prostředí. Lidem často brání nemoc v mnoha uspokojování jejich potřeb. Zdravotní sestry napomáhají nemocným k uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. S postupným uzdravováním pacienta se snižuje potřeba pomoci sester. Pokud má nemocný uspokojeny fyziologické potřeby, navazuje další potřeba na vyšším stupni. Velmi často se nemocní zaměřují na fyziologické potřeby „přežítí“ a dále se již nezaobírají dalšími vyššími potřebami. (Trachtová a kol. 2018)

3 HISTORIE DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

„Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci. Domácí péče je i symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků.“

Blanka Misconiová

3.1 Historie domácí péče ve světě

Domácí péče je přirozený způsob ošetřování a pečování o druhého člověka, který již existuje od časů dávno minulých. Dříve lidé v rodinách pohromadě žili a věnovali si navzájem svoje radosti a starosti. Již mnoho z nás se dozvědělo z knih či z vyprávění nebo doslechu našich známých a příbuzných o tom, že v domácnostech ženy například předešlá léta rodily, léčilo se často jen dostupnými možnostmi a umíralo se za účasti všech členů rodiny. Zkrátka domácí péče byla jedinou formou pečování o člověka vzhledem k tomu, jaká byla úroveň medicínských poznatků. Na počátku raného křesťanství v letech 1-500 pečovali přímo v domácnostech nemocných převážně ženy. V období středověku byl založen první řád sester ošetřovatelek Augustínek, a ty se specializovali na poskytování ošetřovatelských služeb v domácnosti. Druhý řád ošetřovatelek Vincentek svoji činnost vykonávají dodnes. V roce 1859 vznikla v Anglii moderní koncepce domácí péče, jejichž autorem byl William Rathbon. Touto myšlenkou se zabýval v době, kdy mu umírala jeho manželka na zhoubnou chorobu. Spolu s Florence Nightingelovou založili první školu pro sestry, ve které poskytovali ošetřovatelskou péči nemocným a odkázaným lidem.

Další první pokusy o poskytování domácí péče proběhly v Americe již v roce 1885 podle pokynů lékařů. V roce 1887 ve Philadelphii, dále pak v Bostonu. Tyto organizace navrhli a řídili neprofesionálové. Později v New Yorku vytvořili tuto službu poprvé sestry. Významné ženy paní Lilian Waldová a Mary Rogersová založili ošetřovatelskou službu v roce 1893 a zavedli termín „veřejná zdravotní sestra“. Dále pak založili školu, kde se zaměřili na poskytování ošetřovatelské péče v domácnostech. Veliký skok rozvoje domácí péče nastal koncem 19. století v Evropě. V domácím prostředí probíhalo ošetřování lidí, ale především se péče ubírala na staré jedince. Výjimkou bylo Nizozemsko, zde se ošetřovatelská péče poskytovala všem nemocným bez ohledu na věk, čili od narození až po konec života. Ke stále více zvyšujícím se nákladům na zdravotní péči dochází začátkem 70. let 20. století.

Byla potřeba zvýšit kvalitu a snížit náklady péče, a tak se hledali nové způsoby a jedna z myšlenek řešení byl právě návrat domácí zdravotní péče. (Hanzlíková a kol. 2006)

3.2 Historie domácí péče u nás

Snaha zlepšit úroveň zdravotnictví a snížit náklady s tím spojené na ošetřování nemocných se objevila již v první Československé republice. Odborná ošetrovatelská pomoc se začala realizovat v domácnostech vlivem ČSČK. Velmi se tato služba osvědčila do roku 1950, sestry a pečovatelky Červeného kříže pečovali o nemocné v rodinách. Ve stejném roce byla založena i Masarykova škola zdravotní i sociální péče. V roce 1952 převzal tuto službu stát. Velké množství sester pracujících v domácí péči pod Červeným křížem, začali pracovat jako geriatrické sestry v rámci geriatrických ambulancí.

Po sametové revoluci v roce 1989 nastává zlom v poskytování domácí péče. Je to nové období řízení, reformy struktury a financování zdravotnictví. O rok později v roce 1990 začínají vznikat první „agentury domácí zdravotní péče“. Ministerstvo zdravotnictví tuto činnost zlegalizovalo na jaře tohoto roku a povolilo na dva roky „pokus“, čemuž se rozumí, že v domácnostech klientů začalo pracovat 40 agentur domácí zdravotní péče. Odrazový most pro rozvoj domácí péče v Čechách nastal v roce 1991 ve Francii na prvním kongresu domácí péče a v roce 1993 vznikla Asociace domácí péče v ČR, která sdružovala sestry, lékaře a sociální pracovníky. V červenci roku 1994 je touto Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče, jež má za úkol poskytovat informace, zajišťovat koordinaci a edukaci profesionální i laické veřejnosti. Následně v roce 2000 bylo v ČR přibližně 200 agentur domácí péče. V současnosti je jich mnohonásobně více. Dle typu poskytování služeb se dělí na různé odvětví poskytování zdravotní péče, například: ošetrovatelská, léčebně preventivní, rehabilitační, psychoterapeutická apod. (Hanzlíková a kol. 2006)

V počátcích ošetřování chudých nemocných v rodinách byla práce sester a sociálních pracovníků obzvláště náročná a často vedla k nepochopení. K vykonávání této činnosti se muselo dožadovat navázání styků s úřady a dalšími dobrovolnými korporacemi, což vedlo ke značné ztrátě času pro samotné sestry, které se věnovali své vlastní práci. V roce 1920 se pomalu rozvíjí tzv. OZSR (návštěvní ošetřování v rodinách). Z této doby je uchována publikace sestry Chudějové, která v průběhu jednoho roku pečovala v Praze o 322 osob a vyšetřila přes stovku rodin, jež si podali žádost o pomoc od spolku ČSČK. O bytových podmínkách v rodinách uvádí, že v 59 případech pobývá v jedné místnosti 10-12 osob a že

z celkového počtu osob, o které se starala, zemřelo 110 v průběhu jednoho roku a to především na tuberkulózu. Toto návštěvní ošetrovatelství netrvalo příliš dlouho, jelikož se pro nedostatek sester a svým rozsahem stávalo nezvládnutelným a udrželo se do roku 1925 pouze ojediněle. Vliv hospodářské krize v roce 1929 dopadlo na všechny vrstvy pracujících ale především na dělnictvo. Český červený kříž znovu zavedl ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách, po nevydařeném úsilí uvedení do chodu v minulých letech. Hlavním důvodem zavedení byla nedostatečná kapacita léčebných ústavů. (Kafková 1992)

3.3 Vývoj agentur domácí zdravotní péče

První agentury domácí zdravotní péče vznikají v roce 1990. Prvotní zahájení provozu uvedlo středisko ošetrovatelské péče České katolické charity a již v lednu roku 1991 Ministerstvo zdravotnictví ČR tuto činnost zlegalizovalo a povolilo dvouletý pokus České katolické charity. K největšímu rozvoji domácí péče docházelo v r. 1993 a 1994. V těchto letech také vzniká mnoho nových agentur a je založena Asociace domácí péče, jež spojuje sestry, lékaře a sociální pracovníky. Od roku 1993 dělíme poskytovatele agentur domácí péče na několik typů: zřízené veřejnou správou, nestátní subjekty, církevní zařízení a fyzické osoby.

Nyní je v této době již v provozu přibližně přes 540 agentur po celé ČR, z velké části je většina z nich organizována sestrami jako fyzickými osobami. V rámci domácí péče se poskytuje zdravotní péče léčebná, léčebně preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační a psychoterapeutická, event. sociální služby, jež se specializují na pomoc a podporu při snížené soběstačnosti pacientů/klientů v základních životních úkonech. Služby agentur domácí zdravotní péče jsou určeny budoucím maminkám k pomoci přípravě k porodu, péči o novorozence a matku v šestinedělí, péči o nemocné dítě a péči o pacienta bez omezení věku. Indikaci služeb domácí zdravotní péče určuje ošetřující lékař a vychází z aktuálního bio-psycho-sociálního stavu pacienta. Ordinovat ji může ošetřující lékař z nemocnice po dobu 14 dnů po hospitalizaci anebo praktický lékař po neomezenou dobu, ovšem je nutné každý měsíc napsat nové doporučení a stanovit obsah, rozsah a frekvenci. Ošetřování pacientů v domácím prostředí nemá význam, pokud si to pacient nepřeje a odmítá i přes veškerá opakovaná vysvětlení o nutnosti a potřebnosti péče. Nevhodné je poskytování péče v případě, kdy domácí sociální prostředí nevyhovuje a hrozí riziko nedodržení potřebných postupů v péči. Dále služba nemá smysl, pokud je péče zdravotníka u pacienta nutná po dobu více než 3 hodin, výjimku mohou snad jen tvořit klienti v terminálním stadiu života. (Archalousová a kol. 2006)

4 KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Komplexní domácí péče je velmi důležitá součást primární péče. Primární péče je sjednocená forma péče, která zahrnuje zdravotní, sociální a laickou péči poskytovanou jedinci, skupině, nebo komunitě v první linii kontaktu. „*V primární péči jsou poskytovány různé formy adresné a individuální péče, které jsou organizovány dle aktuálního celkového stavu jedince a stavu jeho vlastního sociálního prostředí.*“ (Archalousová a kol. 2006)

Komplexní domácí péče apeluje na podporu, udržení zdraví a prevenci nemocí. Klade důraz na bio-psycho-sociální-ekologické potřeby jedince, skupiny a komunity lidí. Hlavní smysl tohoto pojmu je aktivní pomoc a péče poskytovaná jedinci, jenž je vystaven negativním vlivům, které mají dopad na stav jeho fyzického těla, psychické rovnováhy i sociálnímu prostředí. Komplexní domácí péče musí být realizována v souladu s lidskými právy, zákonnými i etickými normami. Cílem komplexní domácí péče je poskytování kvalitní humánní péče ve svém vlastním sociálním prostředí klienta v časovém rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu s důrazem na profesionalitu, kvalitu, odbornost, efektivitu péče a na ekonomické aspekty s přehledným tokem finančních prostředků, které vychází z více-zdrojové formy financování samotné komplexní domácí péče. (Archalousová a kol. 2006)

Pokud je návštěva všeobecné sestry k pacientovi potřebná i v nočních hodinách nebo o víkendech, musí lékař tento požadavek napsat do Poukazu vyšetření/ošetření DP – 06 - patří sem tyto výkony: „06135 – *Výkon sestry v době od 22 do 6 hodin*, 06137 – *Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna, v případě, že se jedná o pacienta, kde je vyžadována pomoc druhé sestry uvádí se následující výkon 06319 – Fyzická asistence při poskytování domácí péče.*“ (Koncepte DP MZ ČR, 2020 s. 11)

4.1 Vymezení pojmu domácí zdravotní péče

„*Definice pojmu domácí zdravotní péče se definuje jako péče poskytovaná pacientovi v domácím prostředí profesionálními organizacemi, které obsahují dvě disciplíny.*“ (Kožušková 2014)

První disciplínou je domácí ošetřování (home nursing), jež zahrnuje podpornou, preventivní, rehabilitační a technickou ošetrovatelskou péči, která se používá při ošetřování, při níž je důležité přiměřené vzdělání a praxe.

Další disciplína je domácí pomoc (home help), jež je součástí sociálních služeb. Sociální služby zahrnují činnosti jako nákupy potravin, vaření, pomoc při osobní hygieně, oblékání, socializace a administrativní práce. (Kožušková 2014)

„Filozofie domácí péče je podmíněna principem pevné vazby a interakce lidské bytosti s jejím vlastním sociálním prostředím, s důrazem na individuální vnímání kvality života každé lidské bytosti.“ (Misconiová, 1998, str. 11)

4.2 Charakteristika agentur domácí zdravotní péče

„Agentury domácí zdravotní péče patří mezi zdravotnické zařízení ambulantní zdravotní péče určené na poskytování zdravotní péče osobě, jejichž zdravotní stav nevyžaduje nepřetržité poskytování zdravotní péče nepřesahující 24 hodin (Vyhláška MZ SR č. 770/2004 Z. z., §1).

Zdravotní úkony poskytované prostřednictvím zaměstnanců domácí zdravotní péče

- Kontrola fyziologických funkcí
- Odběr biologického materiálu
- Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčbu bolesti
- Ošetření stomií všeho druhu
- Aplikace inhalační a léčebné terapie
- Lokální ošetření – péče o rány
- Péče o permanentní katetry
- Pomoc při nácviku a edukace aplikace inzulínu
- Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy
- Další výkony, jež jsou požadované ošetřujícím/registrujícím lékařem

4.3 Principy domácí zdravotní péče

Principy domácí zdravotní péče jsou spjaté s filozofií domácí péče a je nutné je při poskytování péče respektovat a dodržovat. V prvním případě je důležité pohlížet na pacienta z holistického přístupu – vnímat jedince jako bio-psycho-spirituální jednotku. Dále pak podporovat pacienta v jeho soběstačnosti a autonomii (zplnomocňování). Jde o proces, pomocí něž jsou schopni pacienti redukovat svoji bezmocnost a odcizení. Pacienti si pomalu získávají větší kontrolu nad všemi znaky svého života. Jsou schopni převzít si kontrolu nad

svým životem a dosáhnout svých vlastních cílů, tím se stávají zdatnými k směřování úsilí k pomoci sobě za podpory sestry. Důraz se také klade na podporu ke svépomoci, znamená to také, že motivujeme pacienta v oblasti sebepečce a jeho blízké pečující k nezávislosti na zdravotních a sociálních službách. (Archalousová a kol. 2006)

4.4. Organizační formy domácí zdravotní péče

Domácí péče je dostupná ve všech regionech České republiky. Zřizovatelem ADP mohou být státní instituce, například fakultní nemocnice. Obvykle jsou agentury domácí zdravotní péče nestátní (občanská sdružení, instituce charitativní). ADP si může bez problémů zařídit i jednotlivce. Příkladem může být všeobecná sestra, která se zajímá o individuální služby nemocných a je jim k dispozici. Pro vznik ADP jsou důležité normy nestátních institucí. Personál se v těchto agenturách přesně řídí odbornostmi výkonů, jež ADP poskytuje. Stejně je zde stanoveno a vymezeno materiální vybavení a zabezpečení. Pokud si pacient požádá o nadstandardní žádost např.: doprovázení k lékaři, „dělání společnosti“ atp., může mu ADP nabídnout tyto služby za úhradu. V tomto případě agentura domácí zdravotní péče vlastní přesný a zpracovaný ceník služeb, který je povinná dodržovat. Často se vyskytne možnost si u ADP zapůjčit za mírnou úhradu zdravotní pomůcku. Mohou to být nemocniční lůžka, ortopedické pomůcky, pomůcky usnadňující hygienickou péči a jiné. (Šamánková a kol. 2002)

4.5 Poskytovatelé domácí péče

V domácím prostředí ošetřují pacienta zdravotníci. Jako jsou lékaři, všeobecné sestry, nižší zdravotnický personál, rehabilitační pracovníci apod. S týmem spolupracují také sociální pracovníce, ergoterapeuti, logoterapeuti, psychologové a duchovní. Složení zaměstnanců je ovlivněno typem organizace, skladbou klientely a rejstříku požadovaných služeb. Poskytovatelé domácí péče musí vyhovovat daným kritériím (vzděláním, délkou předchozí praxe ve zdravotnickém zařízení). Tyto nutné podmínky jsou stanoveny legislativními kritérii, například Ministerstvem zdravotnictví, MPSV. (Šamánková a kol. 2002)

4. 6 Koncepce domácí péče

Domácí péče je stále rozvíjející se oblast zdravotní péče. Výkon povolání všeobecné sestry a dalších členů týmu, její podpora a pomoc, musí být vždy specializována ve prospěch pacienta. Základem dosažení úspěchu při vykonávání obsahu domácí péče je komplexnost služeb, poskytování péče multidisciplinárním týmem a zvýšení odpovědnosti pacienta při poskytování domácí péče. MZ ČR definuje domácí péči v Koncepci domácí péče z roku 2004 jako *„zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí.“* Odborná literatura v průběhu procesu několika let zveřejňuje různé pohledy na domácí péči, její definování a zároveň zda jsou tyto definice dostačující. Z mezinárodního pohledu je DP, definovaná dle WHO, jako jakákoliv péče poskytovaná lidem ve svých domovech. (Koncepce DP MZČR, 2020)

Domácí péče je primárně zaměřena na udržení a podporu zdraví, rozvoj soběstačnosti, potlačení utrpení u pacienta s terminálním stadiem nemoci a zajištění klidného umírání a smrti. Koncepce DP přináší nový pohled a vymezení tohoto směru, a to následovně: DP představuje nezastupitelnou formu zdravotní péče (ošetřovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči nebo paliativní péči), jež je pacientovi poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí. Společně se sociální péčí včetně péče laické tvoří souhrnný základ péče o pacienta. Je založena na týmové spolupráci lékařů a NLZP v systému zdravotní péče. Role každého člena v týmu je nezastupitelná. Indikace domácí péče se provádí u pacientů, u kterých je nutné zajistit dlouhodobou, následnou nebo paliativní péči. (Koncepce DP MZČR, 2020)

DP je poskytována všem pacientům s různými diagnostickými skupinami nemocí, bez ohledu na věk. Je určena také dětem, lidem v produktivním věku a seniorům. Pro poskytování kvalitní péče o pacienty je důležité efektivní vedení organizace. Každý ošetřovatelský výkon u pacienta zahrnuje zhodnocení jeho aktuálního zdravotního stavu. Maximální rozsah frekvence návštěv domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění jsou 3 návštěvy za den. V případě poskytování paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu života je využíván tzv. Signální výkon. Na ten se nevztahuje časová ani bodová hodnota a nejsou zde omezené frekvence návštěv. Všeobecná sestra informuje indikujícího lékaře vždy jednou měsíčně o aktuálním zdravotním stavu pacienta a při zjištění jeho zhoršení. Pokud se zdravotní stav pacienta akutně zhorší a jsou ohroženy základní životní funkce, musí sestra zavolat ZZS a je povinna u pacienta zůstat do jejího příjezdu. (Koncepce DP MZČR, 2020)

Na sestru, která za pacientem dojíždí, jsou kladeny vysoké nároky. Především na psychické a fyzické schopnosti. Je důležité, aby byla schopna se samostatně rozhodnout v každé situaci. Vlivem tohoto na ní také dopadá psychický tlak a stres z osobitého prostředí a podmínek v domácím prostředí. Sestra nikdy dopředu neví, co ji u pacienta čeká, musí se umět samostatně rozhodnout bez možnosti okamžité konzultace s lékařem. Spoléhá se tedy na svoje odborné zkušenosti, znalosti a dovednosti. Stává se, že se může setkat s konfliktními situacemi. Vždy je nutné, aby zachovala profesionální postoj při jednání s pacientem a jeho rodinou, s lékařem a ostatními členy týmu. Velké nároky jsou také kladeny na vedoucí pozice domácí péče (manažerky a vrchní sestry). Musí mít vysoké všeobecné znalosti z oblasti sociální péče, personální vědomosti, základy práva a účetnictví. Zároveň se stávají i svým mentorem pro své podřízené. (Koncepce MZ ČR, 2020)

4.7 Cíle domácí péče

„Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu pacienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života.“

WHO definuje zdraví jako *„stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady.“*

Cílem DP je zabezpečit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu ve vlastním sociálním prostředí pacienta pomocí:

- 1) zajištěním bio-psycho-spirituálních potřeb
- 2) vybudováním vhodného sociálního prostředí pro pacienta, jež napomáhá k urychlení jeho uzdravení nebo ke zlepšení kvality života a jeho blízkých
- 3) zajištěním dodržení léčebného režimu a snižování nákladů na hospitalizaci pacienta
- 4) zmírňování utrpení a zajištění důstojného umírání
- 5) snižování negativního vlivu onemocnění na duševní stav pacienta a jeho blízkých
- 6) udržování a zvyšování soběstačnosti pacienta
- 7) zabezpečení komplexní péče v koordinaci s ambulantní a lůžkovou péčí, případně se sociálními službami (Koncepce DP MZČR, 2020)

5 ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR, z. s.

