

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Spolupráce zdravotníků v primární péči u nemocných v terminální fázi
onemocnění**

Bc. Zuzana Svobodová

Diplomová práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Svobodová**
Osobní číslo: **Z10178**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství**
Název tématu: **Spolupráce zdravotníků v primární péči u nemocných v terminální fázi onemocnění**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

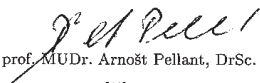
1. Sběr informací a studium literatury o dané problematice.
 2. Stanovení cílů práce.
 3. Výběr metody výzkumu.
 4. Konzultace vybrané metody a skupiny respondentů s vedoucím diplomové práce.
 5. Zpracování teoretické části práce.
 6. Provedení výzkumu, sběr dat.
 7. Analýza a interpretace získaných výsledků.
 8. Zhodnocení a diskuze výsledků.
-

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie : Nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KLENEROVÁ, J. Tanatologie v ošetrovatelství. 1. vyd. Brno : Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
3. MARKOVÁ, M. a kol. Komunitní ošetrovatelství pro sestry. Učební text pro sestry v komunitním ošetrovatelství. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3.
4. MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
5. SEIFERT, B. a kol. Všeobecné praktické lékařství. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-369-9.
6. SLÁMA, O. a kol. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. Ivo Bureš**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**
Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16. 4. 2012

Bc. Zuzana Svobodová

Poděkování

Děkuji panu MUDr. I. Burešovi za odborné vedení, připomínky, trpělivost a čas, který mi po dobu vypracovávání této práce věnoval. Dále bych chtěla poděkovat, panu Mgr. P. Gregorovi za odbornou pomoc se statistickým zpracováním diplomové práce. V neposlední řadě děkuji všem dotazovaným, za čas strávený nad vyplňováním dotazníku. Velký dík, patří také mým nejbližším, za podporu během mého studia

SHRNUTÍ

Tématem této diplomové práce je „Spolupráce zdravotníků v primární péči u nemocných v terminální fázi onemocnění“. Práce se skládá z části teoretické a praktické. Hlavním cílem práce je zmapovat problematiku spolupráce z pohledu praktických lékařů a agentur domácí péče v oblasti péče o terminálně nemocné.

Teoretická část je tvořena třemi kapitolami. První kapitola se zabývá problematikou primární péče, jejím vymezením a poskytovateli. Dále pojednává o praktickém lékařství a domácí péči v České republice. Další kapitola je zaměřena na vymezení pojmů umírání, smrt a poslední, třetí kapitola charakterizuje problematiku paliativní a hospicové péče.

Praktická část obsahuje zpracování a vyhodnocení získaných dat z dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Primární péče, praktické lékařství, domácí péče, agentura domácí péče, paliativní péče, hospicová péče

SUMMARY

The theme of this thesis is "Cooperation in the primary health care in patients with end-stage disease." The work consists of two parts: theoretical and practical. The main objective is to monitor the issue of cooperation from the perspective of general practitioners and home care agencies in the care of the terminally ill.

The theoretical part consists of three chapters. The first chapter deals with the primary care providers and its definition. Also deals with practical medicine and home care in the Czech Republic. Another chapter focuses on notions of dying, death and the last third chapter describes the issues of palliative and hospice care.

The practical part includes processing and evaluation of data obtained from questionnaires.

Keywords

Primary care, practical medicine, home care, home care agency, palliative care, hospice care

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Obsah | 7 |
| Úvod | 9 |
| Cíl práce | 10 |
| I. Teoretická část | 11 |
| 1 Primární péče | 11 |
| 1.1 Poskytovatelé primární péče..... | 11 |
| 1.2 Praktické lékařství..... | 12 |
| 1.2.1 Definice praktického lékařství..... | 12 |
| 1.2.2 Vývoj praktického lékařství..... | 12 |
| 1.2.3 Charakteristika oboru praktického lékařství..... | 13 |
| 1.2.4 Praktický lékař (PL)..... | 14 |
| 1.2.5 Rozvoj oboru praktického lékařství (PL)..... | 15 |
| 1.3 Domácí péče..... | 16 |
| 1.3.1 Definice domácí péče..... | 16 |
| 1.3.2 Historie domácí péče na našem území..... | 16 |
| 1.3.3 Domácí péče v České republice..... | 17 |
| 1.3.4 Agentura domácí péče (ADP)..... | 20 |
| 2 Umírání a smrt | 21 |
| 2.1 Proces umírání..... | 21 |
| 2.2 Smrt..... | 22 |
| 3 Paliativní a hospicová péče | 23 |
| 3.1 Definice paliativní/hospicové péče..... | 23 |
| 3.2 Historie paliativní/hospicové péče v České republice..... | 23 |
| 3.3 Paliativní péče..... | 24 |
| 3.4 Formy paliativní péče..... | 25 |
| 3.4.1 Hospicová péče..... | 26 |
| 3.4.2 Lůžková hospicová péče..... | 26 |
| 3.4.3 Domácí hospicová péče..... | 27 |
| 3.5 Hospicové občanské sdružení Cesta domů..... | 27 |
| 3.6 Rodina a její význam pro nemocného..... | 28 |
| II. Výzkumná část | 29 |
| 4 Výzkumné otázky a hypotézy | 29 |
| 4.1 Výzkumné otázky..... | 29 |
| 4.2 Hypotézy..... | 29 |
| 5 Metodika práce | 30 |
| 5.1 Typ výzkumu..... | 30 |
| 5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku..... | 30 |
| 5.3 Metodika výzkumu..... | 30 |
| 5.4 Organizace šetření..... | 31 |
| 5.5 Zpracování získaných dat..... | 31 |
| 6 Prezentace výsledků | 33 |
| 6.1 Znázornění výsledků..... | 33 |
| 7 Statistické zpracování hypotéz | 65 |
| Diskuze | 69 |
| Závěr | 74 |
| Soupis bibliografických citací | 75 |
| Seznam obrázků | 80 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Seznam tabulek..... | 81 |
| Seznam použitých zkratek | 82 |
| Seznam příloh..... | 83 |

Úvod

„Tajemství úspěchu v životě není dělat, co se nám líbí, ale nalézt zalíbení v tom, co děláme.“

Thomas Alva Edison

Jako téma svojí diplomové práce jsem zvolila „Spolupráce zdravotníků v primární péči u nemocných v terminální fázi onemocnění“. Umírající lidé jsou, byli a budou mezi námi, proto je třeba se zamyslet nad tím, jak jim samotným ale i jejich blízkým, můžeme tuto situaci, co nejvíce usnadnit.

Toto téma bylo v minulosti širokou veřejností i zdravotníky opomíjeno. Domnívám se, že jde právem o aktualizované téma, nad kterým by se každý z nás měl zamyslet a to ať už na rovině profesionální nebo laické. „Co když já, nebo někdo z mých blízkých onemocní tak závažnou formou choroby, že mu nebude dnešní medicína schopna pomoci? Jak zajistit důstojné odcházení a jak co nejvíce zpříjemnit tuto poslední fázi života?“ Mnoho těchto otázek si každý z nás alespoň jednou za život položí. Většinou nad tímto tématem přemýšlíme, až se to týká bezprostředně nás samých nebo našich nejbližších. Jak můžeme našim blízkým v tento těžký čas pomoci, jak spolupracují specializované agentury domácí péče s lékaři a s příbuznými umírajícího? Je efektivní pomoc nemocnému pro něj úlevou a útěchou?

Tolik otázek a tak málo odpovědí. A toto bylo důvodem, proč jsem se rozhodla problematiku prozkoumat a rozpracovat podrobněji. Jako jedním z důvodů a velkou motivací je pro mne fakt, že má babička je v současnosti ve svém pokročilém věku právě tím typem pacienta, kterého se bezprostředně tato problematika týká a seznámení se s touto problematikou podrobněji může pomoci a bezpochyby i pomůže v době, kdy to bude třeba.

Co bych touto prací chtěla zjistit? Jak funguje bezprostřední spolupráce praktických lékařů a agentur domácí péče v péči o terminálně nemocné.

Zjištěná fakta včetně teoretického přehledu jsou rozpracovány na následujících stránkách.

Cíl práce

Cílem teoretické části je: Zpracovat teoretický přehled v oblasti primární péče v péči o terminálně nemocné.

Cílem praktické části je: Zmapovat problematiku spolupráce a vztahů z pohledu praktických lékařů a agentur domácí péče v oblasti péče o terminálně nemocné.

I. Teoretická část

1 Primární péče

Zdravotnické instituce se podle začlenění rozdělují na primární, sekundární a terciální péči (Jarošová, 2007, s. 20). Primární péče představuje linii prvního kontaktu občana se zdravotnictvím. Sekundární péče ambulantní a nemocniční je oborově specializovaná. Terciální péče je péčí superspecializovanou, poskytovanou na moderně vybavených pracovištích (Seifert a kol., 2005, s. 25).

Hnutí primární péče vzniklo v roce 1977, ale pojem primární péče byl poprvé definován na konferenci v Alma-Atě o rok později v roce 1978 (Hanzlíková, 2007, s. 16-17).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je místem prvního kontaktu s lidmi a poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v komunitě (Gladkij a kol., 2003, s. 49).

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejblíže vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby“ (Seifert a kol., 2005, s. 25).

Představuje místo uspokojování zdravotních potřeb populace a zároveň místo rozhodování o racionálním využívání služeb specializovaných a nákladnějších (Seifert a kol., 2004, s. 13). Přes preventivní poslání primární péče je v současné době u nás většina oborů primární péče více orientována na kurativní péči než na prevenci (Gladkij a kol., 2003, s. 50).

Komplexní primární péče je jednou z priorit WHO a o tom svědčí i program – Health 21. (Seifert a kol., 2005, s. 23).

1.1 Poskytovatelé primární péče

V České republice primární zdravotní péči zajišťují:

- praktičtí lékaři pro dospělé
- praktičtí lékaři pro děti a dorost
- agentury domácí péče
- ambulantní gynekologové
- stomatologové

- lékařská služba první pomoci
- lékárny

Poskytovatele této péče charakterizuje přímá dostupnost pro občany, jenž tuto péči a pomoc potřebují. V tomto smyslu můžeme tedy do primární péče zařadit také například ambulantní chirurgy při úrazech. Klíčové postavení mají praktičtí lékaři. Jejich práce vyžaduje spolupráci s ostatními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, znalosti, ale i respektování jejich kompetencí (Seifert a kol., 2004, s. 14).

Primární lékařská péče a primární zdravotní péče jsou často nepřesně chápány jako protiklad. Je důležité si ale uvědomit, že primární zdravotní péče je rozšířenou primární lékařskou péčí (Vorlíček a kol., 1998, s. 437).

1.2 Praktické lékařství

1.2.1 Definice praktického lékařství

„Praktické lékařství je základním oborem, který zajišťuje léčebnou preventivní péči o dospělou populaci, případně též o děti a dorost. Praktické lékařství je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí ve kterém člověk žije a pracuje. Je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti. Praktické lékařství v sobě zahrnuje základní poznatky a praxi různých lékařských oborů, které uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových“ (Seifert a kol., 2004, s. 23).

1.2.2 Vývoj praktického lékařství

Obor praktické lékařství patří k nejstarším oborům, který prošel v historii různými obměnami. V minulosti se nemocní lidé obraceli s prosbou o pomoc podle druhu obtíží k bylinkáři, kováři nebo porodní bábě. Postupem času, se bylinkáři začali více zabývat interními chorobami. Z kovářů, kteří trhali zuby, léčily zlomeniny a jiné rány, se prozměnu stali zubaři nebo chirurgové (Kubešová, Bogrová a Holík, 2002, s. 5). Vždy ale nebylo možné cestovat za specialisty, a proto vznikala potřeba místních lékařů. Místní lékaři měli být schopni v určité lokalitě poskytnout širokou škálu služeb. (Seifert a kol., 2004, s. 11) Tito lékaři začali být nazýváni jako praktičtí/rodinní lékaři. První zmínka o praktickém lékaři je z konce 18. století, použil ji F. A. Maine a právě pan Maine byl zakladatel „Společnosti praktických lékařů, ranhojičů a porodníků“ (Kubešová, Bogrová a Holík, 2002, s. 5).

V Rakousko-Uhersku byl roku 1870 vydán zákon ustavující obecní a městské lékaře. Lékařům byly uloženy povinnosti: péče o nemocné, protiepidemická činnost, dohled nad špitály, lékárnami a školami (Seifert a kol., 2004, s. 11).

Po roce 1918 se začali specializovat dentisté. Zvýšil se počet lékařsky asistovaných porodů a to z mnoha důvodů (kvalitnější dohled na rodičky, dobře situované společenské vrstvy, apod.) (Kubešová, Bogrová a Holík, 2002, s. 5).

System rodinných lékařů byl v padesátých letech reorganizován do systému obvodních územních a závodních lékařů. Vyčlenila se pediatriká a gynekologická péče. Budovaly se společná pracoviště pro ambulantní specialisty. Postupem času se ale začaly projevovat nedostatky tohoto systému. Dřívější prestiž obvodních lékařů začala pozvolna klesat. Odchod do terénu se stával spíše nuceným než žádoucím (Seifert a kol., 2004, s. 12). Za významný moment, jenž napomohl pozdvihnout již zmiňovanou ztracenou prestiž, je považována konference WHO v Alma-Atě. Na této konferenci došlo k vytyčení priorit primární péče s důrazem na praktické lékařství. Což mělo za následek uzákonění oboru Všeobecné lékařství jako samostatného oboru. Tento obor probíhal na Katedře všeobecného lékařství na 1. LF UK (Seifert a kol., 2005, s. 21).

Na počátku 90. let byly vytvořeny podmínky pro privatizaci ambulantních lékařů a praktičtí lékaři dnes pracují také jako nezávislí podnikatelé ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami (Seifert a kol., 2004, s. 12). Potřebné autoritě v profesní oblasti napomohlo také nově vzniklé Sdružení praktických lékařů v České republice, naplňování Charty praktického lékaře, ale i projekt PHARE podpořený Evropskou Unií roku 1997 (Seifert a kol., 2005, s. 22).

V roce 2004 vyšel v platnost zákon, o novém specializačním oboru rodinné lékařství (Seifert a kol., 2004, s. 12).

1.2.3 Charakteristika oboru praktického lékařství

Charakteristické rysy:

- všeobecnost – péče není limitována, je pro každého
- dostupnost – není limitace finanční, časová a geografická, rasová, administrativní, aj.
- integrovaná péče – návaznost péče léčebné, rehabilitační, preventivní psychoterapeutické, sociální a rodinné
- kontinuální péče – během celého života
- týmová práce – spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu
- holistický pohled – celostní pohled

- osobní vztah – partnerský vztah, mezi lékařem a nemocným
- orientace na rodinu – problémy řešeny v souvislosti s prostředím jedince
- orientace na společnost – problémy nemocného v kontextu s jeho životem
- koordinovanost – řešení zdravotních problémů, rozhodnutí o konziliárním vyšetření koordinace výsledků vyšetření, určení dalších postupů, poskytování informací
- spolehlivost – diskrétnost
- role obhájce – vždy na straně pacientů (Kubešová a kol., 2002, s. 6).

Metody práce v praktickém lékařství:

- Diagnostika
- Léčba
- Prevence (primární, sekundární, terciální)
- Dispenzarizace
- Návštěvní služba
- Řešení urgentních situací
- Posudková činnost
- Pracovně lékařská péče
- Řešení sociálních problémů nemocného
- Hygienický dohled
- Ohledání mrtvých (Kubešová a kol., 2002, s. 9-11).

1.2.4 Praktický lékař (PL)

Je kompetenčně uznaným koordinátorem primární péče (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 182).

Vzdělání praktického lékaře (PL):

- základní – základní medicínské na lékařské fakultě
- specializační – praxe nemocniční v hlavních oborech a praxe ambulantní, cílem je získání širokého spektra znalostí z jiných lékařských oborů, zakončení zkouškou
- kontinuální – celoživotní vzdělávání, jakož cíl je vysoká kvalita péče

(Kubešová a kol., 2002, s. 6; Seifert a kol., 2004, s. 24)

Svou činnost může praktický lékař vykonávat formou soukromé lékařské praxe nebo formou zaměstnaneckého poměru (státní x nestátní zdravotnické zařízení). Při

vykonávání své praxe se musí seznámit s celou řadou předpisů a směrnic, jenž jsou pro výkon jeho povolání nezbytné.

Kompetence jsou dány erudicí praktických lékařů (PL), vybavením ordinace, ale také administrativními zásahy a to hlavně ze strany zdravotních pojišťoven.

Podmínky k zahájení praxe praktického lékaře (PL) jsou dány legislativně. Podle zákona musí být ordinace vybavena náležitě personálně, technicky a věcně. Další nezbytnou součástí je přidělení licence a žádost o registraci. Registrace nemůže být uskutečněna bez potřebných náležitostí, čímž je myšleno: lékařský diplom, členství v ČLK, potvrzení o vybavení ordinace, provozní řád ordinace, ale také výpis z trestního rejstříku a potvrzení o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání. Následuje vyřízení celé řady administrativních náležitostí (IČO, apod.).

Povinné veřejné zdravotní pojištění vytváří zdroje pro zajištění zdravotnické péče o obyvatelstvo. Příslušné zdravotnické zařízení uzavírá se zdravotními pojišťovnami smlouvu, která se řídí rámcovou smlouvou. Poskytovaná zdravotní péče je hrazena na základě této smlouvy (Kubešová a kol., 2002, s. 6; Seifert a kol., 2004, s. 33-35).

Průměrná ordinační doba praxe je 25 hodin týdně. Na ordinační dobu navazuje administrativní činnost a návštěvní služba. Závažnost stavů, se kterými se setkáme v praxi, se dělí do tří základních oblastí - málo závažné stavy, chronická onemocnění a závažné stavy. Vzhledem k otevřenému přístupu akutních pacientů nelze zcela uplatnit v této oblasti objednávací systém (Seifert a kol., 2005, s. 95).

Financování ordinace PL probíhá několika možnými způsoby:

- a) Systém zdravotního pojištění je hlavní zdroj příjmů
 - Výkonová – bodové ohodnocení výkonů
 - Kapitační – paušální platba „za hlavu“
 - Kapitačně–výkonová – kombinace obou předešlých
- b) Přímé platby jsou platby přímo od občanů
- c) Platby od zaměstnavatelů jsou platby za výkony v rámci závodně preventivní péče
- d) Platby od státní správy (Seifert a kol., 2005, s. 70- 72)

1.2.5 Rozvoj oboru praktického lékařství (PL)

Praktické lékařství je ve všech vyspělých zemích považováno za velmi důležitou akademickou a vědeckou disciplínu. Praktičtí lékaři mají své mezinárodní konference, stejně jako jiné vědní obory, mezinárodní periodika, v nichž publikují své výsledky z praxe.

Mezinárodní organizace se jmenuje WONCA (World Organization of National Colleges and Academies) (Seifert a kol., 2005, s. 60).

1.3 Domácí péče

1.3.1 Definice domácí péče

Definicí domácí péče je mnoho. Liší se dle organizací a institucí či autorit zabývajících se problematikou péče o umírající.

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

Definice Ministerstva zdravotnictví popisuje domácí péči jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí. Péče je poskytována pacientům, jejichž pobyt ve zdravotnickém zařízení ústavní péče není pro léčení nebo udržení stability zdravotního stavu nutný (Jarošová, 2006, s. 55).

1.3.2 Historie domácí péče na našem území

Péče v domácím prostředí je stará jako lidstvo samo. Už od nejstarších dob byla považována za přirozený způsob péče o člověka. Do 12. století veškerou péči o nemocné zajišťovaly členky řeholních řádů (Krátká, Šilháková, 2008, s. 79).

Svatá Anežka Přemyslovna zakládá v roce 1223 Laické bratrstvo špitální, ze kterého vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou, jenž mimo jiné spravoval špitály v Českých zemích.

Za vlády Marie Terezie v době osvíceneckého absolutismu se v domácí péči začíná propojovat jak charitativní, tak i odborná stránka. Došlo k výraznému zlepšení péče o poddané.

V době Národního obrození se Karolina Světlá s Eliškou Krásnohorskou snaží podporovat sociální i odbornou péči pro všechny obyvatele. Díky nim vznikla roku 1874 první ošetřovatelská škola v Praze (Misoniová, 2006).

