



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Práce sestry v zařízeních nezdravotnického typu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Eva Počátecká

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Práce sestry v zařízeních nezdravotnického typu* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2024

Poděkování

Poděkování patří zejména vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení práce, ochotu a cenné rady. Dále bych jí chtěla vyjádřit svou vděčnost za její trpělivost a ochotu věnovat mi svůj čas při konzultacích a opravách mé práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, co mě podporovali, a hlavně své rodině. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat vedení zařízení, kde jsem realizovala výzkumné šetření a také sestřám, které se výzkumného šetření zúčastnily.

Práce sestry v zařízeních nezdravotnického typu

Abstrakt: Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku práce sestry v zařízeních nezdravotnického typu.

Teoretická část práce popisuje zařízení nezdravotnického typu, jeho funkci, služby a nejčastější chronická onemocnění klientů. Největší část práce je zaměřena na roli sestry v těchto zařízeních, její kompetence, dále na ošetrovatelskou a zdravotní péči a vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Práce se v neposlední řadě krátce zmiňuje o prováděné supervizi.

Cíl práce: Zjistit činnosti, které vykonává sestra v zařízeních nezdravotnického typu.

Metodika a výzkumný soubor: Pro dosažení našeho cíle byly vytvořeny výzkumné otázky: Jaké činnosti vykonávají sestry v zařízení nezdravotnického typu? Jaký je harmonogram práce sester v zařízení nezdravotnického typu? Na empirickou část bakalářské práce bylo použito kvalitativní šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru. Pro výběr výzkumného souboru byl použit záměrný výběr, kdy kritériem pro zařazení byl výkon povolání sestry v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem s minimální hranicí délky praxe pět let. Výzkumný soubor tvořilo celkem osm sester.

Výsledky: Výsledky analýz dat poskytují poznatky o problematice práce sester v zařízení nezdravotnického typu. Pomocí metody otevřeného kódování a techniky „tužka-papír“ bylo vytvořeno 5 kategorií a 9 podkategorií. Klíčové oblasti, které byly zkoumány, byly zaměřeny především na činnosti, které sestry vykonávají, a na jejich harmonogram práce. Navíc byla zkoumána administrativní činnost a supervize, které s prací sester úzce souvisí. Naše výsledky analýz dat vedly k zjištění, že sestry v zařízeních nezdravotnického typu provádí, jak základní ošetrovatelské činnosti, ale také provádí i složitější zdravotnické odborné činnosti, které se formulují do již zmíněného harmonogramu práce. Dále se sestry věnují ošetrovatelské a zdravotní dokumentaci. V kategorii supervize, bylo zjištěno, že pro většinu sester je supervize důležitá a přínosná, ale našly se i sestry, pro které je supervize zbytečná.

Doporučení pro praxi: Doporučujeme, aby sestry pracující v zařízeních nezdravotnického typu stále aktualizovaly své znalosti v oboru geriatry, a aby bylo do jejich vzdělávání zařazováno co nejvíce specializačních kurzů spojených s geriatrií,

které povedou ke zlepšení kvality péče. Také doporučujeme dostatečnou praxi pro studenty, aby se seznámili více s prací v zařízeních nezdravotnického typu, aby tato práce mohla být více zviditelněna.

Klíčová slova

Zařízení nezdravotnického typu, zdravotní péče, ošetrovatelská péče, sestra, činnosti, denní harmonogram práce, týdenní harmonogram práce, administrativní činnosti, supervize, geriatricie, geriatrický klient.

Nurse`s work in non-medical

Abstract: This bachelor`s thesis is focused on the issue of nurse`s work in non-healthcare settings. The theoretical part of the thesis describes non-healthcare facilities, their function, services, and the most common chronic diseases that the clients have. The largest part of the thesis is focused on the role of the nurse in these facilities, her competencies, further on nursing and care health, also the management of medical and nursing documentation. Last but not least, it briefly mentions the supervision carried out.

Objective of the thesis: To find and identify the activities performer by a nurse in non-healthcare settings.

Methodology and research sample: To achieve the objective of this thesis, the following research questions were formulated: What activities do nurses perform in non-healthcare settings? What is the work schedule of nurses in non-healthcare settings? A qualitative approach was employed, utilizing semi-structured interviews were used for data collection. To adress the research questions and fulfill the study`s objectives, purposive sampling was employed to select participants. This method allows researchers to choose participants who best the meet specific criteria, ensuring the collection of relevant and valuable data. The criteria for inclusion in the research sample were occupation-nurses working in nursing homes or special facilities and their work experiences had to be at least 5 years.

Results: The results of the data analysis provide insights into the work of nurses in non-healthcare settings. Using the open coding method and the paper-pencil technique, 5 categories and 9 subcategories were created. The examined key areas focused primarily on the activities that nurses perform and their work schedules. In addition, administrative activities and supervision, which are closely related to the work of nurses, were also examined. Our results from the data analysis led to the finding that nurses in non-healthcare settings perform basic nursing activities, as well as more complex specialited nursing activitie, which are formulated into the aforementioned wor schedule. Furthermore, nurses are involved in nursing and medical documentation. In the catgory of supervision, it was found that form most nurses, supervision is importatnt an beneficial, ut some nurses found supervision innecessary.

Practice recommendations: We recommend that nurse working in non-healthcare settings should continuously update their knowledge in the field of geriatrics. Incorporating more specialized geriatric courses into their education would lead to an quality improvement of the care provided. We also recommend providing adequate hands-on training for nursing students to familiarize them more with working in non-healthcare settings. This will help raise awareness of this important area on nursing practice.

Key words

Non-healthcare settings, healthcare, nursing care, nurse, activities, daily work schedule, weekly work schedule, administrative tasks, supervision, geriatric patient.

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Typy sociálních služeb	10
1.1.1 Domov se zvláštním režimem	10
1.1.2 Domov pro seniory	11
1.2 Nejčastější chronická onemocnění u klientů s pobytem v zařízeních nezdravotnického typu.....	12
1.3 Sestra v zařízení nezdravotnického typu.....	14
1.3.1 Ošetřovatelská péče všeobecné sestry v zařízení nezdravotnického typu	15
1.3.2 Ošetřovatelské postupy	18
1.3.3 Potřeby klientů	20
1.3.4 Dokumentace.....	21
1.3.5 Ošetřovatelská dokumentace	23
1.4 Supervize.....	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce.....	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 Metodika	28
3.1 Použité metody	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4 Výsledky	30
4.1 Struktura výzkumného souboru.....	30
4.2 Kategorizace dat.....	32
5 Diskuze	40
6 Závěr	45
7 Použitá literatura	47
8 Seznam příloh	54
8.1 Otázky k rozhovoru	55
9 Seznam zkratk	56

Úvod

Tato bakalářská práce bude zaměřena na problematiku práce sester v zařízení nezdravotnického typu. Poskytování ošetrovatelské péče klientům v zařízeních nezdravotnického typu všeobecnými sestrami bude stále velmi diskutovaným tématem, a to z mnoha důvodů. Jedním takovým důvodem bude fakt, že zařízení nezdravotnického typu, tedy sociální pobytová zařízení, nebudou mít povinnost poskytovat zdravotní službu, nicméně budou povinna tuto službu zajistit. Zařízení nezdravotnického typu budou poskytovat pouze ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Základní zdravotnické péče v těchto zařízeních se budou účastnit jen dvě skupiny pracovníků, a to lékařští pracovníci a nelékařští pracovníci, mezi které budeme samozřejmě řadit všeobecné sestry a fyzioterapeuty. Další důvodem bude financování a úhrada zdravotní péče. Velmi často zřizovatelé těchto zařízení snižují počet zdravotních pracovníků a nahrazují je méně finančně ohodnocenou skupinou pracovníků, a to pracovníky v sociálních službách. Jak uvádějí odborné zdroje, bez kvalitní odborné ošetrovatelské péče by nebyla tato služba komplexní a ucelená.

Bakalářská práce bude rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část této práce bude popisovat všeobecnou sestru v zařízeních nezdravotnického typu, její profesionální přípravu a ošetrovatelskou péči. Dále se budeme zabývat nejčastějšími onemocněními v zařízeních nezdravotnického typu a potřebami klientů. Zaměříme se na dva typy sociálních zařízení, a to na domov pro seniory a na domov se zvláštním režimem. Současně se budeme zabývat dokumentací a supervizí v těchto zařízeních.

Výzkumná část bude mapovat činnosti, které sestry vykonávají v zařízeních nezdravotnického typu, bude se zaměřovat na činnosti a harmonogram v zařízeních nezdravotnického typu.

1 Současný stav

1.1 Typy sociálních služeb

Dle zákona 108/2006 Sb., v platném znění, o sociálních službách, sociální služby poskytují sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci, v rámci sociální služby jsou poskytovány jako služby pobytové, ambulantní či terénní. Pobytové služby jsou služby spojené s ubytováním klientů v zařízeních sociálních služeb. Do zařízení sociálních služeb v rámci ambulantní služby klienti dochází nebo jsou doprovázeni či dopravováni, ale součástí této služby není ubytování. Terénní služby jsou naopak služby, které jsou poskytovány kvalifikovanými pracovníky u klientů v jejich přirozeném sociálním prostředí. Mezi zařízení sociálních služeb zákon 108/2006 Sb., v platném znění, o sociálních službách, řadí: domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení, azylové domy, centra denních služeb, sociální poradny, zařízení následné péče, centra sociálně rehabilitačních služeb, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra a zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, centra duševního zdraví, pracoviště rané péče, intervenční centra a kombinaci zařízení sociálních služeb, do kterých zařazujeme mezigenerační a integrovaná centra.

Malíková (2020) se ve své knize zabývá také problematikou zdravotní péče ve všech pobytových zařízeních. Pobytová zařízení mají povinnost zajistit poskytování zdravotní služby, ale nejsou povinni zdravotní službu poskytovat. Zdravotní péči jsou povinni poskytovat podle zákona č.86/1992 Sb., v platném znění, o péči o zdraví lidu, jen zdravotnická zařízení. Zdravotnické péče v sociálních zařízeních se účastní jen dvě skupiny pracovníků, a to lékaři a nelékařští zdravotníci, což jsou všeobecné sestry a fyzioterapeuti. Sociální zařízení dle zákona č. 108/2006, v platném znění, o sociálních službách, poskytují pouze ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Z tohoto důvodu nemusí být sociální zařízení registrováno jako zdravotnické zařízení.

V této práci si rozebereme dvě zařízení, která spadají pod sociální zařízení, a to domov se zvláštním režimem a domov pro seniory.

1.1.1 Domov se zvláštním režimem

Burda a Šolcová (2016) popisují domov se zvláštním režimem jako zařízení, které je určené pro osoby, které mají specifické potřeby. Prostředí, režim i personál, který zde

pracuje, musí být přizpůsobený potřebám, které jsou specifické, protože klienti, kteří jsou zde hospitalizováni, mají často různé typy demencí. Suchá a Holmerová (2017) o domově se zvláštním režimem píšou, že je to pobytová služba pro klienty se sníženou soběstačností, která je způsobena duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách, dále pro klienty s různými typy demence, jako je například Alzheimerova choroba, tedy pro klienty, jejichž situace si žádá stálou péči někoho druhého. A to právě v domovech, kde je tato péče přizpůsobená specifickým potřebám klientů (Suchá a Holmerová, 2017).