Asociace DP ČR existuje od roku 1993. Vlivem každodenního kontaktu členů asociace s klienty a jejich rodinami, má asociace zkušenosti s v tom, co klienty primárně trápí a v čem jim mohou předávat své cenné zkušenosti.

Jedná se o celostátní, dobrovolnou, profesní a nevládní organizaci. Jejími členy jsou provozovatelé agentur domácí zdravotní péče. Tato organizace hájí zájmy členů, jež poskytují zdravotní služby v odbornosti 925 – Domácí zdravotní péče. (Výroční zpráva Asociace domácí péče, 2019)

5.1 Cíle a poslání

Hlavním cílem je v první řadě sdružovat ADP, které vykonávají domácí zdravotní péči. *„Hájit zájmy provozovatelů domácí zdravotní péče, práva pacientů na zdravotní péči v jejich domácím prostředí, a zajistit příznivé podmínky k jejich rozvoji.“* (Výroční zpráva Asociace domácí péče 2019, s. 3)

Dále se asociace podílí na přípravě zákonů a dalších opatření. Informuje MZ ČR, zdravotní pojišťovny a další instituce zavčas o tom, jaký dopad mohou mít jimi připravovaná opatření na kvalitu zdravotní péče poskytované pacientům.

Důležitým cílem je také vzdělávat laickou a odbornou veřejnost o službách domácí zdravotní péče. Možné postupy k dosažení cílů:

- Publikační aktivita
- Pravidelné shromáždění provozovatelů domácí zdravotní péče
- Informační a morální podpora členů sdružení
- Zajistit větší osvětu veřejnosti o agenturách domácí zdravotní péče
- Propagace domácí zdravotní péče
- Snažit se o zlepšení legislativy a metodiky v oblasti DZP (Výroční zpráva Asociace domácí péče, 2019)

5.2 Projekt – „Doma nejlíp“

Tento projekt vzniká počátkem roku 2020. Poklady pro tuto kampaň se připravovali prostřednictvím Platformy. Cílovou finanční položku se podařilo pokrýt a projekt se tak mohl dotáhnout dokonce. Od března se na web a různé sociální sítě mohli vkládat příběhy jednotlivých klientů a i majitelů agentur DZP. Jelikož tento projekt měl dobrý ohlas, materiály z této kampaně budou sloužit pro tvorbu kalendářů pro rok 2022. Do tisku jsou naplánovány již začátkem tohoto roku 2021. Budou se poté nabízet lékařům, zástupcům MZ ČR při jednáních, zdravotním pojišťovněm, poslancům a v neposlední řadě laické veřejnosti.

Cílem tohoto projektu je pomoci rozšířit laické a také odborné veřejnosti povědomí a vzdělávat je v této problematice. Snahou je přiblížit, jaký pozitivní dopad tato služba přináší klientům a jejich rodinám. (Výroční zpráva Asociace domácí péče, 2020)

6 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Ošetrovatelské organizace jsou většinou neziskového typu oproti pečovatelským organizacím. Na financování domácí zdravotní péče existují dva modely.

První model financování této služby se hradí převážně ze státního rozpočtu, čili z daní. Agentury domácí zdravotní péče dostávají od centrální vlády nebo od místních úřadů státní správy, pevný finanční rozpočet, jehož výše je ovlivněna od počtu obyvatel nebo seniorů v dané spádové oblasti, nebo počtem zaměstnanců agentury. Není nutné, aby měli pacienti návrh na tuto službu od svého lékaře. Pacienti mají přímý kontakt s agenturou.

Druhý model financování služeb domácí zdravotní péče je hrazen z povinného zdravotního nebo sociálního pojištění. Na tuto službu je potřeba návrh od ošetřujícího nebo registrujícího lékaře a hradí se na principu platby za službu. Financování domácí zdravotní péče může být také poskytované na základě darů, příspěvků, mimovládních organizací, členských příspěvků nebo z prostředků EU.

Domácí zdravotní péče v České republice se financuje z fondu veřejného zdravotního pojištění nebo přímou platbou pacienta, jenž se provádí v případě, pokud pacienti nejsou pojištěni a za výkony, které nejsou hrazené z veřejného pojištění, nebo daná pojišťovna nemá smlouvu se zdravotnickým zařízením. (Kožuchová, 2014, s. 13 – 15)

„V krajinách EÚ platí všeobecná dohoda, pri ktorej zdravotná starostlivosť nesmie byť omedzovaná možnosťami osoby túto starostlivosť hradit, ani závisieť na príjme či majetku osoby“. (Kožuchová, 2014, s. 13)

Problematika financování domácí péče je v posledních letech velmi diskutovanou oblastí v rezortu zdravotnictví. DP je především financována z veřejného zdravotního pojištění a řídí se platnými právními předpisy. (Koncepte DP MZ ČR, 2020)

Vícezdrojové financování domácí péče je možné pomocí účastí na projektech, grantech, dotacích, dary, přímou úhradou od pacienta, výhledově spolufinancováním ze strany MPSV. Základem financování DP je především indikace ošetřujícího lékaře a každý rok vydávaný seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (Koncepte DP MZ ČR, 2020)

6.1 Financování domácí zdravotní péče ve Švédsku

Je hrazené daňovým systémem (dle Beveridgeova modelu) pro všechny obyvatele. Neexistují žádné výjimky z povinného pojištění. Důležitou roli zde hraje regionální zodpovědnost. Na financování této služby se významně podílejí místní okresní úřady, jejichž podíl na financování je víc než 80%.

6.2 Financování domácí zdravotní péče v Německu a ve Francii

Převážná část obyvatel Německa jsou zařazeni v povinném zdravotním pojištění, kam mohou pojištěnci přispívat dle výše svého platu. Nadměrně pracující se pojišťují v soukromém sektoru. Zdravotní pojištění nemají lidé, kteří se vyskytují na obou krajních polohách sociálního řebříčku. V tomto státě se domácí zdravotní péče poskytuje pouze se smluvními lékaři a mají své specializované pojištění pro dlouhodobou péči, stejně to mají i okolní země jako například Belgie, Nizozemsko a Luxembursko. Jelikož ovšem prudce stárne populace Německa a je zde velmi nízká porodnost, tento současný systém nebude dlouho udržitelný. Ve Francii se ze zdravotního pojištění hradí i sociální pomoc.

7 RODINA JAKO SOUČÁST POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

7.1 Rodina definice

V literatuře existuje nespočetné množství definic k pojmu rodina. Různý pohled na rodinu mají sociologové, psychologové, ekonomové nebo pedagogové. Jedná se hlavně o soubor osob spojených určitou vnitřní vazbou. „*Rodina je instituce, kterou formuje civilizace, kultura i společnost a v níž si předávají a modifikují své tradice, rituály, morální kodexy, styly výchovy dětí a rozličné další zvyklosti.*“ (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 38).

„*Rodina je sociální skupina založená ze dvou nebo více osob žijících spolu v jedné domácnosti, které jsou spojené manželskými, pokrevními nebo adoptivními svazky*“ (Kožuřchová, 2014, s.84)

7.2 Charakteristika rodiny

Mezi blízkými lidmi se nachází velmi intenzivní a souvislé psychologické a emocionální vazby. Z různých definic rodin můžeme zjistit, že rodina není jen mechanické složení lidí různého věku, ale jde o složitý, vzájemně propojený a ovlivňující se systém. Rodina je prvním faktorem, který se významně podílí na lidské zkušenosti, utváření osobnosti člověka a psychické regulaci chování. Zároveň je první sociální skupinou, kde se stáváme jejími členy v sociálním prostředí a ve výchově sehrává prioritní a nenahraditelnou úlohu. (Kožuřchová, 2014)

Sociálním systémem se rozumí skupina lidí, kteří se podílejí na společné charakteristice a jsou vzájemně závislí jeden na druhého. Tato vzájemná závislost stěžuje, ale naopak je i prospěšná pro práci sestry s jednotlivými členy rodiny, jelikož působení na jednoho člena rodiny obvykle působí i na celou část rodiny a naopak. Právě tato závislost, jež charakterizuje sociální systém, je zprostředkovaná dalšími faktory, které zahrnují komunikaci, role a operace uvnitř rodiny, zatímco každý z nich ovlivňuje řešení každodenních problémů. Hodnotový systém je mnohdy předurčen kulturou rodiny, tím může mít značný vliv na zdraví a poskytování domácí zdravotní péče. Jakákoliv taková rodina vlastní svoji

hierarchii hodnot a svoji kulturu. Tyto znaky rodiny formují rodinnou strukturu, vzájemné vztahy mezi sebou, péči o zdraví a formy soužití. (Hanzlíková a kol. 2006)

7.3 Funkce rodiny

Jedná se o aktivity, které se přizpůsobují potřebám členů rodiny. Každý člen rodiny musí mít uspokojeny biopsychosociální a duchovní potřeby. Dále je zapotřebí, aby členové rodiny byli ekonomicky zabezpečeni a měli vzájemnou podporu při adaptaci na případné změny v prostředí a v rodině. Všechny typy rodin mají společné základní potřeby, které jsou důležité pro funkci a přežití. (Hanzlíková a kol. 2006)

Rodina je nejvýznamnější součástí společenské struktury menšího celku, jež poskytuje péči a ochranu svým členům, především v úseku období, pokud se některý z nich ocitá ve stavu, kdy se o sebe nepostarává. Jestliže se stane, že rodina neplní hlavní funkce, může znamenat pro člověka závažné nebezpečí, které ho může postihnout svojí dysfunkcí.

1) Biologická funkce

*„Zahrňa reguláciu sexuálneho správania ľudí a zabezpečenie reprodukcie spoločnosti.“
(Kožuchová, 2014, s. 85)*

2) Ekonomická funkce

- Zakládá se na zabezpečení základních životních potřeb, tím působí na zdraví jednotlivých členů rodiny.
- Pokud dojde k poruše této funkce, projeví se v hmotném nedostatku a neschopnosti rodinu zabezpečit základními životními potřebami, což je důsledkem nezaměstnanosti, zvyšování životních nákladů a dalších jiných negativních dopadů.

3) Výchovná (socializační) funkce

- Rodina formuje mezilidské vztahy, hodnoty, postoje, základy etiky a životního stylu
- Rodina je primární a sociální instituce, jejímž úkolem je zabezpečit socializaci člověka.
- Socializace je vnímána jako proces, kdy je člověk vedený k výchově svého chování

4) Emocionální funkce

- Tato funkce v rodině je nejdůležitější, jelikož se podílí na vzájemné soudržnosti, celistvosti členů v rodině

- Jestliže členové rodiny mají mezi sebou kladné citové vazby, odráží se zde vlastní rozvoj emocionality dítěte. Pokud ovšem tyto kladné podklady v rodině chybí, může se rozvinout citová deprivace nebo frustrace. Mnohdy se může také přihodit, že dojde k vážným deformacím v psychosociálním vývinu člověka.

5) Ochranná funkce

- Hlavním důvodem této funkce je ochrana dětí před sociálními a patologickými jevy

- Umožňuje ochranu, citovou oporu dětem i dospělým členům rodiny když jsou zdraví, nebo naopak péči v období, pokud se o sebe nedokážou a nechtějí postarat.

- *„Rodina poskytuje svojim členom telesnú, duševnú, duchovnú existenciu a rozvoj, dává im pocit istoty a bezpečia.“ (Kožuchová, 2014, s. 85)*

Pokud se například matka stará a pečuje o své dítě či děti, může se přihodit, že matka onemocní a najednou nemá, komu by svoje děti svěřila do péče během své nemoci. Může se jednat o několik dalších různých lidí, třeba ti, kteří si právě založili nový podnik, nastoupili na nové pracoviště a nemohou si dovolit setrvat doma. Dejme tomu, že se to může týkat také člověka, který je tzv. „posedlý prací“ (workoholik). (Křivohlavý, 2002)

„Nikdo nesmí minout nemocného člověka beze slov, aniž by se ho zeptal, co mu je.“

Herodot

7.4 Rizikové faktory v péči o členy rodiny

1) Biologické faktory

Získávají se informace o věku, rase, genetických údajích a úrovni zdraví, jež mohou vést sestru k identifikovanému problému v plánování péče. Zdraví každého člena v rodině velmi ovlivňuje funkci rodiny jako celku a zároveň vztahy mezi nimi navzájem. Příkladem může být dítě, jež je chronicky nemocné. Členové rodiny se musí přizpůsobit potřebám dítěte, a pokud je to možné, měli by i přizpůsobit svoje ostatní povinnosti.

2) Fyzikální prostředí

Faktory domácího prostředí rodiny, například velikost daného bytu, uspořádání, nepořádek a podobně se mohou významně podílet na psychickém i fyzickém zdraví člověka.

3) Psychologické prostředí v rodině

Komunikační schémata jsou indikátorem psychologického prostředí v rodině. Například jaká je vzájemná verbální komunikace (jeden, mluví, ostatní poslouchají), obsah komunikace (konstruktivní, destruktivní), způsoby vyjadřování se, tón komunikace (sarkastické poznámky), řetězové reakce, případná izolace jednoho člena rodiny, zraňující poznámky, tabuizovaná témata (náboženství, politika, pocity) apod.

4) Sociální prostředí

Vztahy mimo rodinu jsou základem pro vývoj osobnosti. V kulturních, školních, sociálních a v politických organizacích, se mohou členové rodiny potkávat s různými lidmi.

Náboženství

- Náboženská víra může mít vliv na zdraví rodiny
- Silná náboženská víra může zabraňovat různým zdravotnickým výkonům a doporučením
- Zdravotní činnosti musíme přizpůsobit na náboženské zvyklosti rodiny
- Blízká spolupráce s organizovanou církevní strukturou, může být prospěšným zdrojem pro emocionální a materiální podporu pro členy rodiny, v čase kdy je potřeba.

Kultura

- Můžeme zjistit, zda se rodina zapojuje do kulturních praktik ve vztahu ke zdraví (zda jsou užitečné, nebo škodlivé)
- Zda existují kulturní faktory, které mohou ovlivnit řešení zdravotních problémů v rodině
- Můžeme porovnat kulturu rodiny s kulturou společnosti, v níž žije a zjistit, jestli existují rozdíly, které by mohli být zdrojem zdravotních problémů pro rodinu nebo děti.

Socioekonomický stav

- Socioekonomický stav rodiny velmi ovlivňuje její zdraví, nedostatek finančních zdrojů může být následkem nemožnosti dovolit si kvalitní a dostatečné potraviny, vhodné bydlení nebo přístup ke zdravotním službám.
- Nižší sociální třídu zahrnují především lidé s nižším příjmem, nižším vzděláním, s horším přístupem ke zdrojům, jako je například zdravotní péče.
- Sociální třída rodiny je důležitá v rozsahu, jak dalece ovlivňuje životní styl, vztahy s vnějším prostředím, strukturní a funkční charakteristiku rodiny

Životní styl

- Životní styl v rodině zahrnuje schéma stravování, odpočinku a spánku, tělesnou aktivitu, kouření, abúzus alkoholu a léků
- Můžeme se setkat s nedostatečnou informovaností, s výskytem rizikových faktorů anebo s nezdravým životním stylem, který také nepříznivě působí na proces edukace, například negativismus, lhostejnost, nízký stupeň intelektu apod. (Hanzlíková a kol. 2006)

8 FAKTORY PŘI KOMUNIKACI SESTRA A PACIENT/KLIENT

1) Pozornost

Je zřejmé, že jedinec poslouchá pouze to, co chce slyšet a zajímá ho, co očekává, že poslouchat bude. Pacientova pozornost, může být ovlivněná například silnou bolestí, podněty, jež vychází z vnitra organismu (sluchové halucinace) nebo podněty, které se mohou objevit z vnějšího prostředí (vstoupením jiné osoby do místnosti) apod. Pokud se v komunikaci nevyskytuje dostatečná pozornost, utváření vztahu mezi sestrou a pacientem se může značně ztížit.