Československý červený kříž vznikl roku 1919 a zasloužil se o rozvoj sociálního ošetřovatelství. Středem jeho zájmu byly nejen děti, ale patřili sem i staří lidé a chudí nemocní. Tehdejší předsedkyní byla A. Masaryková, která se zasloužila o pozvání

amerických zdravotníků do naší země. České ošetrovatelství se od těchto zdravotníků v mnohém nechali inspirovat. Oficiální navštěvování nemocných v jejich rodinách začalo roku 1920, ale pro velmi nízký nedostatek sester brzy skončila. (Jarošová, 2006, s. 52)

Po druhé světové válce organizují ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách Ústavy národního zdraví (Misconiová 2006).

Roku 1952 stát přebírá odpovědnost za poskytování domácí péče. Sestry, které pracovaly v domácí péči pod Červeným křížem, začaly pracovat jako geriatrické sestry v ambulancích (Hanzlíková a kol., 2007, s. 239).

Velký zlom v poskytování zdravotní péče nastává po roce 1989, kdy dochází k celé řadě změn a reforem ve zdravotnictví. Zanedlouho poté, roku 1990 vzniká první středisko ošetrovatelské péče při České katolické charitě. V lednu roku 1991 Ministerstvo zdravotnictví tuto činnost legalizovalo a povolilo dvouletý experiment – Domácí ošetrovatelskou péči. Tohoto samého roku proběhl ve Strasburgu první kongres domácí péče. A právě tento kongres je považován za startovní čáru rozvoje domácí péče v Čechách. První agentura domácí péče byla založena v říjnu roku 1991 a to při nemocnici v Pardubicích. K výraznému rozvoji agentur domácí péče došlo v roce 1993, ale také se začíná vyvíjet spolupráce s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Na jaře tohoto samého roku byla založena Asociace domácí péče České republiky. Tato asociace se později zasloužila o vznik Národního centra domácí péče v České republice, včele s B. Misconiovou. K aplikaci nového modelu hospicové péče pro klienty v terminálním stádiu života došlo o rok později roku 1994 (Hanzlíková a kol., 2007, s. 239; Jarošová, 2007, s. 53; Machová a kol., 2008, s. 129-130).

1.3.3 Domácí péče v České republice

Domácí péče je jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. (Jarošová, 2007, s. 60) Jde o integrovanou formu péče, často označovanou jako komplexní domácí péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče (Krátká, Šilháková, 2008, s. 80).

Pod pojmem komplexní domácí péče se skrývá poskytování péče léčebné, léčebně-preventivní, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické a sociální, včetně laické pomoci (Konopásek a kol., 2004, s. 117). Aktivita komplexní domácí péče je zaměřena na podporu, udržení zdraví a prevenci nemoci, zajištění bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb jedince, skupiny či komunity v době ohrožení stability, nebo zasažení negativními vlivy ať vnějšími nebo vnitřními.

Komplexní domácí péče zajišťuje:

- Odbornou zdravotní péči (rozsah této péče určuje ordinace ošetroujícího lékaře)

- Sociální péči a pomoc (její rozsah je určen prostředím, či sociální diagnózou)
- Laickou péči (v oblasti sebeděče) (Archalousová a kol., 2006, s. 169)

Domácí zdravotní péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, kteří poskytují odbornou/specializovanou péči a pomoc laickou v rozsahu, který je dán aktuálním stavem nemocného a stavem jeho sociálního prostředí (Misconiová, 2006).

Cílem domácí péče je zajistit maximální rozsah a dostupnost péče, kvalitu a efektivitu zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí a eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatrogenní poškození nemocných (Malinková, Marková 2010 s. 42).

Výhody domácí péče jsou:

- Hospodárnost – redukce nákladů, zkrácení hospitalizace
- Víceoborovost – péče je poskytována multidisciplinárním týmem
- Individualizovaná péče – péče je poskytována podle konkrétních potřeb každého jedince
- Komplexnost – poskytnutí souboru všech činností (léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální, konzultační, apod.)
- Dlouhodobá péče – délka péče je poskytována dle potřeb nemocného
- Podpora zdraví – zahrnuje činnosti primární, sekundární a terciální prevence
- Přirozené prostředí – péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí
- Zapojení rodinných příslušníků – možnost aktivně zapojit rodinné příslušníky nemocného (Hanzlíková a kol., 2007, s. 247; Krátká, Šilháková, 2008, s. 80; Jarošová, 2007, s. 62)

Domácí péče je v České republice formálně evidována jako odbornost 925. Podle vyhlášky MZ ČR 331/2007) (Krátká, Šilháková, 2008, s. 79). Nárok na poskytování domácí péče má každý občan našeho státu bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské orientace, politické orientace, apod. (Malinková, Marková 2010 s. 42). O rozsahu (základní, odborná, paliativní domácí péče), frekvenci (existují čtyři typy návštěv) a obsahu rozhoduje ošetřující lékař nemocného (Krátká, Šilháková, 2008, s. 79).

Dle vyhlášky 45/1997 Sb. může domácí péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění indikovat:

- praktický lékař (platnost maximálně 3 měsíce),
- po ukončení hospitalizace ošetřující lékař lůžkového zařízení (platnost jen 14 dní)

Pokud tedy domácí péči požaduje např. ambulantní specialista, musí požádat praktického lékaře, aby domácí péči naordinoval (ADP Holoubkov, 2009, s. 5).

Domácí péče nemá smysl, pokud si ji nemocný nepřeje. Obtížné je to také tehdy, pokud nemá rodinu nikoho, kdo by se o nemocného postaral, kdo by byl ochotný spoluvytvářet jeho domácí prostředí a spolupracovat na plnění plánu péče (Misconiová, 2006).

Domácí péče je financována:

- Z fondu veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška byla od roku 2012 novelizována a upravena. Upravuje odbornost 720 (paliativní medicína). Do vyhlášky byly zařazeny dva nové výkony: 8005 – první vyšetření a zavedení paliativní péče u pacienta v terminálním stavu v domácím prostředí lékařem, 80052 – vyšetření pacienta specialistou v oboru paliativní medicíny v domácím prostředí. Tyto výkony byly nově zařazeny, aby umožnily plnohodnotně realizovat paliativní péči v domácím prostředí (Vyhláška č. 411/2011 Sb.).
- Přímou platbou nemocného
- prostřednictvím sponzorských darů (Malinková, Marková 2010 s. 42)

Hodnocení kvality v domácí péči je prostřednictvím vnitřního a vnějšího systému. Vnitřní systém kontroly kvality je hodnocení postupu poskytovatele. Vnější systém kontroly kvality je kontrola poskytované péče prováděna ošetřujícím lékařem, nemocným, rodinou, revizním lékařem zdravotní pojišťovny, sociálním pracovníkem nebo zdravotním radou. Objektivním kritériem je celkový stav nemocného a subjektivním je slovní vyjádření klienta a jeho blízkých ke kvalitě služeb (Jarošová, 2006, s. 65).

Pět základních forem domácí péče:

- Akutní domácí péče

Indikována u nemocných s akutním krátkodobým onemocněním. Poskytována zejména krátkodobě.

- Dlouhodobá domácí péče

Jedná se o nejrozšířenější formu u nás. Bývá zpravidla poskytována jako komplexní domácí péče u chronicky nemocných klientů, jejichž zdravotní či duševní stav vyžaduje dlouhodobou, pravidelnou a kvalifikovanou péči.

➤ Preventivní domácí péče

U klientů, u nichž je lékařem určeno monitorování stavu v pravidelných intervalech.

➤ Jednorázová domácí péče

Jde o provedení jednorázových výkonů z ordinace praktických lékařů. Indikována pokud nelze zajistit návštěvní službu sester v domácím prostředí nemocného.

➤ Domácí hospicová péče

Zahrnuje péči o nemocné v preterminálním a terminálním stádiu života. Bývá poskytována u nemocných, kde lékaři předpokládají ukončení terminálního stavu do šesti měsíců. A obzvláště při této formě domácí péče může být překročena obvyklá ošetrovací doba tří hodin denně. (viz kapitola 3) (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 185; Krátká, Šilháková, 2008, s. 81; Jarošová, 2007, s. 65-66)

1.3.4 Agentura domácí péče (ADP)

Poskytovatelem domácí péče jsou agentury domácí péče, které jsou základní jednotkou komplexní domácí péče. Agentura domácí péče může být státní nebo nestátní zdravotnické zařízení. Mohou být zřizovány fyzickou nebo právnickou osobou. (Machová, 2008, s. 128)

Aby mohly agentury domácí péče zajišťovat kvalitní péči, měly by být vybaveny přístroji a pomůckami zajišťujícími nejen včasnou diagnostiku s terapií, ale současně zvyšujícími komfort poskytované domácí péče (Misconiová, 2006).

Péči o nemocného indikuje agentuře domácí péče praktický lékař. Stanovuje léčebné postupy, rozsah péče, četnost a délku návštěv. Potvrzuje tzv. Poukaz na ošetření a vyšetření DP. Pokud agentura převzala pacienta od ošetřujícího lékaře z nemocnice, je její povinností informovat praktického lékaře nemocného. V průběhu péče agentura domácí péče poskytuje praktickému lékaři informace o stavu nemocného (Malinková, Marková 2010 s. 53).

Většina ADP je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky. (Machová, 2008, s. 128) Asociace domácí péče České republiky je dobrovolná, samosprávná, nepolitická, profesní, odborná a stavovská organizace s právním subjektem a sídlem v Praze. Členství v této organizaci může být řádné, přidružené, podpůrné a čestné. Orgány ADP ČR jsou složeny z valné hromady, prezidia, revizní komise, etické a odborné komise a regionálním sdružením ADP ČR. Každý člen v této organizaci má své práva, ale také povinnosti, kterými je povinen se řídit a dodržovat je (Stanovy ADP ČR., 2010).

2 Umírání a smrt

2.1 Proces umírání

Umírání je popisováno jako proces různé délky, podoby, je různě prožíváno, je zcela individuální a jedinečné (Klenerová, 2007, s. 10).

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu (prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin), při němž dochází k postupnému a nezvratnému selhávání důležitých vitálních funkcí, tkání a orgánů, kdy důsledkem je smrt (Misconiová, s. 13). To ale neznamená, že pod pojmem umírání si představíme jenom terminální stav (Klenerová, 2007, s. 10).

Odborníci rozdělují proces umírání na tři období:

Období *pre finem* – Misconiová uvádí, že toto období je v jistém slova smyslu možno vnímat jako prožívání našeho každodenního života, kdy se každým dnem blížíme ke smrti. Většinou, je ale tato fáze spojována spíše s obdobím od zjištění závažné diagnózy. Nemocný v tomto období prochází fázemi prožívání těžké nemoci, popsány paní Kubel-Rossovou. Tyto fáze jsou v psychiatrickém smyslu obranné mechanismy. Jednotlivé fáze mohou a nemusí probíhat v následně uvedeném pořadí.

- Šok
- Agrese, zlost
- Smlouvání
- Deprese
- Akceptace, přijmutí reality (Ulrichová, 2009, s. 57-58, Misconiová, s. 13-15)

Období *in finem* – jde o období vlastního umírání. Vlastní smrti většinou předchází stav transu, tedy změněného stavu vědomí a poté koma (Misconiová, s. 13-15). Z praktického a etického hlediska se zde otevírají dva problémové okruhy a to *ritualizace smrti* zejména v podmínkách hospitalizace. Cílem je vytvořit jakási pravidla/rituály, aby nikdo neumíral sám a důstojná smrt měla charakter sociálního aktu. Druhou problémovou oblastí je problematika tzv. eutanázie (Vorlíček a kol., 2004, s. 435-440). Eutanázie je dle Světové lékařské asociace definována jako vědomě a úmyslně provedený čin, s jasným záměrem ukončit život jiného člověka. Za podmínek, že subjektem je kompetentní informovaná osoba trpící nevyлéčitelným onemocněním, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen. Jednatel je informován

o stavu této osoby i o jejím přání zemřít a páchá tento skutek se soucitem a úmyslem ukončit život této osoby (Munzarová, 2008, s. 19).

Období *post finem* – je charakteristické péčí o mrtvé tělo a samozřejmě také péčí o pozůstalé (Vorlíček a kol., 2004, s. 436).

Pro zajištění maximální kvality péče o umírající je nutné znát potřeby umírajících a jejich blízkých. Proto pokud budeme vycházet z definice zdraví, jak ji formulovala WHO: „Stav zdraví je založen na prožitku bio-psycho-sociální a spirituální pohody“, můžeme tyto potřeby rozdělit do čtyř okruhů.

- Potřeby biologické
- Potřeby psychické
- Potřeby sociální
- Potřeby spirituální (Hermanová, Prokop, Ondráčková, 2008, s. 55-58)

2.2 Smrt

Všechny pokusy o definici smrti se shodují ve třech klinických symptomech, které musí být přítomny, jedná se o definitivní vyhasnutí vědomí, definitivní zástavu spontánního dýchání a ztrátu reaktivity, kterou zprostředkovává mozek (Munzarová, 2002, s. 14).

Jde o individuální zánik organismu, tedy i člověka (Haškovcová, 2007, s. 89). Smrt patří k člověku, je to jediná jistota, která nás nikoho nemine.

„Dobrá smrt“ je podmíněna vědomím o blížícím se konci života, příležitosti umírajícího člověka vyjádřit svá poslední přání a o možnosti ošetřujícím vyslovená přání splnit.

Bradburiová rozdělila tzv. Koncept „dobré smrti“ do tří typů:

- Medikalizovaná smrt
- Smrt v souladu s vírou
- Přirozená smrt

Tento koncept není nový, není ani jednoznačný a jeho význam se neustále mění (Komaromyová, 2007, 492).

O problematiku smrti a umírání se zdravotníci zajímají stále více. Cílem je najít odpověď na to, jak eticky a nejlépe přistupovat k umírajícím a zemřelým (Klenerová, 2007, s. 12).

3 Paliativní a hospicová péče

3.1 Definice paliativní/hospicové péče

WHO definuje paliativní péči jako přístup, který zvyšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin, které mají problémy spojené s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a úlevy utrpení pomocí včasného rozpoznání a dokonalým zhodnocením, léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních a duchovních (Mitchell, G. 2008, s. 109).

Hospicová péče je dle WHO integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou lékaře předpokládána délka života v rozsahu méně než šesti měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována hlavně paliativní péče (Misconiová, s.28).

Ministerstvo zdravotnictví definuje hospicovou péči jako komplexní multidisciplinární paliativní péči, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio – psycho – sociální potřeby nemocného (Misconiová, s. 29).

3.2 Historie paliativní/hospicové péče v České republice

Česká republika měla opožděnější vývoj v oblasti paliativní péče oproti jiným vyspělejším zemím. Hlavním důvodem byla stávající politická situace (Špinková, 2006, s. 4). Po roce 1989 řada našich lékařů a sester měla možnost navštívit zahraniční pracoviště, kde získávali mnoho praktických i teoretických poznatků (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 22).

V roce 1992 byly podniknuty první kroky ke zřízení lůžkového oddělení paliativní péče v Babicích nad Svitavou (Sláma a kol., 2004, s. 13).

Pojem hospice se v České republice objevil až po již zmiňovaném roce 1989. Marie Svatošová začala realizovat myšlenku lůžkové formy hospice a založila Ecce homo, občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. A právě toto sdružení se zasloužilo o otevření prvního hospice v České republice s názvem Hospic Anežky České v Červeném

Kostelci. Postupem času následoval rychlý rozvoj hospicové péče u nás (Ulrichová, 2009, s. 98).

Roku 1998 bylo založeno tzv. Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR, které bylo nahrazeno Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. Dosud také funguje Národní centrum domácí péče České republiky. (Haškovcová, 2007, s. 48)

Samostatný atestační obor Paliativní medicína a léčba bolesti vznikl až roku 2004 (Sláma a kol., 2004, s. 13).

3.3 Paliativní péče

Paliativní péče pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti. Paliativní neboli úlevová péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života (Stáhalová, 2010, s. 2).

Moderní paliativní péče klade důraz na kvalitu života nevléčitelně nemocných, dokáže zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií nemoci, je založena na interdisciplinární spolupráci, vychází z individuálních přání a potřeb a respektuje hodnotové priority nemocného. Velmi důležitou součástí této péče je také kladení důrazu na význam nejbližších přátel a rodiny, ale také i jejich podpora ve zvládnání náročné situace. Takto zní základní principy vymezené Světovou zdravotnickou organizací z roku 2002 (Špinková, 2006).

Cílem paliativní péče je prevence, zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování důstojnosti nemocného a v neposlední řadě také podpora jeho blízkých (Sláma, Špinková a Štěpán, 2004, s. 10).

Cílovou skupinu představují pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob (Skála a kol., 2005, s. 1).

Dělení paliativní péče z časového hlediska:

- Pre finem
- In finem
- Post finem (Krátká, Šilháková, 2008, s. 95)

Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým, což je skupina vysoce vzdělaných lidí ve svém oboru. Tento tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, dietní sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr, duchovní, svým způsobem

jsou součástí i pacient, jeho rodina, přátelé ale bezesporu také dobrovolníci. Tento tým má jeden velký úkol: dokázat vhodným způsobem vést péči o pacienta tak, aby byly co nejvíce využívány a aplikovány do praxe možnosti kvalitního žití. Maximální možný zřetel je brán na názor a přání nemocného. Je-li si v rámci týmové práce každý vědom svého úkolu a kompetencí, vede to ke kvalitní spolupráci všech členů (Hermanová, Prokop a Ondráčková, 2008, s. 49).

Paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu, jde spíše o filozofii, kterou lze aplikovat doma, v hospici či v nemocnici (Munzarová, 2005, s. 61).

3.4 Formy paliativní péče

Paliativní péče se dělí podle komplexnosti péče na obecnou a specializovanou. Jako obecnou paliativní péče označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, poskytovanou zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Specializovaná paliativní péče je péčí aktivní, interdisciplinární péče, poskytována vzdělaným a zkušeným týmem odborníků v této oblasti.

Specializovaná paliativní se skládá z těchto forem:

- péče poskytována prostřednictvím hospiců
- domácí paliativní/hospicové péče
- oddělením paliativní péče - vznikají v posledních letech v rámci jiných zdravotnických zařízení. Pečuje o nemocné, kteří potřebují současně komplexní paliativní péči, ostatní služby a komplexnost nemocnice po diagnostiku a léčbu.
- konziliární tým paliativní péče – jedná se o interdisciplinární zdravotnický tým a jeho působení by mělo být přímo u lůžka nemocného.
- specializovaná ambulance paliativní medicíny – ambulantní péče nemocným pobývajícím v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče.
- denní stacionář paliativní péče – probíhá formou denních pobytů nemocného a pomáhá řešit zdravotní problémy, potřeby ale nabízí i aktivity např. relaxace, edukace.
- Zvláštní zařízení paliativní péče – tísňové linky, specializované poradny apod. (Skála a kol., 2005, s. 2; Šamánková, 2006, s. 97; Vorlíček a kol., 2006, s. 164)

3.4.1 Hospicová péče

Jde o specializované zařízení, poskytující paliativní péči (Haškovcová, 2007, s. 50). Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude respektována lidská důstojnost a že nebude v posledních chvílích života sám (Svatošová, 2008, s. 115).

Formy hospicové péče:

- Domácí hospicová péče
- Stacionární hospicová péče
- Lůžková hospicová péče (Svatošová, 2008, 118-120)

Kritéria pro přijetí a možnosti péče v hospici:

- Postupující choroba ohrožuje nemocného na životě
- Je nutná paliativní léčba a péče
- Nemocný a jeho rodina znají a schvalují myšlenku a princip hospicové péče
- Domácí péče je nedostatečná, nebo není možná
- Nemocný momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření (Archalousová a kol., 2006, s. 165; Sláma a kol., 2007, s. 27; Student, Muhlum a Student, 2004, s. 41)

3.4.2 Lůžková hospicová péče

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení, poskytující paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi nevy léčitelného onemocnění (Plevová a kol., 2011, s. 109). Lůžkový hospic přijímá ty nemocné, u kterých není nutná léčba v nemocnici a péče doma, popřípadě v pečovatelském domě není možná (Radbuch, Payne a Sheila. 2010, s. 51). V hospici není povinný denní režim jako v nemocnici. Před nástupem do tohoto zařízení musí pacient podepsat informovaný souhlas k hospitalizaci, ovšem konečné kritérium o přijetí je v kompetenci vedoucího lékaře hospice. Nemocný má téměř vždy jednolůžkový samostatný pokoj vybaven televizí, nábytkem, koupelnou, postelí s elektrickým polohováním a v případě potřeby antidekubitní matrací. Návštěvy nejsou omezovány, proto je na pokoji také přistýlka umožňující přítomnost návštěvy i přes noc. V případě zájmu se věřící mohou zúčastňovat i pravidelných bohoslužeb. Hospicová péče se hradí a je možno zařídit i tzv. respitní pobyt (Osobní asistence, 2009).