Na základě zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění, domovy se zvláštním režimem poskytují tyto základní činnosti: ubytování, poskytování stravy, dopomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí vhodných podmínek pro osobní hygienu, pomoc při běžných úkonech péče, kontakt se společenským prostředím, sociální, terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatnění práv zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Čechová (2019) uvádí, že v tomto zařízení je péče o klienty zajišťována kvalifikovaným a speciálně proškoleným personálem. Jelikož se jedná o sociální službu, lékař zde není trvale přítomen, avšak pravidelně do tohoto zařízení dochází. Vyšetření jinými odborníky zajišťuje dle potřeby. Pokud se jedná o akutní případy, klienti jsou překládáni na akutní zdravotnická lůžka. Ministerstvo práce a sociálních služeb (2021) uvádí, že tato služba je osobám poskytována za úhradu. Vyhláška 505/2006 Sb., v platném znění, stanovuje nejvyšší maximální cenu za poskytování sociálních služeb na 210 Kč na den za ubytování a 170 Kč za celodenní stravu.

1.1.2 Domov pro seniory

Burda a Šolcová (2016) popisují domov pro seniory, dříve taky nazýván jako domov důchodců, jako pobytovou celoroční službu, která je určena pro seniory, kteří potřebují částečnou nebo komplexní péči. Jde o klienty se sníženou soběstačností. Hauke et al. (2017) popisují domov pro seniory jako službu sloužící seniorům, kteří potřebují intenzivní pomoc a péči, která nelze zajistit v domácím prostředí rodinnými příslušníky nebo jiným druhem služeb sociální péče, a to i zdravotní péče. Některé domovy nejsou přizpůsobeny pro klienty s diagnostikovanou demencí, a proto je nepřijímají (Hauke et al., 2017). Kalvach et al. (2004) popisují domovy důchodců jako ústavní zařízení, která jsou řízena stanovenými provozními řády. Lidé jsou do domovů seniorů přijímáni

na základě podané žádosti. Péče je zde zajištěna jak sestrami, tak i lékaři, kteří jsou k dispozici výhradně přes den. Domov pro seniory může být státní, soukromý anebo církevní. Ve státních domovech pro seniory si pobyt, stravu a celkové služby klienti hradí. V soukromých domovech pro seniory jsou podmínky o něco lepší, avšak jsou také dražší. Církevní domovy pro seniory jsou zase oproti státním levnější (Kalvach, et al., 2004).

Podle Suché a Holmerové (2017) je hlavním cílem v těchto domovech vytvořit klientům důstojné a příjemné prostředí pro život ve stáří a také to, aby jim co nejvíce nahradil jejich dosavadní domácí prostředí. Tyto domovy nabízí i mnoho terapeutických a zájmových činností. Hlavním důvodem je, aby se klienti zapojovali do společenského prostředí i mimo domov pro seniory. Například účastí na kulturních akcích či pořádáním společenských akcí, samozřejmě to závisí na stavu, schopnosti a zájmu klientů. Dále Suchá a Holmerová (2017) do služeb těchto domovů zařazují pomoc při běžných denních činnostech, jako je dopomoc nebo úplná pomoc při osobní hygieně a sebeobsluze, podávání stravy, při kontaktu s jinými klienty a kontaktu s rodinami nebo při vyřizování osobních záležitostí. Toto tvrzení potvrzuje i zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění, služba domovů seniorů poskytuje ubytování, stravu, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, dále pomoc při osobní hygieně, nebo pomoc s poskytováním správných podmínek pro osobní hygienu, dále se jedná o poskytování aktivizační činnosti, terapeutické činnosti, kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách 2006).

1.2 Nejčastější chronická onemocnění u klientů s pobytem v zařízeních nezdravotnického typu

Jak již bylo výše naznačeno, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory poskytují péči klientům, kteří potřebují částečnou či komplexní péči a nejčastěji tito klienti trpí stařeckou, Alzheimerovou nebo jinou demencí. A právě klienti s tímto chronickým onemocněním se v těchto zařízeních nacházejí nejvíce. Mezi současný celosvětový trend se řadí prodlužování délky života, který sebou nese různé důsledky. Jedním významným důsledkem je také zvýšený výskyt demence (Šatková et al., 2021). Organicky podmíněné psychické poruchy jsou poruchy, které mají organickou etiologii. Dysfunkce jsou primární, a to, když je mozek přímo poškozen poraněním či nemocí.

Sekundární dysfunkce je, když následkem jsou extra cerebrální poruchy nebo onemocnění (Petr a Marková, 2014).

Demence je syndrom, který je charakterizovaný kognitivním a progresivním poklesem. Jedná se tedy o klinickou diagnózu, při které je klient závislý na druhých z důvodu úpadku kognitivity a progresivity a představuje odklon od dosavadní mentální funkce (Šáteková et al., 2021). Za vznik demence může až 60 různých chorob, kdy některé vyústí vždy v demenci a některé ne. Podle příčiny dělíme demenci na dvě skupiny: demence při atroficko-degenerativním onemocnění mozku a symptomatickou demenci. Atroficko-degenerativní změny jsou změny, při kterých dochází ke tvorbě a ukládání patologických bílkovin v buňkách mozku, jedná se o beta-amyloidy a tau-proteiny, což vede ke snižování tvorby a uvolňování neurotransmiterů, poruchám buněk a jejich následnému zániku (Petr a Marková, 2014).

Nejznámější typem je demence u Alzheimerovy choroby, dále sem řadíme i demence s Lewyho tělísky a demence Parkinsonovy choroby či Huntingtonovy choroby. Symptomatická demence vzniká při systémových onemocněních, nádorových onemocněních, intoxikaci, metabolické poruše, hypoxii nebo při srdečním selhání. Nejrozšířenější skupinu tvoří vaskulární demence, při které je porušeno cévní zásobení mozku, například při častých drobných infarktech. Demence se řadí mezi nejčastější onemocnění. Hlavním rizikovým faktorem je věk (Petr a Marková, 2014). Mezi základní kognitivní a behaviorální příznaky demence patří ztráta paměti, dezorientace, porucha komunikačních schopností, dysartrie, agnózie, apraxie, narušení úsudku a plánování, agrese, narušení výkonné funkce. Mezi emoční příznaky patří apatie, emoční plochost, projevy silného smíchu nebo pláče, halucinace, neklid, strach (Šáteková et al., 2021). Dle Frankové (2016) prvním předpokladem správné léčby je správná a včasná diagnóza a rozpoznání příznaků, nejlépe v iniciálním stadiu onemocnění.

Podle České alzheimerovské společnosti (2015) Alzheimerova demence je nejčastěji vyskytující se typ demence u klientů, představuje až 60 % všech demencí. To potvrzují i ve své knize Šáteková et al. (2017). Podle dostupných poznatků je Alzheimerova demence progresivní a degenerativní onemocnění mozku, které způsobují fyzické a duševní úpadky, které vedou postupně až k smrti (Korábečný et al., 2020). Podle Slezákové et al. (2007) jednoznačná příčina, proč člověk onemocní touto chorobou, neexistuje, ale existují rizikové faktory, které avšak nezpůsobí onemocnění samostatně.

Slezáková et al. (2007) mezi rizikové faktory zařazuje věk, kouření, alkohol, poranění hlavy, deprese, pohlaví – ženy jsou ohroženy více než muži, ostatní onemocnění, jako je hypertenze, diabetes mellitus, srdeční onemocnění. Prvotními příznaky Alzheimerovy choroby jsou malé změny chování, postižený má potíže s krátkodobou pamětí. Korábečný et al. (2020) popisují, že postižený má problém se zapamatováním, myšlením, chápáním, komunikací, s učením, počítáním, rozhodováním se a zapomíná jednoduché úkony, které dříve prováděl bez problému. Obtížně kontroluje své emoce a chování. Alzheimerova choroba nejvíce ovlivňuje mentální schopnosti (Korábečný et al., 2020). Jak napsali Korábečný et al. (2020), ztráta paměti má rychlý a progresivní charakter, který má rychlý spád. Postižený ztrácí chápání a neví co mu kdo říká, co sám dělá a ztrácí i orientaci ve známém prostředí. Nakonec postižený zapomene celou svoji minulost a přestává poznávat i svou nejbližší rodinu. Podle Vavrušové (2012) Alzheimerova choroba má svůj specifický obraz změn v neuropatologii a nejčastěji končí smrtí, dle ní je to jedna z primárních příčin ukončení života. Onemocnění jako je Alzheimerova choroba dle Vavrušové (2012) představuje obrovskou zátěž a je ničitelem života jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu a příbuzné. Podle odhadu české Alzheimerové společnosti je v České republice 150 000 lidí s demencí, ale jen část z těchto lidí je správně diagnostikována a léčena. (Franková, 2016).

1.3 Sestra v zařízení nezdravotnického typu

Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, kdy jejím cílem je udržení, podpora, obnovení zdraví a uspokojení biologických, psychických a sociálních potřeb. Dále se podílí na spolupráci s lékařem na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní a neodkladné péči (Národní zdravotnický informační portál, 2024). V těchto typech zařízení, tedy v pobytových zařízeních se jedná o kategorii sestra v sociálních službách. Tato sestra je nelékařský zdravotnický pracovník. Je podřízená vrchní sestře a nadřízená pracovníkům sociálních služeb. V zařízení spolupracuje s řadou nelékařských pracovníků, jako jsou například fyzioterapeuti, ergoterapeuti nebo aktivizační sestry (Malíková, 2020). Plevová et al. (2018) ji popisují jako stále více rovnocennou členku zdravotnického týmu, která je schopná samostatné práce v oblasti svého působení. Všechny profesionální činnosti vykonává v souladu s legislativou, a především podle zákona č.96/2004 Sb. v platném znění, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících z poskytování zdravotní péče o změně některých souvisejících zákonů, zákon

o nelékařských zdravotnických povoláních. (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění, o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004).

Jak shrnula Malíková (2020), kvalifikační požadavky, které sestra musí splňovat, pokud chce nastoupit do některého zařízení nezdravotnického typu, jsou následovné. Sestra úspěšně absolvuje střední odborné vzdělání, a to obor všeobecná sestra, které je ukončené maturitou. Dále je možnost absolvování vyšší odborné školy v oboru všeobecná sestra, které je ukončené absolutoriem. Také je možná pomaturitní specializace zaměřená na ošetrovatelství v gerontologii, které je ukončena závěrečnou specializační zkouškou. A neposlední řadě je možnost absolvovat vysokou školu s titulem bakalář nebo magistr v oboru ošetrovatelství nebo ošetrovatelská péče v gerontologii, které jsou ukončeny státní závěrečnou zkouškou (Malíková, 2020).

Brůha a Prošková (2011) popisují celoživotní vzdělávání sester. Celoživotní vzdělávání sester je povinností všech sester, rozumí se tím prohlubování kvalifikace. Znamená to průběžné prohlubování, obnovování, zvyšování a doplňování vědomostí, způsobilostí a dovedností zdravotnických pracovníků v souladu s nejnovějšími poznatky. Hlavní důležitostí pro celoživotní vzdělávání je získávání nových znalostí a zkušeností sester, které následně aplikují do ošetrovatelské praxe a zvyšují kvalitu péče o klienty (Brůha a Prošková, 2011).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky nabízí vzdělávací program pro nelékařské zdravotníky specializačního vzdělávacího oboru Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v geriatrii. Cílem specializačního vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v geriatrii je získání specializované způsobilosti a odbornosti Sestra pro péči v geriatrii. Všeobecným sestřím, které se rozhodnou specializovat v tomto oboru, se dostane potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků na týmovou spolupráci a schopnosti pro samostatné rozhodování pro činnosti, které jsou stanoveny platnými právními předpisy (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

1.3.1 Ošetrovatelská péče všeobecné sestry v zařízení nezdravotnického typu

Bez kvalitní, odborné, kontinuální a systematické ošetrovatelské péče v uceleném rozsahu by nebylo možné poskytovat klientům v bytových zařízeních sociálních

služeb. Ošetrovatelská péče klientům je zajištěna sestrami v rámci zásad ošetrovatelského procesu se zohledněním na specifickou odlišnost geriatrického ošetrovatelství (Malíková, 2020). Burda a Šolcová (2015) vypisují hlavní cíle ošetrovatelského procesu, do kterých zařazují prevenci, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb klienta. Podle nich ošetrovatelský proces řadíme mezi hlavní metodu práce ošetrovatelského týmu. Kelnarová et al. (2015) popisují ošetrovatelský proces jako systematický, logický přístup k ucelené péči o klienty.