2) Věk

Je možné, že mnozí pacienti raději komunikují s lidmi stejného nebo podobného věku. Nicméně jiní raději hovoří s lidmi mladšími nebo staršími. Toto se týká i sester,

3) Pohlaví

Stává se, když je muž zvyklý „být šéfem“, může odmítat, pokud má komunikovat nebo cokoli konat dle požadavků sestry-ženy. To samé se může vyskytnout naopak u pacientky-ženy, když se má dostavit například na vyšetření k zdravotníkovi-mužovi.

4) Rodinná situace

Lidé, jež jsou zvyklí žít sami, můžou se u nich vyskytnout problémy při kontaktu s jinými lidmi (pacienty). U lidí, kteří se doma cítí osamělí, se ovšem může objevit i to, že se budou bránit propuštění z nemocnice při představě samoty, jež doma zažívají.

5) Kultura a subkultura

Normy a tradice, které lidé dodržují, mohou ovlivnit do jasné míry chování a vnímání některých osob včetně sester. Různé odlišnosti kultur velmi ovlivňují komunikaci a to především neverbální (oční kontakt, interpersonální odstup). Různé kultury zaujímají odlišný postoj na dané onemocnění. Důležité je akceptovat a vnímat dané odlišnosti, jež jsou klíčem k vytvoření terapeutické atmosféry při komunikaci sestry a pacienta. Členové menšinových

skupin mohou pociťovat strach, obavy nebo mít na začátku podezření z lékařského nebo ošetrovatelského zákroku.

6) Sociální faktory

Přijetí role nemocného a sociální akceptace daného onemocnění se projevuje v osobní reakci na onemocnění. Příkladem může být pohlavně přenosná choroba, jež se může jevit pro jedince hůře přijatelnější a mnohem obtížněji se s ní bude vyrovnávat nežli s klasickou chřipkou.

7) Náboženství

S tímto faktorem se můžeme setkat u členů náboženských skupin, kteří nedochází k lékaři, nechtějí přicházet do nemocnic nebo odmítají podání transfuzních přípravků. V tomto případě dochází k tomu, že se náboženská víra ocitá v přímém konfliktu s postupy a cíly dané zdravotnické organizace.

8) Anamnéza

Chronická a dlouhodobá nemoc může na pacienta působit negativním způsobem, ovlivňuje schopnost zvládnání svého zdravotního stavu a motivaci k samostatnosti.

9) Obraz těla

Komunikaci ovlivňuje i to, co si pacienti myslí o sobě a své nemoci. Pro sportovce, jejichž zdravé tělo je pro ně vysokou hodnotou, mohou vnímat nemoc jako hrozbu. (Hanzlíková a kol. 2006)

9 POJETÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA PŘI POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Starých a velmi starých lidí v lékařských ordinacích významně přibývá a obdobně je tomu i tak v agenturách domácí zdravotní péče. *„Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí i výzev týkajících se například povahy dlouhého života ve stáří, seberealizace a využití potenciálu starších lidí, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb.“* (Kalvach, 2008, s. 21)

O „geriatrických pacientech“ se v širším slova smyslu hovoří o nemocných starších určitého věku. V hospodářsky vyspělých zemích je rozmezí věku seniora nad 75 let, tato hranice je stále častěji posouvána vlivem zlepšování zdravotního a funkčního stavu na 80 let. Vlivem involučních změn nebo podmíněnými chorobami je určen věk seniora na 65 let, jež opravňuje začlenění pacienta do geriatrických programů. (Kalvach a kol. 2008)

„Na komunitní úrovni je velmi důležité usilovat o komplexnost, koordinovanost a kontinuitu dlouhodobých služeb i intervenčních vstupů o dispenzarizaci a depistáž osamělých či jinak rizikových pacientů a o cílevědomou podporu laických pečovateli, především rodinných příslušníků.“ (Kalvach a kol. 2008, s. 26) Podporou je myšleno od rodinných příslušníků edukace, supervize, nabídka respitních denních center i vícedenních pobytů, samozřejmě také zdravotní a psychická podpora pečujících osob. Velmi často se uvádí ve středu medicínského zájmu celek: pacient a jeho rodina, podobně jako tomu je i například v pediatrii nebo paliativní péči. Světová zdravotnická organizace (WHO) podporuje vznik komunitních geriatrických center (age-friendly primary health care centres) jejichž rozvoj je charakterizován vysokým ohledem na věk a pohlaví, dostupnost (dosažitelnost), přístupnost (bezbariérovost), komplexnost, nediskriminanci, kvalitou a účinností. (Kalvach, 2008)

Mezi hlavní cíle soudobé péče o seniory je zachování co nejvyšší možné míry autonomie, soběstačnosti a sebeobslužnosti zejména v jejich přirozeném prostředí. Přibližně 80% osob starších 65 let je soběstačných. Potřebují jen občasnou pomoc od rodiny nebo okolí. Odhaduje se, že 13% potřebuje pomoc s chodem domácnosti. U 5 % seniorů je nutná domácí péče ve větším rozsahu a asi pouhá 3% z nich vyžadují neodkladnou pomoc v ústavech. Ovšem odborná literatura v tomto procentuálním vyjádření není zcela jednotná. V jednom se ale zdroje velmi shodují. Dnes v zařízeních různého druhu se nachází mnohem

více seniorů, než by bylo opravdu nutné. Jedním z důsledku může být zvýšený počet dysfunkčních rodin. Tyto rodiny se buď nemohou o starého člověka postarat. Nebo přímo odmítají převzít o ně péči. Další příčina, se jeví v nedostatečné nabídce, provázanosti a dostupnosti (místní, časové, finanční) kvalitních, důstojně podporujících život seniora, sociálních a zdravotních služeb, jež jsou poskytovány v domácím prostředí seniorů. Další rolí zde hraje ekonomický zisk, samostatnost a nezávislost. A tyto hodnoty jsou v mnohých rodinách na vyšším stupni než „jejich“ senior. Pro rodiny se proto nejschůdnějším řešením stává LDN, nebo domov pro seniory. Přitom rodina má pro seniora obrovský význam. V období stáří se člověk musí vyrovnat s několika změnami (nemoc, snižování soběstačnosti, ztráta životního partnera). Potřeby bezpečí, jistoty a klidu jsou u seniora mnohem vyšší než u člověka mladšího věku. Senior potřebuje mít pocit, že není na své problémy sám. (Příbyl, 2015)

Nemocní lidé ve starším věku využívají velké množství zdravotnických zařízení. V roce 1982 byly na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří deklarovány stále aktuální základní strategie, označené jako 4xD.

- Demedicinalizace. Tento termín definuje, aby péče o staré lidi byla v dostatečném rozsahu převedena do režimu ambulantních zdravotních a sociálních služeb a dalších společenských oblastí.
- Deinstitutionalizace. Je nutné podporovat starající se rodiny, podpořit péči v domácím prostředí, komunitní formy péče.
- Deprofesionalizace. Pokud je člověk ochotný a schopen se na této péči podílet, může se zapojit do spolupráce. Můžeme zde zahrnout dobrovolnictví, sousedskou výpomoc atd.
- Deresortizace. V této souvislosti se může hovořit o celospolečenské prosloupenosti seniorské problematiky. Znamená to, že každý obor lidské činnosti může pro populaci seniorů něco udělat.

V ČR se na poskytování zdravotních služeb podílí stát, kraje, města i obce. Převážná část je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění. „*Poskytování zdravotní péče je upraveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů.*“ (Příbyl, 2015 s. 17)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsem se věnovala výzkumem, ve kterém se zabývám problematikou povědomí laické široké veřejnosti o agenturách domácí zdravotní. Výzkum zkoumám skrze dotazníkové šetření. Použitý dotazník obsahoval celkem 26 položek a byl dohromady rozdán 100 osobám, z toho pouze 86 respondentů dotazník vyplnilo a dokončilo. Převážnou část odpovědí tvořili ženy. Věkovou kategorii jsem zvolila od 15 let do 60 let a více.

Cílem tohoto výzkumu bylo ověřit a zjistit do jaké hloubky mají respondenti znalosti, zkušenosti a představy o agenturách domácí zdravotní péče. Dotazníkovému šetření předcházel samotný „před-výzkum“. Prováděla jsem ho proto, abych měla jistotu, že respondenti daným otázkám rozumí a jsou pro ně dostatečně pochopitelné. Vlivem jejich zpětné vazby jsem musela některé otázky jiným způsobem zformulovat, aby byli více srozumitelné. K vyplnění dotazníků byli osloveni respondenti z okolí Hradce Králové, Pardubic a Rychnova nad Kněžnou.

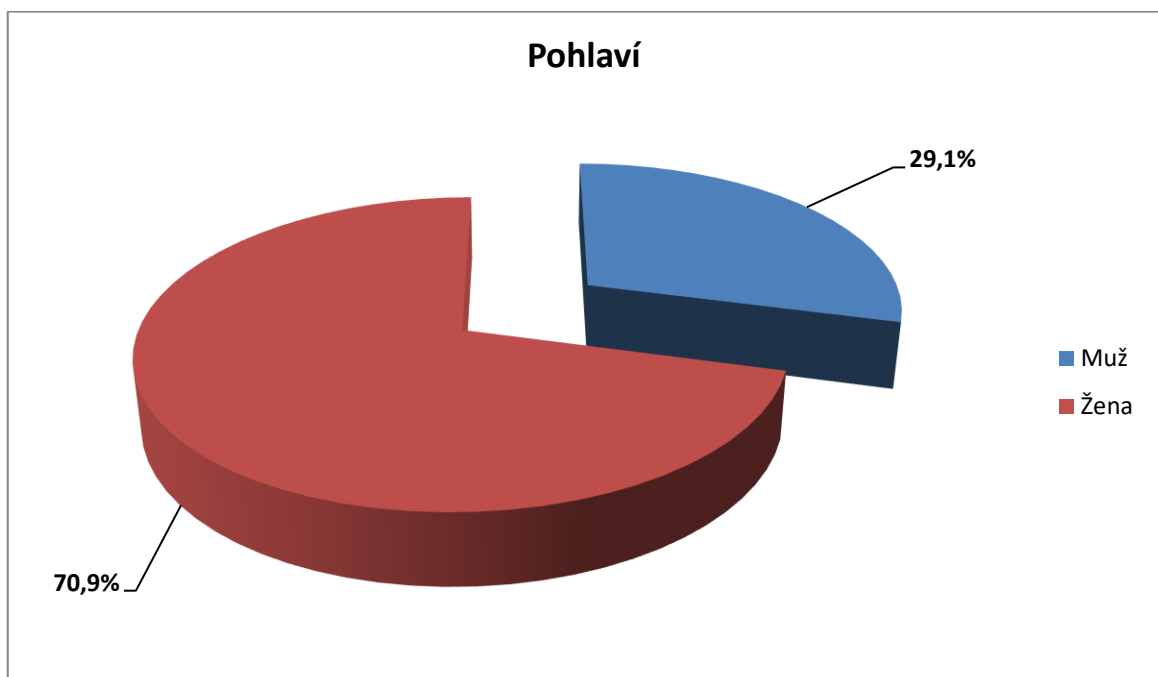
Položka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 1 Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	61	70,9 %
Muž	25	29,1 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 1 Pohlaví respondentů



Dotazníkového šetření se zúčastnilo 61 (70,9 %) žen a 25 (29,1 %) mužů.

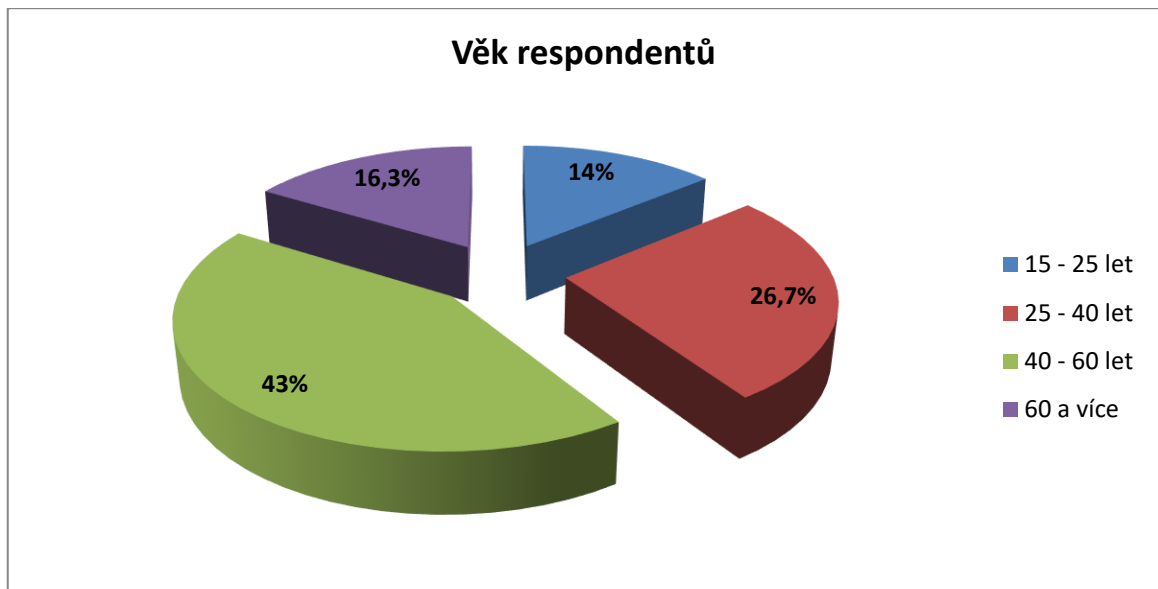
Položka č. 2: Věk respondentů

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 – 25 let	12	14,0 %
25 – 40 let	23	26,7 %
40 – 60 let	37	43,0 %
60 let a více	14	16,3 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: *Vlastní výpočty*

Graf 2 Věk respondentů



Nejvíce osob bylo ve věkovém rozmezí 40 – 60 let (43 %). Dalším nejčastějším uvedeným věkovým rozmezím bylo 25 – 40 let a mělo 23 (26,7 %) respondentů. 14 (16,3 %) dotazovaných bylo ve věkovém rozmezí 60 let a více. Věkové rozmezí 15 – 25 let uvedlo 12 (14 %) dotazovaných.

Nejnižší věkové rozmezí dotazovaných bylo 15-25 let a nejvyšší věkové rozmezí 60 let a více. Nejčastěji vyskytovaným věkem u respondentů bylo věkové rozmezí 40-60 let.

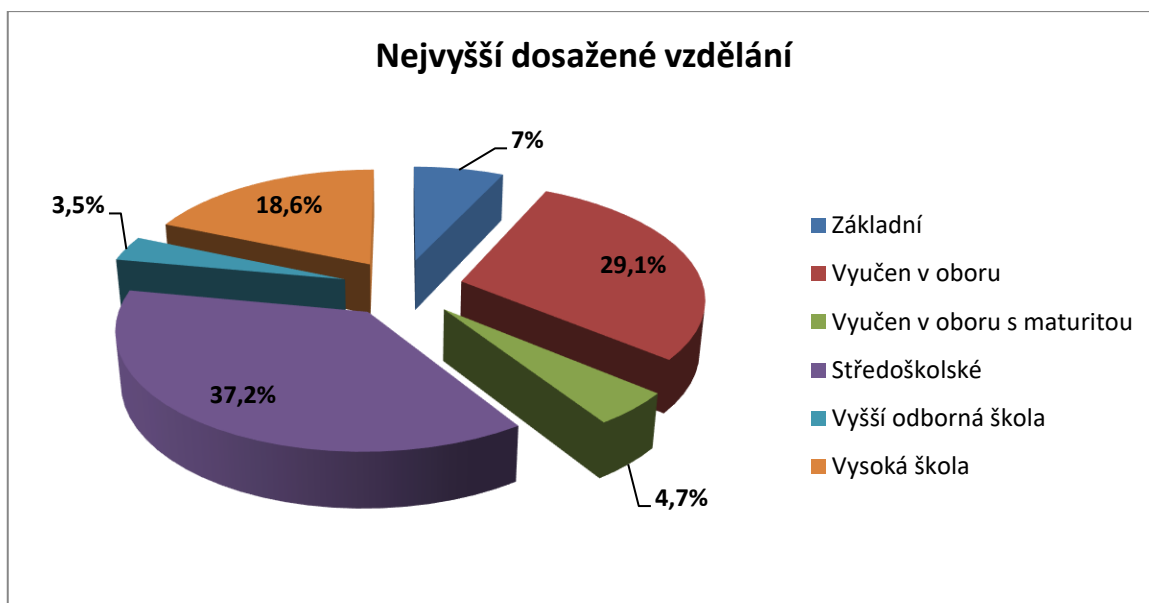
Položka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	6	7,0 %
Vyučen v oboru	25	29,1 %
Vyučen v oboru s maturitou	4	4,7 %
Středoškolské	32	37,2 %
Vyšší odborná škola	3	3,5 %
Vysoká škola	16	18,6 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Z celkového počtu respondentů jich 32 (37,2 %) uvedlo, že mají středoškolské vzdělání. 25 (29,1 %) dotazovaných se vyučilo v oboru. Vysokoškolské vzdělání obdrželo 16 (18,6 %) respondentů. 6 (7,0 %) osob mají základní vzdělání. Vyučení v oboru s maturitou vyplnily v dotazníkovém šetření 4 (4,7 %) osoby. Vyšší odborné vzdělání označili 3 (3,5 %) jedinci.