3.4.3 Domácí hospicová péče

Poskytuje specializovanou péči v domácím prostředí formou návštěv odborníků. Garantuje trvalou dostupnost péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Nedílnou součástí je komplexní podpora a pomoc ze strany rodiny a blízkých nemocného (Plevová a kol., 2010, s. 109). Misconiová tuto formu péče dělí na laickou a odbornou. Laická je považována za základní pilíř hospicové péče. Tato péče je poskytována pečovatелеm všem umírajícím, u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči či pomoc. Domácí hospicová péče odborná je jakousi integrovanou formou zdravotní, sociální i laické péče. Doplňuje péči laickou a je indikována ošetřujícím lékařem (Misconiová, 36-39).

Obecné předpoklady pro domácí hospicovou péči:

- Nemocný a jeho rodina si přejí domácí hospicovou péči
- Rodina nemocného je ochotna převzít část péče a jsou přítomny důležité faktory: fungující rodinné vztahy, vhodné poměry finanční i bytové, motivace, sebedůvěra
- Ochota, schopnosti a podpora ze strany praktického lékaře (například k indikaci domácí péče, předepisování léků)
- Pochopení všech zúčastněných dané situaci
- Stanovit plán péče a řešení daných situací (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 330)

V České republice se celá řada agentur domácí péče pokouší o rozšíření nabídky svých služeb o domácí paliativní péči. Jako velkou překážkou ale udávají potíže ze stran zdravotních pojišťoven (Adam, Vorlíček a Koptíková, 2003, s. 552).

3.5 Hospicové občanské sdružení Cesta domů

Sdružení vzniklo v roce 2001 a má 74 členů. Je nositelem projektu s názvem Paliativní péče v České republice. Činnost sdružení se zaměřuje na dvě oblasti:

- Založilo a provozuje Domácí hospic CESTA DOMŮ
- Usiluje o strukturální společenské a legislativní změny, které by měly vést ke zlepšení péče o umírající.

Cílem je zlepšení informovanosti veřejnosti (odborné i laické) o paliativní péči a prosazování principů kvalitní péče o umírající v systému zdravotní i sociální péče (Cesta domů, 2004, s. 3-7; Cesta domů, 2010). Cesta domů založila první veřejnou paliativní

knihovnu v naší republice se sídlem v Praze, vydává publikace pro odborníky, klienty i nejšířší veřejnost a vytvořila informační a diskusní webový portál (Špinková, 2006, s. 20).

3.6 Rodina a její význam pro nemocného

Rodina je základní jednotkou společnosti. Existuje mnoho odlišných definic rodiny, lišící se podle odborníků, kteří se touto tematikou zabývají. Charakterizovat ji lze jako sociální systém, který má své kulturní hodnoty, specifickou funkci, strukturu a prochází různými vývojovými etapami (Hanzlíková, 2007, s. 167).

Rodina je jednak klíčovým prvkem domácí paliativní péče, ale také je rovnocenným členem paliativního týmu zajišťující významný podíl péče, ke které je vyškolená a podporována. Aby rodiny přejímaly péči o své závažně nemocné členy, musejí nejen chtít, ale také umět a moci. Rodina se musí sama rozhodnout a být motivována, jelikož na ní bude záviset velký díl péče (Kalvach a kol, 2010, s. 44).

Paliativní péče nabízí pomoc rodinám během nemoci. Pomáhá jim připravit se na ztrátu a pokračuje v poskytování podpory i v době zármutku (Radburch, Payna a Sheila, 2010, s. 25).

II. Výzkumná část

4 Výzkumné otázky a hypotézy

4.1 Výzkumné otázky

1. Jak vnímají vzájemnou spolupráci praktičtí lékaři a agentury domácí péče v péči o terminálně nemocné.
2. Jaké je hodnocení vzájemné komunikace praktickými lékaři a agenturami domácí péče v péči o terminálně nemocné.
3. Jak hodnotí praktičtí lékaři a agentury domácí péče vztahy v péči o terminálně nemocné.
4. Jak hodnotí praktičtí lékaři a agentury domácí péče kvalitu poskytované péče v péči o terminálně nemocné.
5. Vyskytují se mezi praktickými lékaři a sestrami agentur domácí péče problémy s kompetencemi v péči o terminálně nemocné

4.2 Hypotézy

H₀: V hodnocení vzájemné spolupráce mezi praktickými lékaři a agenturami domácí péče není statisticky významný rozdíl

H_A: V hodnocení vzájemné spolupráce mezi praktickými lékaři a agenturami domácí péče existuje statisticky významný rozdíl

H₀: V četnostech názorů PL a ADP na větší kompetence sester agentur domácí péče není statisticky významný rozdíl.

H_A: V četnostech názorů PL a ADP na větší kompetence sester agentur domácí péče existuje statisticky významný rozdíl.

5 Metodika práce

5.1 Typ výzkumu

K výzkumu jsem zvolila kvantitativní metodu, tj. metodu dotazníkového šetření.

Dotazník je explorační výzkumná metoda. Informace do dotazníku jsou získávány prostřednictvím výpovědí zkoumaných respondentů. Dotazníkové prvky se skládají z části otázkové i odpovědní. (Farkošová a kol., 2002, s. 45).

K získání potřebných informací jsem vytvořila nestandardizovaný dotazník, jenž byl vytvořen pouze pro účely tohoto výzkumu. Úvodní část dotazníku obsahuje oslovení, představení, seznámení s tématem diplomové práce, potřebné pokyny pro vyplnění dotazníku a samozřejmě také poděkování respondentům za jejich ochotu a spolupráci při vyplňování daného dotazníku. Poté následovaly otázky, které byly zaměřeny na samotné šetření. Okruhy otázek se týkaly základních údajů o respondentech, zjištění spolupráce, vztahů, kvality péče a také problematiky kompetencí. V dotazníku byly položeny otázky uzavřené, polootevřené i otevřené. Některé otázky obsahovaly také číselnou škálu.

5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaným souborem pro moji diplomovou práci byli praktičtí lékaři a zástupci agentur domácí péče, pečující o terminálně nemocné. Osloveni byli respondenti z celé České republiky prostřednictvím e-mailů.

5.3 Metodika výzkumu

Mým prvním krokem bylo vyhledání a prostudování literatury k dané problematice, následovalo oslovování nejen agentur domácí péče, ale i místopředsedkyně SPLČR MUDr. Uhrové, což mi umožnilo proniknout hlouběji do této problematiky. Zúčastnila jsem se také tří týdenní praxe v domácí péči.

K výzkumu jsem zvolila formu dotazníkového šetření. Vytvořila jsem dva dotazníky, jeden pro agentury domácí péče a druhý pro praktické lékaře (viz příloha).

5.4 Organizace šetření

Předtím než proběhlo samotné šetření, byly vytvořeny dva dotazníky vlastní konstrukce. Tyto dotazníky byly průběžně konzultovány s vedoucím mé diplomové práce. Po konzultacích jsem provedla nezbytné úpravy. A poté realizovala pilotní studii. V rámci pilotní studie bylo rozdáno 5 dotazníků. Při vyhodnocování pilotní studie se neobjevily žádné potíže s vyplňováním dotazníků a respondenti položeným otázkám rozuměli. Vedoucí práce mi tedy udělil souhlas k rozdávání dotazníků.

Dotazníky jsem vložila do internetového systému WWW.vyplnto.cz. Následně přes internetovou stránku UZIS jsem vyhledávala e-maily jednotlivých praktických lékařů a agentur domácí péče. Pomocí těchto e-mailů jsem zaslala respondentům stručné seznámení s mojí prací a také odkaz na stránku, kde mohli dotazníky anonymně vyplnit. Anonymní rozdání dotazníků jsem zvolila proto, aby se neobávali odpovídat na všechny otázky pravdivě.

Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2011 do konce měsíce ledna 2012. Počet získaných dotazníků činil 149 od praktických lékařů a 45 od agentur domácí péče. Dotazníky touto formou byly zaslány respondentům do všech čtrnácti krajů České republiky.

5.5 Zpracování získaných dat

Celkem jsem vyhodnotila 194 dotazníků. Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007. Prostřednictvím tohoto programu jsem vytvořila tabulky četností obsahující údaje: absolutní četnost a relativní četnost v %. Pro přehlednost jsem vybrané položky znázornila pomocí grafů, ve kterých jsou údaje v relativní četnosti v %.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří zvolili stejnou odpověď v dané otázce.

Relativní četnost je udána v procentech.

Vzorec pro výpočet relativní četnosti $p_i = \frac{n_i}{n} \cdot 100$ [%]

Vzorec pro součet relativních četností $\sum_{i=1}^k p_i = 100\%$

Pro vyhodnocení hypotéz byl použit program: R version 2.12.2

Program R je matematický software specializovaný na statistiku, může se ale používat i na maticové výpočty. Tento program umí mnoho zajímavých funkcí například: testování hypotéz, vykreslovat 2D i 3D grafy, dávat popisky ke grafům, výpočet analýzy rozptylu a další.

Výhody R programu:

- dokáže pracovat s více daty než MS Excel
- využívá jej poměrně hodně univerzit po celém světě
- pracuje rychle a je stabilní
- je všestranný
- zápis je relativně jednoduchý
- použití mimo jiné k maticovým počtům, vektorům, řešení rovnic apod.

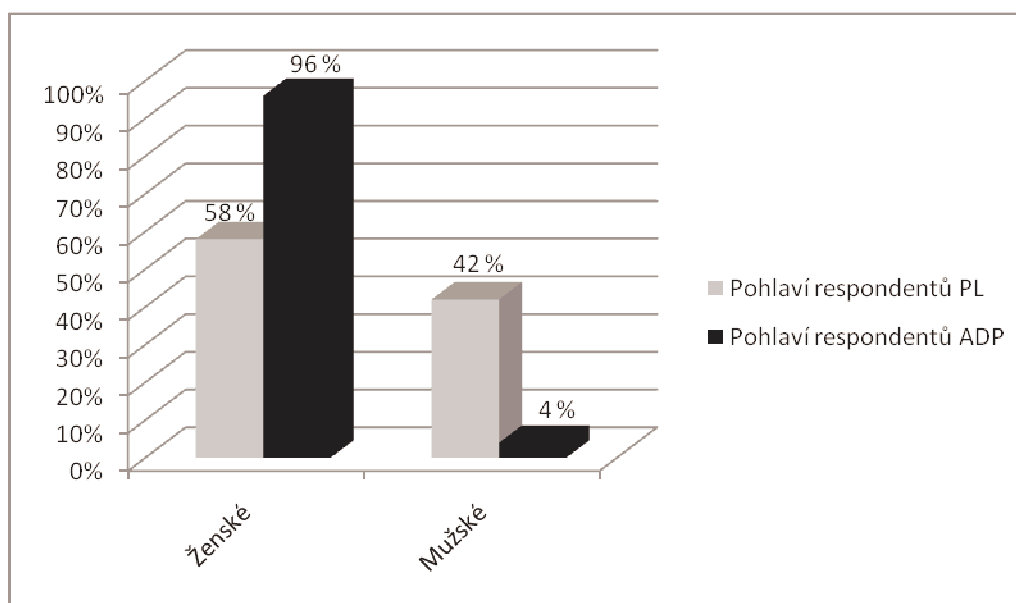
(Šimánek, 2009)

6 Prezentace výsledků

6.1 Znázornění výsledků

Otázka č. 1:

Pohlaví:



Obr. 1: Graf pohlaví respondentů

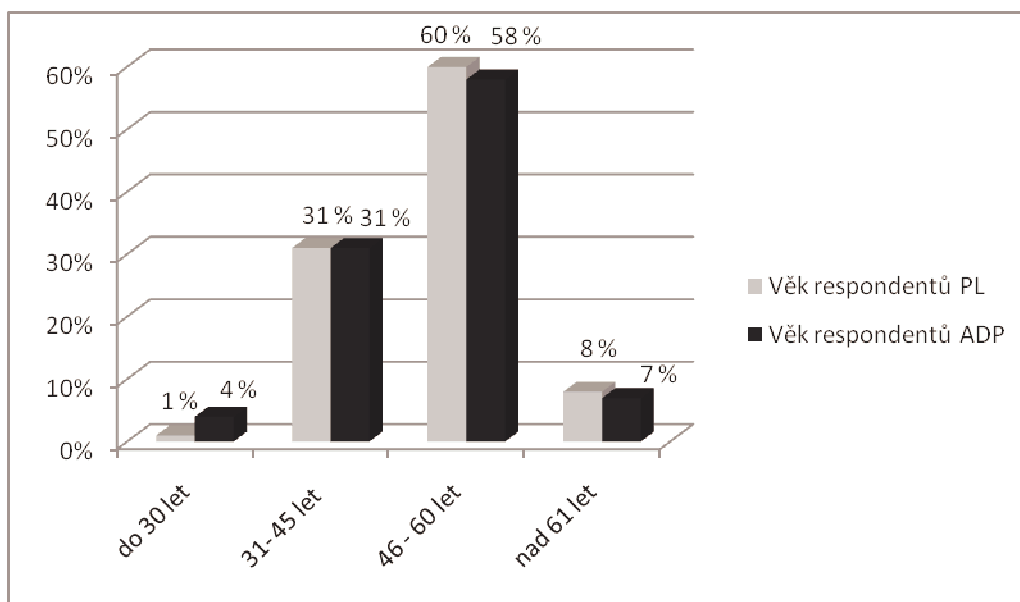
Komentář:

Na otázku číslo 1. odpovědělo z praktických lékařů (PL) 58 % žen a 42 % mužů.

Ze strany agentur domácí péče (ADP) odpovědělo 96 % žen a pouze 4 % mužů.

Otázka č. 2:

Váš věk:



Obr. 2: Graf věku respondentů

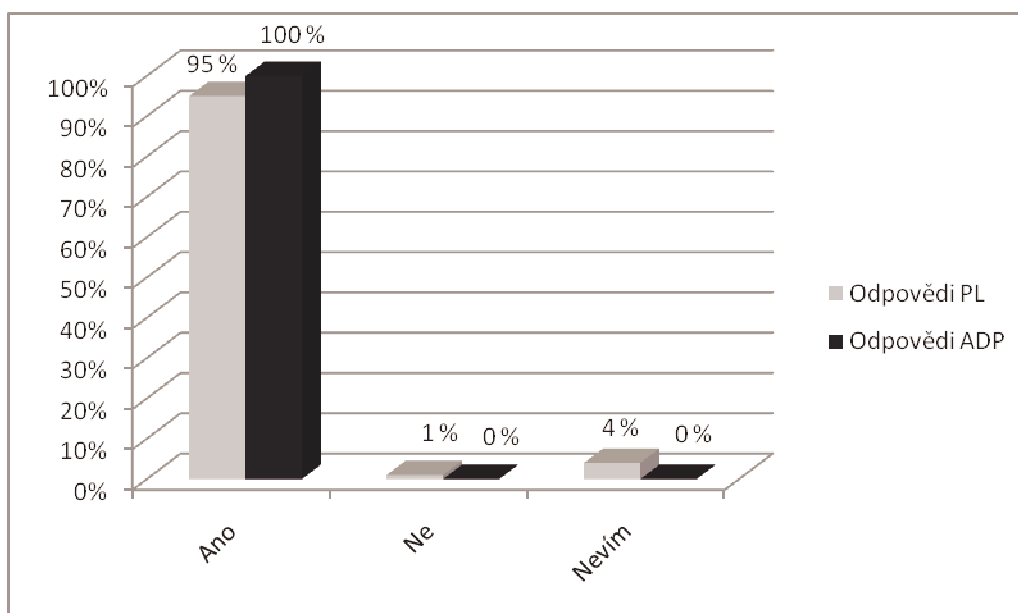
Komentář:

Ve 2. otázce se ptám na věk respondentů. Zde odpovědělo ze strany PL 1 % dotazovaných do 30 let, 31 % ve věku 31-45 let, 60 % ve věku 46-60 let a ve věku nad 60 let odpovědělo pouze 8 % dotazovaných PL.

Z agentur domácí péče (ADP) odpovědělo na tuto otázku 4 % dotazovaných ve věku do 30 let, 31 % ve věku 31-45 let, 58 % ve věku 46-60 let a 7 % ve věku nad 60 let.

Otázka č. 3 :

a) *Domníváte se, že je vhodné, aby pacient v terminálním stadiu života pobýval v domácím prostředí? Pokud to celkový stav a situace umožní.*



Obr. 3: Graf názoru respondentů na pobyt terminálně nemocných v domácím prostředí

Komentář:

Otázka číslo 3. spolu s grafem znázorňuje skutečnost, že odpověď ano zvolilo 95 % PL, ne zvolilo 1 % a nevím přiznalo 4 % PL.

Z pohledu ADP zvolilo ano 100 % respondentů, na otázku ne nebo nevím nikdo z dotazovaných neodpověděl 0 %.

b) *Na předchozí otázku jste odpověděl/a ne, proč:*

Tab. 1: Názory respondentů na pobyt terminálně nemocných v domácím prostředí

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Upadající spolupráce s rodinou | 2 | 100 |
| Celkem | 2 | 100 |

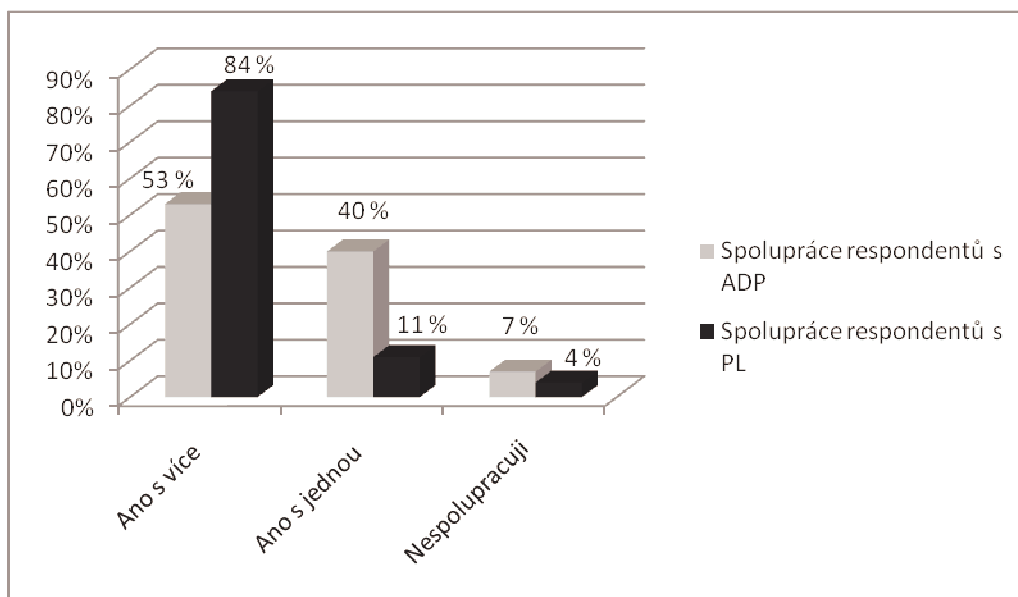
Komentář:

V přepočtu 2 respondenti ze strany PL odpověděly ne a tuto odpověď odůvodnily takto: postupná upadající spolupráce s rodinou nemocného.

Otázka č. 4:

Spolupracujete v péči o terminálně nemocné s agenturami domácí péče?

Spolupracujete v péči o terminálně nemocné s praktickými lékaři?



Obr. 4: Graf spolupráce mezi agenturami domácí péče a praktickými lékaři

Komentář:

V této otázce jsem zjišťovala spolupráci PL s ADP. 53 % PL spolupracuje s více ADP, 40 % PL spolupracuje pouze s jednou ADP a nespolupracuje 7 % PL.

ADP spolupracuje s více PL 84 %, 11 % ADP spolupracuje pouze s jedním PL a 4 % nespolupracují s žádným PL v této oblasti.