Celý samotný ošetrovatelský proces má pět fází. První fázi ošetrovatelského procesu Tóthová et al. (2014) popisuje jako zhodnocení celkového stavu klienta a tím zahajuje ošetrovatelský proces. Tuto fázi nazýváme zhodnocení stavu klienta neboli ošetrovatelská anamnéza. V této fázi se sestra dozví všechny základní informace, které jsou potřebné pro efektivní naplánování péče. V této fázi je důležité zaznamenat všechny údaje, v případě vynechání některých údajů by nemohl být vypracován odpovídající plán péče v souladu s potřebami klienta. Burda a Šolcová (2015) ještě dodávají, že anamnéza se vykonává pozorováním a rozhovorem. Pokud klientovi jeho zdravotní stav neumožňuje komunikaci, potom sestra čerpá informace z předchozí dokumentace, od rodiny apod. Většinu anamnézy sestra zjistí a zpracuje do 24 hodin od přijetí do zařízení. Druhou fází ošetrovatelského procesu nazýváme ošetrovatelská diagnóza. Tato fáze podle Kelnarové et al. (2015) zahrnuje určení problémů neboli potřeb klienta, vytýčení priorit ošetrovatelské péče a určení ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelská diagnóza obsahuje podle Burdy a Šolcové (2015) určení problému kompetentní sestrou (tedy všeobecnou) a pojmenování problémů podle sesterské terminologie. Problémy dělíme na aktuální, do kterých řadíme např. bolest, poruchy spánku a další, a na potencionální. To jsou problémy, které by mohly nastat vlivem nějakého rizika jako, je např. riziko pádu, riziko vzniku dekubitů nebo riziko dehydratace. Naproti tomu Tóthová et al. (2014) dělí ošetrovatelskou diagnózu na dvousložkovou nebo tříložkovou. První složka jsou problémy, druhá složka jsou vyvolávající nebo související faktory problému a třetí složka jsou znaky a příznaky. K tomu, aby diagnóza byla správně určena, sestra potřebuje určité znalosti dovednosti a zkušenosti. Pokud je diagnóza správně určena vede to k uspokojení potřeb klienta a zlehčení komunikace mezi ošetrovatelským týmem. Třetí fáze ošetrovatelského procesu se nazývá ošetrovatelský plán, tedy plánování. Zde si určíme cíle ošetrovatelské péče, určíme si ošetrovatelské intervence a seřadíme intervence podle důležitosti (Kelnarová et al., 2015). Burda a Šolcová (2015) dodávají, že přehledný

ošetřovatelský plán, vede k dosažení cílů klienta společně se zdravotnickým personálem, může to být např. snížení bolesti nebo minimalizace rizika pádu. Zdůrazňují, že všechny stanovené intervence musí být dosažitelné. Čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu je nazývána jako realizace ošetřovatelského plánů nebo intervencí. Tóthová et al. (2014) píše, že zde v této fázi dochází k realizaci ošetřovatelských intervencí, které jsou naplánovány v ošetřovatelském plánu. Kelnarová et al. (2015) ještě doplňuje, že v této fázi je důležitá souhra jednotlivých postupů. Podle Burdy a Šolcové (2015) musí být pacient seznámen s ošetřovatelským plánem, cílem a intervencemi, které byly sestrami stanoveny. Všechny provedené intervence musí být zapsány do ošetřovatelské dokumentace. V páté fázi ošetřovatelského procesu hodnotíme realizaci ošetřovatelského plánu. V této fázi hodnotíme dosažené cíle, porovnáváme stav klienta před určením ošetřovatelských intervencí a po nich. Pokud jsme cíle nedosáhli je nutné, aby sestry provedly analýzu celého ošetřovatelského procesu a jeho fází. Pokud jsme cíle dosáhly je nutné, aby sestra zhodnotila, zda je problém trvale vyřešen, nebo by se mělo v intervencích dále pokračovat. Intervaly hodnocení dosažení cílů závisí na tom, zda jsou cíle dlouhodobé nebo krátkodobé.

Kompetence sestry udává vyhláška 55/2012 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Ta umožňuje všeobecným sestram vykonávat činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s lékařem stanovenou diagnózou a zajišťuje základní nebo specializovanou ošetřovatelskou péči pomocí ošetřovatelského procesu. Vyhláška 55/2012 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, umožňuje vyhodnocovat potřeby klientů, rizikové faktory a soběstačnost klientů pomocí měřících technik, zejména se jedná o testy soběstačnosti, rizika vzniku dekubitů, hodnocení bolesti, stavu vědomí, kognitivních funkcí a stavu výživy. Dále tato vyhláška umožňuje sestře sledovat a hodnotit fyziologické funkce, získávat anamnézu, zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu, odsávat sekrety z horních cest dýchacích a z tracheostomických kanyl, hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže, pečovat o zavedené močové katétry, provádět rehabilitační ošetřování zejména polohování a posazování, edukovat klienty, zajišťovat činnosti spojené s přijetím, překladem či propuštěním klienta, manipulovat a ukládat léčivé přípravky i zdravotnické potřeby, zároveň zajišťuje jejich dostatečnou zásobu, doporučuje vhodné zdravotnické prostředky pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci. Dále umožňuje provádět výměnu močového katétru u žen,

provádět výměnu periferního žilního katétru u klientů včetně jeho odstranění (Vyhláška 55/2012 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

1.3.2 Ošetrovatelské postupy

Sestry tvoří největší skupinu pracovníků ve zdravotnictví. Jejich hlavním cílem je provádět správné ošetrovatelské procesy, aby zabránily poškození klienta, kdy se může zhoršit zdravotní stav klienta, snížit kvalita života klienta (klienti mohou být nedůvěřiví a mít strach), tak i poškození poskytovatele péče, kdy může dojít ke zvýšení finančních nákladů a tím například ke snížení prestiže ošetrovatelské profese (Doležalová et al., 2022).

Do ošetrovatelských postupů řadíme mnoho výkonů, u kterých je důležité vědět přesný postupy vykonávání. Vytejčková et al. (2011) v první řadě zmiňují organizaci práce sester, vizity a úkoly sester, v další řadě zmiňují příjem klienta, překlad nebo jeho propuštění, důvody k hospitalizaci, druhy příjmů a dokumentaci. Doležalová et al. (2022) dále zmiňují bariérovou ošetrovatelskou péči, do které se hlavně řadí prevence vzniku infekcí a s tím spojené výkony, jako je péče o čistotu, manipulace s čistým a špinavým prádlem, výběr vhodných pomůcek na ošetrování klienta a péče o pomůcky, dezinfekce a sterilizace, třídění odpadů, ochranné pomůcky a ochranná opatření v péči o infekčního klienta a hygienickou péči o ruce.

Vytejčková et al. (2011) a Doležalová et al. (2022) se dále shodují v hygienické péči o klienta a péči o lůžko. Do hygienické péče o klienta řadí hygienickou péči o klienta na lůžku, ve sprše či v pojízdné vaně, dále péči o kůži, o opruzeniny a ochranné či léčebné prostředky na kůži, péči o dutinu ústní, holení vousů, hygienickou péči při vyprazdňování a péči o inkontinentní klienty a s tím spojené používání inkontinenčních pomůcek a pomůcek, které se používají při vyprazdňování, a péči o osobní prádlo. Dále Doležalová et al. (2022) zmiňují imobilizační syndrom, sestra musí znát, jak hodnotit mobilitu klienta a rizika pádů u klienta, dále polohování, které sestry provádí každý den a v pravidelných intervalech, a používání polohovacích pomůcek, péči o dekubity, hodnocení dekubitů a léčbu dekubitů.

Dále Vytejčková et al. (2013) popisují sledování vyprazdňování moči a stolice. Sestra u moči sleduje barvu, zápach, příměsi, konzistenci, dále jaké možnosti má klient

při vyprazdňování pomocí pomůcek, dále sestra zavádí permanentní močový katétr a pečuje o něj nebo o jednorázovou katetrizaci. U stolice sestra sleduje barvu, konzistenci, zápach, příměsi a množství. Pomoc při vyprazdňování stolice nám může zajistit klyisma, což je vpravení tekutiny přes řitní otvor do tlustého střeva. Další možnost, jak vyprázdnit stolicí je pomocí stomie. Stomie je chirurgické vytvoření umělého vývodu dutého orgánu na povrch těla. Důležitá je péče o stomii.

Sestra dále monitoruje fyziologické funkce a provádí základní fyzikální vyšetření. Plevová a Kachlová (2022) řadí mezi základní vyšetření anamnézu což je souhrn všech údajů klienta, dále sem zařazuje pohled, pohmat, poklep, poslech, čich a vyšetření per rektum. Mezi měření fyziologických funkcí řadí měření tělesné teploty, pulzu, dechu, vědomí a krevního tlaku (Plevová a Kachlová., 2022).

Veškeré podávání léků spadá pod vyhlášku č. 254/2013 Sb. Dle Doležalové et al. (2022) má sestra povinnost:

- znát názvy léků, formy, způsoby a zásady při podávání léků ústy, rektálně, přes kůži, do ucha, do oka, do nosu, do pochvy
- znát aplikaci léků subkutánně, jako jsou například inzulíny a antikoagulancia, intradermálně, intramuskulárně, intravenózně a léky podávané inhalačně
- znát účinky a nežádoucí účinky léků, indikace a kontraindikace
- provádět záznamy v dokumentaci, edukovat klienta o možných nežádoucích účincích a je povinna dodržovat indikaci léků od lékaře-dávku, formu i čas podání
- znát zásady při skladování léků
- znát infuzní terapii, infuzní roztoky a pomůcky používané při infuzní terapii
- znát zásady při podávání kyslíku a péče o tracheostomickou kanylu (při péči o dýchací cesty u klienta je důležité odsávání sekretů a oxygenoterapie) (Doležalová et al., 2022)

Do odběrů biologického materiálu Vytejková et al. (2013) řadí:

- odběry krve, moče, stolice
- odběry z dýchacích cest jako je sputum a výtěry z dýchacích cest
- odběry z chorobných ložisek a ran a ostatní biologický materiál, jako je mozkomíšní mok, bioptický materiál, pot, plodová voda, zvratky a žaludeční a duodenální obsah

Dále musíme znát druhy vyšetření mezi, které řadí biochemické, hematologické, imunologické, sérologické, mikrobiologické, histologické a genetické vyšetření.

Při péči o zavedený periferní žilní katétr je důležité, aby sestra znala indikaci, výhody a nevýhody, vhodná místa vpichu, pomůcky, postupy, zásady, možné komplikace a odstranění.

Při péči o rány je důležité, aby sestra znala faktory ovlivňující hojení ran, rozdíly mezi vlhkým a suchým hojení ran, co všechno obsahuje převazový vozík, jaké jsou základní chirurgické nástroje, obvazovou techniku a správné postupy při ošetřování a promazávání ran (Doležalová et al., 2022).

1.3.3 Potřeby klientů

Uspokojení nebo neuspokojení potřeb je téma, které je v odborné literatuře převážně spojeno s kvalitou života. Důležitá je správná identifikace a následné uspokojení potřeb způsobem, které ovlivní prožívání stáří. Obecně můžeme potřebu charakterizovat jako projev nedostatku nebo chybění něčeho, kdy je jeho odstranění žádoucí (Příbyl, 2015). Podle Maslowa členíme potřeby na základě hierarchie potřeb. Maslow dělí potřeby do dvou hlavních skupin, první skupina – zahrnuje potřeby nedostatku (deficitu) a jsou označovány jako D-potřeby, druhá skupina jsou potřeby spojené s bytím člověka, ty jsou označovány jako B-potřeby (Trachtová et al., 2018). Naproti tomu Mlýnková (2011) dělí potřeby klientů také podle Maslowa, ale na fyziologické, vyšší a duchovní potřeby.