Položka č. 4: Bydliště

Tabulka 4 Bydliště

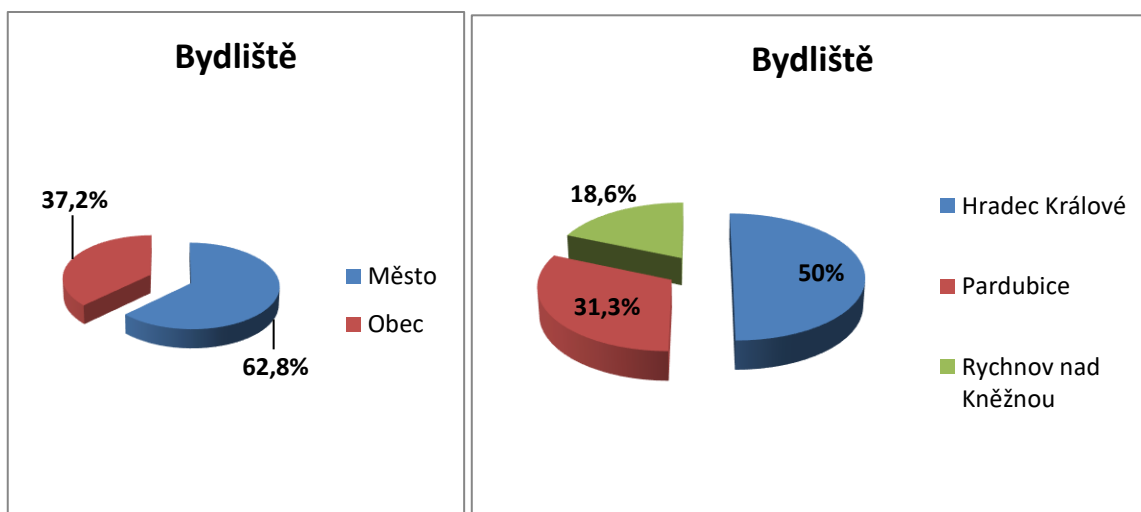
Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Okres:</i>		
Hradec Králové	43	50 %
Pardubice	27	31,3 %
Rychnov nad Kněžnou	16	18,6 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Město	54	62,8 %
Obec	32	37,2 %
Celkem	86	100%

Zdroj: Vlastní výpočty

Grafy 4 Bydliště



První graf dotazníkového šetření znázorňuje procentuální podíl respondentů žijících ve městě či na obci. Ve městě dle uvedeného výsledku žije 54 (62,8 %) dotazovaných. 32 (37,2 %) respondentů označilo, že žijí na obci.

Druhý graf zobrazuje, z jakých oblastí se získávali data respondentů. 43 (50 %) dotazovaných pocházelo z okresu Hradec Králové. Další skupinu tvoří respondenti z Pardubického okresu 27 (31,3 %). Nejméně početnou skupinu tvoří respondenti z okresu Rychnova nad Kněžnou, jichž bylo 16 (18,6 %).

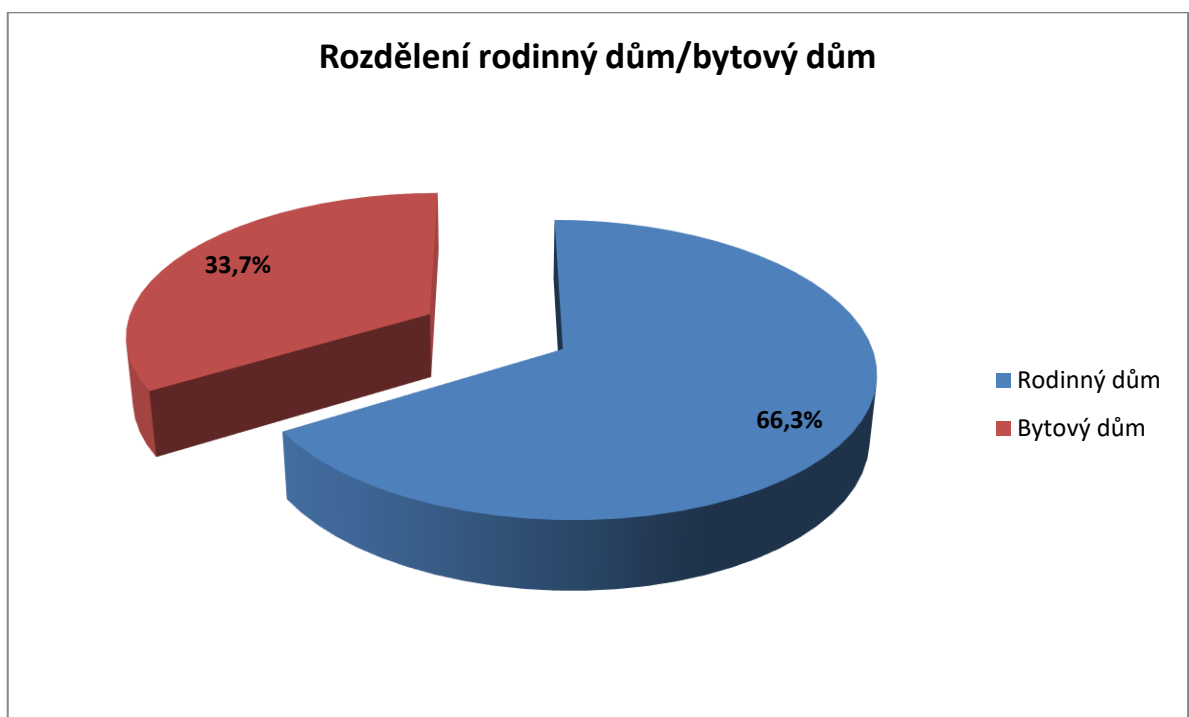
Položka č. 5: Kde bydlíte

Tabulka 5 Kde bydlíte

Kde bydlíte	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodinný dům	57	66,3 %
Bytový dům	29	33,7 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 5 Rodinný dům/bytový dům



Nejvíce respondentů uvedlo, že žijí v rodinném domě a to 57 (66,3 %).

Druhá polovina respondentů 29 (33,7 %) uvedla pobyt v bytovém domě.

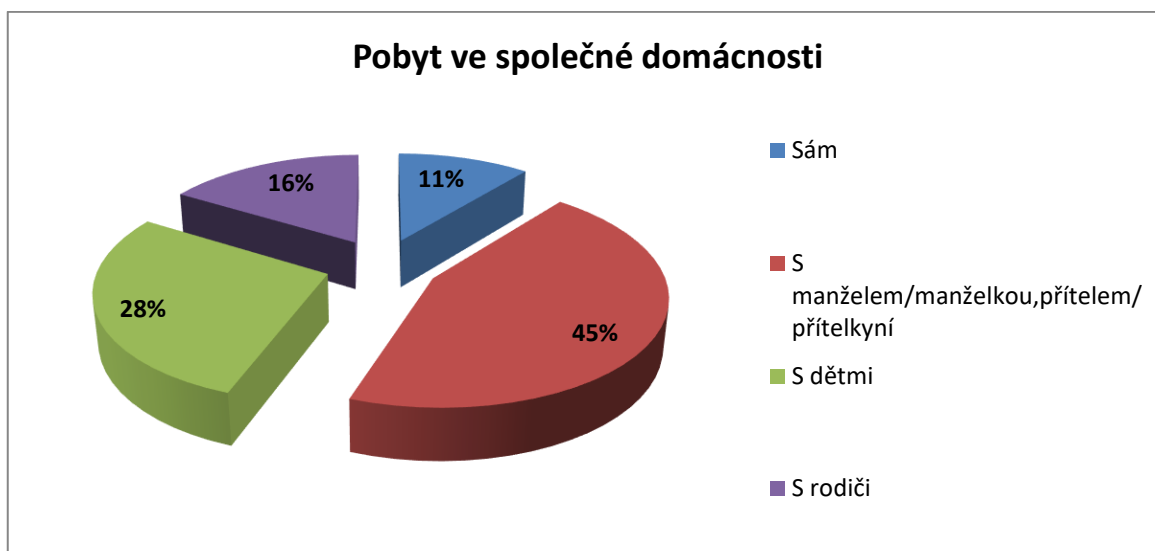
Položka č. 6: S kým žijete ve společné domácnosti?

Tabulka 6 S kým žijí respondenti ve společné domácnosti

S kým žijete ve společné domácnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sám	12	14,0 %
S manželem/manželkou, přítelem/příteľkyní	49	57,0 %
S dětmi	31	36,0 %
S rodiči	18	20,9 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 6 Pobyť ve společné domácnosti



Nejvyšší procentuální skupinu respondentů zaujímá pobyť ve společné domácnosti s manželem/manželkou, přítelem/příteľkyní, tuto možnost označilo 49 (45 %) respondentů. 31 (28 %) vyznačilo, že bydlí ve společné domácnosti s dětmi. S rodiči bydlí 18 (16 %) dotazovaných. 12 (11 %) respondentů vyplnilo, že v domácnosti žijí sami.

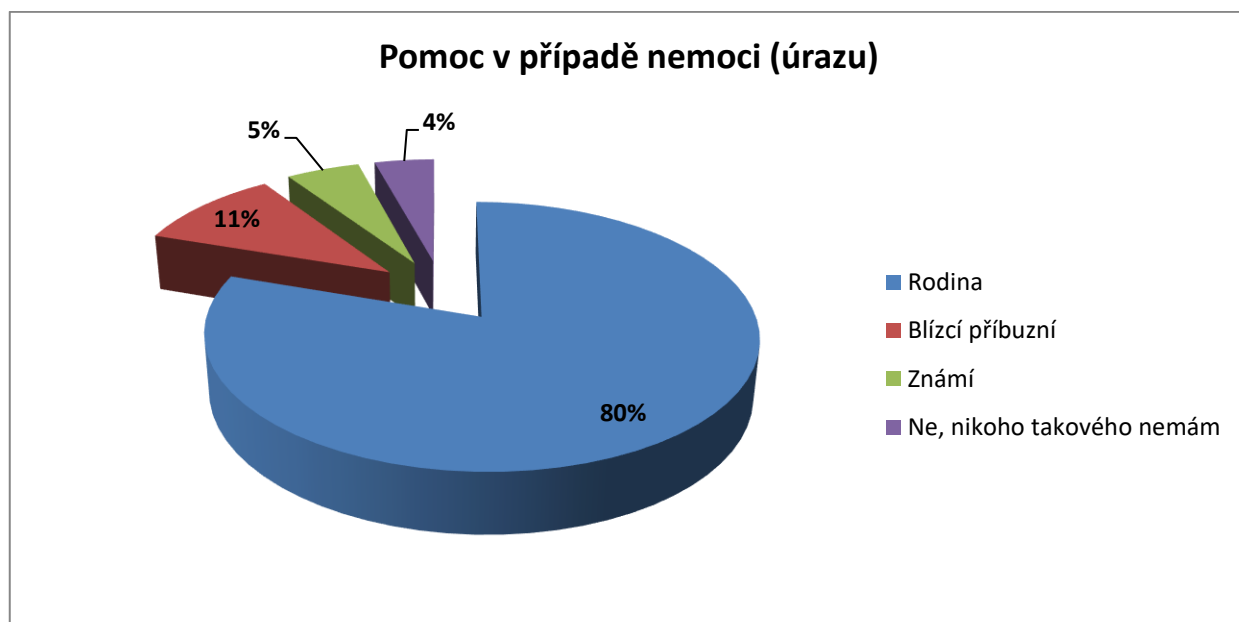
Položka č. 7: V případě, pokud by Vás zasáhla nemoc (úraz) máte ve svém okolí někoho, o kom si myslíte, že by se o Vás dokázal postarat?

Tabulka 7 Pomoc v případě nemoci (úrazu)

Pomoc v případě nemoci (úrazu)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	77	89,5 %
Blízcí příbuzní	10	11,6 %
Známí	5	5,8 %
Ne, nikoho takového nemám	4	4,7 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 7 Pomoc v případě nemoci (úrazu)



Tato otázka v dotazníku zkoumá, zda v případě nemoci či úrazu, má dotazovaný možnost se na někoho obrátit. 77 (80 %) respondentů uvedlo, že by se o ně dokázala postarat rodina. 10 (11 %) vyznačilo možnost požádání o pomoc u blízkých příbuzných. Pomoc u známých by hledalo 5 (5,8%) respondentů. 4 (4,7 %) jedinci zodpověděli, že nikoho takového nemají.

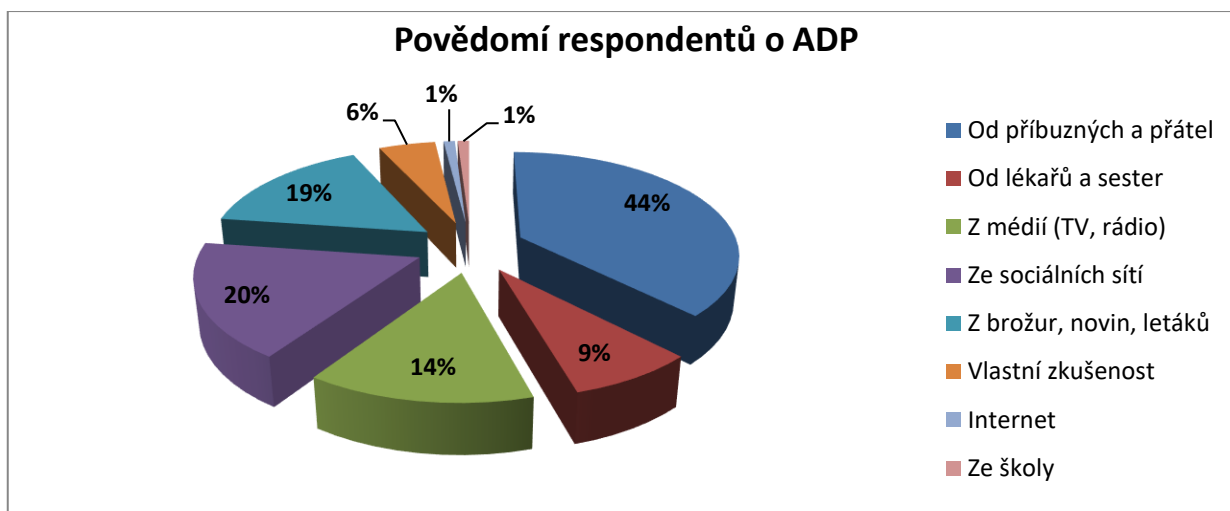
Položka č. 8: Slyšeli jste někdy o agenturách domácí zdravotní péče?

Tabulka 8 Povědomí respondentů o ADP

Povědomí respondentů o ADP	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od příbuzných a přátel	38	44,2 %
Od lékařů a sester	8	9,3 %
Z médií (TV, rádio)	14	16,3 %
Ze sociálních sítí	18	20,9 %
Z brožur, novin, letáků	16	18,6 %
<i>Jiné:</i>		
Vlastní zkušenost	5	5,8 %
Internet	1	1,16 %
Ze školy	1	1,16 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 8 Povědomí respondentů o ADP



Nejvíce respondentů uvedlo, že povědomí o agenturách domácí zdravotní péče mají především od příbuzných a přátel a to celkem 38 (44,2 %). 18 (20,9 %) respondentů vlastní povědomí o agenturách domácí zdravotní péče ze sociálních sítí. Povědomí získané z brožur, novin, letáků má 16 (18,6 %) dotazovaných. 14 (16,3 %) respondentů získalo povědomí o agenturách domácí zdravotní péče prostřednictvím médií (TV, rádio) a od lékařů a sester 8 (9,3 %). 5 (5,8 %) osob zodpovědělo, že mají s agenturou domácí zdravotní péče vlastní zkušenost. 1 (1,16%) jedinec doplnil, že povědomí o agenturách domácí zdravotní péče získal hledáním na internetu a další výukou ve škole.

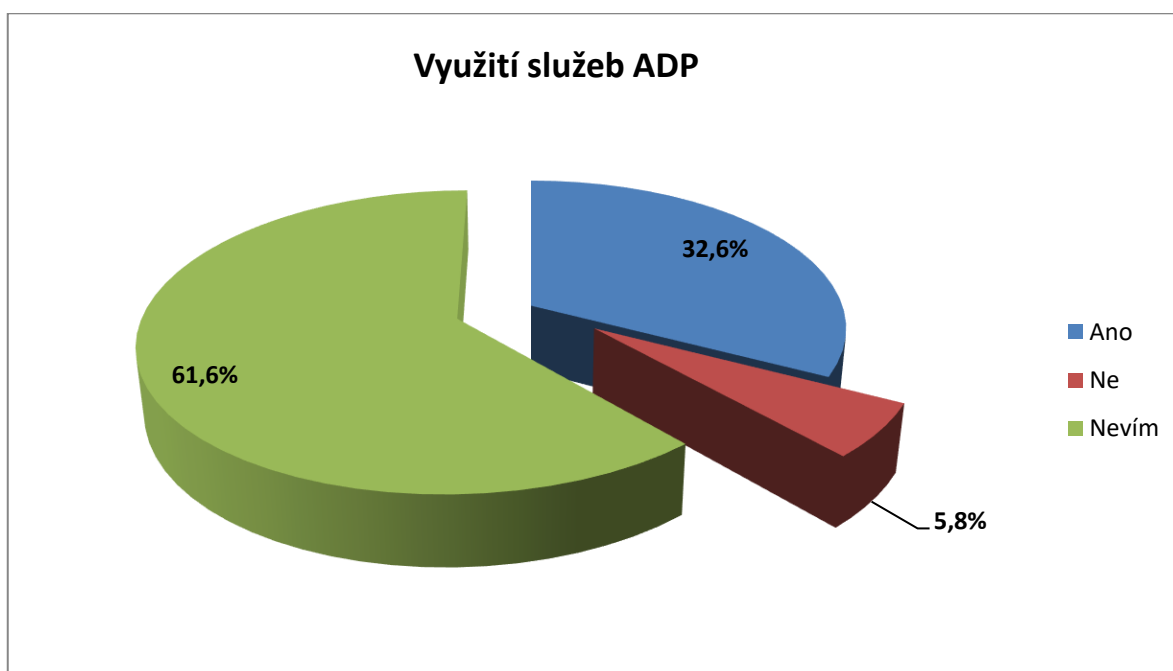
Položka č. 9: Pokud by se Vám osobně něco stalo, využil/a byste službu domácí zdravotní péče?