Otázka č. 5:

Nespolupracuji z důvodu:

Podle vašeho názoru - proč praktičtí lékaři nevyužívají služeb agentur domácí péče

Tab. 2: Důvody nespolečné práce praktických lékařů s agenturami domácí péče

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Nedostupnost | 4 | 40 |
| Není jí třeba | 3 | 30 |
| Neuvedeno | 2 | 20 |
| Školené sestry z domova klidného stáří | 1 | 10 |
| Nesplňují požadovanou úroveň péče | 0 | 0 |
| Osobní důvody | 0 | 0 |
| Obavy ze změn pracovní náplně | 0 | 0 |
| Celkem | 10 | 100 |

Tab. 3: Názory respondentů na důvody nespolečné práce praktických lékařů a agentur domácí péče

| Odpovědi sester ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Neinformovanost | 20 | 32 |
| Obavy o práci | 17 | 27 |
| Osobní důvody | 5 | 8 |
| PL využívají dostatečně služeb ADP | 5 | 8 |
| Tlak ze stran pojišťoven | 4 | 6 |
| Obavy ze změn nákladů | 4 | 6 |
| Pohodlnost nemocniční péče | 3 | 5 |
| Nedůvěra | 2 | 3 |
| Různé důvody | 1 | 2 |
| Nedostupnost | 1 | 2 |
| Problematika zvyku | 1 | 2 |
| Celkem | 63 | 100 |

Komentář:

Praktičtí lékaři nespolupracují s agenturami domácí péče ve 40 % dotazovaných z důvodu nedostupnosti, 30 % si myslí, že jí není třeba, 10 % PL využívá proškolené sestry v domovech klidného stáří a proto s ADP nespolupracují, 20 % PL na tuto otázku nereagovalo.

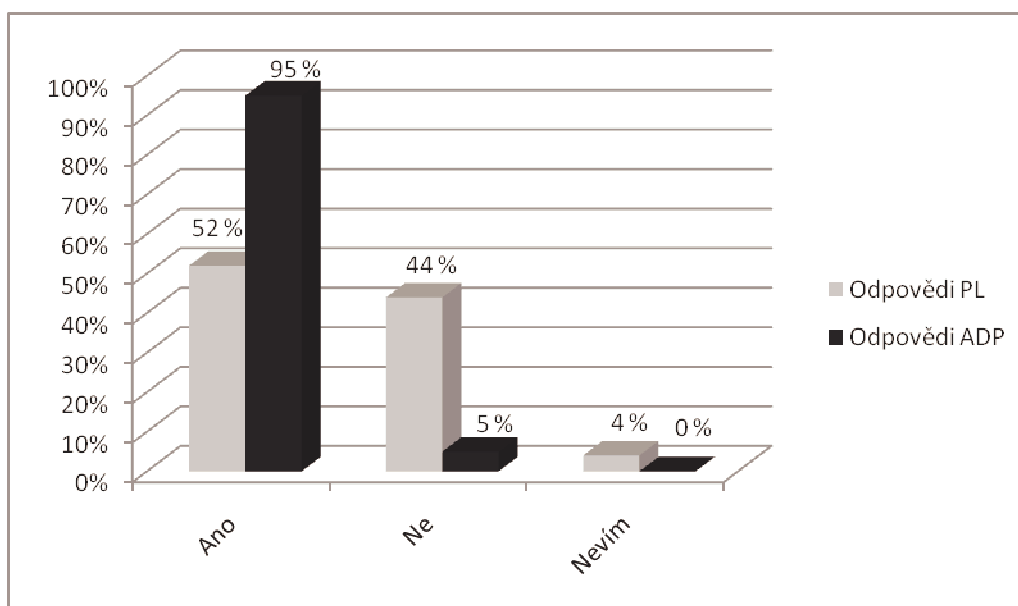
V této otázce bylo možno označit více odpovědí.

Sestry z agentur domácí péče se domnívají, že praktičtí lékaři s nimi nespolupracují ve 32 % dotazovaných z důvodu neinformovanosti, v 27 % mají obavy o práci, 6 % respondentů z ADP si myslí, že se obávají změn nákladů, z osobních důvodů uvádí 8 % dotazovaných, tlak ze stran pojišťoven uvádí 6 % ADP a nedůvěru v ADP 3 %. Dále špatná spolupráce ADP s PL má podle sester ADP za následek v 5 % respondentů pohodlnost nemocniční péče z pohledu PL, 2 % respondentů uvádějí různé důvody, 8 % dotazovaných se domnívá, že PL využívají dostatečně ADP, 2 % uvádí nedostupnost a problematiku zvyku uvádí taktéž 2 % respondentů z řad ADP.

Otázka č. 6:

a) *Liší se agentury domácí péče mezi sebou ve spolupráci s Vámi?*

a) *Liší se praktičtí lékaři mezi sebou ve spolupráci s Vámi?*



Obr. 5: Graf odlišností ve spolupráci agentur domácí péče a praktických lékařů

Komentář:

V tomto grafu je znázorněno, že 52 % dotazovaných PL uvádí odlišnost ve spolupráci s ADP, 44 % respondentů uvádí, že se neliší a 4 % zvolily odpověď nevím.

ADP uvádějí odlišnost ve spolupráci mezi PL v 95 % dotazovaných, 5 % se domnívá, že se práce s PL neliší a na odpověď nevím nikdo z dotazovaných neodpověděl.

b) *Pokud jste odpověděl/a na otázku ANO, uveďte jak:*

Tab. 4: Odlišností praktických lékařů

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|
| V nabízených službách | 19 | 20 |
| V komunikaci s lékaři | 18 | 19 |
| V přístupu k pacientům | 17 | 18 |
| Ve flexibilitě | 13 | 14 |
| V dostupnosti péče | 10 | 11 |
| V komunikaci s pacienty | 7 | 7 |

| | | |
|------------------------------------|----|-----|
| V ochotě | 6 | 6 |
| Prioritou je zisk a nikoli pacient | 3 | 3 |
| Liší se ve všem | 1 | 1 |
| Celkem | 94 | 100 |

Tab. 5: Odlišností agentur domácí péče

| Odpovědi ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| V předepisování léčivých přípravků | 23 | 22 |
| V ochotě | 19 | 18 |
| V přístupu k pacientům | 15 | 14 |
| V předepisování ošetrovatelských postupů | 15 | 14 |
| Ve flexibilitě | 15 | 14 |
| V komunikaci se sestrami | 9 | 9 |
| V komunikaci s pacienty | 6 | 6 |
| Vše výše uvedené | 1 | 1 |
| Ve znalostech | 1 | 1 |
| Celkem | 104 | 100 |

Komentář:

V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí.

PL uvádějí odlišnost ve spolupráci s ADP a to v přístupu k pacientům uvádí odlišnost 18 % PL, 11 % dotazovaných uvádí odlišnost v dostupnosti péče, 14 % ve flexibilitě, 7 % v komunikaci s pacienty, v komunikaci s lékaři uvádí odlišnost 19 % dotazovaných, 20 % v nabízených službách, 6 % v ochotě, 1 % uvádí, že se ADP liší ve všem a 3 % dotazovaných se domnívá, že prioritou ADP je zisk a nikoliv pacient.

ADP naopak uvádějí odlišnost PL ve flexibilitě a to u 14 % dotazovaných, 6 % respondentů vidí odlišnost PL v komunikaci s pacienty, 9 % v komunikaci se sestrami, 14 % v předepisování ošetrovatelských postupů, 18 % respondentů nachází odlišnost v ochotě, 1 % zvolilo možnost odpovědi ve všem výše uvedeném a dále 1 % ve znalostech PL.

Otázka č. 7:

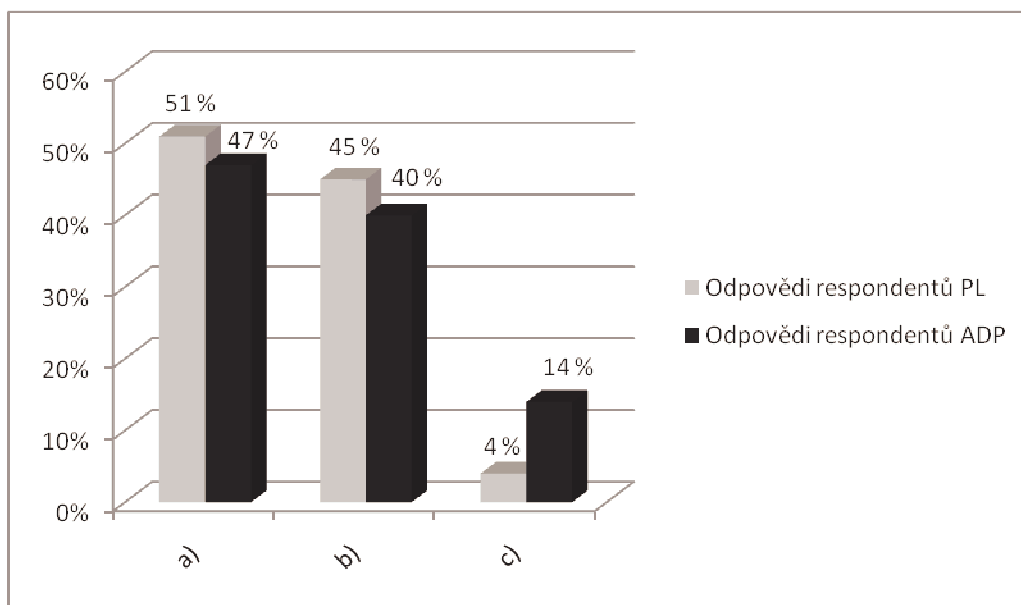
Spolupráce se sestrami agentur domácí péče probíhá:

Spolupráce s praktickými lékaři probíhá:

Možnosti odpovědí: a) spíše podle potřeby

b) spíše průběžně

c) spíše pouze při předepisování dokumentace ohledně péče o pacienta



Obr. 6: Graf průběhu spolupráce

Komentář:

V otázce číslo 7 jsem se ptala na spolupráci PL se sestrami ADP a naopak.

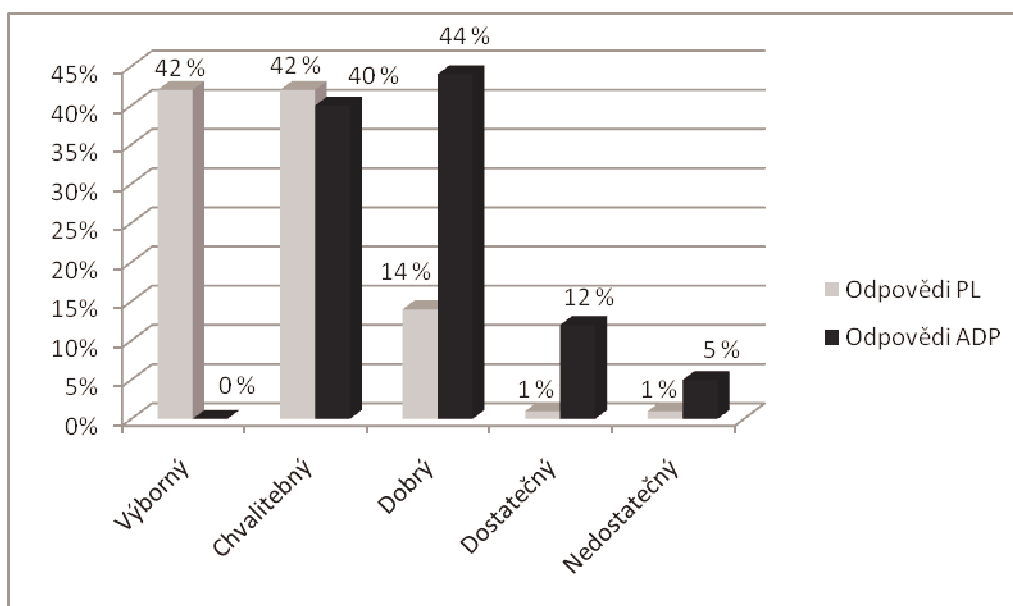
PL odpovídali v 51 % dotazovaných, že spolupracují převážně dle potřeby, 45 % spolupracuje spíše průběžně a převážně pouze při předepisování dokumentace ohledně péče o pacienta zodpověděly pouze 4 % dotazovaných PL.

ADP uvádějí ve 47 % dotazovaných odpověď, spolupráce probíhá spíše dle potřeby, ve 40 % zvolily odpověď průběžně a 14 % respondentů označilo odpověď, že spolupracují spíše pouze při předepisování dokumentace ohledně péče o pacienta.

Otázka č. 8:

Jak jste celkově spokojen/a se spoluprací s agenturami domácí péče?

Jak jste celkově spokojen/a se spoluprací s praktickými lékaři?



Obr. 7: Graf hodnocení spolupráce

Komentář:

Celková spolupráce s ADP je z pohledu PL ve 42 % dotazovaných výborná, stejně tak 42 % hodnotí spolupráci za chvalitebnou, 14 % za dobrou, 1 % za dostatečnou a za nedostatečnou ji považuje také 1 % dotazovaných PL.

Naopak celková spolupráce PL s ADP z pohledu zástupců ADP není považována za výbornou nikým 0 % respondentů, u 40 % dotazovaných je hodnocena chvalitebně, u 44 % dobře, 12 % ji hodnotilo dostatečně a nedostatečně označilo 5 % dotazovaných sester ADP.

Otázka č. 9:

Vyberte problémové oblasti, které ovlivňují Vaši spokojenost se spoluprací se sestrami agentur domácí péče.

Vyberte problémové oblasti, které ovlivňují Vaši spokojenost se spoluprací s praktickými lékaři.

Tab. 6: Problémových oblastí spokojenosti praktických lékařů

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Komunikace | 37 | 14 |
| Nejsou problémy | 35 | 13 |
| Dostupnost | 32 | 12 |
| Spolehlivost | 31 | 12 |
| Flexibilita | 26 | 10 |
| Nedostatečná dokumentace | 24 | 9 |
| Přístup k pacientům | 23 | 9 |
| Přístup k praktickému lékaři | 19 | 7 |
| Nedostatečná odbornost | 19 | 7 |
| Limitace od pojišťoven | 8 | 3 |
| Dochvilnost | 5 | 2 |
| Touha ADP po zisku | 3 | 1 |
| Nadměrná dokumentace | 1 | 0 |
| Nákladovost | 1 | 0 |
| Racionálnost | 1 | 0 |
| Liší se podle sester ADP | 1 | 0 |
| Celkem | 266 | 100 |

Tab. 7: Tabulka problémových oblastí spokojenosti agentur domácí péče

| Odpovědi ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Neinformovanost lékaře | 26 | 22 |
| Neochota předepisovat léčebné přípravky a pomůcky | 25 | 21 |
| Komunikace | 20 | 17 |
| Přístup k pacientům | 16 | 13 |
| Přístup k sestřám ADP | 10 | 8 |
| Nekvalitní spolupráce | 7 | 6 |
| Limitace od pojišťoven | 5 | 4 |
| Dostupnost | 2 | 2 |
| Dochvilnost | 2 | 2 |
| Nejsou problémy | 2 | 2 |
| Pocit nedůvěry ze stran PL | 1 | 1 |
| Liší se podle PL | 1 | 1 |
| Arogance od PL | 1 | 1 |
| Pocit nedostatečné snahy pokračovat v léčbě ze stran PL | 1 | 1 |
| Spolehlivost | 1 | 1 |
| Celkem | 120 | 100 |

Komentář:

V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí.

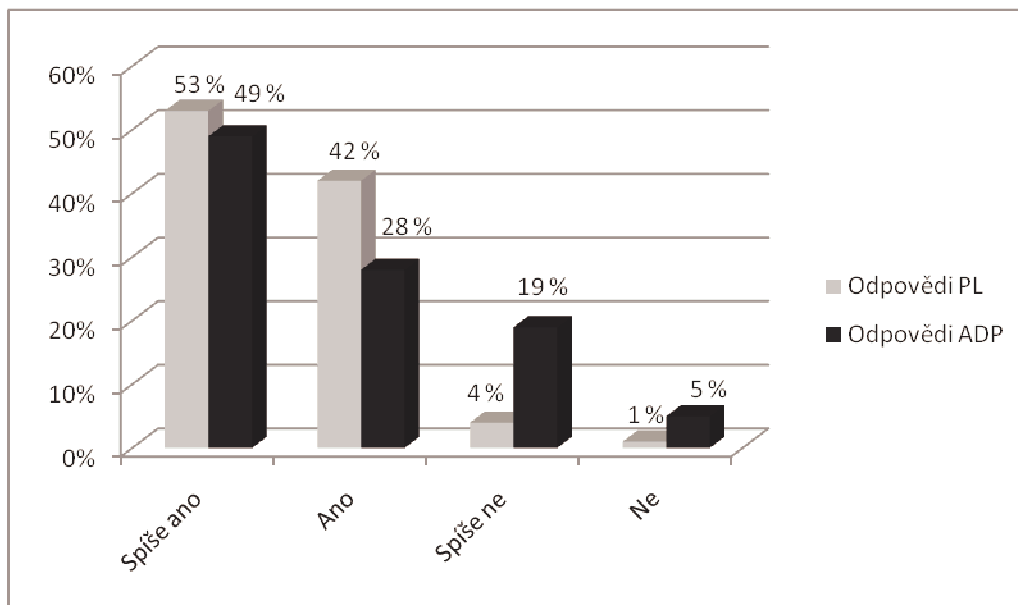
Praktičtí lékaři v této 10 otázce uvádějí problémové oblasti, které ovlivňují jejich spokojenost se spoluprací se sestrami agentur domácí péče. 12 % dotazovaných PL poukazuje na problematiku dostupnosti, 14 % na komunikaci, 9 % na přístup k pacientům, 7 % na přístup k praktickému lékaři, 9 % PL poukazuje na nedostatečnou dokumentaci a 7 % PL vadí nedostatečná odbornost. Na nespolehlivost poukazuje 12 % PL, na problematiku dochvilnosti 2 %, 10 % na flexibilitu, 3 % PL uvádí limitaci od pojišťoven, 1 % touhu ADP po zisku, jsou i tací, kteří vybrali odpověď, nejsou žádné problémy 13 % dotazovaných PL.

Druhá tabulka naopak znázorňuje problémové oblasti, které ovlivňují spokojenost agentur domácí péče s praktickými lékaři. Zde 2 % dotazovaných respondentů ADP uvádí dostupnost za problémovou oblast, 17 % uvádí komunikaci, 13 % přístup PL k pacientům, 8 % přístup k ADP, 6 % uvádí nekvalitní spolupráci, 22 % neinformovanost lékaře, nespolehlivost uvádí 1 % dotazovaných, dochvilnost 2 %, na neochotu předepisovat léčebné přípravky a pomůcky poukazuje 21 % respondentů ADP, 4 % na limitace od pojišťoven, 1 % na pocit nedůvěry ze stran PL. Další ADP uvádějí příčinu v odlišnosti PL a to 1 % dotazovaných, aroganci PL uvádí 1 %, 2 % uvádí pocit nedostatečné snahy pokračovat v léčbě ze strany PL, ale pouze 2 % respondentů uvedla, že nejsou problémy ze strany PL.

Otázka č. 10

Konzultujete (nejen určujete) se sestrami agentur domácí péče následující plán péče o nemocného?

Konzultují (nejen určují) s Vámi praktičtí lékaři následující plán péče o nemocného?



Obr. 8: Graf konzultací plánu péče o nemocného

Komentář:

V této otázce, kde se ptám PL, zda konzultují se sestrami agentury domácí péče následující plán péče o nemocného, odpověděly PL takto: 53 % odpovědělo spíše ano, 42 % ano, 4 % spíše ne a 1 % respondentů odpovědělo ne.

Naopak sestry ADP odpověděly na otázku, zda s nimi praktičtí lékaři konzultují následující plán péče o nemocné takto: spíše ano odpovědělo 49 % dotazovaných, 29 % odpovědělo ano, 19 % spíše ne a 5 % odpovědělo ne.

Otázka č. 11:

a) *Předepisujete léčiva na recepty s modrým pruhem?*

a) *Jaké máte zkušenosti s předepisováním léčiv od praktických lékařů na recepty s modrým pruhem?*

Tab. 8: Předepisování léčiv na recepty s modrým pruhem

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Ano | 84 | 60 |
| Občas | 47 | 34 |
| Ne | 8 | 6 |
| Celkem | 139 | 100 |

Tab. 9: Zkušenosti agentur domácí péče s předepisováním receptů s modrým pruhem praktickými lékaři

| Odpovědi ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Většinou dobré | 28 | 65 |
| Velmi špatné, snažím se vyhledat pomoc jinde (ambulance bolesti,...) | 9 | 21 |
| Velmi špatné, ale nic s tím nezmůžu | 4 | 9 |
| Výborné | 2 | 5 |
| celkem | 43 | 100 |

Komentář:

Další z otázek se ptala PL, zda předepisují léčiva na recepty s modrým pruhem. Na tuto otázku odpověděli PL ano a to v 60 % dotazovaných, 34 % odpovědělo občas a 6 % odpovědělo ne.