Mezi fyziologické potřeby řadí Vostrý et al. (2021) hlavně nutriční vyváženost stravy. Mlýnková (2011) dodává, aby se nezapomínalo na přípravu chutné stravy, jelikož ve stáří se mění chuť, což je důsledkem ubývání chuťových pohárků. Dále Vostrý et al. (2021) zmiňují další potřebu, tou je potřeba vyprazdňování, která bývá pro seniory problematická. Dále senioři potřebují mít zajištěné teplo a vhodné prostředí, mají větší potřebu spánku a odpočinku jak v noci, tak i přes den. Mezi velmi důležitou potřebu se řadí potřeba být bez bolesti. Naproti tomu některé potřeby ustupují do ústraní, a to je podle Mlýnkové (2011) potřeba příjmu tekutin, jelikož senioři postupem času mají snížený pocit žízně. Tuto informaci potvrzují i Vostrý et al. (2021) a přidávají další potřeby, které mají nižší prioritu pro klienty se sníženou soběstačností. Mezi tyto potřeby zařazují sexuální potřebu, potřebu čistého lůžka nebo hygienickou potřebu, avšak nesmíme zapomenout, že rozsah potřeb je stále velmi individuální.

Mezi vyšší potřeby Vostrý et al. (2021) řadí především potřebu jistoty a bezpečí, a to i ekonomickou jistotu. Mlýnková (2011) doplňuje, že senioři se často nemohou smířit

s tím, že budou závislí na pomoci druhé osoby. Často se jejich nejistota dostaví v případech, kdy nemají přehled o svém zdravotním stavu či plánovaných vyšetřeních, nebo ošetřeních proto je velmi důležitá trpělivost při vysvětlování, a je velmi důležité, aby senioři tyto informace měli. Často dle Vostřého et al. (2021) bývá špatně uspokojena potřeba sociální komunikace, a to z důvodu ubývání přátel či úmrtí partnera. Velmi důležitá je i potřeba seberealizace, uznání sama sebe a uznání ostatních. Intelektuální potřeby se dají podporovat různými způsoby, a to prostřednictvím univerzit třetího věku či jinými vzdělávacími kurzy.

Duchovní potřeby jsou dle Mlýnkové (2011) v závěrečné fázi života velmi důležité. Senioři hodnotí a přemítají nad svým dosavadním životem a přemýšlí, jestli splnili a dosáhli všeho co měli za cíl. Duchovní potřeby hodnotí Vostrý et al. (2021) za méně často uspokojené potřeby, jelikož personál nemůže nahradit duchovního, avšak může na žádost klienta duchovního do zařízení pozvat. Do duchovních potřeb řadíme i potřebu sounáležitosti, smyslu života a důvěru.

Tomanglová et al. (2008) dělí potřeby na biologické, sociální a psychické. Příbyl (2015) dělí potřeby podle důležitosti zachování života, a to na lidské potřeby nižší a vyšší. Do nižších potřeb zařazuje potřeby primární, biogenní, fyziologické a viscerogenní. Tyto potřeby člověka motivují, aby se o své tělo staral z hlediska fyziologického, pokud bude docházet k neuspokojování těchto potřeb, tak člověk nemůže dlouho žít. Do vyšších potřeb zařazuje Příbyl (2015) potřeby sekundární, psychogenní, sociogenní a psychologické. Do těchto potřeb zahrnuje potřeby uznání, seberealizace a sounáležitosti. Tyto potřeby jsou získané a naučené. Jedinec vyžaduje od druhých společnost a má potřebu s nimi komunikovat a mít uplatnění ve společnosti. Uspokojování těchto vyšších potřeb je dlouhodobý proces, ale tyto potřeby jsou právě podílející se na vytváření osobnosti a individuality člověka.

1.3.4 Dokumentace

Zdravotnická dokumentace je ucelený spis, kam se zapisují všechny informace o zdravotním stavu klienta a o průběhu léčby (Národní zdravotnický informační portál, 2024). Tóthová et al. (2014) popisují, že v každém zdravotnickém zařízení je povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, tuto povinnost ukládá legislativa, která je platná v České republice. Zdravotnickou dokumentaci můžeme definovat jako interakci mezi zdravotníkem, klientem, rodinou klienta a zdravotnickou organizací. Zdravotnická

dokumentace dále slouží jako pracovní nástroj ošetřujícího personálu, tedy lékaře a sestry. Jedná se o materiály, které poskytují důležité informace, které umožňují v případech stanovených zákonem informovat příslušné subjekty o zdravotním stavu klienta nebo slouží jako podklady pro zvláštní předpisy, jako je například znalecký posudek. Ve zdravotnických dokumentacích jsou zahrnuty jak lékařské záznamy, tak i nelékařské záznamy, tedy ošetrovatelská dokumentace. Povinností zdravotnického zařízení je vést dokumentaci legislativně, tedy její obsah, forma, způsob zápisu i oprav a uchovávání či nahlížení do dokumentace musí být legislativní. Zdravotnická dokumentace musí být uložena na určitém místě, kde bude tvořit celek, který bude sloužit jako doklad o léčebné a ošetrovatelské péči klienta. Rabelo-Silva et al. (2016) popisují systémy, které mohou zlepšit kvality ošetrovatelských záznamů, tyto záznamy mohou umožnit spojitost péče, písemnou komunikaci, a hlavně zvýšit bezpečnost pro klienty i zdravotnický personál. Tyto systémy jsou standardizované pro výuku, výzkum či péči o klienty, které používají sestry po celém světě.

Dokumentace je zpravidla vedena v papírové formě, ale může být i v elektronické nebo v kombinaci obou forem. Mezi právní dokumenty, který se týkají zdravotnické dokumentace, se řadí zákon č. 111/2007 Sb., v platném znění, o péči o zdraví lidu, zákon č. 372/2011 Sb., v platném znění, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a v neposlední řadě vyhláška č.98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. Na základě vyhlášky č. 98/2012 Sb., v platném znění, zdravotnická dokumentace s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb obsahuje údaje o zdravotním stavu klienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb klientovi (Vyhláška č. 98/2012 Sb., vyhláška o zdravotnické dokumentaci, 2012). Dle vyhlášky č. 98/2012 Sb., v platném znění, zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikační údaje poskytovatele, do kterých zařazujeme jméno či jména a příjmení poskytovatele, adresu místa, kde se poskytuje zdravotní služba, pokud se jedná o fyzickou osobu. Zdali se jedná o firmu, dokumentace taktéž obsahuje název a adresu místa podnikání. Dále dokumentace obsahuje identifikační číslo osoby, zdali bylo přiděleno, a název oddělení nebo části zdravotnického zařízení.

Dále dle vyhlášky 98/2012 Sb., v platném znění, zdravotnická dokumentace obsahuje identifikační a kontaktní údaje klienta. Do kterých se řadí jméno nebo jména a příjmení klienta, datum narození, rodné číslo a kód zdravotní pojišťovny. Dále je zde uvedená

adresa trvalého bydliště na území České republiky, jedná-li se o cizince, tak místo hlášeného pobytu na území České republiky, a pokud se jedná o osobu bez trvalého pobytu na území České republiky, tak adresu bydliště mimo území České republiky a telefonní číslo. Dále se zde uvádí pohlaví klienta, je-li určeno. Dále jméno a příjmení a podpis zdravotníka nebo jiného odborného pracovníka, který provede zápis do zdravotnické dokumentace. Při zápisu do zdravotnické dokumentace musí být zapsáno mimo jiné i datum a čas zápisu, informace o průběhu či výsledcích poskytovaných služeb. Dokumentace informuje i o svéprávnosti klienta, kontaktních údajích zákonného zástupce, kontaktních údajích praktického lékaře, dále obsahuje informace o postižení klienta či o zvláštních pomůckách, které klient používá.

V další části vyhlášky 98/2012 Sb., v platném znění, jsou vypsány informace, jako jsou:

- konečné diagnózy
- záznamy o aktuálním vývoji zdravotního stavu
- záznamy o předepsaných léčivých přípravcích
- záznamy o příkazu ke zdravotnické přepravě
- nutriční a rehabilitační záznamy
- záznam o provedení ošetrovatelské péče
- záznamy o očkování
- písemné souhlasy o poskytnutí zdravotnické péče
- záznamy o odmítnutí zdravotnické péče
- záznamy o použití omezovacích prostředků vůči klientovi
- lékařské posudky
- výsledky vyšetření
- souhrn informací o průběhu vyšetření
- záznamy o ohlášení infekčních onemocnění
- překladové a propouštěcí zprávy a další

1.3.5 Ošetrovatelská dokumentace

Tóthová et al. (2014) mimo jiné popisují i důležitost ošetrovatelské dokumentace, do které řadí písemné, grafické či jiné záznamy sester. Ošetrovatelská dokumentace musí být vedena kvalitně a pečlivě. Je-li vedena správně, je to důkaz, že je péče o klienta

vedena komplexně metodou ošetrovatelského procesu. Mlýnková (2017) vyzdvihuje význam vedení dokumentace a popisuje dokumentaci jako velmi hodnotný zdroj v informovanosti o klientovi, dočteme se zde o problémech, postupech a cílech ošetrovatelské péče, jsou zde i napsány pokroky a výsledky péče. Ošetrovatelská dokumentace dále podporuje koordinaci péče a umožňuje poskytnout informace o klientovi v případě překladu, kdy ukazuje chronologický postup poskytované ošetrovatelské péče. Tóthová et al. (2014) poukazují na cíle ošetrovatelské dokumentace, těmi jsou získání informací o klientovi z ošetrovatelského hlediska, vývoj jeho stavu a zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Základní strukturu ošetrovatelské dokumentace uvádí Koncepce ošetrovatelství České republiky. Vytejková et al. (2011) mezi cíle při vedení ošetrovatelské dokumentace zařazují souvislou péči o konkrétního klienta, přesné popsání poskytování a plánování ošetrovatelské péče, informovanost mezi členy zdravotnického týmu, právní ochranu klienta, zdravotníků a celého zařízení, dále slouží jako kontrola poskytované péče např. při auditech i využití dokumentace jako podklady při výuce či výzkumech.

Ošetrovatelská dokumentace dle Mlýnkové (2017) obsahuje tři základní složky, a to ošetrovatelský záznam, plán ošetrovatelské péče a propouštěcí zprávu. Ošetrovatelský záznam obsahuje nejdůležitější informace o klientovi. Patří sem: ošetrovatelská anamnéza, subjektivní hodnocení sestrou a objektivní hodnocení pomocí testovacích metod. Tóthová et al. (2014) vypisují, že ošetrovatelská anamnéza obsahuje základní údaje o klientovi z ošetrovatelského hlediska, dále jeho bio-psycho-sociální stav a souhrnné hodnocení sestrou. Mlýnková (2017) hodnocení klienta provádí na základě zjištěných, shromážděných a utříděných informací, které stanoví ošetrovatelskou péči. Zhodnocení slouží sestram k rozhodování, jak a kdy řešit problém. Je žádoucí konzultace s dalšími členy ošetrovatelské péče, s klientem a jeho rodinou. Pro objektivní hodnocení klienta sestram pomáhají hodnotící měřicí techniky, který zahrnují např. zhodnocení bolesti pomocí škály bolesti a map bolesti, hodnocení rizika vzniku dekubitů. Dále sestra podle Mlýnkové (2017) hodnotí soběstačnost klienta, k tomu používá *Barthelovův test základních všedních činností (ADL)* a *Test instrumentálních všedních činností (IADL)*. Sestra hodnotí klienta ve všedních činnostech. Jsou to činnosti, které pokud nejsou zajištěny, není možná samostatnost klienta. Na konci každého testu je vždy bodové hodnocení. Na hodnocení orientace, paměti, pozornosti, mluvené či psané řeči a schopnosti namalovat podle předlohy používá sestra *Test kognitivních funkcí (MMSE)*.