Tabulka 9 Využití služeb ADP

Využití služeb ADP	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	32,6 %
Ne	5	5,8 %
Nevím	53	61,6 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 9 Využití služeb ADP



53 (61,6 %) respondentů uvedlo, že neví, zda by využili v případě potřeby služby domácí zdravotní péče. 28 (32,6 %) dotazovaných by mělo zájem o poskytování služeb, pokud by se jim něco stalo. Službu odmítlo 5 (5,8 %) osob.

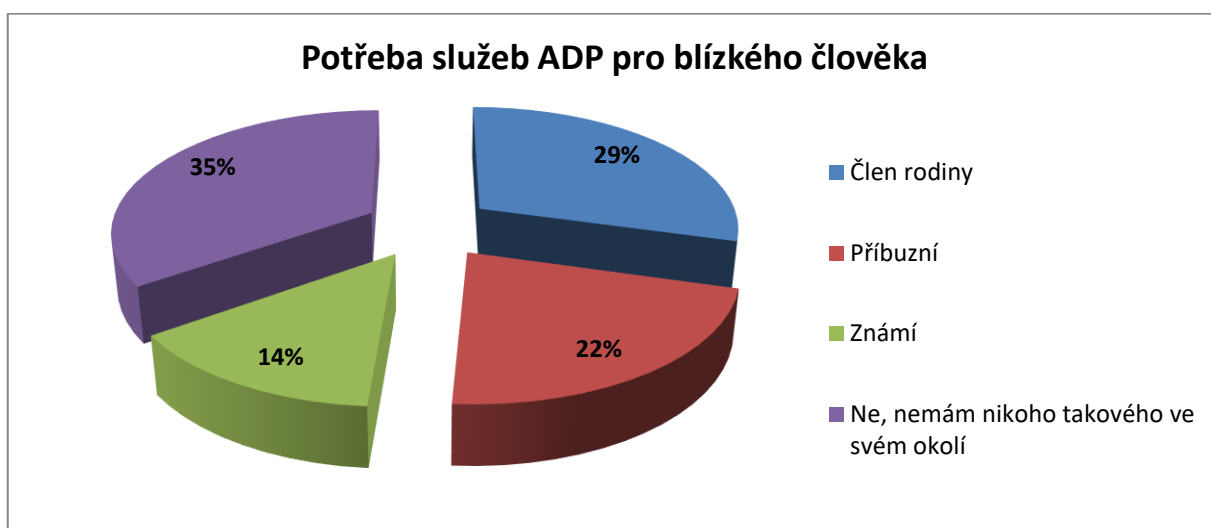
Položka č. 10: Máte ve svém blízkém okolí člověka, který by mohl výhledově potřebovat služby domácí zdravotní péče?

Tabulka 10 Potřeba služeb ADP pro blízkého člověka

Potřeba služeb ADP o blízkého člověka	Absolutní četnost	Relativní četnost
Člen rodiny	27	31,4 %
Příbuzní	20	23,3 %
Známí	13	15,1 %
Ne, nemám nikoho takového ve svém okolí	32	37,2 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 10 Potřeba služeb ADP



32 (35 %) respondentů nemá ve svém okolí nikoho, kdo by potřeboval výhledově služby domácí zdravotní péče. 27 (31,4 %) dotazovaných si myslí, že službu domácí zdravotní péče by mohl do budoucna potřebovat jejich člen rodiny a 20 (23,3 %) někdo z příbuzenstva. Zbytek respondentů 13 (15,1 %) zodpovědělo, že znají známé, kteří by tuto službu mohli do budoucna využít.

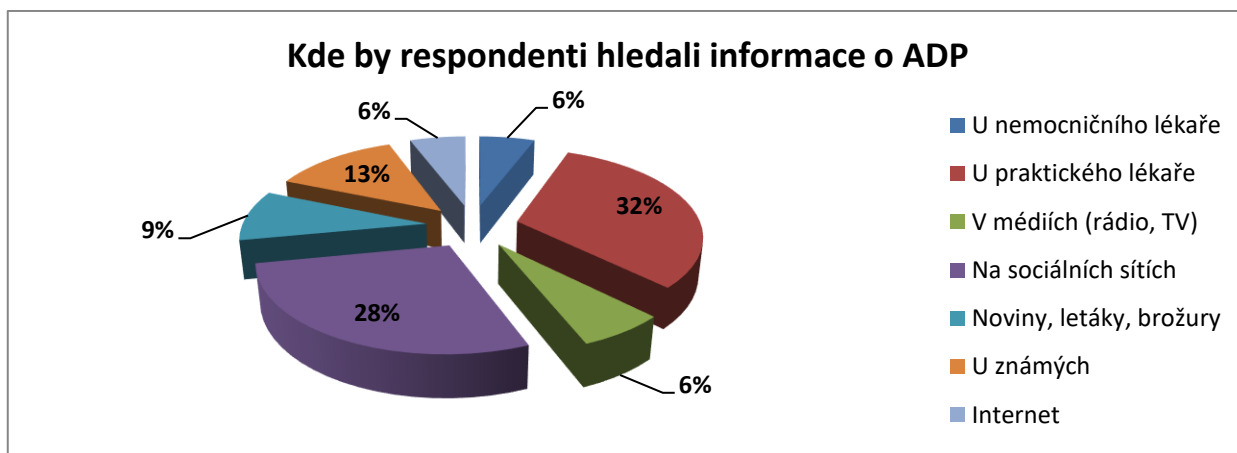
Položka č. 11: Pokud byste chtěli vědět více informací o službách domácí zdravotní péče, kde byste je hledali?

Tabulka 11 Kde by hledali respondenti informace o ADP

Kde by hledali respondenti informace o ADP	Absolutní četnost	Relativní četnost
U nemocničního lékaře	8	9,3 %
U praktického (obvodního) lékaře	44	51,2 %
V médiích (rádio, TV)	9	10,5 %
Na sociálních sítích	39	45,3%
Noviny, letáky, brožury	13	15,1%
U známých	18	20,9%
<i>Jinde:</i>		
Internet	8	9,3 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 11 Kde by respondenti hledali informace o ADP



Nejvíce respondentů 44 (51,2 %) by hledalo informace o agenturách domácí zdravotní péče u svého praktického lékaře. Na sociálních sítích by si informace zjistilo 39 (45,3 %) respondentů. 18 (20,9 %) dotazovaných by se obrátilo na své známé. Informace o agenturách domácí zdravotní péče by hledalo v novinách, letácích a brožurách 13 (15,1 %) dotazovaných. 9 (10,5 %) dotazovaných odpovědělo, že by informace získali prostřednictvím médií. U nemocničního lékaře by zeptalo na informace o agenturách domácí zdravotní péče 8 (9,3 %) respondentů, stejný počet dotazovaných zodpovědělo možnost vyhledání informace na internetu.

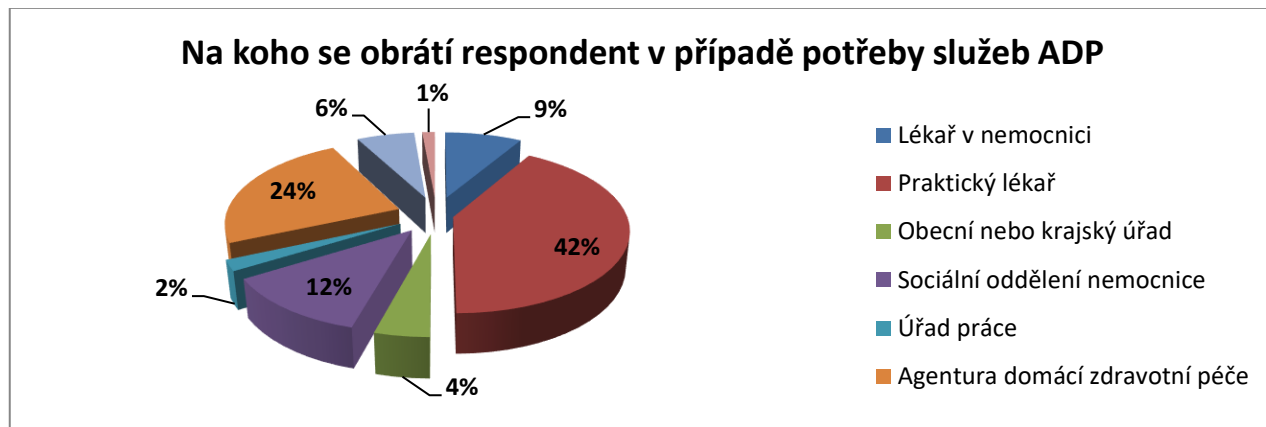
Položka č. 12: Na koho byste se obrátili v případě, že byste potřebovali služby domácí zdravotní péče?

Tabulka 12 Na koho se obrátí respondent v případě potřeby služeb ADP

Na koho se obrátí respondent v případě potřeby služeb ADP	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař v nemocnici	12	14,0%
Praktický (obvodní lékař)	59	68,6%
Obecní nebo krajský úřad	6	7,0%
Sociální oddělení nemocnice	17	19,8%
Úřad práce	3	3,5%
Agentura domácí zdravotní péče	34	39,5%
Zdravotní pojišťovna	9	10,5%
<i>Jiné:</i>		
Nevím	2	2,3%
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 12 Na koho se obrátí respondent v případě potřeby služeb ADP



59 (68,6 %) dotazovaných by se v případě potřeby služeb ADP obrátilo na svého praktického lékaře. 34 (39,5 %) by se rovnou obrátilo na agentury domácí zdravotní péče. Sociální oddělení nemocnice by navštívilo 17 (19,8 %) respondentů. Lékaře v nemocnici by oslovilo 12 (14,0 %) dotazovaných. 9 (10,5 %) respondentů by se obrátilo na zdravotní pojišťovnu. Na obecní nebo krajský úřad by se dostavilo 6 (7,0 %) respondentů. Úřad práce by navštívili 3 (3,5 %) respondentů. 2 (2,3 %) jedinci dodali, že nemají tušení, na koho by se obrátili.

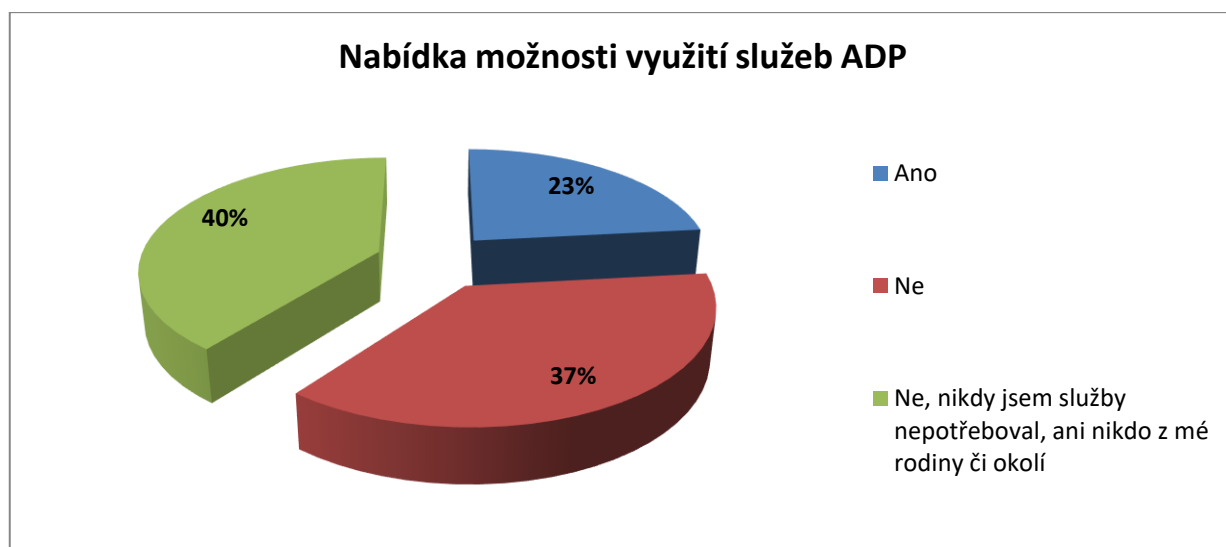
Položka č. 13: Byla Vám nebo Vašemu příbuznému nabídnuta možnost využití služeb domácí zdravotní péče?

Tabulka 13 Nabídka možnosti využití služeb ADP

Nabídka možnosti využití služeb ADP	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	23,3 %
Ne	32	37,2 %
Ne, nikdy jsem zatím službu domácí zdravotní péče nepotřeboval/a ani nikdo z mé rodiny a okolí	34	39,5 %
Celkem	86	100%

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 13 Nabídka možnosti využití služeb ADP



34 (39,5 %) respondentů odpovědělo, že zatím jim nikdo službu domácí zdravotní péče nenabídl, jelikož sami ji nikdy nepotřebovali ani nikdo z jejich rodiny nebo okolí. 32 (37,2 %) dotazovaným nebyla nabídnuta možnost využití služeb domácí zdravotní péče. Oproti tomu 20 (23,3 %) dostali jistou nabídku o možnostech využití služeb agentur domácí zdravotní péče.

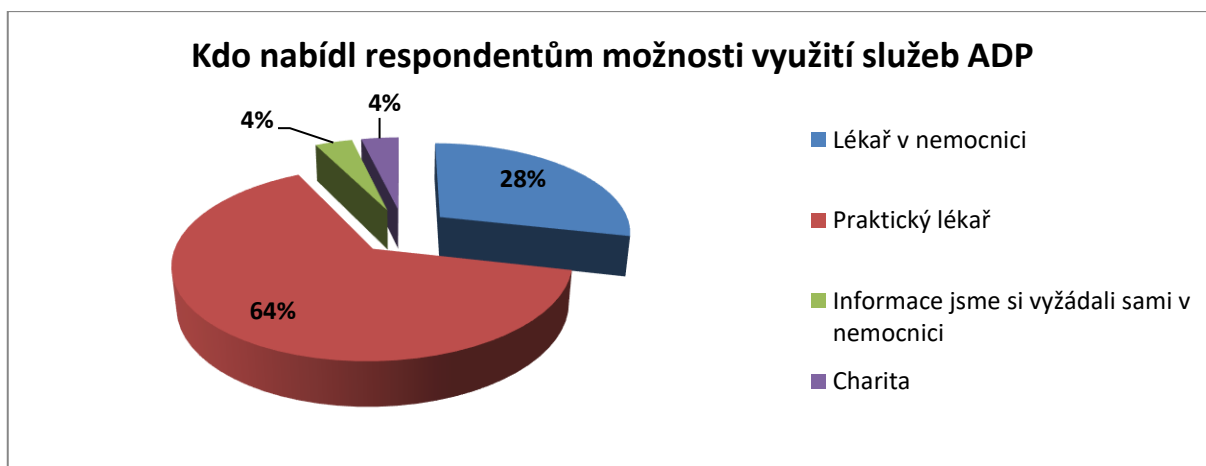
Položka č. 14: Kdo Vám nabídl možnosti využití služeb domácí zdravotní péče?

Tabulka 14 Kdo nabídl respondentům možnosti využití služeb ADP

Kdo Vám nabídl možnosti využití služeb domácí zdravotní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař v nemocnici	8	27,6 %
Praktický lékař	18	62,1 %
<i>Někdo jiný:</i>		
Informace jsme si vyžádali sami v nemocnici	1	3,6 %
Charita	1	3,6 %
Celkem	28	100%

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 15 Kdo nabídl respondentům možnosti využití služeb ADP



Této otázce se zúčastnilo 28 respondentů. 18 (62,1 %) z nich získalo nabídku o možnostech využití služeb agentur domácí zdravotní péče od svého praktického lékaře a 8 (27,6 %) od lékaře v nemocnici. Jeden jedinec si informace sám vyžádal v nemocnici a druhému byla možnost využití služeb nabídnuta prostřednictvím charity.

Položka č. 15: Měli byste zájem dozvědět se více o agenturách domácí zdravotní péče?