Otázka číslo 11 v dotazníku ADP se ptá, jaké mají zkušenosti s předepisováním léčiv od praktických lékařů na recepty s modrým pruhem. Odpovědi zní takto: většinou dobré má 65 % respondentů, odpověď velmi špatné, proto se snažím vyhledat pomoc jinde, zvolilo

21 % respondentů, velmi špatné, ale nic s tím nenadělám, označilo 9 % respondentů a 9 % zvolilo odpověď výborné.

b) Na předchozí otázku jste odpověděl/a ne, proč:“

Tab. 10: Důvody odmítání praktických lékařů předepisovat recepty s modrým pruhem

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---|------------------------------|----------------------------------|
| Není důvod | 5 | 63 |
| Mohutná administrativa, dobrá dostupnost z jiných zdrojů | 3 | 38 |
| Celkem | 8 | 100 |

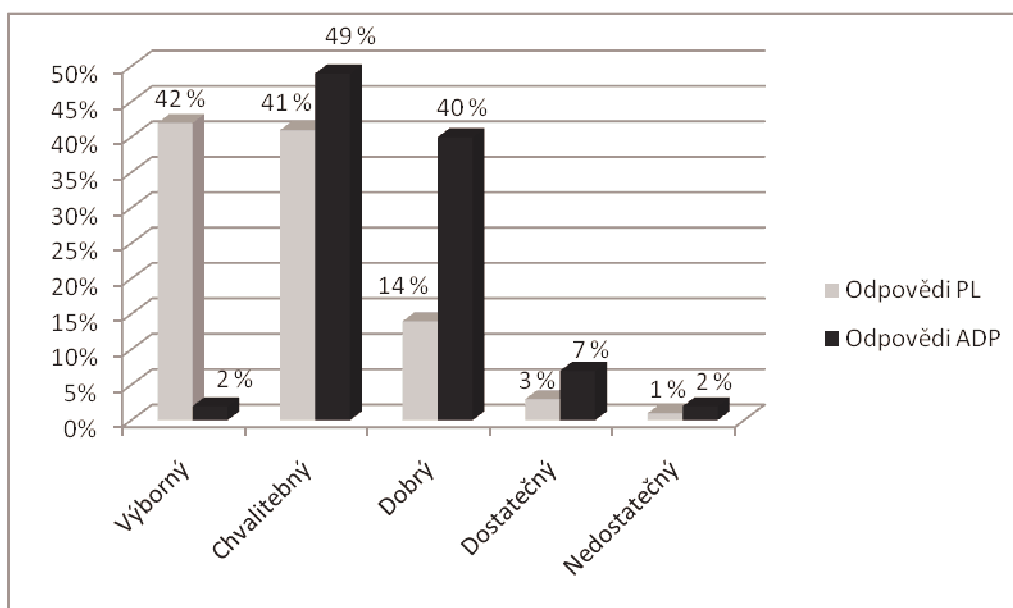
Komentář:

Předchozí otázka zjišťovala, zda předepisují PL léčiva na recepty s modrým pruhem. Odpověď ne zvolilo 6 % PL a tuto odpověď vysvětlují tak, že není důvod 63 % a 38 % odpovědělo ne, z důvodu mohutné administrativy a dobré dostupnosti z jiných zdrojů.

Otázka č. 12:

Jak celkově hodnotíte komunikaci se sestrami agentur domácí péče?

Jak celkově hodnotíte komunikaci s praktickými lékaři?



Obr. 9: Graf hodnocení komunikace

Komentář:

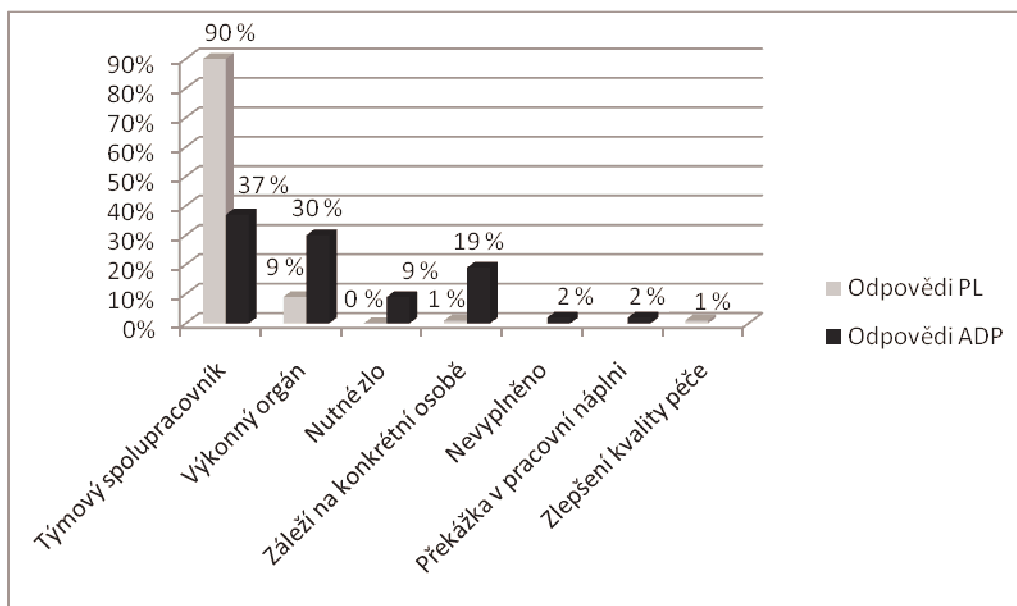
Nejčastěji uváděnou odpovědí na otázku jak celkově hodnotíte komunikaci se sestrami agentur domácí péče, odpověděli praktičtí lékaři takto: výborně ji hodnotilo 42 % dotazovaných, chvalitebně odpovědělo 41 %, dobře 14 %, dostatečně 3 % a nedostatečně 1 % dotazovaných PL.

Při hodnocení celkové komunikace ADP s PL volilo odpověď výborně 2 % dotazovaných, 49 % volilo chvalitebně, 40 % dobře, 7 % dostatečně a nedostatečně zvolilo 2 % dotazovaných ADP.

Otázka č. 13:

Sestru agentury domácí péče považují jako:

Jak si myslíte, že jste chápány praktickými lékaři? Jako:



Obr. 10: Graf role sestry v týmu

Komentář:

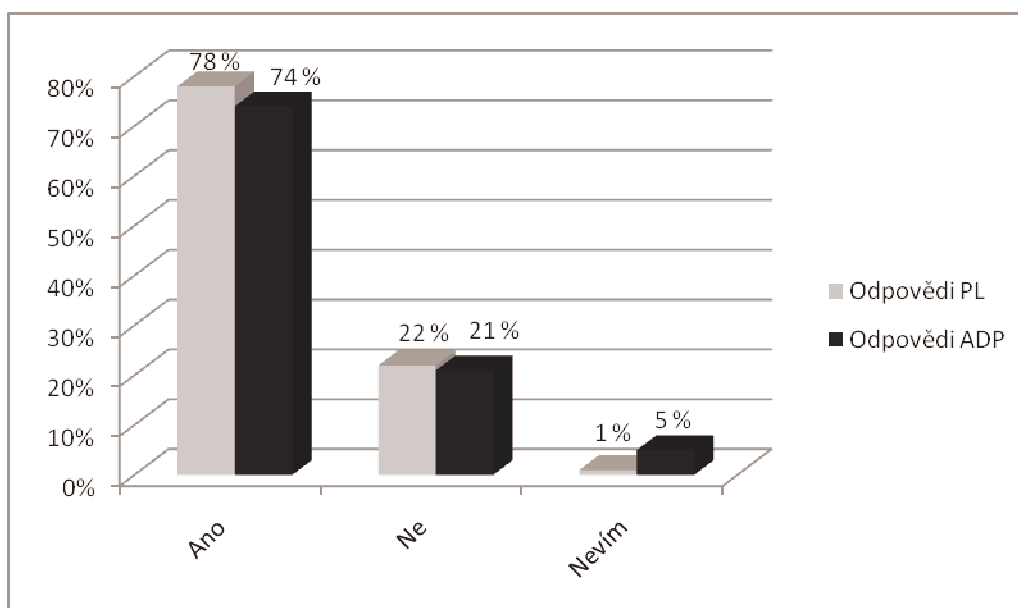
Za týmového spolupracovníka, považuje sestru ADP 90 % PL, za výkonný orgán 9 % PL, za nutné zlo sestru ADP nepovažuje nikdo, odpověď záleží na konkrétní osobě, uvedlo 1 % dotazovaných a PL považují sestru ADP za zlepšení kvality péče v 1 % z dotazovaných PL.

Sestry ADP si myslí, že jsou z pohledu PL považovány za týmového spolupracovníka a to ve 37 % dotazovaných sester, za výkonný orgán v 30 % dotazovaných, 9 % uvádí nutné zlo, odpověď záleží na konkrétní osobě, uvádí 19 %, odpověď nevyplnilo 2 % respondentů a za překážku v pracovní náplni se považují 2 % sester ADP při posuzování praktickými lékaři.

Otázka č. 14:

a) *Přerušil/a jste někdy spolupráci s agenturou domácí péče?*

a) *Přerušil/a jste někdy spolupráci s praktickým lékařem?*



Obr. 11: Graf přerušení spolupráce

Komentář:

Ano, tuto odpověď zvolilo 78 % PL u otázky, zda někdy přerušily spolupráci s ADP. Ne uvedlo 22 % respondentů a 1 % PL zvolilo odpověď nevím.

I na tuto otázku odpovídaly sestry ADP. Sestry ADP přerušily spolupráci s PL v 74 % odpovědí respondentů, odpověď ne zvolilo 21 % respondentů a 5 % dotazovaných sester ADP uvedlo nevím.

b) *Pokud jste na otázku odpověděl/a ANO, uveďte důvod:*

Tab. 11: Důvody přerušení spolupráce s agenturami domácí péče

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Chyby v dokumentaci | 11 | 28 |
| Nevhodné chování | 8 | 20 |
| Porušování ošetřovatelských standardů | 6 | 15 |
| Agentura bez smlouvy s pojišťovny | 5 | 13 |
| Vykazování neindikovaných výkonů | 3 | 8 |

| | | |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| Z osobních důvodů | 3 | 8 |
| Špatná spolupráce s rodinou | 1 | 3 |
| Nedostatečná komunikace a odbornost | 1 | 3 |
| Nespolehlivost | 1 | 3 |
| Neloajálnost | 1 | 3 |
| Celkem | 40 | 100 |

Tab. 12: Důvody přerušeni spolupráce s praktickými lékaři

| Odpovědi ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Nevhodné chování | 6 | 55 |
| Nepředepisování léčebných pomůcek a přípravků | 3 | 27 |
| Neochota zapojit se do řešení problémů | 1 | 9 |
| Neochota předepsat hrazenou péči | 1 | 9 |
| Podvody v dokumentaci | 0 | 0 |
| Z osobních důvodů | 0 | 0 |
| Celkem | 11 | 100 |

Komentář:

V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí.

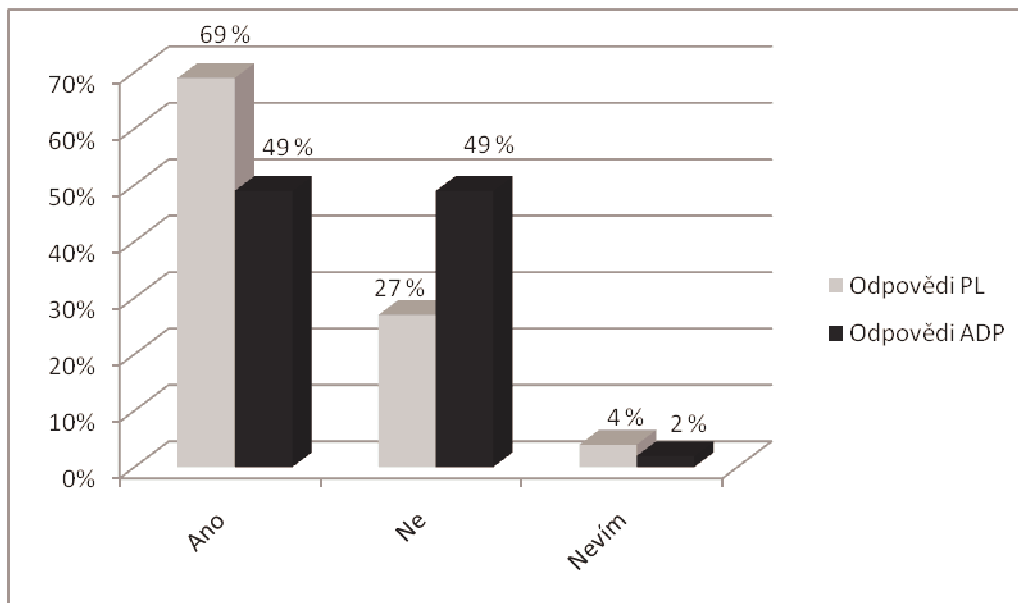
PL uvedly přerušeni spolupráce s ADP z důvodu porušování ošetřovatelských standardů a to u 15 % dotazovaných, 20 % uvedlo nevhodné chování, 28 % chyby v dokumentaci, 8 % z osobních důvodů, 3 % PL argumentují špatnou spoluprací s rodinou, 13 % poukazuje na agentury bez smlouvy s pojišťovnami, 3 % na neloajálnost, 3 % na nedostatečnou komunikaci a odbornost, další 3 % na nespolehlivost a na vykazování neindikovaných výkonů ukázalo 8 % oslovených PL.

ADP přerušily spolupráci s PL a to z těchto důvodů: nevhodné chování uvedlo 55 % respondentů, nepředepisování léčebných pomůcek a přípravků uvedlo 27 % respondentů, 9 % uvedlo neochotu předepsat hrazenou péči a 9 % ADP uvedlo neochotu zapojit se do řešení problémů.

Otázka č. 15:

Dostal/a jste se někdy do konfliktu (neshoda, rozpor, střet) se sestrami agentury domácí péče?

Dostal/a jste se někdy do konfliktu (neshoda, rozpor, střet) s praktickými lékaři?



Obr. 12: Graf konfliktu respondentů.

Komentář:

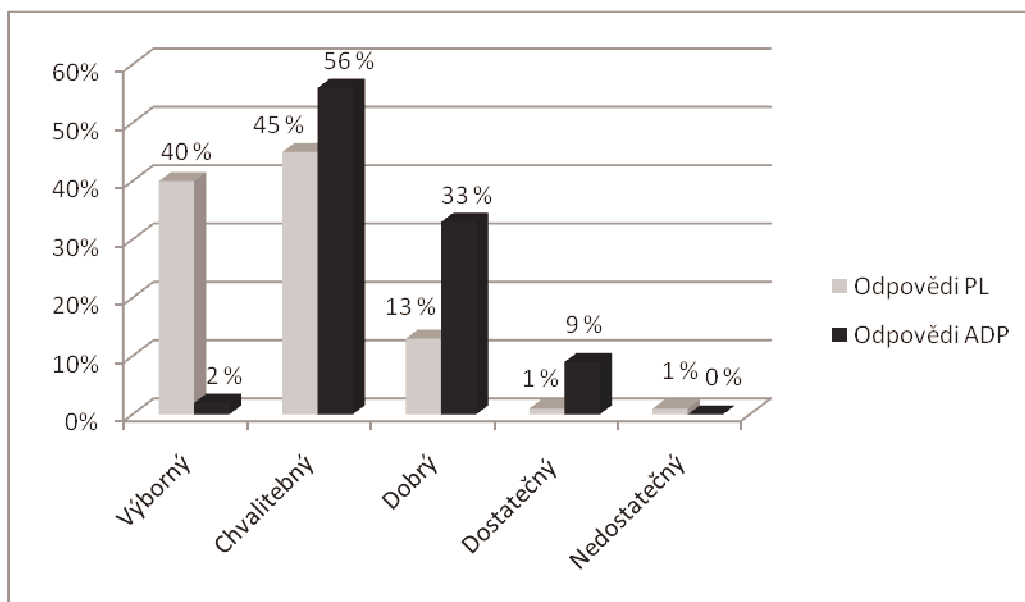
Převážná většina PL se dostala do konfliktu se sestrami ADP a to v 69 % dotazovaných, 27 % uvádí ne a 4 % PL neví.

Oslovení respondenti s ADP, označily odpověď ano 49 %, ne označilo také 49 % a nevím, uvedlo 2 %.

Otázka č. 16:

Ohodnoťte, Vaši celkovou spokojenost se vztahy se sestrami agentury domácí péče.

Ohodnoťte, Vaši celkovou spokojenost se vztahy s praktickými lékaři.



Obr. 13: Graf spokojenosti se vztahy

Komentář:

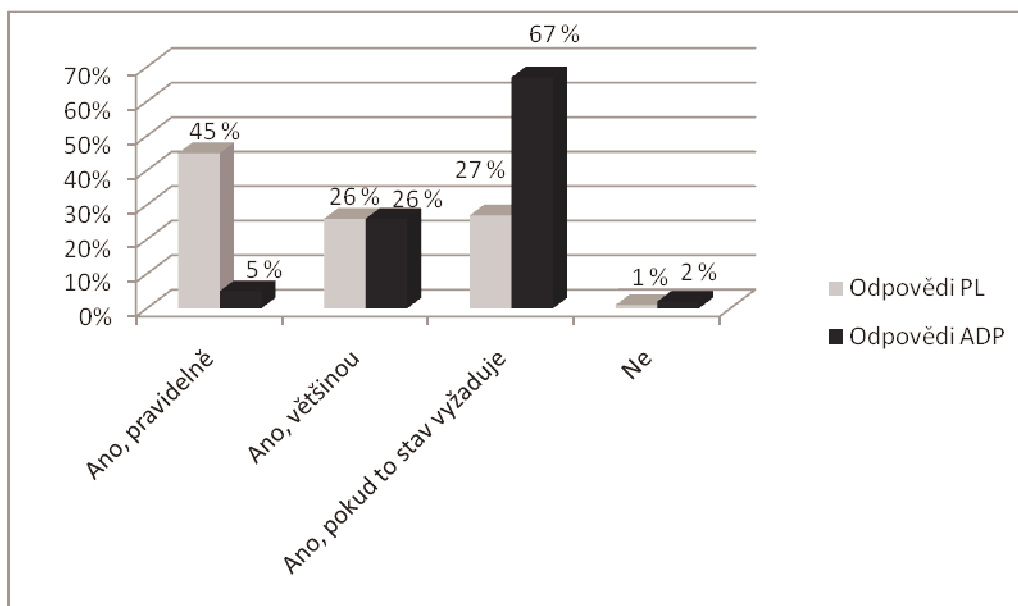
Z grafu číslo 13. je patrné, že 40 % respondentů z řad praktických lékařů označilo vztahy za výborné, 45 % za chvalitebné, 13 % za dobré, 1 % za dostatečné a nedostatečné, volilo 1 % PL.

ADP volily spokojenost odpovědí výborně a to 2 % respondentů, 56 % chvalitebně, 33 % dobře, dostatečně 9 % a nedostatečně pouze 1 %.

Otázka č. 17:

Navštěvujete nemocné v domácím prostředí?

Navštěvují praktičtí lékaři nemocné v domácím prostředí?