Pro hodnocení vědomí sestra používá škálu, která se nazývá *Glasgowská stupnice bezvědomí (GCS)*, hodnotí zde otevírání očí, slovní odpověď a motorickou reakci.

Vytejčková et al. (2011) také mimo jiné popisují, co má obsahovat ošetrovatelská dokumentace. Podle nich je to anamnéza klienta, plán ošetrovatelské péče, záznamy o provedených výkonech, záznamy o bolesti, záznam o péči o chronické rány, překladová či propouštěcí ošetrovatelská zpráva nebo edukační záznam.

1.4 Supervize

Pokud bychom toto slovo chtěli přeložit, musíme nejprve vyjít z rozložení slov latinských *super* a *videre*. Latinsko-český slovník překládá slovo *super* jako nahoře nebo navrchu a slovo *videre* jako znáti nebo viděti. Pokud bychom si chtěli slovo supervize doslova přeložit, vyšlo by nám dohled, dozor nebo nadhled (Horák, 2022). Dle Venglářové et al. (2013) je supervize proces, při kterém se sejde jednotlivec nebo skupina pracovníků se supervizorem. Hlavním údělem supervize je rozvoj profesionality u pracovníků. Zaměřuje se zejména na oblasti v rozšiřování dovedností a učení se novým dovednostem, na pomoc při řešení těžko řešitelných případů, zvládnání situací, jak emočně náročných, tak i stresových a vzdělávání hlavně u studentů nebo nově příchozích pracovníků. Obsahem celého rozhovoru jsou během pořádané supervize situace, které pracovníci zažívají během své praxe (Venglářová et al., 2013). Místo pro supervizi si musí jak organizace, tak supervizor určit. Supervize může probíhat na pracovišti organizace, na pracovišti supervizora nebo online (Horák, 2022).

Šimek (2004) popisuje ve své knize podstatné znaky dobré a špatné supervize. Mezi dobré znaky supervize zařazuje, když si supervizor se supervidovaným vytvoří mezi sebou dobrý vztah, vytvoří si bezpečné místo, kde se podporují, dále si stanoví dobrý kontrakt, podávají si nové informace a podněty, v neposlední řadě vědomou práci s etickými problémy a normami. Mezi špatné znaky supervize Šimek (2004) zařazuje zahanbování, ponižování či kritizování, špatně vytvořený vztah mezi supervizorem a supervidovaným, nedodržení hranice supervize před terapií, nekompetentnost supervizora, nejasný kontrakt či špatné načasování intervencí.

Dle Horáka (2022) lze formy supervize rozdělit do dvou skupin, a to na nepřímou supervizi a přímou supervizi. Nepřímá supervize je taková forma, kdy supervizovaný pracovník hovoří o tématech, která má zájem sdílet se svým supervizorem. Jedná se tedy

o vyprávění práce s příběhem a úhlem pohledu supervidovaného (Horák, 2022). Podle Horáka (2022) zde musí mít supervidovaný na paměti, že supervizor nemůže přímo odpovědět na všechny otázky, jelikož nevidí supervidovaného při práci. Tato forma supervize je nejčastější, a to z důvodu, že supervidovaný si může vybrat, o čem budou hovořit a může se cítit více v bezpečí. Má i své nevýhody, například, že supervizor nevidí pracovníky jak individuálně, tak ani v týmu pracovat a mohou mu uniknout důležité informace, které jsou potřebné ke zrealizování kvalitní supervize (Horák, 2022). Přímá supervize má výhodu v tom, že supervizor má možnost pozorovat pracovníky při práci s klienty. Má možnost sledovat celý proces a může poskytnout zpětnou vazbu, nebo zodpovědět otázky supervidovanému. Tato forma je méně častá a méně oblíbená, jelikož supervizor supervidované sleduje přímo při práci s klienty a vyžaduje to mnoho odvahy. Na druhou stranu je tato forma velmi přínosná jak profesně, tak i osobně. Je zde i možnost pořídít záznamy při práci s klienty, kdy tyto videonahrávky nebo audionahrávky mohou být použity ke konzultacím při supervizi (Horák, 2022).

Venglářová et al. (2013) popisují supervizora jako kvalifikovaného odborníka. Většinou se jedná o profesionála v oblastech pomáhajících profesí, jako je například psycholog, učitel, specializovaný pedagog, nebo sociální pracovník, který se dlouhodobě věnuje oblastem práce s lidmi, vedení týmu, častým znakem je i jeho vzdělání v psychoterapii. Hlavním úkolem supervizora je pomoci pracovníkům v práci s reflexí i sebereflexí. Často se během supervize probírají i nepříjemné pocity, které se dějí při každodenní práci s klienty. Supervizor není oprávněn k provádění změn na daném pracovišti. Venglářová et al. (2022) také podotýkají, že supervizor zatím neexistuje jako profese, tudíž nejsou jasně dané podmínky vzdělání. Vzdělání v tomto oboru lze získat výcvikem v supervizi. Před celým vstupem do výcviku je požadována dlouholetá praxe a to minimálně 13 let v oboru psychoterapeutického vzdělání, které je nápomocno v práci se sebereflexí. Dále je velice nutná praxe při vedení lidí. Pokud uchazeč splní všechny podmínky, je zařazen do čtyřletého výcviku, kdy na jeho konci musí úspěšně složit zkoušku a dostane certifikát k provádění supervize (Venglářová et al., 2013). Horák (2022) konstatuje, že dobrý supervizor je vzorem pro pracovníky. Jeho dovednosti mohou být často inspirací pracovníkům při práci s klienty, ale i s kolegy. Příkladem dovedností může například být dovednost navázat důvěryhodný vztah a zvládnout obtížné situace, které mohou nastat při supervizi, nebo dovednost držet se tématu rozhovoru (Horák, 2022).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit činnosti, které vykonává sestra v zařízení nezdravotnického typu.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké činnosti vykonávají sestry v zařízení nezdravotnického typu?

Jaký je harmonogram práce sester v zařízení nezdravotnického typu?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro empirickou část této bakalářské práce byla vybrána kvalitativní strategie – metoda dotazování. Pro techniku sběru dat jsme zvolili polostrukturované rozhovory, které byly provedeny sestrami pracujícími v domově se zvláštním režimem a domově pro seniory. Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získání komplexních a podrobných informací o zkoumaném jevu. U polostrukturovaného rozhovoru se jedná o kvalitativní přístup, kdy jsou všem informantům pokládány stejné otázky ve stejném pořadí (Švaříček a Šed'ová, 2014).

Výzkum probíhal ve dvou vybraných zařízeních nezdravotnického typu. A to po domluvě s vrchní sestrou a vedoucí domova, po podání žádosti o provedení výzkumu a předložení předem připravených otázek několik týdnů před uskutečněním rozhovorů. Sestry byly vybrány po domluvě s vrchní sestrou domova se zvláštním režimem a v druhém zařízení po domluvě s vedoucí domova pro seniory. Samotné rozhovory proběhly po předchozí domluvě a v časech, abychom nenarušili chod zařízení. Rozhovory obsahovaly 17 předem připravených otázek (příloha 1). Všechny sestry byly velmi vstřícné a odpovídaly, jak nejlépe uměly. Všechny položené otázky jim byly jasné, v případě potřeby se doptaly. Na začátku každého rozhovoru byly sestry informovány o tématu bakalářské práce a jejich cílech. Taktéž byly informovány o jejich anonymitě a o anonymitě veškerých informací a údajů, které poskytly. Většina rozhovorů byla zaznamenávána formou zvukového záznamu, který probíhal se souhlasem sester. Jeden rozhovor byl zaznamenán písemnou formou na papír. Zvukové nahrávky byly následně doslova přepsány do písemné formy. Každý rozhovor trval přibližně 30–40 minut. Data byla sbírána v období května roku 2023.

Na začátku rozhovoru byly sestry dotazovány na základní údaje, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celková doba praxe, specializační obor Ošetrovatelství v geriatrii a na specializační kurzy spojené s péčí o seniory v rámci celoživotního vzdělávání. Následná část rozhovoru byla zaměřena na činnosti sester v zařízeních nezdravotnického typu a na harmonogramy práce v zařízeních nezdravotnického typu.

Data, která jsme získaly rozhovorem, byla analyzována metodou otevřeného kódování technikou „tužka-papír“ a rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry z domova se zvláštním režimem a sestry z domova seniorů. Pro získání dat bylo vybráno osm informantek z řad sester s minimální délkou praxe 5 let. Z každého zařízení nezdavotnického typu byly vybrány 4 sestry. Všechny rozhovory proběhly přímým kontaktem v odlišných časech v zařízení nezdavotnického typu. Celkem tedy bylo provedeno osm rozhovorů. Pro zachování anonymity jsou sestry označovány písmenem a číslem S1 až S8 (sestra 1 až sestra 8).

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 Charakteristika sester

Sestra (S)	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková doba praxe	Specializační obor geriatrické ošetřovatelství	Specializační kurzy spojené s péčí o seniory v rámci celoživotního vzdělání
S1	73 let	SZŠ (všeobecná sestra, specializace v oboru instrumentování na operačním sále)	54 let	Ne	Ano
S2	54 let	Bc. (všeobecná sestra)	33 let	Ne	Ano
S3	53 let	SZŠ (všeobecná sestra)	30 let	Ne	Ano
S4	48 let	SZŠ (dětská sestra)	20 let	Ne	Ano
S5	46 let	SZŠ (všeobecná sestra)	20 let	Ne	Ano
S6	45 let	SZŠ (všeobecná sestra)	9 let	Ne	Ano
S7	43 let	SZŠ (všeobecná sestra)	12 let	Ne	Ano

S8	36 let	DiS (zdravotnický záchranář)	15 let	Ne	Ano
-----------	--------	------------------------------------	--------	----	-----

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

Tabulka 1 vyobrazuje charakteristiku sester. Uvádíme zde věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celkovou dobu praxe, specializaci v oboru geriatrické ošetrovatelství a účast na kurzech spojených s péčí o seniory v rámci celoživotního vzdělávání. Při výzkumném šetření jsme vybrali osm sester, ve všech případech šlo o ženy, kdy jejich věkové rozmezí bylo mezi 36–73 lety. Do tabulky byly sestry seřazeny podle věku, kdy S1 je nejstarší informantka a S8 je nejmladší informantka. Díky tomuto řazení se také mění celková délka praxe sester. Nejdelší délku praxe uvádí sestra S1 a to konkrétně 54 let, nejkratší délku praxe uvádí sestra S6, a to konkrétně 9 let praxe. Nejčastěji zmíněným nejvyšším dosaženým vzděláním byla střední zdravotnická škola v oboru všeobecná sestra, kterou absolvovaly sestry S1, S3, S5, S6, S7. Navíc sestra S1 ještě disponuje specializací v oboru instrumentářky na operačním sále. Oproti tomu sestra S4 má vystudovanou střední zdravotnickou školu, ale obor dětská sestra. Vyšší odborné vzdělání má sestra S8, a to diplomovaného zdravotnického záchranáře. Pouze vysokoškolské bakalářské studium v oboru všeobecná sestra získala sestra S2. Také jsme se dotazovali na rozšiřující specializační obor ošetrovatelství v geriatrii, kdy všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 uvedly, že nemají specializační obor, ale slyšely o něm. Dále jsme se zabývali specializačními kurzy, které jsou spojeny s péčí o seniory v rámci celoživotního vzdělávání sester. Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 uvedly, že se zúčastňují specializačních kurzů, které jsou spojeny s péčí o seniory v rámci celoživotního vzdělávání. Všechny sestry uvedly alespoň tři kurzy, kterých se zúčastnily. Sestry S1, S5, S6 a S7 uvedly kurzy na rozvoj jemné motoriky u klientů, základy masážních technik a prevenci správné pohybové aktivity, sestra S7 navíc ještě uvedla kurz spojený s inkontinencí u klientů. Sestry S2, S3 a S4 uvedly kurz bazální stimulace. Sestra S2 ještě přidala kurz pro práci s Alzheimerovou chorobou a sestra S4 uvedla ještě spoustu dalších zajímavých kurzů, jako byly aktivizace lidí s demencí, kardiopulmonální resuscitace, paliativní péče, hojení ran, aromaterapie a kurz, jak si šetřit záda určený sestram. Sestra S8 uvedla kurzy, které jí nejvíce utkvěly v paměti, a to byly kurzy nutriční výživy u klientů s demencí a mozkový jogging. Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 uvedly, že kurzy jsou přínosné a rády se jich zúčastňují.