Tabulka 15 Zájem respondentů dozvědět se více o ADP

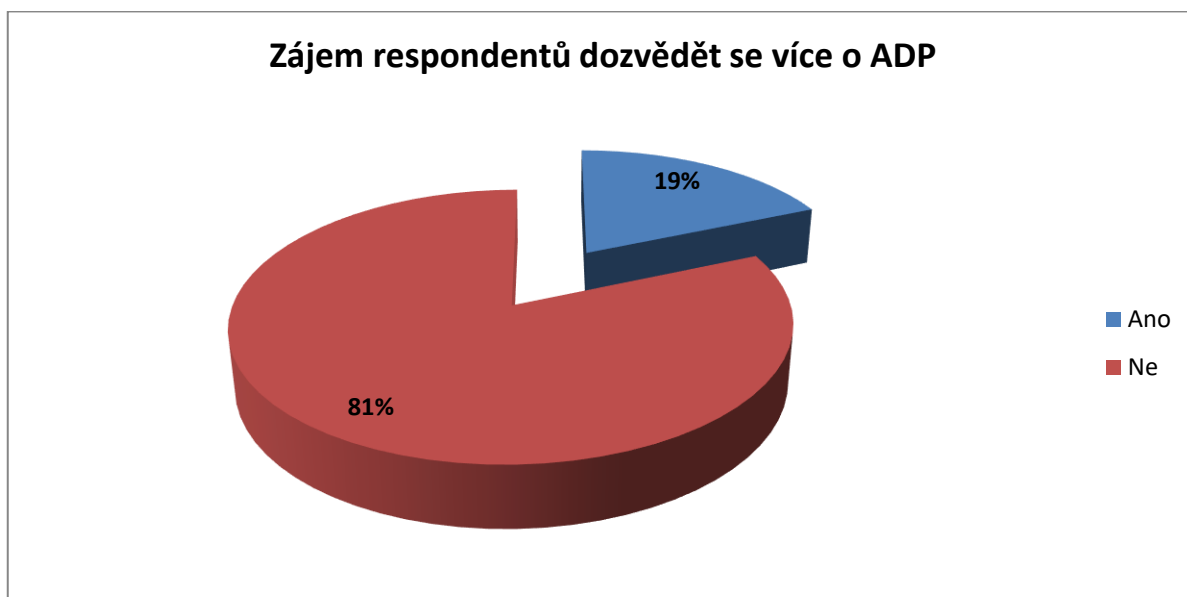
Zájem respondentů dozvědět se více o ADP	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano*	16	18,6 %
Ne	70	81,4 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: vlastní výpočty

* otevřené odpovědi respondentů:

- 1) Určitě ano, zajímalo by mě, jak dalece ji lze využít, kolik zaplatím já a kolik pojišťovna, a co vše je jejich náplní
- 2) Co mi mohou nabídnout za služby
- 3) Jak probíhá péče v případě potřeby péče o mého příbuzného
- 4) Zajímalo by mne, kam bych měl zajít a co udělat pro to, abych mohl tuto možnost využít v případě nouze
- 5) Zajímali by mě podrobnější informace o poskytovaných službách
- 6) Zajímalo by mě, jaké služby poskytují a ceník služeb
- 7) Zajímalo by mě, jak celá tato činnost funguje, co vše nabízí a jaké má působení
- 8) Jak často, tuto službu mohu využít
- 9) Jak tato činnost funguje, jaké má poslání
- 10) Zajímalo by mě princip fungování
- 11) Do budoucna mě tato činnost určitě zajímá dle mého zdravotního stavu, co přesně obnáší
- 12) Zajímalo by mě, jak často zaměstnanci agentur domácí zdravotní péče navštěvují pacienta a čas, jež mu věnují
- 13) Zajímalo by mě, jaké služby nabízí
- 14) Zajímalo by mě ceník služeb
- 15) Do budoucna dle mého zdravotního stavu o této možnosti využití služeb bych mohla považovat a zajímalo by mě, jaké služby nabízí
- 16) Zajímalo by mě, jak často k pacientovi dojíždí zaměstnanci agentur domácí zdravotní péče a jak dlouze u pacienta mohou přečkat

Graf 15 Zájem respondentů dozvědět se více o ADP



70 (81,4 %) respondentů vyplnilo, že prozatím nejvíce zájem dozvědět se více o agenturách domácí zdravotní péče. Zájem o služby projevilo 16 (18,6 %) dotazovaných.

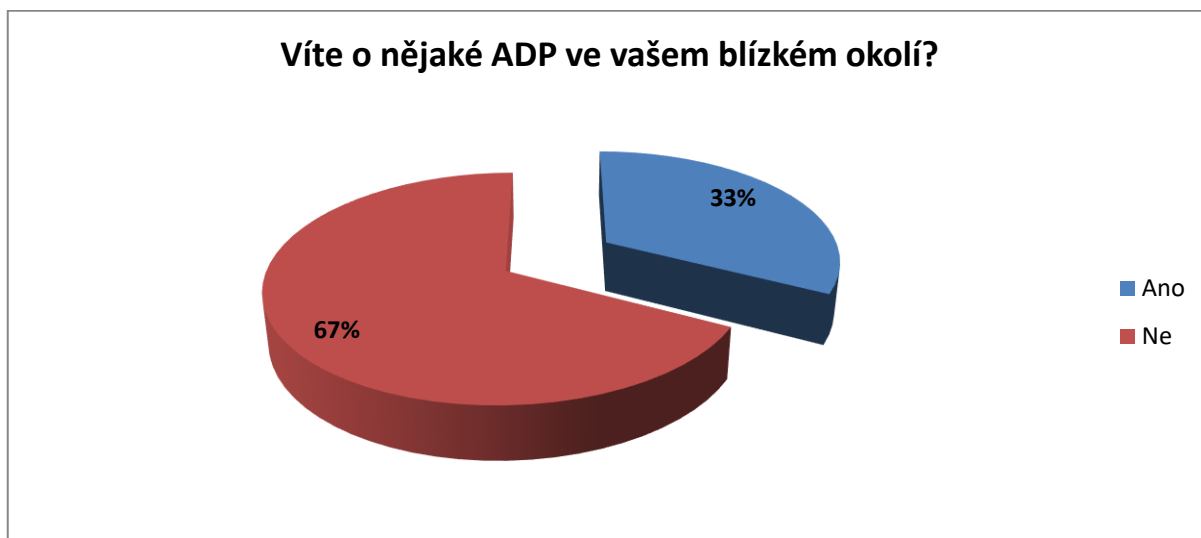
Položka č. 16: Víte o nějaké agentuře domácí zdravotní péče ve vašem blízkém okolí?

Tabulka 16 Znalost respondentů o ADP v jejich blízkém okolí

Znalost respondentů o ADP v jejich blízkém okolí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	32,6 %
Ne	58	67,4 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 16 Znalost respondentů o ADP v jejich blízkém okolí



58 (67,4 %) dotazových odpovědělo, že neví o žádné agentuře domácí zdravotní péče, která by se nacházela v jejich blízkém okolí. 28 (32,6 %) respondentů uvedlo, že vlastní informace o agentuře domácí zdravotní péče, jež se nalézá v jejich okolí.

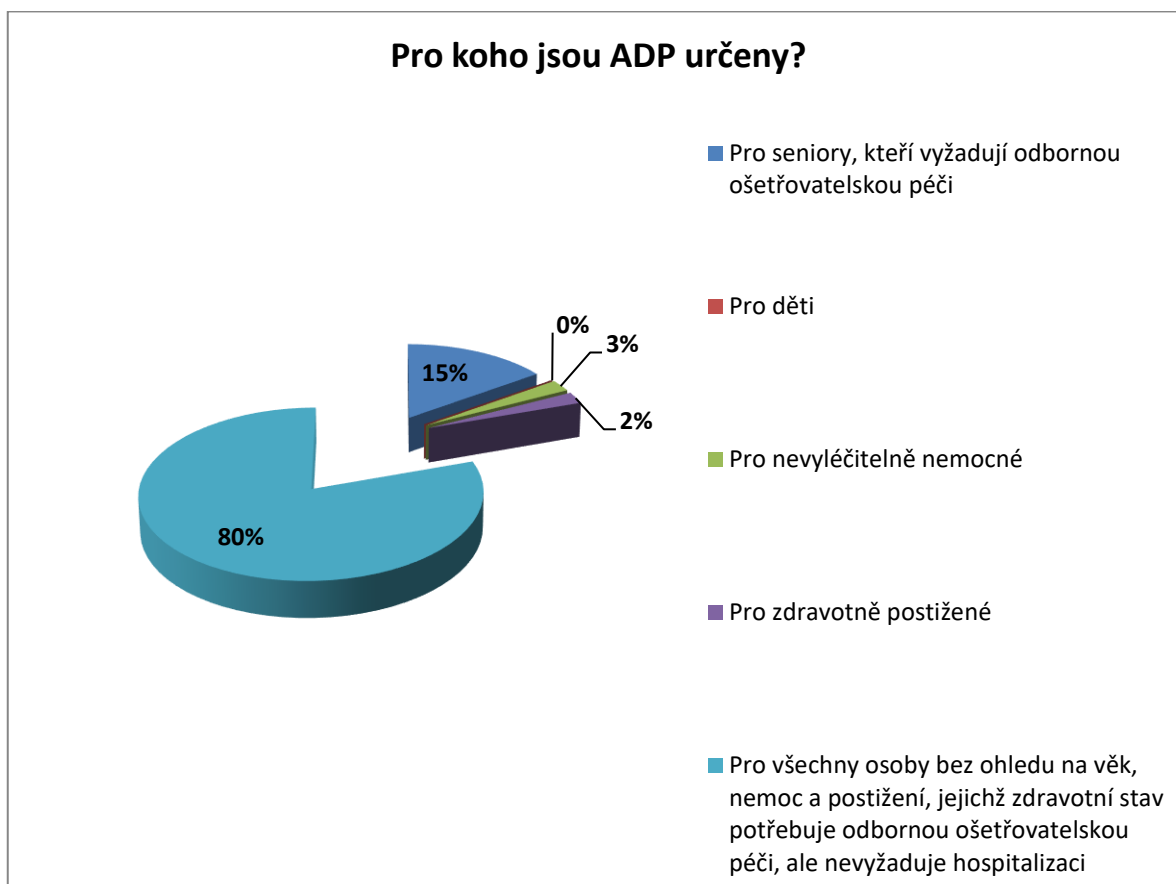
Položka č. 17: Věděli byste, pro koho jsou agentury domácí zdravotní péče určeny?

Tabulka 17 Pro koho jsou ADP určeny

Pro koho jsou ADP určeny	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pro seniory, kteří vyžadují odbornou ošetrovatelskou péči	13	15,1 %
Pro děti	0	0 %
Pro nevyléčitelně nemocné	2	2,3 %
Pro zdravotně postižené	2	2,3 %
Pro všechny osoby bez ohledu na věk, nemoc a postižení, jejichž zdravotní stav potřebuje odbornou ošetrovatelskou péči, ale nevyžaduje hospitalizaci	69	80,2 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 17 Pro koho jsou ADP určeny



Naprostá většina respondentů 69 (80,2 %) si myslí, že agentury domácí péče jsou určeny pro všechny osoby bez ohledu na věk, nemoc a postižení. V případě odpovědi, kdy agentury domácí zdravotní péče jsou určeny pouze seniorům, odpovědělo 13 (15,1 %) respondentů. Využití služeb agentur domácí zdravotní v poskytování ošetrovatelské péče pro děti neodpověděl nikdo. 2 (2,3 %) dotazovaných se domnívá, že jsou služby agentur domácí zdravotní péče určeny nevléčitelně nemocným a stejné číslo je tomu tak i u zdravotně postižených.

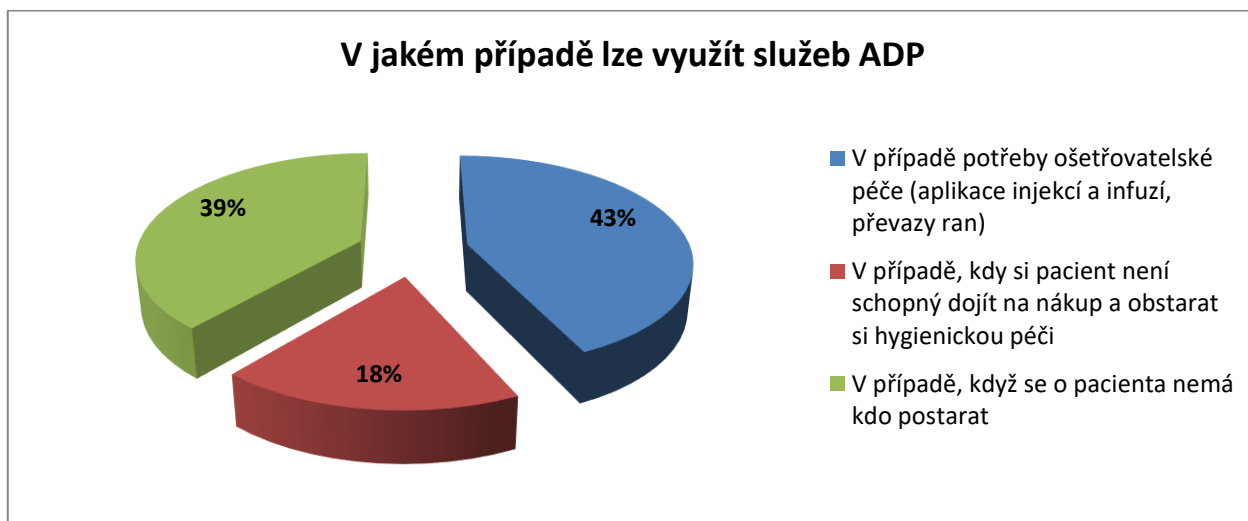
Položka č. 18: Kdy si myslíte, že můžete využít služeb domácí zdravotní péče?

Tabulka 18 V jakém případě lze využít služeb ADP

V jakém případě lze využít služeb ADP	Absolutní četnost	Relativní četnost
V případě potřeby ošetrovatelské péče (aplikace injekcí a infuzí, převazy ran)	50	58,1 %
V případě, kdy si pacient není schopný dojít na nákup a obstarat si hygienickou péči	21	24,4 %
V případě, když se o pacienta nemá kdo postarat	45	52,3 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 18 V jakém případě lze využít služeb ADP



V případě potřeby ošetrovatelské péče odpovědělo celkem 50 (58,1 %) dotazovaných. 45 (52,3 %) respondentů uvedlo, že využít služby lze v případě, pokud se o pacienta nemá kdo postarat. Nakonec 21 (24,4 %) dotazovaných zodpovědělo možnost využití služeb, kdy člověk již nezvládá dojít si na nákup a obstarat si hygienickou péči.

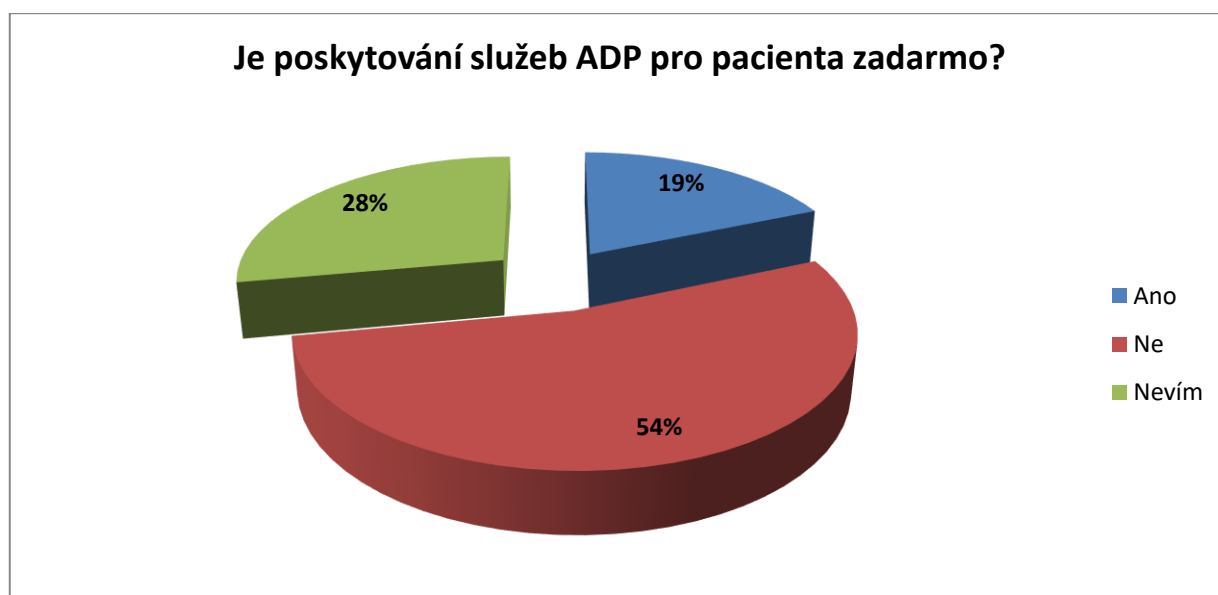
Položka č. 19: Myslíte si, že je poskytování služeb domácí zdravotní péče pro pacienta zadarmo?

Tabulka 19 Je poskytování služeb ADP pro pacienta zadarmo?

Je poskytování služeb ADP pro pacienta zadarmo?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	18,6 %
Ne	46	53,5 %
Nevím	24	27,9 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 19 Je poskytování služeb ADP pro pacienta zadarmo?



Poskytování služeb pro pacienta zadarmo není, na tuto otázku v první řadě odpovědělo 46 (53,5 %) respondentů. Další část dotazovaných vyznačila odpověď, že neví, a to 24 (27,9 %). Nakonec 16 (18,6 %) dotazovaných si myslí, že tyto služby si sami nehradí.