Obr. 14: Graf návštěv praktických lékařů v domácím prostředí

Komentář:

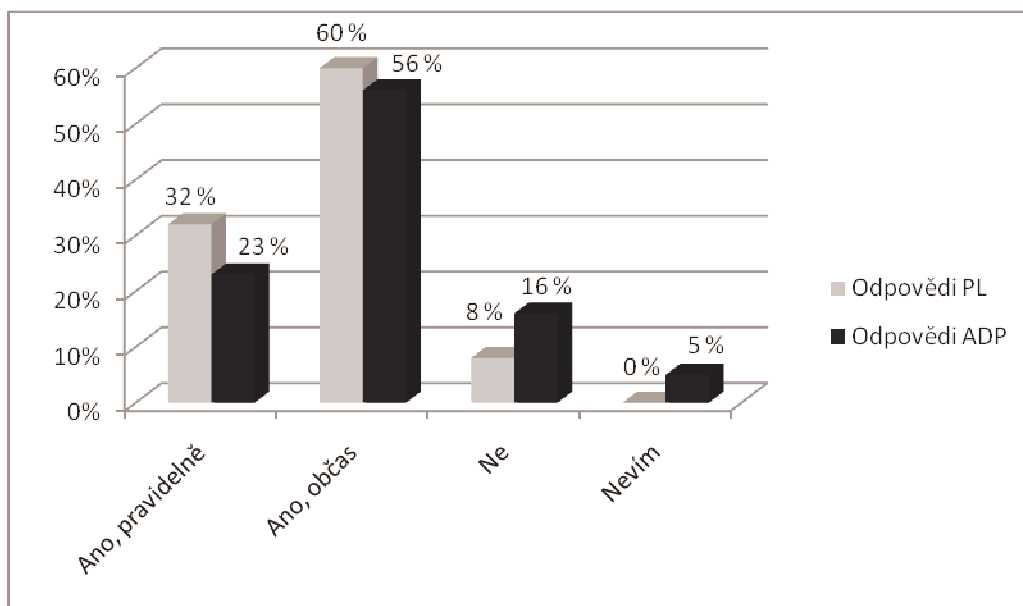
Z celkového počtu 139 dotazovaných PL navštěvuje nemocné v domácím prostředí pravidelně 45 %, 26 % uvádí ano většinou, pokud to zdravotní stav vyžaduje zvolilo 27 % oslovených a nenavštěvuje 1 % PL.

ADP v 5 % uvádí, že PL navštěvují pacienty v domácím prostředí pravidelně, 26 % označilo odpověď většinou, nejvíce 67 % zvolilo odpověď pokud to zdravotní stav vyžaduje a nejméně označily odpověď ne 2 %.

Otázka č. 18:

Kontrolujete činnosti sester agentury domácí péče?

Kontrolují Vás praktičtí lékaři ve Vaší činnosti?



Obr. 15: Graf kontroly činností sester agentur domácí péče

Komentář:

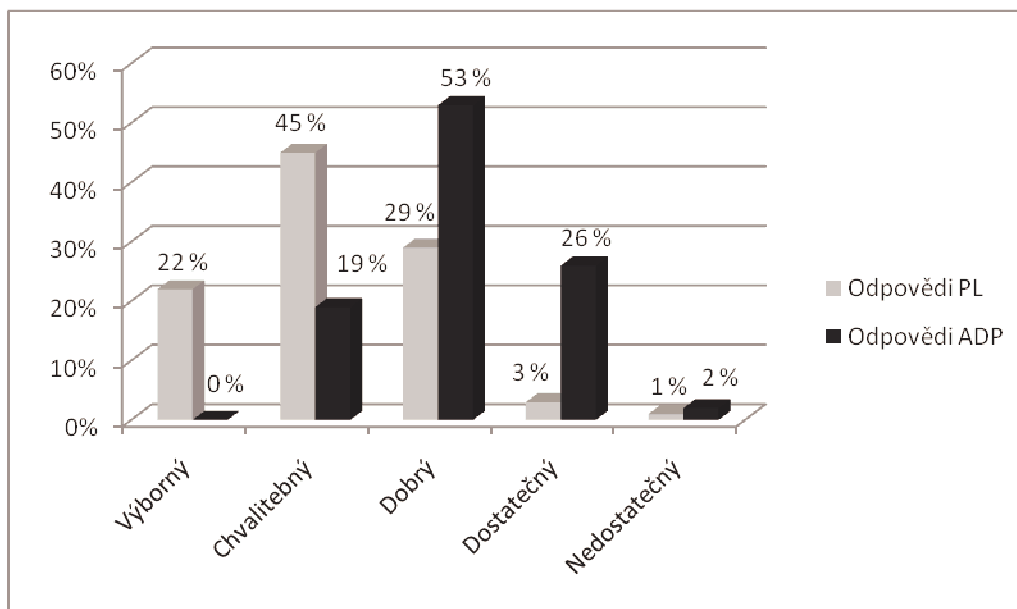
Cílem této otázky bylo zjistit zda PL kontrolují sestry ADP v jejich náplni práce. Odpověď, ano, pravidelně označilo 32 % PL, občas sestry ADP kontroluje 60 % lékařů a vůbec je nekontroluje 8 % PL.

ADP uvádí, že 23 % PL je kontroluje pravidelně, 56 % občas, vůbec je nekontroluje 16 % PL a 5 % neví zda jsou vůbec kontrolovány.

Otázka č. 19:

Jak si myslíte, že je vysoká globální úroveň poskytované péče sestrami agentur domácí péče v této problematice u nás?

Jak si myslíte, že je vysoká globální úroveň poskytované péče praktickými lékaři v této problematice u nás?



Obr. 16: Graf hodnocení globální úrovně poskytované péče v České republice

Komentář:

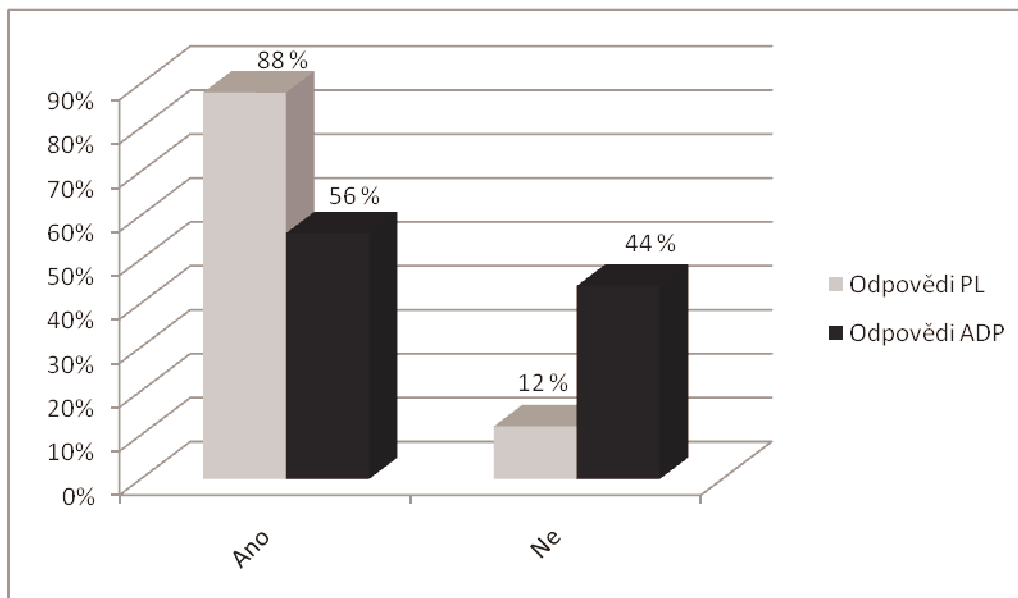
Z výzkumu vyplývá, že globální úroveň poskytované péče sestrami ADP hodnotí PL takto: 22 % výborně, 45 % chvalitebně, 29 % dobře, dostatečně 3 % a nedostatečně 1 %.

ADP hodnotí globální úroveň poskytované péče PL nejvíce odpověďmi dobře 53 %, druhou nejčastější odpovědí je dostatečný 26 %, následuje 19 % chvalitebný, 2 % nedostatečný a možnost výborný ne zvolila žádná ADP.

Otázka č. 20:

Získáváte zpětnou vazbu hodnocení, týkající se Vaší spolupráce s agenturami domácí péče?

Získáváte zpětnou vazbou hodnocení, týkající se Vaší spolupráce praktickými lékaři?



Obr. 17: Graf získávání zpětné vazby vzájemné spolupráce.

Komentář:

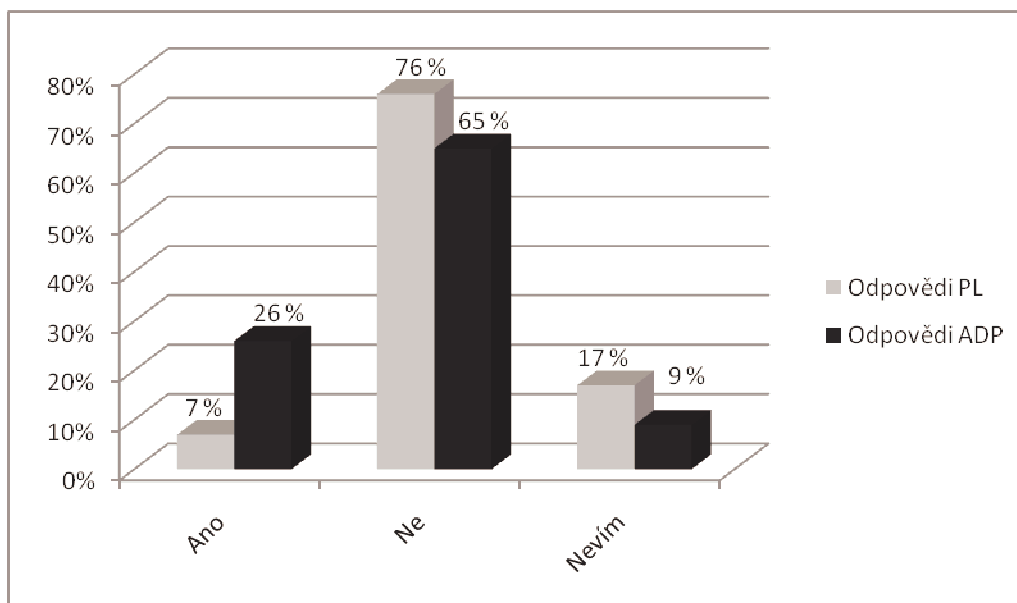
Mezi dotazovanými PL 88 % odpovědělo ano a 12 % ne.

Z počtu 43 agentur domácí péče odpovědělo 56 % ano a 44 % ne.

Otázka č. 21:

a) *Už jste někdy pověřil/a sestru agentury domácí péče výkonem, který nespadá do její kompetence?*

a) *Už Vás někdy lékař/ka pověřil/a výkonem, který nespadá do Vaší kompetence?*



Obr. 18: Graf problematiky kompetencí

Komentář:

7 % praktických lékařů uvádí ano, 76 % uvedlo, že nepověřilo a neví 17 % respondentů.

ADP uvádí, že 26 % sester bylo výkonem pověřeno, 65 % pověřeno nebylo a neví 9 %.

b) *O který výkon se jednalo:*

Tab. 13: Tabulka pověření agentur domácí péče výkony mimo dané kompetence

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---|-------------------|-----------------------|
| Rehabilitace | 2 | 18 |
| Cévkování muže | 2 | 18 |
| Aplikace očkovací látky v domácím prostředí | 2 | 18 |
| Různé vzkazy a doručování receptů | 1 | 9 |
| Výkony spíše sociální oblasti | 1 | 9 |
| Aplikace opiátů | 1 | 9 |

| | | |
|--|----|-----|
| Nákup cigaret | 1 | 9 |
| Interní záležitost, nehodlám odpovídat | 1 | 9 |
| Celkem | 11 | 100 |

Tab. 14: Tabulka pověření agentur domácí péče výkony mimo dané kompetence

| Odpovědi ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---|------------------------------|----------------------------------|
| Cévkování muže | 3 | 25 |
| Aplikace ATB doma | 2 | 17 |
| Výkony spíše sociální oblasti | 1 | 8 |
| Manuální vybavení stolice | 1 | 8 |
| Aplikace očkovací látky v domácím prostředí | 1 | 8 |
| Oznámení pacientce úmrtí jejího manžela | 1 | 8 |
| Chirurgické ošetření rány | 1 | 8 |
| Zavedení NGS doma | 1 | 8 |
| Léčebné přípravky, které PL odmítal předepsat, ale nutil je aplikovat | 1 | 8 |
| Celkem | 12 | 100 |

Komentář:

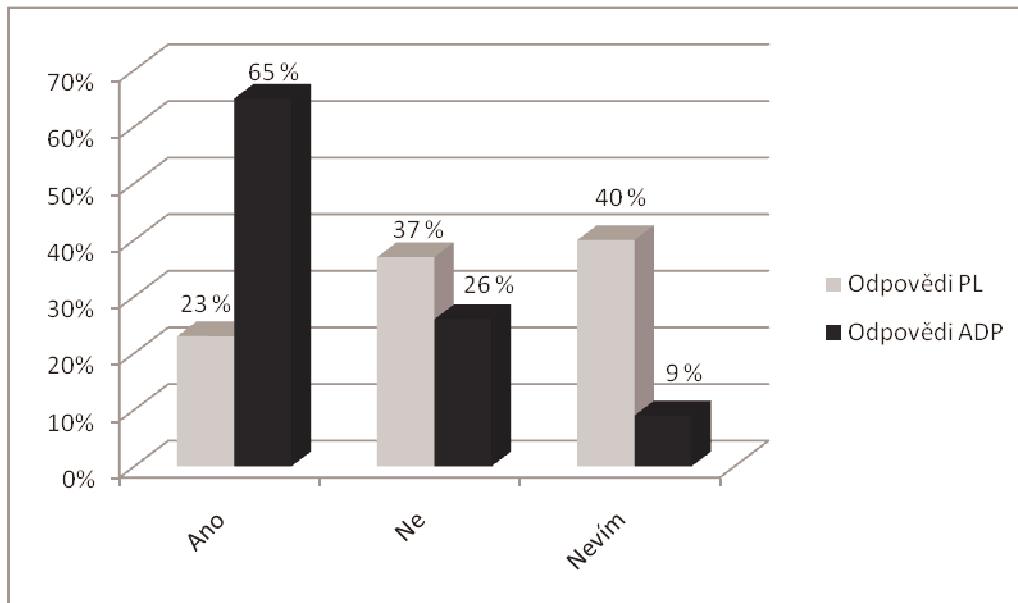
V této otázce bylo možno vyplnit více odpovědí.

PL pověřily sestru ADP výkonem spíše sociální oblasti v 9 % dotazovaných, cévkováním muže 18 %, aplikace očkovací látky v domácím prostředí zvolilo také 18 %, doručováním receptů 9 %, rehabilitací 18 %, aplikací opiátů 9 %, nákupem cigaret 9 % a 9 % dotazovaných odmítlo na tuto otázku odpovědět.

ADP jsou pověřovány od PL výkony spíše sociální oblasti 8 %, aplikací očkovací látky v domácím prostředí 8 %, cévkováním muže 25 %, manuálním vybavením stolice 8 %, aplikací ATB 17 %, oznámení o úmrtí v rodině 8 %, chirurgické ošetření rány 8 %, zavedení NGS 8 %, a 8 % ADP uvedlo aplikaci léčebných přípravků, jenž PL odmítl předepsat.

Otázka č. 22:

Myslíte si, že by sestry domácí péče mohly mít větší kompetence?



Obr. 19: Graf názorů na problematiku kompetencí

Komentář:

Graf č 19. poukazuje na názory PL a ADP ohledně kompetencí. 23 % PL by kompetence sestrám ADP přidaly, 37 % nikoliv a 40 % PL neví.

Názory ADP ohledně kopetencí jsou následující: 65 % by si kompetence přidalo, 26 % nikoli a neví 9 %.

Otázka č. 23:

Uved'te, prosím, které z Vašich kompetencí, by mohly být sestřám agentur domácí péče předány.

Uved'te, prosím, které kompetence, by mohly být sestřám agentury domácí péče přidány.

Tab. 15: Navýšení kompetencí sestřám agentur domácí péče od PL

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Samostatná indikace, změna ordinace určitých léčivých přípravků (analgetik) | 7 | 17 |
| Indikace k hospitalizaci | 2 | 5 |
| Indikace a prováděné rehabilitace | 2 | 5 |
| Základní diagnostika | 3 | 7 |
| Podíl na indikaci domácí péče u chronických pacientů | 2 | 5 |
| Očkování | 2 | 5 |
| Více odborných výkonů se sankcemi od pojišťoven tak jako u lékařů | 2 | 5 |
| Cévkování muže | 3 | 7 |
| Aplikace určitých léčivých přípravků (i. v.) | 9 | 22 |
| Rozhodování o léčbě chronických ran | 4 | 10 |
| Výměna nosogastrické sondy | 1 | 2 |
| Kontrola dodržování doporučené léčby | 1 | 2 |
| Nevím, záleží na okolnostech a vzdělání | 3 | 7 |
| celkem | 41 | 100 |

Tab. 16: Navýšení kompetencí sestřám agentur domácí péče

| Odpovědi ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---|------------------------------|----------------------------------|
| Samostatná indikace, změna ordinace určitých léčivých přípravků (analgetik) | 7 | 14 |
| Indikace k hospitalizaci | 3 | 6 |
| Indikace a prováděné rehabilitace | 1 | 2 |
| Základní diagnostika | 2 | 4 |
| Podíl na indikaci domácí péči u chronických pacientů | 5 | 10 |
| Cévkování muže | 4 | 8 |
| Aplikace určitých léčivých přípravků (i. v.) | 2 | 4 |
| Rozhodování a samostatnost v léčbě chronických ran | 15 | 29 |
| Vytahování stehů | 1 | 2 |
| Větší volnost v rozhodování | 2 | 4 |
| Samostatná indikace a předepisování určitých pomůcek (pleny, obvazové krytí, kompenzačních pomůcek, ..) | 8 | 15 |
| Nevím, záleží na okolnostech a vzdělání | 2 | 4 |
| celkem | 52 | 100 |

Komentář:

V této otázce bylo možno vyplnit více odpovědí.

PL by uvítaly rozšíření kompetencí sestřám ADP v oblasti samostatné ordinace a indikace vybraných přípravků (například analgetik) 17 %, indikace k hospitalizaci a domácí péči bylo zvoleno po 5 % dotazovaných, rehabilitace 5 % a v oblasti základní diagnostiky 7 %. PL by rozšířily kompetence v očkování 5 %, cévkování muže 7 %, aplikací všech léků i.v. 22 %, samostatnost v oblasti chronických ran uvedlo 10 %, výměnu NGS by si přáli 2 % PL, kontrolu dodržování léčby uvedli 2 % PL. 5 % PL by sestřám ADP přidalo celkově více odborných výkonů se sankcemi od pojišťoven a 7 % uvedlo odpověď nevím, záleží na okolnostech.

ADP jsem se ptala na tutéž otázku. ADP by uvítaly rozšíření kompetencí v oblasti samostatné ordinace a indikace vybraných přípravků (například analgetik) 14 %, indikace k hospitalizaci uvedlo 6 %, rehabilitace 2 %, základní diagnostiky 4 % a větší samostatnost v péči o chronické rány zvolilo 29 %. Dále by si agentury domácí péče přály mít podíl na indikaci domácí péče a to u chronicky nemocných 10 %, větší samostatnost při cévkování muže 8 %, větší volnost v rozhodování označily 4 % a samostatnou indikaci určitých pomůcek (například plen), by si přálo 15 % ADP. Odpověď nevím, záleží na okolnostech a vzdělání zvolily pouze 4 % zástupců z řad ADP.

7 Statistické zpracování hypotéz

V této diplomové práci jsem stanovila dvě hypotézy. Tyto hypotézy byly ověřeny pomocí statistické metody Fisherův exaktní test a Chí kvadrát test.

Chí-kvadrát test se používá pro zjištění, zda vzorek dat odpovídá předpokládanému rozdělení.

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

O_i = pozorované četnosti

E_i = očekávané četnosti (Chí-kvadrát (χ^2) test, 2006)

Fisherův přesný test se většinou používá tehdy, když máme dvě nominální proměnné a očekávaná čísla jsou příliš nízká na to, aby mohl být použit chí – kvadrát. (McDonald, 2009)

Hypotéza číslo 1.

Existuje v hodnocení vzájemné spolupráce mezi praktickými lékaři a agenturami domácí péče v péči o terminálně nemocné rozdíl?