4.2 Kategorizace dat

Tabulka 2: Kategorie a podkategorie

<p>Kategorie 1</p> <p>Problematika péče v zařízeních nezdravotnického typu</p>	<p>1.1 Nejčastější chronická onemocnění u klientů v zařízeních nezdravotnického typu</p> <p>1.2 Úroveň soběstačnosti u klientů v zařízeních nezdravotnického typu</p>
<p>Kategorie 2</p> <p>Zdravotnická péče v zařízeních nezdravotnického typu</p>	<p>2.1 Odborná zdravotní a ošetrovatelská péče poskytovaná v zřízeních nezdravotnického typu</p> <p>2.2 Kompetence sester v zařízeních nezdravotnického typu</p>
<p>Kategorie 3</p> <p>Harmonogram práce sester v zařízeních nezdravotnického typu</p>	<p>3.1 Denní harmonogram práce sester v zařízeních nezdravotnického typu</p> <p>3.2 Týdenní harmonogram práce sester v zařízení nezdravotnického typu</p>
<p>Kategorie 4</p> <p>Administrativní činnost</p>	<p>4.1 Dokumentace péče v zařízeních nezdravotnického typu</p> <p>4.2 Hodnotící testy používané v zařízeních nezdravotnického typu</p>

Kategorie 5 Supervize	5.1 Účast na setkávání na supervizi se supervizorem
------------------------------	--

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Data byla rozdělena do pěti kategorií a devíti podkategorií za pomoci ověřeného kódování.

Kategorie 1: Problematika péče v zařízeních nezdravotnického typu

Kategorie 1 byla rozepsána na podkategorii 1.1 a 1.2, které jsou zaměřeny na nejčastější onemocnění u klientů v zařízeních nezdravotnického typu a na úroveň soběstačnosti klientů v zařízeních nezdravotnického typu.

Podkategorie 1.1: Nejčastější chronická onemocnění u klientů v zařízeních nezdravotnického typu

Podkategorie 1.1 se zaměřuje na nejčastější chronická onemocnění u klientů v zařízeních nezdravotnického typu. Zajímalo nás, jaké diagnózy mají klienti, kteří jsou přijímáni do těchto zařízení. Všechny sestry se shodly, že nejčastější diagnóza u klientů je demence, a to především Alzheimerova demence. Sestra S3 zmínila interní choroby, neurologické choroby a k Alzheimerově chorobě přidala ještě Parkinsonovu chorobu. Sestra S8 ještě dodala i další fakt, který je velmi důležitý, a říká: *„Samozřejmě demence je nejčastější choroba, se kterou jsou klienti sem přijímáni, ale další důvod je nesoběstačnost klientů, to znamená, že rodina není schopná, nebo nemá možnosti, jak se o svého blízkého postarat, a proto je sem potom klient umístěn.“* Tento fakt potvrzují i sestry S2, S3, S4 a S7. Sestra S6 navíc uvádí i jiné chronické choroby, řekla: *„Tak základní choroba je Alzheimerova choroba a jiné demence, ale klienti mívají často navíc ještě k tomu klasické choroby jako ischemickou chorobu srdeční a velmi často diabetes.“*

Podkategorie 1.2: Úroveň soběstačnosti u klientů v zařízeních nezdravotnického typu

Podkategorie 1.2 přináší informace o úrovni soběstačnosti u klientů v zařízeních nezdravotnického typu. Jak už jsme se zmínili v podkategorii 1.1, úroveň soběstačnosti

je taková, že klienti jsou velmi často nesoběstační. Všechny sestry uvedly, že mají převážně nesoběstačné klienty. Sestra S7 velmi pěkně rozvedla tuto otázku a poukázala na soběstačnost klientů na jejich oddělení: *„Soběstačnost je zde velmi různorodá. Máme zde klientku, která je i soběstačná v podstatě ve všech směrech. Máme zde i klienty, kteří potřebují jen dopomoc při určitých úkonech, jako je hygiena, oblékání, nebo při podávání stravy. Ale bohužel pořád zde převládají klienti, kteří jsou úplně nesoběstační a potřebují veškerou naši pomoc při všech úkonech.“* To, že na odděleních se mohou nacházet klienti i trochu soběstační, potvrzují sestry S4, S5, S6 a S8. Taktéž sestra S1 se rozpovídala o tomto tématu a poukázala na smutnou realitu: *„No bohužel máme zde spíše nesoběstačné klienty, protože když klient je tak nějak soběstačný, tak si ho většinou rodina bere do péče, a to i kvůli vysokým příspěvkům na péči, ale jakmile je klient úplně nesoběstačný, dají ho sem a to je velmi smutné.“*

Kategorie 2: Zdravotnická péče v zařízeních nezdravotnického typu

Kategorie 2 byla jako předchozí kategorie rozdělena do dvou podkategorií (2.1 a 2.2), které jsou zaměřeny na odbornou zdravotní péči a ošetrovatelskou péči v zařízeních nezdravotnického typu. V této kategorii jsme analyzovali, jakou zdravotní a ošetrovatelskou péči klienti dostávají v těchto zařízeních. V druhé podkategorii jsme se zaměřili na kompetence sester v zařízeních nezdravotnického typu.

Podkategorie 2.1: Odborná zdravotní a ošetrovatelská péče poskytovaná v zařízeních nezdravotnického typu

V podkategorii 2.1 jsme se zajímali o to, jakou odbornou a ošetrovatelskou péči poskytují v zařízeních nezdravotnického typu. Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 i S8 se shodly na poskytování hygienické péče a dopomoci při hygienické péči i péči o dutinu ústní, péči o kůži, jako je promazávání kůže, péči o porušenou kůži, mezi kterou nejčastěji řadily opruzeniny a péči o dekubity. A dodávaly i velmi časté převazy. Dále se shodly na sledování stolice a moči a fyziologických funkcí, jako je teplota, krevní tlak a pulz. Dále jmenovaly polohování a používání polohovacích pomůcek. Aplikaci léků jak orálně, tak subkutánně, mezi které řadily inzulinu a morfinu, muskulárně, lepení fentanylových náplastí a intravenózně, jako jsou infuze, ale sestra S8 se rozpovídala o infuzích následovně: *„Infuze, ty sami dávat nemůžeme, i když na to máme školu, můžeme ji podat jen když je tu lékař, jediné, kdy můžeme podat infuzi je když je to do břicha subkutánně, ale to jen když jsou klienti ve špatném stavu.“* Další sestra S1 se také rozpovídala

o infuzích a řekla: „*Infuze podáváme, ale zřídka, spíše ke konci života klienta, když nám nechce přijímat nic per os.*“ Další činnosti, které jmenovaly, byly odběry biologického materiálu krve intravenózně, a i odběry krve na měření glykémie, dále odběry moče a zřídka i stolice nebo hlenu. Nejčastěji dále zmiňovaly cévkování u žen a asistenci při cévkování u mužů lékaři. Sestra S4 ještě doplnila ošetřování stomií, podávání kyslíku a vyndávání stehů, sestra S3 zmínila provádění klysmatu. Poslední činností, kterou všechny sestry zmínily bylo psaní dokumentace, která jim zabere nejvíce času. Jediný problém, o kterém se sestry rozpovídaly, byla přítomnost, respektive nepřítomnost lékaře. Praktický lékař do těchto zařízení dochází jen jednou týdně. Jak řekly sestry S1, S5, S6 a S7, pokud potřebují konzultaci mimo dny, kdy tam lékař je, mají možnost se obrátit na lékaře, který slouží služby na lůžkových odděleních pro dlouhodobě nemocné. Sestry S2, S3, S4 a S8 se shodly, že k nim taktéž chodí lékař jen jednou za týden s tím rozdílem, že pokud nastane u klienta akutní stav, který vyžaduje akutní lékařskou péči, volají rovnou rychlou záchrannou službu.

Podkategorie 2.2: Kompetence sester v zařízeních nezdravotnického typu

V této podkategorii jsme se zaměřili na kompetence sester, které pracují v zařízeních nezdravotnického typu. Odpověď na otázku, jaké kompetence mají sestry v zařízeních nezdravotnického typu byla jednoznačná. I když všechny sestry nemají vzdělání všeobecných sester, jelikož sestra S6 má vzdělání zdravotnického záchranáře a sestra S8 má vzdělání dětské sestry, všechny odpověděly stejně, a to vše sesterské. Mezi jejich kompetence zařadily například sledování fyziologických funkcí, získávání anamnézy, odběry biologického materiálu, ošetřování porušené kůže, péči o zavedené permanentní močové katétry, polohování, podávání léků, práci s dokumentací a další.

Kategorie 3: Harmonogram práce sester v zařízeních nezdravotnického typu

Tato kategorie je zaměřena na harmonogram práce sester. Zajímalo nás, jaký denní harmonogram práce sestry mají, co všechno sestry dělají od doby, co přijdou na směnu, do doby, než svoji směnu předají, ale také týdenní harmonogram práce. Denní harmonogram se shodoval s činnostmi, které sestry vykonávají. Týdenní harmonogram práce se lišil.

Podkategorie 3.1: Denní harmonogram práce sester v zařízeních nezdravotnického typu

V této podkategorii všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 uvedly, že převezmou hlášení od sestry, která končí směnu. Převezmou si, co vše se za směnu druhé sestry stalo, jaké jsou změny u některých klientů, pokud nějakého klienta přijmuli či propustili, nebo pokud nějaký klient zemřel. Dále se všechny shodly, že pokud jsou předepsané odběry u klientů od lékaře, tak jdou odebrat biologický materiál a změřit glykémii. Dále se to lišilo, sestra S2, S4 a S8 nám sdělily, že jdou pomoci ošetřovatelkám s hygienou klientů a stláním postelí. Sestra S4 ještě dodala a řekla: *„Ráno pomáhám ošetřovatelkám s hygienou, rovnou si udělám převazy a péči o kůži, jako je pravidelné promazávání či podávání léčebných mastí. Určité dny měníme močové sáčky.“* Sestry S1, S3, S5, S6 a S7 hned po předání hlášení jdou rozdat klientům léky podle dokumentace. Sestra S1 ještě dodala podávání kapek do očí, podání kapek per os a podání inhalačních léků. Sestra S2, S4 a S8 léky podle dokumentace rozdávají až po hygieně. Před snídaní všechny sestry S1, S2, S3, S5, S6, S7 a S8 podávají klientům inzulíny, jediná sestra S4 podává inzulín až po snídaní. Během dopoledne se všechny sestry shodly kromě sestry S5, že převazují rány a poskytují péči o kůži, promazávání a podávání léčebných mastí. Dále polohují klienty a vypisují dokumentace ošetřovatelské a zdravotní. Jednou za měsíc sestry měří klientům krevní tlaky, pokud není indikováno jinak. Před obědem všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 roznesou polední léky podle dokumentace a podají inzulíny. Sestry S3, S5, S6, S7 a S8 pomáhají při rozdávání obědů a pomáhají s podáváním stravy klientům. Po obědě všechny sestry dodaly, že odpoledne bývá trochu klidnější a dopisují dokumentaci a vypisují dokumentace na vykazování pro pojišťovny. Sestra S1 navíc řekla: *„Odpoledne je opravdu trochu klidněji a píšu dokumentaci, nejhorší jsou ORP, ty jsou hrozně na dlouho, a dodělávám převazy.“* Odpoledne všechny sestry potvrdily, že probíhá rehabilitace u klientů, polohování a další promazávání. Před večeří všechny sestry opět roznesou léky podle dokumentace a podají inzulíny. Rozdají večeře a dopomohou s podáváním stravy klientům. Po večeři sestry S4, S5, S7 a S8 pomáhají ošetřovatelkám s hygienou a ukládáním klientů. Na konci dne všechny sestry píšou hlášení pro další sestry, které přijdou na další směnu. Sestra S4 říká: *„Pokud klient jede další den na nějaké vyšetření, připravíme na konci směny ještě všechny potřebné papíry a věci, co s sebou musí mít.“* Sestra S7 navíc dodala: *„Na konci dne zkontroluji celou dokumentaci, jestli jsem na něco nezapomněla a jednou denně tedy večer měříme klientům tělesnou teplotu, denně ještě připravujeme materiály a nástroje ke sterilizaci, a dále uklidíme pracovní plochy na inspekčním pokoji.“* To potvrzují i sestry S1, S5

a S6. Celou směnu všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 zakončují předáním hlášení.