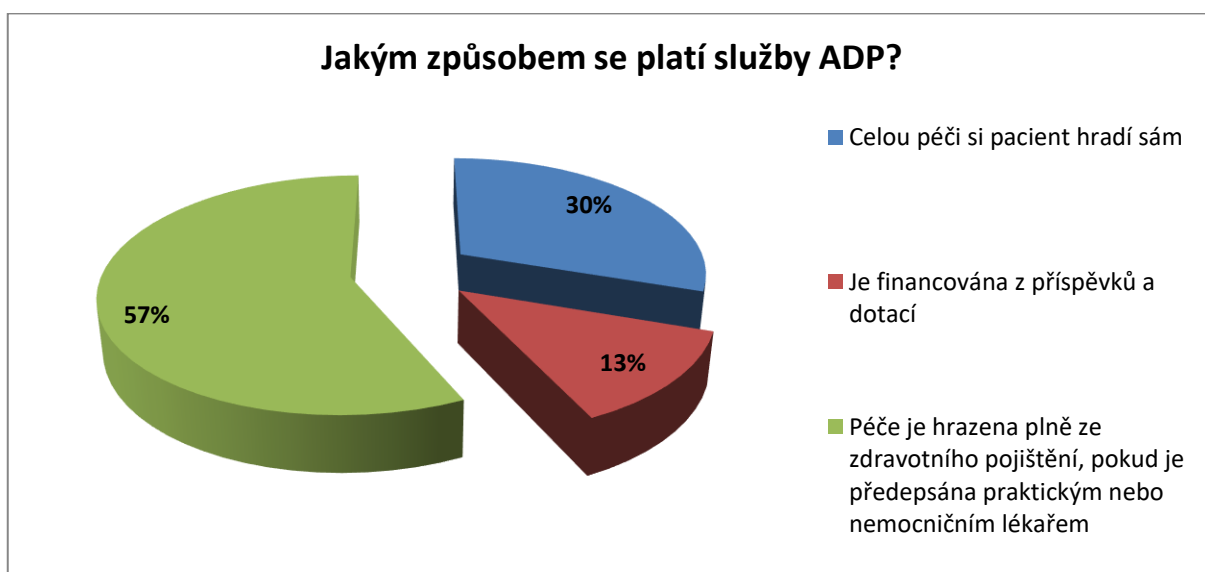
Položka č. 20: Jakým způsobem si myslíte, že se platí služby domácí zdravotní péče?

Tabulka 20 Jakým způsobem se platí služby ADP?

Jakým způsobem se platí služby ADP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celou péči si pacient hradí sám	26	30,2 %
Je financována z příspěvků a dotací	11	12,8 %
Péče je hrazena plně ze zdravotního pojištění, pokud je předepsána praktickým nebo nemocničním lékařem	49	57,0 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 20 Jakým způsobem se platí služby ADP?



49 (57,0 %) dotazovaných vyznačilo odpověď, kdy péče poskytovaná zaměstnanci agentur domácí zdravotní péče je hrazena plně ze zdravotního pojištění, pokud je předepsána praktickým nebo nemocničním lékařem. O možnosti, zdali si pacienti hradí celou ošetrovatelskou péči sami, odpovědělo 26 (30,2 %) respondentů. 11 (12,8 %) dotazovaných se domnívá, že jsou služby domácí zdravotní péče financovány formou příspěvků a dotací.

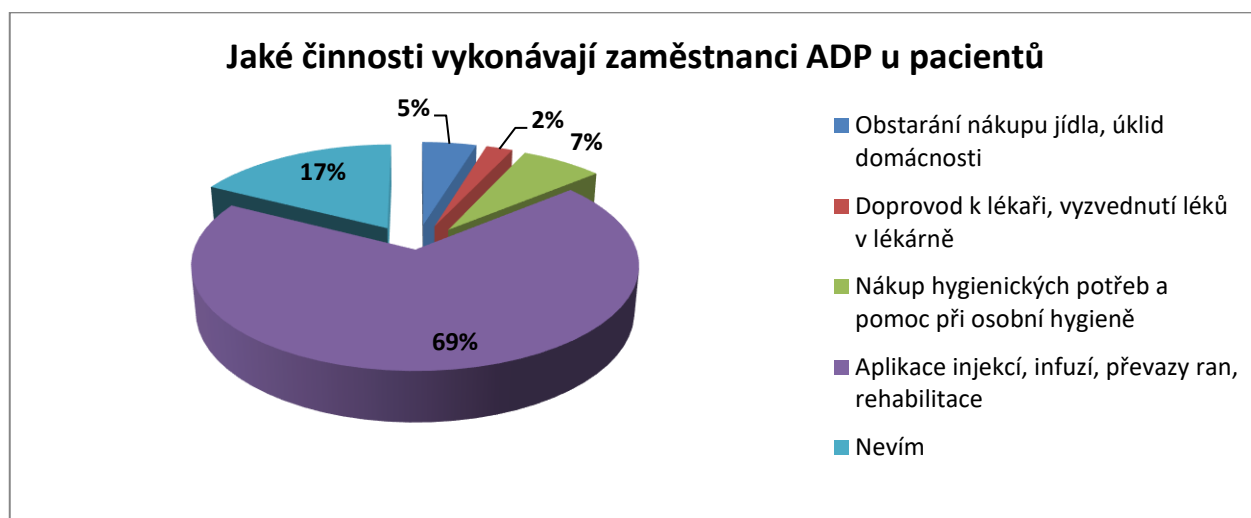
Položka č. 21: Jaké činnosti podle Vás vykonávají zaměstnanci agentur domácí zdravotní péče u pacientů?

Tabulka 21 Jaké činnosti vykonávají zaměstnanci ADP u pacientů

Jaké činnosti vykonávají zaměstnanci ADP u pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obstarání nákupu jídla, úklid domácnosti	4	4,7 %
Doprovod k lékaři, vyzvednutí léků v lékárně	2	2,3 %
Nákup hygienických potřeb a pomoc při osobní hygieně	6	7,0 %
Aplikace injekcí, infuzí, převazy ran, rehabilitace	59	68,6 %
Nevím	15	17,4 %
Celkem	86	100%

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 21 Jaké činnosti vykonávají zaměstnanci ADP u pacientů



Na tuto variantu aplikace injekcí, infuzí, převazů ran a rehabilitace, odpověděla většina dotazovaných, a to 59 (68,6 %). 15 (17,4 %) z nich, označilo odpověď neví. 6 (7,0 %) dotazovaných se domnívá, že zaměstnanci agentur domácí zdravotní péče pomáhají pacientům s nákupem hygienických potřeb a pomoci při osobní hygieně. 4 (4,7 %) označilo odpověď při obstarání nákupu jídla a úklidu domácnosti. 2 jedinci si myslí, že činností zaměstnanců je doprovod pacienta k lékaři a vyzvednutí léků v lékárně.

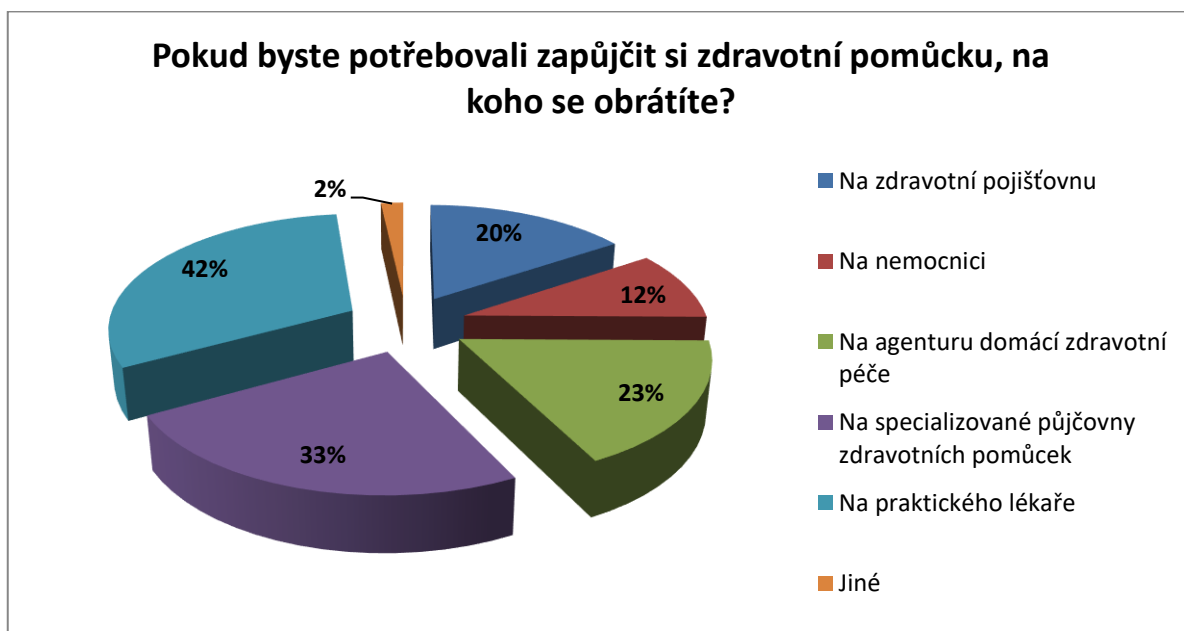
Položka č. 22: Pokud byste potřeboval/a zapůjčit zdravotní pomůcku (například chodítka, toaletní křeslo, berle apod.) na koho se obrátíte?

Tabulka 22 Pokud byste potřebovali zapůjčit si zdravotní pomůcku, na koho se obrátíte

Pokud byste potřebovali zapůjčit si zdravotní pomůcku, na koho se obrátíte	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na zdravotní pojišťovnu	18	20,9 %
Na nemocnici	11	12,8 %
Na agenturu domácí zdravotní péče	20	23,3 %
Na specializované půjčovny zdravotních pomůcek	28	32,6 %
Na praktického lékaře	36	41,9 %
<i>Jiné:</i>		
Nevím	2	2,3 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 22 Pokud byste potřebovali zapůjčit si zdravotní pomůcku, na koho se obrátíte



28 (32,6 %) respondentů pokud by potřebovalo zapůjčit zdravotní pomůcku, obrátilo by se na půjčovny specializovaných zdravotních pomůcek. Na praktického lékaře spoléhá 36 (41,9 %) respondentů. Agenturu domácí zdravotní péče by v tomto případě navštívilo 20 (23,3 %) respondentů. 18 (20,9 %) by oslovilo zdravotní pojišťovnu a 11 (12,8 %) nemocnici. 2 jedinci (2,3 %) zodpověděli, že neví, na koho by se obrátili.

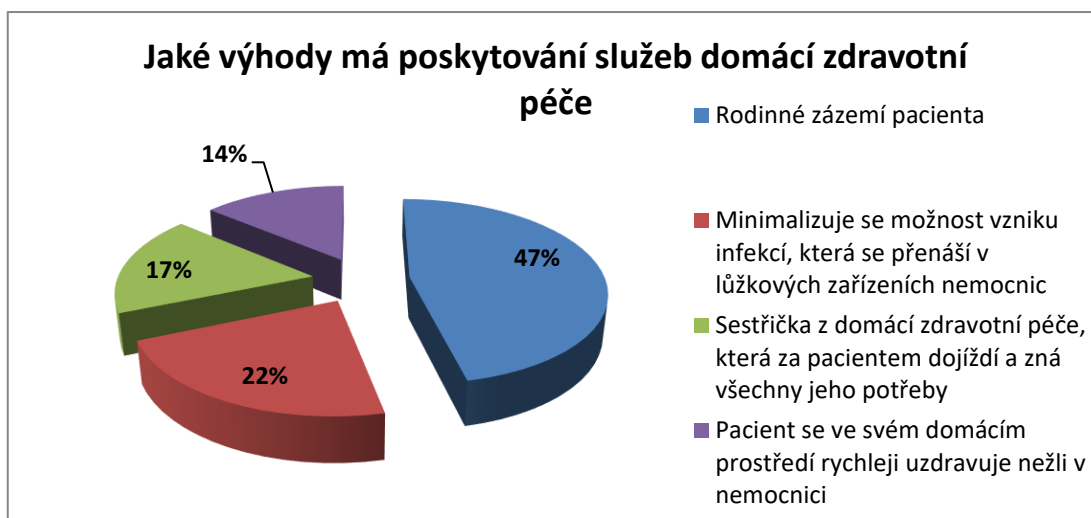
Položka č. 23: Jaké výhody má podle Vás poskytování služeb domácí zdravotní péče?

Tabulka 23 Jaké výhody má poskytování služeb domácí zdravotní péče

Jaké výhody má poskytování služeb domácí zdravotní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodinné zázemí pacienta	40	46,5 %
Minimalizuje se možnost vzniku infekcí, která se přenáší v lůžkových zařízeních nemocnic	19	22,1 %
Sestřička z domácí zdravotní péče, která za pacientem dojíždí a zná všechny jeho potřeby	15	17,4 %
Pacient se ve svém domácím prostředí rychleji uzdravuje nežli v nemocnici	12	13,9 %
Celkem	86	100 %

Zdroj: Vlastní výpočty

Graf 23 Jaké výhody má poskytování služeb domácí zdravotní péče



40 (46,5 %) respondentů uvedlo, za největší výhodu v poskytování domácí zdravotní péče vidí přítomnost pacienta v rodinném prostředí. 19 (22,1 %) dotazovaných vyplnilo, že se v domácím prostředí minimalizuje možnost vzniku infekcí, jež se přenáší v lůžkových zařízeních nemocnic. 15 (17,4 %) si myslí, že je výhodou sestřička z domácí zdravotní péče, která za pacientem dojíždí a zná všechny jeho potřeby. Varianta odpovědi pacient se ve svém domácím prostředí rychleji uzdravuje nežli v nemocnici, odpovědělo 12 (13,9 %) respondentů.

Položka č. 24: Máte nějakou zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče, která ošetřuje nebo ošetřovala Vašeho člena rodiny, příbuzného či známého?

Tabulka 24 Zkušenosti s agenturou domácí zdravotní péče

Zkušenosti s agenturou domácí zdravotní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano*	14	16,3 %
Ne	72	83,7 %
Celkem	86	100 %

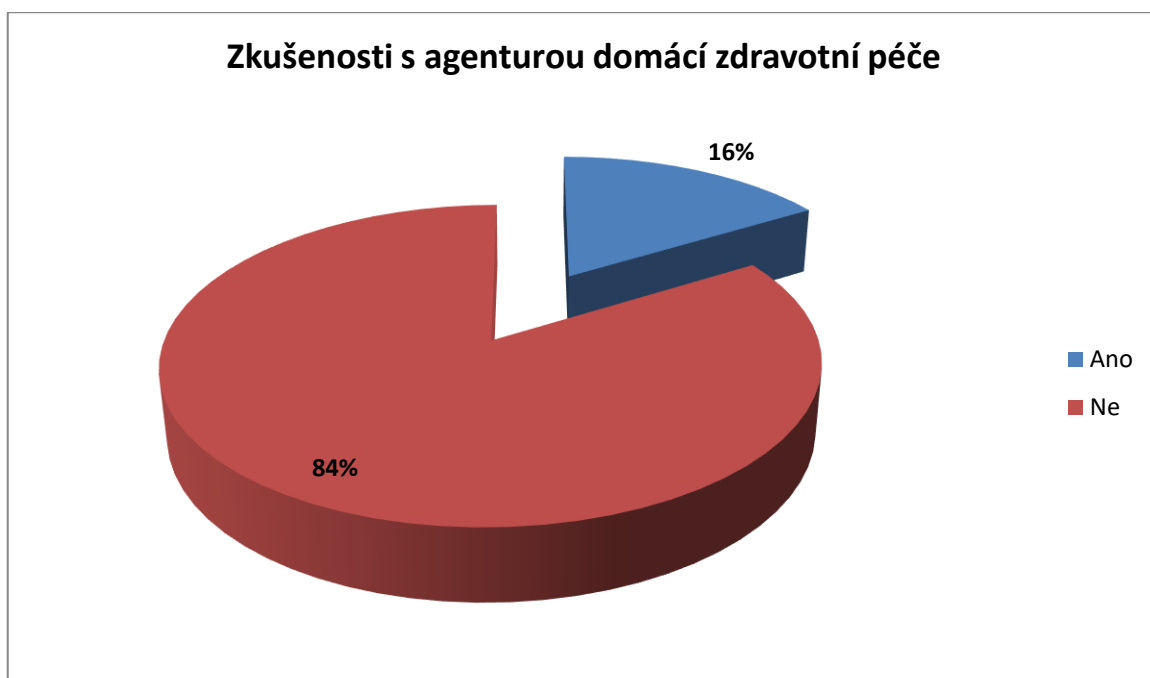
Zdroj: Vlastní výpočty

*otevřené odpovědi respondentů:

- Mám zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče v našem městě, ošetřují mojí příbuznou, která má roztroušenou sklerózu (Pardubice)
- Mám zkušenosti s agenturou domácí zdravotní péče, ošetřují mého příbuzného (HK)
- Nízká frekvence návštěv pacienta (Pardubice)
- Zaměstnanci domácí zdravotní péče dříve dojížděli za členem rodiny a prováděli převazy a injekce (HK)
- Mám kladnou zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče (Týniště nad Orlicí)
- Kladná zkušenost (Pardubice)
- Mám kladnou zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče, pomáhali prarodičům, kteří byli upoutaní na lůžko (HK)
- Mám kladnou zkušenost, zaměstnanci domácí zdravotní péče dojížděli a ošetřovali moji tchýni (HK)
- Kladná zkušenost s Oblastní charitou při převazech bércových vředů mého člena rodiny (Pardubice)
- Mám kladnou zkušenost s Oblastní charitou (Pardubice)
- Zaměstnanci domácí zdravotní péče ošetřovali mého příbuzného – převazy (Týniště nad Orlicí)

- Mám dobrou zkušenost s Oblastní charitou Pardubice. Dojížděli dříve za námi domů a ošetřovali moji maminku (podávání léků, rehabilitace, převazy). (Pardubice)
- Dobrá zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče (Týniště nad Orlicí)
- Kladná zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče. Ošetřovali mého člena rodiny. (HK)

Graf 24 Zkušenosti s agenturou domácí zdravotní péče



14 (16 %) respondentů uvedlo, že mají vlastní zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče.
72 (83,7 %) dotazovaných žádnou zkušenost s touto záležitostí nemá.

Položka č. 25: Pokud za Vámi dojíždí, nebo v minulosti dojížděla, agentura domácí zdravotní péče, jak byste se k této službě vyjádřil/a z hlediska spokojenosti služeb?