H₀: V hodnocení vzájemné spolupráce mezi sestrami agentur domácí péče a praktickými lékaři není statisticky významný rozdíl

H_A: V hodnocení vzájemné spolupráce mezi sestrami agentur domácí péče a praktickými lékaři je statisticky významný rozdíl

Tab. 17: Odpovědi PL

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost | Relativní četnost v % |
|--------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Výborný | 58 | 0,42 | 41,73 |
| Chvalitebný | 58 | 0,42 | 41,73 |
| Dobry | 20 | 0,14 | 14,39 |
| Dostatečný | 2 | 0,01 | 1,44 |
| Nedostatečný | 1 | 0,01 | 0,72 |
| Celkem | 139 | 1,00 | 100,00 |

Tab. 18: Odpovědi ADP

| Odpovědi sester ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Výborný | 0 | 0,00 | 0,00 |
| Chvalitebný | 17 | 0,40 | 39,53 |
| Dobrý | 19 | 0,44 | 44,19 |
| Dostatečný | 5 | 0,12 | 11,63 |
| Nedostatečný | 2 | 0,05 | 4,65 |
| Celkem | 43 | 1,00 | 100,00 |

Tab. 19: Naměřené četnosti

| Naměřené č. | Výborný | Chvalitebný | Dobrý | Dostatečný | Nedostatečný | celkem |
|-----------------|-----------|-------------|-----------|------------|--------------|------------|
| Odpovědi PL | 58 | 58 | 20 | 2 | 1 | 139 |
| Odpovědi ADP | 0 | 17 | 19 | 5 | 2 | 43 |
| celkem | 58 | 75 | 39 | 7 | 3 | 182 |

Tab. 20: Očekávané četnosti

| Očekávané č. | Výborný | Chvalitebný | Dobrý | Dostatečný | Nedostatečný | cekem |
|-----------------|-----------|-------------|-----------|------------|--------------|------------|
| Odpovědi PL | 44 | 57 | 30 | 5 | 2 | 139 |
| Odpovědi ADP | 14 | 18 | 9 | 2 | 1 | 43 |
| celkem | 58 | 75 | 39 | 7 | 3 | 182 |

Fisher's Exact Test for Count Data:

p-value = 6.073e-11

Hladina hladina významnosti: 0,05

Na hladině významnosti 0,05 **zamítám** nulovou hypotézu o tom, že v hodnocení vzájemné spolupráce mezi agenturami domácí péče a praktickými lékaři není statisticky významný rozdíl ($p < 0,05$)

Hypotéza číslo 2.

Existuje rozdíl v názorech praktických lékařů a agentur domácí péče na zvyšování kompetencí sester domácí péče v péči o terminálně nemocné?

H₀: V četnostech názorů praktických lékařů a agentur domácí péče na větší kompetence sester agentur domácí péče není statisticky významný rozdíl.

H_A: V četnostech názorů praktických lékařů a agentur domácí péče na větší kompetence sester agentur domácí péče je statisticky významný rozdíl.

Tab. 21: Odpovědi PL

| Odpovědi PL | Absolutní četnost | Relativní četnost | Relativní četnost v % |
|-------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 32 | 0,23 | 23,02 |
| ne | 51 | 0,37 | 36,69 |
| nevím | 56 | 0,40 | 40,29 |
| celkem | 139 | 1,00 | 100,00 |

Tab. 22: Odpovědi ADP

| Odpovědi ADP | Absolutní četnost | Relativní četnost | Relativní četnost v % |
|--------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 28 | 0,65 | 65,12 |
| ne | 11 | 0,26 | 25,58 |
| nevím | 4 | 0,09 | 9,30 |
| celkem | 43 | 1,00 | 100,00 |

Tab. 23: Naměřené četnosti

| Naměřené č. | ano | ne | nevím | celkem |
|--------------|-----|----|-------|--------|
| odpovědi PL | 32 | 51 | 56 | 139 |
| odpovědi ADP | 28 | 11 | 4 | 43 |
| celkem | 60 | 62 | 60 | 182 |

Tab. 24: Naměřené četnosti

| Očekávané č. | ano | ne | nevím | celkem | |
|---------------------|-----|----|-------|--------|-----|
| Odpovědi PL | | 46 | 47 | 46 | 139 |
| Odpovědi ADP | | 14 | 15 | 14 | 43 |
| celkem | | 60 | 62 | 60 | 182 |

Pearson's Chi-squared test:

df = 2

p-value = 6.789e-07

Hladina významnosti 0,05

Na hladině významnosti 0,05 **zamítám** nulovou hypotézu o tom, že v četnostech názorů praktických lékařů a agentur domácí péče na větší kompetence sester agentur domácí péče není statisticky významný rozdíl ($p < 0,05$)

Diskuze

V diskuzi bych chtěla zhodnotit data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření. Zaměřuji se tedy na zhodnocení předem stanovených výzkumných otázek a hypotéz. V praktické části, kapitoly číslo 6 a 7 uvádím všechny otázky z dotazníků s podrobnými výsledky z dotazování, včetně vyhodnocení hypotéz.

První výzkumná otázka zjišťovala, jak vnímají a hodnotí vzájemnou spolupráci praktičtí lékaři a agentury domácí péče v péči o terminálně nemocné.

Ze 149 (100 %) praktických lékařů (PL) zúčastněných se mého dotazníkového šetření jich 10 (7 %) nespolupracuje s agenturami domácí péče (ADP) v péči o terminálně nemocné. Jako důvod nespolupráce uvádějí nejčastěji odpovědi: nedostupnost agentury domácí péče 4 (40 %) a 3 (30 %) praktičtí lékaři se domnívají, že ji nepotřebují. Agentury domácí péče si tuto problematiku vysvětlují tak, že důvodem nespolupráce praktických lékařů s nimi je neinformovanost 20 (32 %) praktických lékařů a obavy o omezení výkonů 17 (27 %).

79 (53 %) praktických lékařů spolupracuje s více agenturami domácí péče, proto mne zajímalo, zda je mezi nimi ve spolupráci rozdíl. 41 (52 %) PL uvádí, že ano. Jako nejčastější rozdíl vidí v nabízených službách 19 (20 %) PL, nebo v komunikaci s lékaři 18 (19 %) a v přístupu k nemocným 17 (18 %) PL. ADP spolupracuje s více PL 38 (84 %), hlavní odlišnost mezi praktickými lékaři vidí v předepisování léčivých přípravků 23 (22 %) a v ochotě 19 (18 %).

Spolupráci s ADP v péči o terminálně nemocného praktičtí lékaři vyhledávají většinou podle potřeby 71 (51 %) a toto je nejčastější odpovědí i od ADP 20 (47 %).

Ve vzájemné spolupráci se mohou objevit i problémové oblasti. Zajímalo mě, které problémové oblasti ovlivňují spokojenost dotazovaných. Podle názorů praktických lékařů je největší problémovou oblastí ze stran agentur domácí péče komunikace 37 (14 %) a dostupnost 32 (12 %). Agentury domácí péče uvádějí, že jim nejvíce vadí neinformovanost praktického lékaře 26 (22 %) a neochota předepisovat léčebné přípravky či pomůcky 25 (21 %). Což také bylo druhou nejčastější odpovědí na otázku, týkající se přerušování spolupráce. Praktičtí lékaři přerušili vzájemnou spolupráci nejčastěji z důvodu neustálých nesrovnalostí v dokumentaci 11 (28 %) nebo nevhodného chování 8 (20 %). Agentury domácí péče nejčastěji přerušily spolupráci s praktickými lékaři z důvodu nevhodného chování 6 (55 %) nebo nepředepisování léčebných pomůcek a přípravků 3 (27 %). Tato problematika je patrná i z odpovědí týkající se předepisování léčiv na recepty s modrým pruhem, praktičtí lékaři

tvrdí, že vesměs tyto léky předepisují 84 (60 %). Kdežto agentury domácí péče označují tuto problematiku za průměrně ošetřenou 28 (65 %) ze stran praktických lékařů.

Hypotéza:

H₀: V hodnocení vzájemné spolupráce mezi sestrami agentur domácí péče a praktickými lékaři není statisticky významný rozdíl

H_A: V hodnocení vzájemné spolupráce mezi sestrami agentur domácí péče a praktickými lékaři existuje statisticky významný rozdíl

Při vyhodnocování této hypotézy jsem vycházela z otázky č. 8., kde respondenti měli možnost ohodnotit spokojenost s vzájemnou spoluprací.

Praktičtí lékaři (PL) označili v této otázce týkající se spolupráce jako nejčastější možnosti výborně a chvalitebně 58 (42 %). Naopak agentury domácí péče (ADP) výborně neoznačily vůbec 0 (0 %) a variantou dobře 20 (14 %) s největším počtem odpovědí.

Na základě výsledků jsem potvrdila *alternativní hypotézu*. V hodnocení vzájemné spolupráce mezi sestrami agentur domácí péče a praktickými lékaři existuje statisticky významný rozdíl.

Podle výsledků v mém sledovaném souboru jsem dospěla k závěru, že praktičtí lékaři jsou se spoluprací s agenturami domácí péče v péči o terminálně nemocné velmi spokojeni. Kdežto agentury domácí péče tuto spolupráci hodnotí mnohem kritičtěji. Tento rozdílný výsledek mne překvapil.

Kvalitní spolupráce předpokládá shodu v plnění společného úkolu. Ve zdravotní péči je za společný projekt ošetřovatelství a medicíny považován pacient. Zdravotní sestry a lékaři mají široké pole působnosti, znalostí a zkušeností, ale i oni mají různé pohledy na danou věc. Proto se dá říci, že mezioborová spolupráce probíhá na křižovatce křížení zájmů a očekávání (Krogstad, Hofoss a Hjortdahl, 2004, s. 491-497).

V rámci problematiky spolupráce jsem se částečně zaměřila i na oblasti komunikace, vztahů nebo také na kvalitu a hodnocení poskytované péče.

Zajímalo mne, zda konzultují PL s ADP následující plán péče o nemocného. Obě skupiny respondentů nejčastěji označily variantu odpovědi většinou ano 73 (53 %) PL a 21 (49 %) ADP. Na otázku jak jsou praktičtí lékaři a agentury domácí péče spokojeni s celkovou komunikací, odpovídali dotazovaní praktičtí lékaři nejčastěji odpovědí výborně 58 (42 %). Při

hodnocení celkové komunikace agentury domácí péče z celkového počtu 45 nejčastěji respondenti volili odpověď chvalitebně 21 (49 %) a poté 17 (40 %) dobře.

Po vyhodnocení odpovědí jsem dopěla k závěru, že oslovení respondenti v mém sledovaném souboru jsou v oblasti hodnocení celkové komunikace vcelku spokojeni.

PhDr. Jarmila Kelnarová ve své práci: Komunikace jako priorita při komplexní ošetrovatelské péči o umírající, zjišťovala, zda sestry dobrou a správnou komunikaci řadí mezi priority při ošetrovatelské péči o umírající. Z výzkumu, při kterém bylo získáno 254 respondentů, jsem zjistila, že mezi priority ošetrovatelské péče zařazuje komunikaci „určitě ano“ 156 sester, tj. (62%), „spíše ano“ 53 sester, tj. (21 %), „nevím“ 24 sester, tj. (9 %). „Určitě ne“ 11 sester, tj. (4 %), „spíše ne“ (2 %) sester a neodpovědělo 6 sester, tj. (2 %). Ve výzkumu se podařilo prokázat, že sestry komunikaci považují za prioritu péče o umírajícího (Klenerová, 2007).

Komunikace mezi členy týmu musí být partnerská. Lékaři jsou v komunikaci se sestrami v těsném kontaktu. Toky informací by měly být oboustranné. Jasná a otevřená komunikace mezi lékařem a sestrou umožní efektivnímu využití všech informací, které mají oba profesionálové k dispozici. K tomu je třeba vzájemné důvěry a respektu (Ptáček, 2011, s. 241).

Poměrně zajímavý výsledek se týkal oblasti postojů PL k sestrám ADP. Dotazovala jsem se respondentů z řad praktických lékařů a agentur domácí péče na postavení sester agentury domácí péče v péči o terminálně nemocného.

Za týmového spolupracovníka, považuje sestru agentury domácí péče 125 (90 %) praktických lékařů, za výkonný orgán 12 (9 %) praktických lékařů. Sestry agentur domácí péče si myslí, že jsou z pohledu praktických lékařů považovány za týmového spolupracovníka a to 16 (37 %) dotazovaných sester, za výkonný orgán 13 (30 %) dotazovaných.

Z výsledků lze tedy usuzovat, že postavení sester v této oblasti a v našem státě se pomalu, ale jistě lepší. Bohužel sestry ADP o tom stále nejsou zcela přesvědčeny.

V některých zemích lékaři vnímají sestru stále jako jim podřízenou pracovníci. I když ošetrovatelství je neustále dynamicky se rozvíjející obor. Zvyšující nároky na povolání sestry vycházejí nejen z legislativy, ale také ze současných rolí, které ve své profesi vykonává. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Postupně dochází k posílení postavení sester v současném systému zdravotní péče (Plevová a kol., 2011, s. 45-105).

V otázce číslo 19 jsem vyzvala respondenty, aby vzájemně ohodnotily globální úroveň poskytované péče v péči o terminálně nemocné v našem státě.

Z výzkumu vyplývá, že globální úroveň poskytované péče sestrami agentur domácí péče hodnotí praktičtí lékaři takto: 62 (45 %) chvalitebně a 56 (22 %) výborně. Agentury domácí péče hodnotí globální úroveň poskytované péče praktickými lékaři nejvíce odpověďmi dobře 23 (53 %), druhou nejčastější odpovědí je dostatečný 11 (26 %).

Z výsledků je patrné, že praktičtí lékaři hodnotí úroveň péče poskytované agenturami domácí péče lépe.

Poslední výzkumná otázka zjišťovala, zda se vyskytují mezi praktickými lékaři a sestrami agentur domácí péče problémy s kompetencemi v péči o terminálně nemocné.

Delegací nekompetentních úkolů přiznává 10 (7 %) PL. ADP tvrdí, že 11 (26 %) bylo pověřeno od PL úkonem, který nespadá do jejich kompetencí. Jedním z nejčastějších úkonů provedených sestrami ADP bylo například cévkování muže.

Hypotéza:

H₀: V četnostech názorů praktických lékařů a agentur domácí péče na větší kompetence sester agentur domácí péče není statisticky významný rozdíl.

H_A: V četnostech názorů praktických lékařů a agentur domácí péče na větší kompetence sester agentur domácí péče existuje statisticky významný rozdíl.

Při vyhodnocování hypotézy jsem vycházela z otázky číslo 22, kde mne zajímalo, zda by praktičtí lékaři a agentury domácí péče v péči o terminálně nemocné rozšířili kompetence sestrám agentur domácí péče.

V mém sledovaném souboru praktických lékařů v zastoupení 32 (23 %) souhlasí, s rozšířením kompetencí sestrám agentur domácí péče, kdežto agentur domácí péče souhlasí 28 (65 %). Nesouhlasí 51 (37 %) praktických lékařů a z řad agentur domácí péče nesouhlasí 11 (26 %). Odpověď „nevím“ zvolilo 56 (40 %) praktických lékařů a 4 (9 %) agentur domácí péče.

Na základě výsledků jsem potvrdila *alternativní hypotézu*. V četnostech názorů praktických lékařů a agentur domácí péče na větší kompetence sester agentur domácí péče existuje statisticky významný rozdíl.

Musím říci, že jsem tento výsledek očekávala, tudíž mne příliš nepřekvapil. Pro zajímavost uvádím výsledek dotazníkového šetření diplomové práce studentky Mgr. Ivety Sladké. Ve své práci se taktéž zabývala postojem lékařů a sester k problematice delegování kompetencí. Její soubor tvořili náhodně vybrané sestry a lékaři/ky v nemocničních zařízeních. V jejím sledovaném souboru lékařů a sester dospěla k závěru že, 36 % lékařů by předalo

některé své kompetence sestřím a 64 % lékařů by sestřím žádné ze svých kompetencí nepředalo. I sestry odpovídaly na tuto otázku, ale z pohledu lékařů. Odpovědi označovaly pomocí hodnotící škály, kdy 0 byla synonymem pro odpověď nedostačující a číslo 5 znamenalo, že kompetence jsou vynikající a tedy dostačující. 5 % sester si myslelo, že lékařky/ři hodnotí dostatečnost kompetencí sester číslem 0 až 1, 14 % si myslelo, že jsou podle lékařek/řů hodnoceny číslem 2, podle 53 % sester jsou ohodnoceny číslem 3, 18 % sester je hodnotilo číslem 4 a 16 %, sester si myslelo, že lékaři by hodnotili kompetence sester jako vynikající, tedy číslem 5. Sestry se tedy domnívaly, že lékaři by hodnotili jejich kompetence na hodnotící škále nejčastěji jako dostačující. (Sladká, 2009)

S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblastí. V některých zemích se lékaři cítí ohroženi vysokoškolskými ošetrovatelskými profesemi. Nevidí důvod, proč by sestry měly mít rozšířené kompetence a vnímají je, jako jim podřízenou pracovníci (Plevová a kol., 2011, s. 45-105).

Sestry pečující o nemocné v domácí péči jsou zkušené, školené a s dlouholetou praxí. Vyžaduje se od nich mimo jiné velká míra samostatnosti, musí se umět samy rozhodnout v náročných situacích. Dále by měly být přizpůsobivé, trpělivé a vzdělané v mnoha oborech medicíny. Požadavky na takovou sestru jsou velmi vysoké, proto si myslím, že by mohly mít i rozšířené kompetence.

Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice spolupráce zdravotníků v primární péči u nemocných v terminální fázi onemocnění. Zaměřila jsem se na praktické lékaře a agentury domácí péče. Pro potřeby této práce byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zpracovat teoretický přehled v oblasti primární péče v péči o terminálně nemocné. Druhým cílem bylo zmapovat problematiku spolupráce a vztahů z pohledu praktických lékařů a agentur domácí péče v oblasti péče o terminálně nemocné. K cílům bylo stanoveno pět výzkumných otázek a dvě hypotézy.

Z výsledků mého sledovaného souboru je patrné, že agentury domácí péče oproti praktickým lékařům, nejsou příliš spokojeny se spoluprací s praktickými lékaři. Jejich zkušenosti s nimi jsou vesměs různorodé. Samozřejmě každý člověk je jiný, i každá sestra, nebo lékař jsou jiní a z toho vyplývá, že i ke své práci přistupují různorodě. V této práci se neodvážuji kritizovat ani jednu skupinu respondentů, jen jsem chtěla zjistit, jaký je jejich pohled na danou věc. Cílů bylo v rámci této diplomové práce dosaženo.

Mojí snahou bylo hlouběji proniknout do problematiky spolupráce praktických lékařů a agentur domácí péče a vytvořit práci, jež by byla alespoň s malým přínosem pro praxi a pro všechny ty, kteří mají zájem se dozvědět něco více z této oblasti. Myslím si, že se mi to podařilo. Při oslovování jednotlivých respondentů ať z řad praktických lékařů, či agentur domácí péče jsem se setkávala se zájmem nejen o výsledky výzkumu, ale i o práci jako takovou.

Určitě doporučuji pokračovat v osvětě u praktických lékařů a sester agentur domácí péče o tom, co je hospicová a paliativní péče. Jaké mají kompetence, povinnosti a co se od nich očekává. Dále doporučuji, snažit se o zlepšení vzájemné spolupráce, i ochoty dát možnost lidem umírat doma.

Za sebe mohu říci, že téma této diplomové práce mne obohatilo o nové poznatky a zkušenosti. Uvědomila jsem si, jak je důležité pro práci v týmu „táhnout za jeden provaz a usilovat o společný cíl“, vždyť jde hlavně o nemocného.

Jsem si vědoma, že výsledky mého výzkumu nelze považovat za všeobecně platné, jde o výsledky pouze mého sledovaného souboru, ale přesto pevně doufám, že donutí každého k zamýšlení, v lepším případě ke zlepšení současné situace v praxi.

Soupis bibliografických citací

Monografie:

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J a KOPTÍKOVÁ, J. Paliativní péče v onkologii. In ADAM, Z., VORLÍČEK, J a KOPTÍKOVÁ, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada Publishing, 2003. [Kap.] 22, s. 545 – 555.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelská péče*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9.
3. BUŽGOVÁ, R. Paliativní péče. In PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. [Kap.] 4, s. 106 – 126. ISBN 978-80-247-3558-0.
4. CESTA DOMŮ. *Cesta domů*. Praha: Cesta domů, 2004.
5. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. Vyd. Brno: Computer press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
6. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. Vyd. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
8. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
9. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
10. JURÁSKOVÁ, D. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, [Kap.] 23, s. 239-245. ISBN 978-80-247-3976-2.
11. KALVACH, Z a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
12. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
13. KLENEROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Stuaire, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
14. KONOPÁSEK, B. *Onkologie pro praktické lékaře*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-287-0.
15. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. Vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-8.