Podkategorie 3.2: Týdenní harmonogram práce sester v zařízeních nezdravotnického typu

Odpovědi poloviny sester o týdenním harmonogramu práce sester v zařízeních nezdravotnického typu nás překvapily. Sestry S2, S3 a S8 nám sdělily, že neví, jaký mají týdenní harmonogram práce. Řekly, že někde je možná napsaný, ale neví, co obsahuje. Sestra S4 řekla: *„Ano, někde je napsaný, ale nevím, co všechno obsahuje, jen vím, že v úterý objednáváme stravu, ve středu máme sanitu a jeden den v týdnu kontrolujeme expiraci léků.“* Oproti tomu sestry S1, S4, S6 a S7 opravdu hezky popsaly jejich týdenní harmonogram práce. Sestra S7 týdenní harmonogram práce popsala následovně: *„Ano, týdenní harmonogram práce máme. Máme ho vypsany a pověšený na sesterně, abychom věděly, co který den dělat. Týdenní harmonogram dělá tedy noční sestra, jelikož přes den máme více práce. V pondělí máme úklid a dezinfekci na inspekčním pokoji sester. V úterý úklid převazového vozíku a skříní s převazovým materiálem. Ve středu úklid čistící místnosti a soupis personálního prádla do prádelny. Ve čtvrtek doplnění a přípravu tiskopisů. V pátek úklid lékárny a skříněk s léky a zdravotnickým materiálem na inspekčním pokoji sester. V sobotu znovu úklid čistící místnosti. V neděli kontrolu soupisu léků v lednicích na inspekčním pokoji sester.“* Stejně jako sestra S7 týdenní harmonogram popsaly sestry S1, S4 a S6.

Kategorie 4: Administrativní činnost

Kategorie administrativní činnost je zaměřena na dokumentaci v zařízeních nezdravotnického typu. Jak sestry v zařízení nezdravotnického typu vedou dokumentaci, a co vše dokumentace obsahuje. Další podkategorie je mířená na hodnotící testy používané v zařízeních nezdravotnického typu, a to jaké konkrétní hodnotící testy sestry používají u klientů v těchto zařízeních.

Podkategorie 4.1: Dokumentace péče v zřízeních nezdravotnického typu

V této podkategorii nám sestry sdělily, jak vedou dokumentaci v zařízení. Sestry S2, S3, S4 a S8 používají elektronickou dokumentaci pomocí programu Signus. Dokumentaci v papírovém formátu používají jen zřídka, jen pokud se stane mimořádná událost, jako jsou pády klientů, to vždy mají v tištěné formě. V tištěné formě mají ještě vypsány léky

klientů. Anamnézy, všechny hodnotící testy, zápisy fyziologických funkcí, stolic, akutní karty, karty diabetiků, péči o rány a ostatní dokumentaci mají v elektronické podobě. Sestra S4 si elektronickou dokumentaci chválí: „*Vše máme přehledně v počítači, velmi nám to pomáhá a usnadňuje práci.*“ Sestry S1, S5, S6 a S7 mají pouze dokumentaci v papírové formě. Dokumentace obsahuje akutní karty, kam zapisují nové zavedení permanentního močového katétru, infuze, aplikace injekcí, zhoršení stavu klienta, fyziologické funkce, dále dokumentace obsahuje karty diabetika, kde zapisují hodnoty glykemií a jednotky podaného inzulínu, karty na péči o rány, ORP karty a opiátovou knihu.

Podkategorie 4.2: Hodnotící testy používané v zařízeních nezdravotnického typu

Tato podkategorie se zabývá hodnotícími testy, které sestry používají v zařízeních nezdravotnického typu. Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 se shodly na pěti testech, které v těchto zařízeních používají. Jedná se o Barthelův test základních všedních činností, který se označuje i jako ADL test, test na riziko pádů u klientů, test na riziko dekubitů, test na nutriční screening, IADL test na hodnocení instrumentálních všedních činností a MMSE test, který hodnotí kognitivní funkce. Sestra S5 navíc dodala: „*Všechny tyto testy každé tři měsíce u všech klientů děláme znovu, kontrolujeme tím, zda se klienti nezlepšují nebo nehorší.*“ To samé dodaly sestry S1 a S6. Sestra S1 řekla: „*U nás všechny testy znovu hodnotíme každý měsíc.*“

Kategorie 5: Supervize

V kategorii supervize jsme se zaměřili na to, jestli v těchto zařízeních probíhají supervize, jakým způsobem probíhají supervize a jestli jsou pro ně supervize přínosné a důležité.

Podkategorie 5.1: Účast na setkávání na supervizi se supervizorem

V této podkategorii jsme znovu mohli rozdělit zařízení, jak v nich zmíněné supervize probíhají. Jedna polovina sester, což jsou sestry S2, S3, S4 a S8, řekly, že u nich probíhá klasická supervize s externím supervizorem. Sestra S2 a S4 se shodly, že supervize je přínosná a důležitá. Sestra S4 popsala supervizi takto: „*Ano, supervize u nás probíhá, většinou máme supervize skupinové, přijde supervizor, popovídáme si, co nás trápí a hezky se vypovídáme, poradíme se o tom, co by se dalo zlepšit a tak, pravidelně ji máme tak třikrát do roka, ale pokud potřebujeme, je zde možnost chodit i na individuální supervize. Podle mě je supervize přínosná a důležitá a mě osobně velmi pomáhá.*“ Sestra

S2 popsala průběh supervize stejně, a i podle ní je supervize důležitá a přínosná. Sestra S3 a S8 průběh popsaly stejně, jen s tím rozdílem, že podle nich moc přínosná není a důležitost v ní nevidí. Sestra S8 řekla: „*Popovídáme si, co nás trápí, ale podle mě to přínosné není, jediný pozitivní je, že si popovídáme s někým jiným než s naším nadřízeným.*“ Druhá polovina sester S1, S5, S6 a S7 se shodly, že supervize jako taková, že by přišel supervizor, u nich neprobíhá. Řekly, že malá supervize probíhá se staniční sestrou, která každý ráno přijde, zeptá se, co je nového, jestli něco nepotřebují nebo jestli nechtějí něco změnit. Shodly se, že i toto je důležité, říkají, že staniční sestra má alespoň přehled o oddělení a ony jako sestry mají mezi sebou komunikaci. Sestra S7 navíc dodala: „*Supervize tu probíhají spíše mezi ošetrovatkami a sociálními sestrami, s námi se zdravotními sestrami takové sezení neprobíhá. Podle mě je komunikace s řádovými sestrami a vyšším personálem důležitá a kdyby tu supervize probíhaly i s námi, určitě by se zlepšila péče o klienty, a i samotná komunikace mezi námi, ale aspoň každodenní popovídání se staniční sestrou, je trochu přínosné, aspoň tedy pro mě.*“

5 Diskuze

Klienti, kterým se dostává péče v zařízeních nezdravotnického typu, mají rozdílné potřeby zdravotní a ošetrovatelské péče, včetně hodnocení léčby u akutních a chronických onemocnění (Kiljunen et. al., 2016). S přibývajícím počtem klientů se postupně zvyšuje i potřeba dlouhodobé péče. Sestry jsou primárními poskytovateli péče, kdy jejich znalosti a dovednosti ovlivňují kvalitu poskytované péče (Cheng et al., 2020).

Cílem této bakalářské práce, bylo *zjistit činnosti, které vykonává sestra v zařízení nezdravotnického typu*. Provedli jsme analýzu všech důležitých informací, které jsme získali. K tomuto cíli jsme stanovili výzkumné otázky: Jaké činnosti sestry vykonávají v zařízení nezdravotnického typu? Jaký je harmonogram práce sester v zařízení nezdravotnického typu? Sestry, kterých jsme se ptali, byly vybrány ze dvou zařízení, na které jsme se zaměřili, a to na domov se zvláštním režimem a na domov pro seniory.

První kategorie přináší problematiku péče v zařízeních nezdravotnického typu. V této části výzkumu jsme se zaměřili na nejčastější chronická onemocnění v zařízení nezdravotnického typu a na úroveň soběstačnosti u klientů. Podkategorie *nejčastější chronická onemocnění v zařízení nezdravotnického typu* ukázala, že podle sester (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8) je v těchto zařízeních největší počet přijímaných klientů s demencí, a především s Alzheimerovou demencí. Některé sestry dodaly, přidružené choroby, jako je diabetes mellitus, interní a neurologické choroby a v neposlední řadě i Parkinsonovu chorobu. Podkategorie *úroveň soběstačnosti klientů v zařízení nezdravotnického typu* nám ukázala, že největší počet klientů má sníženou soběstačnost nebo je úplně nesoběstačný a potřebuje neustálý dohled a pomoc od druhé osoby. To se shoduje s údaji, které uvádí Česká alzheimerová společnost, kde bylo zjištěno, že tyto zařízení poskytují péči klientům, kteří mají sníženou soběstačnost, a osobám s Alzheimerovou nemocí a dalšími typy demence, kdy jejich situace vyžaduje neustálou péči někoho druhého (Česká alzheimerová společnost, 2015). Stejně tvrzení publikuje Národní zdravotnický informační portál (2024). Tyto údaje dále potvrzují Dlugošová a Tkáčová (2012), které mezi nejčastější chronické onemocnění u klientů v zařízeních nezdravotnického typu řadí demenci a částečnou či úplnou ztrátu soběstačnosti, avšak doplňují zde další onemocnění, jako je chronické kardiovaskulární onemocnění, onemocnění pohybového aparátu, trávicího systému, vylučovacího systému a změny smyslového vnímání (Dlugošová a Tkáčová, 2012). Lovink et al. (2022) zdůrazňují,

že zařízení nezdravotnického typu se mohou potýkat s problémy, které mohou být způsobeny rostoucím počtem starších klientů s multimorbiditou a poptávkou po zařízeních s kvalitní péčí. Rozvoj EBN je slibnou strategií, jak těmto problémům čelit. EBN efektivně umožňuje sestřím udržet krok s nejnovějšími výzkumy bez toho, aby sestry byly přehlčeny informacemi. Během EBN praxe se sestra prezentuje jako profesionál, který poskytuje péči na základě faktů a důkazů.