Tabulka 25 Spokojenost služeb s agenturami domácí zdravotní péče

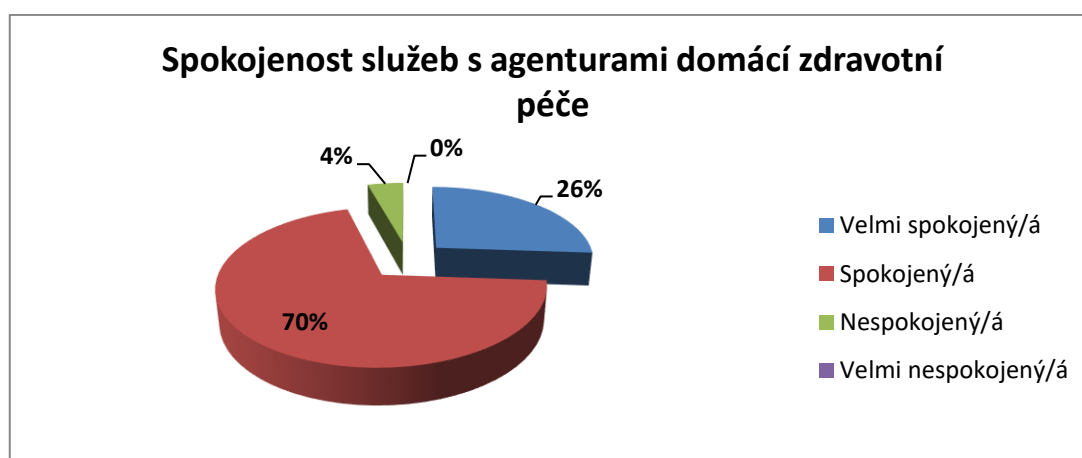
Spokojenost služeb s agenturami domácí zdravotní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojený/á	6	20,7 %
Spokojený/á	16	55,2 %
Nespokojený/á	1	3,4 %
Velmi nespokojený/á		
Prostor k vyjádření důvodu*		
Celkem	23	79,3 %

Zdroj: Vlastní výpočty

*otevřené odpovědi respondentů:

- Zaměstnanec agentury domácí zdravotní péče nedokázal napíchnout žílu

Graf 25 Spokojenost s agenturami domácí zdravotní péče



Této otázce se zúčastnilo celkem 23 respondentů. 16 (55,2 %) z nich uvedlo, že byli s agenturou domácí zdravotní péče spokojeni. Velmi spokojeni bylo 6 (20,7 %) dotazovaných. 1 jedinec (3,4 %) byl s agenturou domácí zdravotní péče nespokojen. Velmi nespokojený nebyl nikdo z dotazovaných.

Zhodnocení výzkumu

Pokud bych měla zhodnotit svůj výzkum sama za sebe, tak bylo pro mě potěšujícím zjištěním, že část dotazovaných jevílo o tuto záležitost zájem k vyplnění. Měli skutečně chuť se tímto zabývat a dokonce se i zeptat na podrobnosti k tomuto tématu. Dle výzkumu to bylo celkem 16 osob (19%). Když bych shrnula jednotlivé odpovědi, tak mě překvapilo, že tato problematika upoutala spíše respondenty ženského pohlaví. Dotazník vyplnilo 61 žen (71%) a pouze 25 mužů (30%). V případě konkrétního zhodnocení otázek mi 44% respondentů vyplnilo, že již o agenturách domácí zdravotní péče slyšelo od příbuzných či přátel. A můžeme se zamyslet, že pravděpodobně osvěta o této záležitosti se odehrává i na sociálních sítích, jelikož 20% dotazovaných zakroužkovalo tuto možnost odpovědi. Navíc u otázky č. 11 – Kde by respondenti hledali informace o této službě, bylo opět druhou nejvíce zvolenou sociální sítí, po možnosti hledání informací u praktického lékaře. 54% respondentů (tedy téměř polovina) vyplnila, že služby domácí zdravotní péče nejsou zadarmo (nejsou hrazené například ze zdravotního pojištění), načež 28% dotazovaných nevědělo a nedokázalo odpovědět na tuto otázku.

80% respondentů si myslí, že v případě potřeby pomoci se o ně dokáže postarat rodina.

62% dotazovaných si není jistá, pokud by se jim něco stalo, zda by oslovili služby domácí zdravotní péče.

Polovina dotazovaných (51%), by hledala bližší informace u svého registrujícího lékaře. 33% respondentů neví o žádné agentuře domácí zdravotní péče ve svém okolí. Jako největší výhodu v poskytování domácí zdravotní péče, respondenti uvedli rodinné zázemí pacienta (47%).

Celkem 16% respondentů má nějaké osobní zkušenosti s agenturami domácí zdravotní péče. Z tohoto počtu má naprostá většina oslovených pozitivní zkušenosti s touto službou.

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jsem studentkou třetího ročníku prezenční formy bakalářského studia v oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy. Dotazník, který Vám předkládám, bude součástí mé bakalářské práce na téma: Povědomí laické veřejnosti o agenturách domácí zdravotní péče.

Cílem tohoto dotazníku je zjistit, jaké povědomí a informace má široká laická veřejnost o možnostech poskytování domácí zdravotní péče.

Dotazník je zcela anonymní. Vyplněné informace poslouží pouze ke studijním účelům. Pokud nebude uvedeno jinak, odpověď prosím zakroužkujte, popřípadě na vytečkované řádky doplňte odpověď.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Šárka Pařízková

1. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk v kategorii:

- a) 15 – 25 let
- b) 25 – 40 let
- c) 40 – 60 let
- d) 60 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučen v oboru
- c) Vyučen v oboru s maturitou
- d) Středoškolské
- e) Vyšší odborná škola
- f) Vysoká škola

4. Bydliště:

okres:

- a) Město
- b) Obec

5. Kde bydlíte:

- a) Rodinný dům
- b) Bytový dům

6. S kým žijete ve společné domácnosti?

(více možných odpovědí)

- a) Sám
- b) S manželem/manželkou, přítelem/přítelkyní
- c) S dětmi
- d) S rodiči

7. V případě, pokud by Vás zasáhla nemoc (úraz) máte ve svém okolí někoho, o kom si myslíte, že by se o Vás dokázal postarat?

(více možných odpovědí)

- a) Rodina
- b) Blízcí příbuzní
- c) Známi
- d) Ne, nikoho takového nemám

8. **Slyšeli** jste někdy o agenturách domácí zdravotní péče?

(více možných odpovědí)

- a) Ano, od příbuzných a přátel
- b) Ano, od lékařů a sester
- c) Ano, z médií (TV, rádio)
- d) Ano, ze sociálních sítí
- e) Ano z brožur, novin, letáků
- f) Ano, jiné uveďte.....
- g) Ne

9. Pokud by se Vám osobně něco stalo, využil/a byste službu domácí zdravotní péče?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
10. Máte ve svém blízkém okolí člověka, který by mohl výhledově potřebovat služby domácí zdravotní péče?
- (více možných odpovědí)*
- a) Člen rodiny
 - b) Příbuzní
 - c) Známi
 - d) Ne, nemám nikoho takového ve svém okolí
11. Pokud byste **chtěli vědět více informací** o službách domácí zdravotní péče, **kde** byste je hledali?
- (více možných odpovědí)*
- a) U svého nemocničního lékaře
 - b) U svého praktického (obvodního) lékaře
 - c) V médiích (TV, rádio)
 - d) Na sociálních sítích
 - e) Noviny, letáky, brožury
 - f) U známých
 - g) Jinde, prosím uveďte:.....

12. Na koho byste se obrátili v případě, že byste **potřebovali** služby domácí zdravotní péče?

(více možných odpovědí)

- a) Lékař v nemocnici
- b) Praktický (obvodní) lékař
- c) Obecní nebo krajský úřad
- d) Sociální oddělení nemocnice
- e) Úřad práce
- f) Agentura domácí zdravotní péče
- g) Zdravotní pojišťovna
- h) Jiné, uveďte:

13. Byla Vám nebo Vašemu příbuznému **nabíduta** možnost využití služeb domácí zdravotní péče?

- a) Ano (pokračujte na otázku číslo 14.)
- b) Ne (pokračujte na otázku číslo 15.)
- c) Ne, nikdy jsem zatím službu domácí zdravotní péče nepotřeboval/a ani nikdo z mé rodiny a okolí (pokračujte na otázku číslo 15.)

14. **Kdo** Vám nabídl možnosti využití služeb domácí zdravotní péče?

- a) Lékař v nemocnici
- b) Praktický (obvodní) lékař
- c) Někdo jiný, uveďte:

15. Měli byste zájem dozvědět se více o agenturách domácí zdravotní péče?

- a) Ano, co konkrétně:
.....
.....
- b) Ne

16. Víte o nějaké agentuře domácí zdravotní péče ve vašem blízkém okolí?

- a) Ano
- b) Ne

17. Věděli byste, komu jsou agentury domácí zdravotní péče určeny?
- a) Pro seniory, kteří vyžadují odbornou ošetrovatelskou péči
 - b) Pro děti
 - c) Pro nevléčitelně nemocné
 - d) Pro zdravotně postižené
 - e) Pro všechny osoby bez ohledu na věk, nemoc a postižení, jejichž zdravotní stav potřebuje odbornou ošetrovatelskou péči, ale nevyžaduje hospitalizaci
18. Kdy si myslíte, že můžete využít služeb domácí zdravotní péče?
(více možných odpovědí)
- a) V případě potřeby ošetrovatelské péče (aplikace injekcí a infuzí, převazy ran)
 - b) V případě, kdy si pacient není schopný dojet na nákup a obstarat si hygienickou péči
 - c) V případě, když se o pacienta nemá kdo postarat
19. Myslíte si, že je poskytování služeb domácí zdravotní péče pro pacienta zadarmo?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
20. Jakým způsobem si myslíte, že se platí služby domácí zdravotní péče?
- a) Celou péči si pacient hradí sám
 - b) Je financována z příspěvků a dotací
 - c) Péče je hrazena plně ze zdravotního pojištění, pokud je předepsána praktickým (obvodním) nebo nemocničním lékařem
21. Jaké činnosti podle Vás vykonávají zaměstnanci agentur domácí zdravotní péče u pacientů?
- a) Obstarání nákupu jídla, úklid domácnosti
 - b) Doprovod k lékaři, vyzvednutí léků v lékárně
 - c) Nákup hygienických potřeb a pomoc při osobní hygieně
 - d) Aplikace injekcí, infuzí, převazy ran, rehabilitace
 - e) Nevím

22. Pokud byste potřeboval/a zapůjčit zdravotní pomůcku (například chodítko, toaletní křeslo, berle apod.) Na koho se obrátíte?

(více možných odpovědí)

- a) Na zdravotní pojišťovnu
- b) Na nemocnici
- c) Na agenturu domácí zdravotní péče
- d) Na specializované půjčovny zdravotních pomůcek
- e) Na praktického (obvodního) lékaře
- f) Jiné, uveďte:.....

23. Jaké výhody má podle Vás poskytování služeb domácí zdravotní péče? **Nekroužkujte, ale očísľujte prosím své odpovědi dle Vašich priorit (např. od čísla 1 – 4, kdy číslo 1 je pro Vás největší výhoda)**

- a) Rodinné zázemí pacienta
- b) Minimalizuje se možnost vzniku infekcí, která se přenáší v lůžkových zařízeních nemocnic
- c) Sestřička z domácí péče, která za pacientem dojíždí a zná všechny jeho potřeby
- d) Pacient se ve svém domácím prostředí rychleji uzdravuje nežli v nemocnici
- e) Jiné, doplňte:.....

24. Máte nějakou zkušenost s agenturou domácí zdravotní péče, která ošetřuje nebo ošetřovala Vašeho člena rodiny, příbuzného či známého?

- a) Ano, jakou:

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

- b) Ne

25. (*Nevyplňujte, pokud za Vámi nebo Vaším příbuzným agentura domácí zdravotní péče nikdy nedojížděla*)

Pokud za Vámi dojíždí, nebo v minulosti dojížděla, agentura domácí zdravotní péče, jak byste se k této službě vyjádřil/a z hlediska spokojenosti služeb?

- a) Velmi spokojený/á:.....
- b) Spokojený/á:.....
- c) Nespokojený/á:.....
- d) Velmi nespokojený/á:.....

Závěr

V mé bakalářské práci jsem se chtěla co nejvíce věnovat problematice laické široké veřejnosti versus agenturám domácí zdravotní péče. To jsem prakticky dokázala splnit v mé praktické části práce. Jejímž cílem bylo zjistit, jaké povědomí momentálně vlastní široká laická veřejnost.

O této problematice měli prakticky zkušenost oslovené osoby, které se již s touto službou poskytování odborné péče setkali. Nejčastěji tím procházel nebo stále prochází člen rodiny, ať už prarodiče, rodiče či sourozenci. Měla jsem pocit, že zájem dozvědět se více o této službě měli především lidé, kteří budou výhledově zvažovat tuto možnost poskytnutí péče. Nebo zájem projevila skupina oslovených, která se ráda dozví nové informace pro své blízké.

Dále jsem se v této práci zabírala kapitolou o holistickém přístupu k nemocným. Tento termín je prakticky základním kamenem v přístupu ke všem nemocným. A to nejen v případě služeb ADP. Proto by na to měl být brán zřetel. S tímto také souvisí záležitost potřeb nemocných. V jedné části mé práce jsem se snažila stručně vystínit tuto kapitolu. Zaměřila jsem se také na historii domácí péče. Jak se postupně vyvíjela u nás i ve světě a následně se pomalu začínali vytvářet první agentury domácí zdravotní péče.

Poté se již konkrétně zabývám popisem komplexní domácí péče včetně definice, charakteristiky a principy. Zahrnula jsem do obsahu i Koncepti o domácí péči a jaká jsou její cíle. V neposlední řadě jsem do práce vložila i pár informací o Asociaci domácí péče a aktuální projekt s názvem „Doma nejlíp“. Ve zkratce se i věnuji financování domácí zdravotní péče u nás a přidala jsem i pár informací o financování této služby v oblastech EU. Mou pozornost jsem soustředila také na rodinu, jelikož s tímto tématem souvisí. Při jednání s pacientem se setkáváme s různými faktory v komunikaci, a právě ta je zásadní a důležitá při poskytování odborné péče o ně.

Mojí poslední kapitolou tvoří pojetí geriatrického pacienta v souvislosti s domácí zdravotní péčí. Nastínila jsem to zde z toho důvodu, jelikož pacientů s těmito potřebami odborné pomoci v domácím prostředí velmi rychle narůstá.

Seznam použitých zkratk:

DP – domácí péče

MZ ČR – ministerstvo zdravotnictví České republiky

MZ SR – ministerstvo zdravotnictví Slovenské republiky

WHO – Světová zdravotnická organizace

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ČR – Česká republika

ADP – Agentury domácí péče

DZP – Domácí zdravotní péče

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

EU – Evropská unie

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

Seznam použité literatury:

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelská péče: úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol. *Komunitné ošetrovatelstvo*. Martin Slovenská republika, [2006]. ISBN 80-8063-213-8

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

POCHMANOVÁ, Karolína. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů, [2015]. ISBN 978-80-905809-2-3.

KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství: Pro SZŠ [stř.zdrav.školy], PSS [pomaturitní specializační stud.]*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-123-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

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

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.

PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

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

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.

SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, [2016]. ISBN 978-80-7255-361-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, Martina HUŠKOVÁ a Karel MATOUŠOVIC. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0477-9.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.

PEKÁRKOVÁ, Hana. *Komparace vybraných potřeb v oblasti celoživotního vzdělávání sester zařazených v komunitní péči a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Opava, 2014. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Vedoucí práce doc. PhDr. Alexandra Archalousová, Ph.D.

LIMBERSKÝ, Alexandr. *Práce sestry v domácí zdravotní péči*. Praha 4, 2017. Absolventská práce. Soukromá vyšší odborná škola zdravotnická MEDEA, s.r.o. Vedoucí práce Bc. Hana Pekárková.

Elektronické zdroje:

ZÍTKOVÁ, Marie. *Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným* [online]. Brno, 2009 [cit. 2020-08-18]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/38329/lf_m/Diplomova_prace.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.

TITĚROVÁ, Pavlína. *Domácí péče a její význam* [online]. České Budějovice, 2008 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: https://theses.cz/id/1x82z2/downloadPraceContent_adipIdno_10966. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Mgr. Dita Nováková.

VEČEŘOVÁ, Lucie. *Laická veřejnost a agentury domácí péče* [online]. Brno, 2012 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/j0450/Diplomova_prace_dnednuoy.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. PhDr. Michaela Schneiderová.

NEČASOVÁ, Lenka. *Domácí péče u seniorů* [online]. Brno, 2011 [cit. 2020-08-1]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/n7jvw/Bakalarska_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. PhDr. Kateřina Sayoud Solárová, Ph.D.

MICHENKOVÁ, Helena. *Zdravotní péče o seniory v domácím prostředí* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2020-08-1]. Dostupné z: https://theses.cz/id/79fpwn/DP-HM-posl_.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy. PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Koncepce domácí péče. *Koncepce domácí péče* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP.pdf

Výroční zpráva 2019: Asociace domácí péče České republiky. *Výroční zpráva 2019* [online]. Praha 1: Asociace domácí péče České republiky, 2019 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://www.adpcr.cz/files/documents/mmimUgQup19bAqR1QGLhw2ImKjplXVAfsOvL76R8.pdf>

Výroční zpráva 2020: Asociace domácí péče České republiky [online]. Praha 1: Praha 1, 2020 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/files/documents/eZDEzhEmWUQYnw9QSCwjJrex3kp8adkEfXTQzkwQ.pdf>