16. KUBEŠOVÁ, H., BOGROVÁ, I., HOLÍK, J. *Praktické/rodinné lékařství*. 1. Vyd. Brno : MU, 2002. ISBN 80-210-2939-0.
17. MACHOVÁ, A. Komunitní a domácí péče. In TOTHOVÁ, V. a kol. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. [Kap.] 6, s. 118-134.
18. MARKOVÁ, M. a kol. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry. Učební text pro sestry v komunitním ošetřovatelství*. 1. Vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3.
19. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
20. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: ADP.
21. MITCHELL. G. *Palliative Care: A Patient-Centered Approach*. British library cataloguin, 2008. ISBN 13:978 1 85775 739 2.
22. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
23. MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
24. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. Brno: MU, 2002. ISBN 80-210-3017-8.
25. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
26. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství I*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
27. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetřovatelství. Základy terminologie*. 2. Vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
28. PROKOP, J. Paliativní péče-návrat k lidskosti In HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., ONDRÁČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. 1. Vyd. Brno: NCONZO, 2008. [Kap.], s. 45-53. ISBN 978-80-7013-478-8.
29. HERMANOVÁ, M. Umírání a smrt v práci pracovníků sociálních služeb. In HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., ONDRÁČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. 1. Vyd. Brno: NCONZO, 2008. [Kap.], s. 55-66. ISBN 978-80-7013-478-8.

30. RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Cesta domu, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.
31. SEIFERT, B. a kol. *Primární péče praktické lékařství*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0883-9.
32. SEIFERT, B. a kol. *Všeobecné praktické lékařství*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-369-9.
33. SLÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Praktik, 2005. ISBN 80-86998-03-7.
34. SLÁMA, O., KABELKA, L., MIŠOŇOVÁ, A. Domácí paliativní péče. In SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., KABELKA, L a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. [Kap.] 9.3., s. 328-332. ISBN 978-80-7262-505-5.
35. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR : Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. 1. vyd. Praha: Cesta domu, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
36. SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. Úvod. In SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., KABELKA, L a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. [Kap.] 1, s. 25-37. ISBN 978-80-7262-505-5.
37. SLÁMA, O., VORLÍČEK, J; VORLÍČKOVÁ, H. Paliativní péče. In VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. [Kap.] 9, s. 151 – 165. ISBN 80-247-1716-6.
38. STÁHALOVÁ, V. *Paliativní medicína*. Praha: Liga proti rakovině.
39. STUDENT, J. CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. Vyd. Praha: H&H Vyšehradská s.r.o., 2006. ISBN 80-7319-059-1.
40. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění provázet*. 6. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 2. Vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
42. ŠPINKOVÁ, M. a kol., *Na cestách domů: paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Cesta domů, 2006.
43. ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

44. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
45. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Elektronické zdroje:

1. ADP Holoubkov. *Co je domácí péče - info pro lékaře*. [online]. c2009 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW <files.domaci-pece.eu/.../Co%20je%20domaci%20pece%20...>.
2. ADP ČR. *Stanovy ADP ČR*. [online]. c2010 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW: <<http://adp01.webnode.cz/pro-cleny/stanovy-adp-cr/>>.
3. Česko. Vyhláška č. 411/2011 Sb. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 144, s. 5382-5413.
4. *Chí-kvadrát (χ^2) test: podklady pro cvičení SPR*. [online]. c2006 [cit. 2012-2-2]. Dostupný z WWW: <<http://labe.felk.cvut.cz/~obitko/spr/chi2.html>>.
- KLENEROVÁ, J. *Komunikace jako priorita při komplexní ošetrovatelské péči o umírající*. *Sestra* [online]. c2007 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komunikace-jako-priorita-pri-komplexni>
6. *osetrovatelske-peci-o-umi-285310*>.
7. KROGSTAD, U., HOFFOS, D., HJORTDATH, Z. *Doctor and nurse perception of interprofessional co-operation in hospitals*. Oxford Journals. *International Journal for Quality in Health Care*. [online]. c2004. Isme 6. [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/6/491.full&usg=ALkJrhjPnIwsy9yYx1ly9YJHNSVGuQgJYg#sec-4>>.
8. McDONALD, J. H. *Fisher's exact test of independence*. [online]. c2009 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW: <<http://udel.edu/~mcdonald/statfishers.html>>.
9. MISCONIOVÁ, B. *Historie domácí péče*. [online]. c2006 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->>.
10. MISCONIOVÁ, B. *Hospicová péče*. [online]. c2006 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>>.
11. MISCONIOVÁ, B. *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [online]. c2006 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->>.

12. Osobní asistence. *O hospicích a umírání*. [online]. c2009 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=2>>.
13. SLADKÁ, I. *Postoj lékařů ke kompetencím sester dle zákona*. [online]. c2009 [cit. 2012-2-16]. Dostupný z WWW <http://theses.cz/id/nb22ml/downloadPraceContent_adipIdno_13060>.
14. ŠIMÁNEK, R. *Matematický software R: S ním je každá statistika hezčí* [online]. c2009 [cit. 2012-3-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.linuxexpres.cz/software/matematicky-software-r-s-nim-je-kazda-statistika-hezci>>.

Seznam obrázků

| | |
|---|----|
| Graf č. 1: Graf pohlaví respondentů..... | 33 |
| Graf č. 2: Graf věku respondentů..... | 34 |
| Graf č. 3: Graf názoru respondentů na pobyt terminálně nemocných v domácím prostředí.. | 35 |
| Graf č. 4: Graf spolupráce mezi agenturami domácí péče a praktickými lékaři..... | 36 |
| Graf č. 5: Graf odlišností ve spolupráci agentur domácí péče a praktických lékařů..... | 39 |
| Graf č. 6: Graf průběhu spolupráce..... | 41 |
| Graf č. 7: Graf hodnocení spolupráce..... | 42 |
| Graf č. 8: Graf konzultací plánu péče o nemocné..... | 46 |
| Graf č. 9: Graf hodnocení komunikace..... | 49 |
| Graf č. 10: Graf role sestry v týmu..... | 50 |
| Graf č. 11: Graf přerušení spolupráce..... | 51 |
| Graf č. 12: Graf konfliktu respondentů..... | 53 |
| Graf č. 13: Graf spokojenosti se vztahy..... | 54 |
| Graf č. 14: Graf návštěv praktických lékařů v domácím prostředí..... | 55 |
| Graf č. 15: Graf kontroly činností sester agentur domácí péče..... | 56 |
| Graf č. 16: Graf hodnocení globální úrovně poskytované péče v ČR..... | 57 |
| Graf č. 17: Graf získávání zpětné vazby vzájemné spolupráce..... | 58 |
| Graf č. 18: Graf problematiky kompetencí..... | 59 |
| Graf 19: Graf názorů na problematiku kompetencí..... | 61 |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| <i>Tabulka č. 1:</i> Názory respondentů na pobyt terminálně nemocných v domácím prostředí...35 | 35 |
| <i>Tabulka č. 2:</i> Důvody nespolupráce praktických lékařů s agenturami domácí péče.....37 | 37 |
| <i>Tabulka č. 3:</i> Názory respondentů na důvody nespolupráce PL s ADP.....37 | 37 |
| <i>Tabulka č. 4:</i> Odlišnosti praktických lékařů.....39 | 39 |
| <i>Tabulka č. 5:</i> Odlišnosti agentur domácí péče.....40 | 40 |
| <i>Tabulka č. 6:</i> Problémových oblastí spokojenosti praktických lékařů.....43 | 43 |
| <i>Tabulka č. 7:</i> Tabulka problémových oblastí spokojenosti agentur domácí péče.....44 | 44 |
| <i>Tabulka č. 8:</i> Předepisování léčiv na recepty s modrým pruhem.....47 | 47 |
| <i>Tabulka č. 9:</i> Zkušenosti agentur domácí péče s předepisováním receptů s modrým pruhem.....47 | 47 |
| <i>Tabulka č. 10:</i> Důvody odmítání praktických lékařů předepisovat recepty s modrým pruhem.....48 | 48 |
| <i>Tabulka č. 11:</i> Důvody přerušování spolupráce s agenturami domácí péče.....51 | 51 |
| <i>Tabulka č. 12:</i> Důvody přerušování spolupráce s praktickými lékaři.....52 | 52 |
| <i>Tabulka č. 13:</i> Tabulka pověření agentur domácí péče výkonů mimo dané kompetence....59 | 59 |
| <i>Tabulka č. 14:</i> Tabulka pověření agentur domácí péče výkonů mimo dané kompetence....60 | 60 |
| <i>Tabulka č. 15:</i> Navýšení kompetencí sestrám agentur domácí péče od PL.....62 | 62 |
| <i>Tabulka č. 16:</i> Navýšení kompetencí sestrám agentur domácí péče.....63 | 63 |
| <i>Tabulka č. 17:</i> Odpovědi PL.....65 | 65 |
| <i>Tabulka č. 18:</i> Odpovědi ADP.....66 | 66 |
| <i>Tabulka č. 19:</i> Odpovědi PL.....66 | 66 |
| <i>Tabulka č. 20:</i> Odpovědi ADP.....66 | 66 |
| <i>Tabulka č. 21:</i> Naměřené četnosti.....67 | 67 |
| <i>Tabulka č. 22 :</i> Očekávané četnosti.....67 | 67 |
| <i>Tabulka č. 23:</i> Naměřené četnosti.....67 | 67 |
| <i>Tabulka č. 24:</i> Očekávané četnosti.....68 | 68 |

Seznam použitých zkratk

| | |
|--------|--------------------------------------|
| ADP | agentura domácí péče |
| ADP ČR | Asociace Domácí péče České Republiky |
| aj. | a jiné |
| a pod. | a podobně |
| atd. | a tak dále |
| Čr. | Česká republika |
| ČSČK | Československý červený kříž |
| ČLK | Česká lékařská komora |
| DP | Domácí péče |
| LF | Lékařská fakulta |
| PL | Praktický lékař |
| Sb. | Sbírky |
| Tzv. | Tak zvaně |
| UK | Univerzita Karlova |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro praktické lékaře (PL)

Příloha č. 2: Dotazník pro agentury domácí péče (ADP)

Příloha č. 1:

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Zuzana Svobodová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia Ošetřovatelství, na Univerzitě Pardubice. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem: Spolupráce zdravotníků v primární péči u nemocných v terminální fázi onemocnění.

Odborný vedoucí mé práce je prim. MUDr. Ivo Bureš.

Informace, které mi sdělíte, budou anonymní. Výsledky šetření budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

Velmi děkuji za spolupráci a čas, který strávíte nad vyplňováním tohoto dotazníku.

Bc. Zuzana Svobodová

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Pokud nebude uvedeno jinak, označte jednu variantu možné odpovědi

Na otevřené otázky vyjádřete prosím, svůj názor.

Všechny otázky prosím vyplňte v souvislosti **k sestřám agentur domácí péče v péči o terminálně nemocné.**

Terminální fáze choroby- konečná fáze, která má prognózu přežití několik týdnů, dní nebo hodin.(Skála a kol, 2005, s. 2)

1. Pohlaví:

ženské

mužské

2. Váš věk:

do 30 let

31 – 45 let

46 – 60 let

nad 61 let

3. Domníváte se, že je vhodné, aby pacient v terminálním stadiu života pobýval v domácím prostředí? Pokud to celkový stav a situace umožní.

Ano

Ne, proč

Nevím

4. Spolupracujete v péči o terminálně nemocné s agenturami domácí péče?

Ano s jednou ADP (přejděte na otázku číslo 7.)

Ano s více ADP (přejděte na otázku číslo 6.)

Ne (přejděte na otázku číslo 5.)

5. Nespolupracuji z důvodu:

Nedostupnost

Podle mého názoru nesplňují požadovanou úroveň péče potřebnou pro pacienty

Domnívám se, že mi svou činností „berou práci“

Z osobních důvodů

Jiné, uveďte.....

(Po vyplnění této otázky dotazník pro Vás končí. Děkuji)

6. Liší se agentury domácí péče mezi sebou ve spolupráci s Vámi?

Ano

Ne

Nevím

Pokud jste opověděl/a na otázku ano, uveďte v čem:

(zde je možné označit více odpovědí)

V přístupu k pacientům

V dostupnosti péče

Ve flexibilitě

V komunikaci s pacienty

V komunikaci s lékaři

V nabízených službách

V ochotě

Jiné, uveďte.....

7. Spolupráce se sestrami agentur domácí péče probíhá:

Spíše podle potřeby

Spíše průběžně

Spíše pouze při předepisování dokumentace ohledně péče o pacienta (např.: poukazů, předepisování léků a podobně)

8. Jak jste celkově spokojen/a se spoluprací s agenturami domácí péče?

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1

2

3

4

5

9. Vyberte problémové oblasti, které ovlivňují Vaši spokojenost se spoluprací se sestrami agentur domácí péče. (zde je možné označit více odpovědí)

Dostupnost

Komunikace

Přístup k pacientům

Přístup k praktickému lékaři

Nedostatečná dokumentace

Nedostatečná odbornost

Spolehlivost

Dochvilnost

Flexibilita

Jiné, uveďte.....

10. Konzultujete (nejen určujete) se sestrami agentur domácí péče následující postup péče o nemocného?

Spíše ano

Ano

Spíše ne

Ne

11. Předepisujete léčiva na recepty s modrým pruhem?

Ano

Občas

Ne, proč.....

12. Jak celkově hodnotíte komunikaci se sestrami agentur domácí péče?

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1 2 3 4 5

13. Sestru agentury domácí péče považují jako:

Týmový spolupracovník

Výkonný orgán

„Nutné zlo“

Jiné, uveďte.....

14. Přerušil/a jste někdy spolupráci s agenturou domácí péče?

Ano

Ne

Nevím

Pokud jste na otázku odpověděla ano, uveďte důvod:

(zde je možné označit více odpovědí)

Neplní ošetrovatelské standardy

Nevhodné chování

Podvody v dokumentaci

Z osobních důvodů

Špatná spolupráce s rodinou

Jiné, uveďte.....

15. Dostal/a jste se někdy do konfliktu (neshoda, rozpor, střet) se sestrami agentur domácí péče?

Ano

Ne

Nevím

16. Ohodnoťte, Vaši celkovou spokojenost se vztahy se sestrami agentur domácí péče.

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1 2 3 4 5

17. Navštěvujete nemocné v domácím prostředí?

Ano, pravidelně

Ano, většinou

Ano, pokud to stav vyžaduje

Ne

18. Kontrolujete činnosti sester agentur domácí péče?

Ano

Někdy

Ne

Nevím

19. Jak si myslíte, že je vysoká globální úroveň poskytované péče sestrami agentur domácí péče v této problematice u nás?

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1 2 3 4 5

20. Získáváte zpětnou vazbou hodnocení, týkající se Vaší spolupráce s agenturami domácí péče?

Ano

Ne

21. Už jste někdy pověřil/a sestru agentury domácí péče výkonem, který nespadá do její kompetence?

Ano,

o který výkon se jednalo.....

Ne

Nevím

22. Myslíte si, že by sestry agentur domácí péče mohly mít větší kompetence?

Ano

Ne

Nevím

(pokud jste odpověděl/a ne nebo nevím, otázku č. 23. již nevyplňujte)

23. Uveďte prosím, které z Vašich kompetencí, by mohly být sestrám agentur domácí péče předány. (zde je možné uvést více možností)

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

Příloha č. 2:

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Zuzana Svobodová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství, na Univerzitě Pardubice. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem: Spolupráce zdravotníků v primární péči u nemocných v terminální fázi onemocnění.

Odborný vedoucí mé práce je prim. MUDr. Ivo Bureš.

Informace, které mi sdělíte, budou anonymní. Výsledky šetření budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

Velmi děkuji za spolupráci a čas, který strávíte nad vyplňováním tohoto dotazníku.

Bc. Zuzana Svobodová

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Dotazník se skládá z několika oblastí, a to spolupráce a komunikace, vztahů, kvalita péče, kompetence.

Pokud nebude uvedeno jinak, označte jednu variantu možné odpovědi

Na otevřené otázky vyjádřete prosím, svůj názor.

Všechny otázky prosím vyplňte v souvislosti **k sestřám agentur domácí péče v péči o terminálně nemocné.**

Terminální fáze choroby- konečná fáze, která má prognózu přežití několik týdnů, dní nebo hodin. (Skála a kol., 2005, s. 2)

1. Pohlaví:

ženské

mužské

2. Váš věk:

do 30 let

31 – 45 let

46 – 60 let

nad 61 let

3. Domníváte se, že je vhodné, aby pacient v terminálním stadiu života pobýval v domácím prostředí? Pokud to celkový stav a situace umožní.

Ano

Ne, proč

Nevím

4. Spolupracujete v péči o terminálně nemocné s praktickými lékaři?

Ano s jednou ADP (přejděte na otázku číslo 7.)

Ano s více ADP (přejděte na otázku číslo 6.)

Ne (přejděte na otázku číslo 5.)

5. Podle vašeho názoru - proč praktičtí lékaři nevyužívají služeb agentur domácí péče? (zde je možné označit více odpovědí)

Praktičtí lékaři využívají služeb domácí péče dostatečně

Nedostupnost

Neinformovanost

Domnívají se, že jim naše činnosti „berou práci“

Z osobních důvodů

Jiné, uveďte.....

6. Liší se praktičtí lékaři mezi sebou ve spolupráci s Vámi?

Ano

Ne

Nevím

Pokud jste opověděl/a na otázku ano, uveďte v čem:

(je možné označit více odpovědí)

V přístupu k pacientům

V předepisování léčivých přípravků

Ve flexibilitě

V komunikaci s pacienty

V komunikaci se sestrami

V předepisování ošetrovatelských postupů

V ochotě

Jiné, uveďte.....

7. Spolupráce s praktickými lékaři probíhá:

Spíše podle potřeby

Spíše průběžně

Spíše pouze při předepisování dokumentace ohledně péče o pacienta (např.: poukazů, předepisování léků a podobně)

8. Jak jste celkově spokojen/a se spoluprací s praktickými lékaři?

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1

2

3

4

5

9. Vyberte problémové oblasti, které ovlivňují Vaši spokojenost se spoluprací s praktickými lékaři. (zde je možné označit více odpovědí)

Dostupnost

Komunikace

Přístup k pacientům

Přístup k sestram

Nekvalitní spolupráce

Neinformovanost lékaře

Spolehlivost

Dochvilnost

Neochota při předepisování léčebných přípravků a pomůcek

Jiné, uveďte.....

10. Konzultují (nejen určují) s Vámi praktičtí lékaři následující plán péče o nemocného?

Spíše ano

Ano

Spíše ne

Ne

11. Jaké máte zkušenosti s předepisováním léčiv od praktických lékařů na recepty s modrým pruhem?

Výborné

Většinou dobré

Velmi špatné, ale nic s tím nenadělám

Velmi špatné, snažím se vyhledat pomoc jinde (například u ambulancí bolesti)

12. Jak celkově hodnotíte komunikaci s praktickými lékaři?

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1

2

3

4

5

13. Jak si myslíte, že jste chápány praktickými lékaři? Jako:

Týmový spolupracovník

Výkonný orgán

„Nutné zlo“

Jiné, uveďte.....

14. Přerušil/a jste někdy spolupráci s praktickým lékařem?

Ano

Ne

Nevím

Pokud jste na otázku odpověděla ano, uveďte důvod:

(zde je možné označit více odpovědí)

Neplní ošetrovatelské standardy

Nevhodné chování

Podvody v dokumentaci

Z osobních důvodů

Nepředepisování léčebných pomůcek a přípravků

Jiné, uveďte.....

15. Dostal/a jste se někdy do konfliktu (neshoda, rozpor, střet) s praktickými lékaři?

Ano

Ne

Nevím

16. Ohodnoťte prosím, Vaši celkovou spokojenost se vztahy s praktickými lékaři.

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1

2

3

4

5

17. Navštěvují praktičtí lékaři nemocné v domácím prostředí?

Ano, pravidelně

Ano, většinou

Ano, pokud to stav vyžaduje

Ne

18. Kontrolují Vás praktičtí lékaři ve Vaší činnosti?

Ano

Někdy

Ne

Nevím

19. Jak si myslíte, že je vysoká globální úroveň poskytované péče praktickými lékaři v této problematice u nás?

(1 výborná, 2 velmi dobrá, 3 dobrá, 4 uspokojivá, 5 nedostačující)

1 2 3 4 5

20. Získáváte zpětnou vazbou hodnocení, týkající se Vaší spolupráce s praktickými lékaři?

Ano

Ne

21. Už Vás někdy lékař/ka pověřil/a výkonem, který nespadá do Vaší kompetence?

Ano,

o který výkon se jednalo.....

Ne

Nevím

22. Myslíte si, že by sestry domácí péče mohly mít větší kompetence?

Ano

Ne

Nevím

(pokud jste odpověděl/a ne nebo nevím, otázku č. 23. již nevyplňujte)

23. Uved'te prosím, které kompetence, by mohly být sestram agentur domácí péče přidány. (zde je možné uvést více odpovědí)

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