Druhá kategorie obsahuje shrnutí odborné zdravotní a ošetrovatelské péče v zařízení nezdravotnického typu. V této kategorii jsme analyzovali, jak vypadá zdravotní a ošetrovatelská péče o klienty v těchto zařízeních, jaké činnosti a výkony sestry poskytují a jaké musí mít kompetence k poskytování péče. Dle našeho názoru je mnoho výkonů a úkonů, co sestra musí zvládnout během své práce. V podkategorii *odborná zdravotnická a ošetrovatelská péče o klienty v zařízení nezdravotnického typu* nám sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8) popisují všechny činnosti, které provádějí. Začínají od hygienické péče, péče o lůžko, péče o kůži, péče o vyprazdňování, převazů, aplikace léčiv, podávání léků, přes zavádění permanentního močového katétru, sledování fyziologických funkcí, ošetřování stomií, provádění klysmatu, používání polohovacích pomůcek, odběrů biologického materiálu až psaní dokumentace, která vždy zabere nejvíce času. Množství a náročnost výkonů nám mohou nabídnout podrobné a na důkazech podložené pokyny k postupům od nezákladnější péče o klienta až po tu náročnější (Hallowell, 2023). Naše zjištěné údaje nám mohou zcela úplně potvrdit Motlová et al. (2019), kteří potvrzují informace o zdravotnické péči a personálu, který zajišťuje a podává léky, vykonává hygienickou péči o klienta, podává stravu, polohuje klienty a vykonává dohled a pomoc při dodržování léčebného režimu. Ošetrovatelská péče je zde poskytována podle zásad ošetrovatelského procesu se specifickými potřebami geriatrického ošetrovatelství. Jedna informace nás však zaujala, a to shoda v problematice nepřítomnosti lékaře. Taktéž se s námi dle svého výzkumu shodují v tom, že lékař není přítomen 24 hodin denně a pokud není lékař na telefonu, jediná možnost, jak řešit akutní stavy u klientů, je volat rychlou záchrannou službu. Stejně jako jejich výzkum, tak i náš názor je takový, že pokud chceme, aby se zefektivnila zdravotní a ošetrovatelská péče, je potřeba častější spolupráce a přítomnost lékaře (Motlová et al., 2019). Zabranková a Valachovičová (2023) popisují, že sestry v zařízeních nezdravotnického typu musí být všestranné, musí být samostatné v rozhodování a musí znát své klienty a jejich diagnózy. Velmi důležitá je i znalost péče o klienty s demencí, protože je náročnější. Jelikož lékař zde není přítomen pořád,

sestra musí umět vyhodnotit stav klienta a poté případně kontaktovat lékaře přes telefon. Musí znát neodkladnou první pomoc při úrazech, pádech a komplikacích. Sestra musí být týmová a musí znát, jak se chovat v týmu, aby péče o klienty měla hladký průběh. Obecně sestry v zařízeních nezdravotnického typu musí být hodně samostatné, rozhodné a musí umět posoudit situaci a stav klienta. V podkategorii *kompetence sester v zařízení nezdravotnického typu* se sestry shodly, že jejich kompetence jsou všechny, co sestra s jejich vzděláním může vykonávat. Jaké mají sestry kompetence a co do kompetencí řadíme, potvrzuje Mikšová ve článku Jílkové (2016), ta uvedla, že sestry musí mít, jak vnitřní kompetence, do kterých řadíme vzdělání, vědomosti, dovednosti, předpoklady a schopnosti, tak i vnější kompetence, což jsou formální kompetence, které jsou stanoveny právní normou nebo zaměstnavatelem. Kompetence sester zahrnuje tři oblasti profesionální – etickou – právní, dále management péče a oblast profesionálního rozvoje. Dále vyzdvihla, že kompetence sester souvisí i s prestiží profese a pokud sestra jako kvalifikovaný pracovník má vykonávat nekvalifikovanou činnost, má to negativní vliv na celou prestiž sester a jejich profese (Jílková, 2016). Parra-Anguita et al. (2019) navíc dodávají, že stále aktualizující se znalosti u personálu vedou ke zlepšení kvality péče u klientů v těchto zařízeních nezdravotnického typu. Tuto informaci potvrzují Hong et al. (2019) a poukazují na to, že pokud sestra nemá dostatečné vzdělání, může to vést k nedostatečným odborným znalostem sester a ztěžovat sestřím práci v péči o klienty. Jack et al. (2019) ještě vyzdvihuje, že zařízení nezdravotnického typu, jako je například domov pro seniory může poskytovat bohaté vzdělávací prostředí jak pro zaměstnance, tak i pro studenty ošetřovatelství. Jestliže tyto dvě skupiny budou společně spolupracovat, mohou si být vzájemně přínosné, a to především na kvalitě péči o klienty a zviditelnění práce v zařízeních nezdravotnického typu.

Třetí kategorie se zabývá *harmonogramem péče sester v zařízení nezdravotnického typu*. V této kategorii nám sestry popsaly, jaký harmonogram práce vykonávají. Zjistili jsme, že denní harmonogramy jsou téměř stejné ve všech zařízeních, jen si jej každá sestra přizpůsobuje sobě samé, ale činnosti, které vykonávají, jsou totožné. Jsou to činnosti, které jsme již popsali v kategorii odborná zdravotní a ošetřovatelská péče. Denní harmonogram můžeme dohledat na stránkách nemocnic a zařízení nezdravotnického typu. Týdenní harmonogramy se v každém zařízení liší. Každé zařízení si tvoří vlastní týdenní harmonogramy. Tyto harmonogramy se většinou plní při noční směně a jedná se

o činnosti, jako je úklid a dezinfekce inspekčního pokoje, převazových vozíků, kontrola expirace léků, úklid lékárny a skříněk s léky, úklid čistící místnosti a soupis prádla.

Ve čtvrté kategorii jsme se zaměřili na administrativní činnost, do které jsme zařadili dvě podkategorie. V první podkategorii jsme sdružili informace o *dokumentaci péče v zařízeních nezdravotnického typu*. Z rozhovorů jsme zjistili, že v jednom zařízení používají elektronickou dokumentaci a papírovou dokumentaci jen minimálně. Sestry si v tomto zařízení elektronickou dokumentaci chválily a doplnily, že to velmi ulehčuje práci a šetří čas. McCarthy et al. (2019) naznačují, že zavedením elektronické dokumentace se ušetří čas, který vede k více času na klinickou péči a snižuje se výskyt chyb v dokumentaci. S tímto souhlasí Škubová a Brílová (2011) a dodávají, že výhodou v tomto případě je, že elektronický systém celé ošetrovatelské dokumentace sleduje celý léčebný proces od přijetí klienta až po archivaci a zrychluje přesun informací mezi zdravotníky a samozřejmě zesiluje právní ochranu sestry. Oproti tomu Brabcová (2015) upozorňuje na to, že elektronická dokumentace může přinášet rizika, a to například zneužití osobních dat klientů pomocí virtuální cesty. V druhé podkategorii *hodnotící testy používané v zařízeních nezdravotnického typu* jsme analyzovali, jaké testy nejčastěji sestry používají. Jako nejčastější test označily Barthelův test základních všedních činností, test na riziko pádů, test na riziko dekubitů, test na nutriční screening, IADL test na hodnocení instrumentálních všedních činností a MMSE test. Mezi nejčastěji mezinárodně používaný test a v současnosti nejvíce používaný u nás řadí Pokorná (2013) také Barthelův test základních všedních činností a dále potvrzuje používání všech zmíněných testů.

Poslední kategorie přináší výsledky o supervizi, účasti na supervizích se supervizorem a její důležitosti a přínosu pro sestry, které ji podstupují. Práce sester není vždy jednoduchá, dle našeho názoru je velmi vyčerpávající jak po fyzické stránce, tak psychické stránce. Pro všechny je práce velmi vyčerpávající a pro některé sestry a taktéž i pro nás je supervize jakási forma odpočinku, kdy se mohou vypovídat a promluvit si o svých problémech s externím pracovníkem a přijít na řešení problému. Pro některé sestry je supervize nepřínosná a ztráta času. Jirkovská a Janečková (2013) taktéž poukazují na pracovníky působící v dlouhodobé péči o klienty a na to, jak musí zvládat psychicky a fyzicky náročnou práci. Podstatný význam má pro pracovníky v dlouhodobé péči motivace, oceňování pracovního výkonu, týmová spolupráce a pozitivní reakce od klientů či jejich příbuzných. Dle jejich názoru monitorování úrovně pracovních

podmínek, podpory zdraví a supervize práce, jsou prozatím velmi podceňované oblasti. S tímto tvrzením můžeme jen souhlasit. Jak vyplývá z rozhovoru se sestrami supervize v některých zařízeních není dostatečně správně prováděna anebo není prováděna vůbec. Harrad a Sulla (2018) ve své studii potvrzují, že sestry, které pracují v zařízeních pečujících o seniory, jsou mnohem náchylnější na syndrom vyhoření. Mezi faktory, které úzce souvisí se syndromem vyhoření, řadí vnímání pracovního stresu, zvládnání smutku spojeného s častým úmrtím klientů nebo specifický druh zdravotní péče. Zhang et al. (2024) ve svém výzkumu vyzdvihli problémy, kterým dlouhodobě čelí ošetrovatelský personál. Zjistili, že většinu problémů, jako jsou psychologické dopady, potlačené emoce, únava, poškození zdraví, nevyrovnaný život a zklamání z povolání, mohou zmírnit vhodné úpravy v manažerských strategiích jako jsou například plánování, podpora materiální, emocionální a informační. Dále by zařízení měla sestram nabídnout emocionální a psychologickou podporu, aby sestry lehce překonaly negativní psychologické dopady a zvládnání různých situací.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřovala na téma „Práce sestry v zařízeních nezdravotnického typu“. Jak už jsme v této práci zmínili, geriatrických klientů stále přibývá a kvalitní péče o tyto klienty může vést ke zlepšení kvality života.

Stanovili jsme si jeden cíl. Cílem bakalářské práce bylo zjistit činnosti, které vykonává sestra v zařízení nezdravotnického typu. Ke zjištění zmíněného cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky, na základě jejich zodpovězení byl cíl bakalářské práce naplněn. První výzkumná otázka byla *Jaké činnosti vykonávají sestry v zařízení nezdravotnického typu?* Druhá výzkumná otázka byla *Jaký je harmonogram práce sestry v zařízení nezdravotnického typu?* Cíl práce byl splněn.

Ve výzkumu bylo stanoveno pět kategorií, které se týkaly problematiky péče v zařízeních nezdravotnického typu, zdravotní a ošetrovatelské péče, harmonogramu práce sester, administrativní činnosti a supervize. Výsledky výzkumného šetření nám ukázaly, že sestry v zařízeních nezdravotnického typu pracují pod velkým tlakem a zátěží. Výsledky také ukázaly, že sestry v zařízení nezdravotnického typu vykonávají řadu činností od základních ošetrovatelských činností jako je základní hygienická péče o klienty, péče o lůžko, dopomoc při oblékání a podávání stravy, a polohování klientů, přes zdravotnickou péči, jako je podávání léků dle dekurzu, péče o dekubity a rány, převazy, zavedení permanentního močového katétru u žen a asistence lékařům při zavádění permanentního katétru u mužů, klyzma, péče o stomie, odsávání, oxygenoterapie, odběry biologického materiálu, zavedení periferního žilního katétru, podávání infuzí, zápisy do dokumentace, až po provádění hodnotících testů. Tyto činnosti mají sestry časově rozvržené do denních harmonogramů práce, které dodržují. Týdenní harmonogramy práce si tvoří zařízení samo a ve většině případů do něj zařazují dezinfekci a úklid inspekčního pokoje, kontrolu lékárny a expiraci léků, úklid převazového vozíku, doplnění materiálu a tiskopisů, soupisy prádla. Nakonec jsme se krátce zabývali důležitostí supervizí. Na sestry působí mnoho faktorů, které ovlivňují jejich psychickou stránku. Tyto faktory mohou být například vyrovnání se s častějším úmrtím klientů v těchto zařízeních či nedostatek personálu, který vede k většímu pracovnímu nátlaku. Tyto zátěže je možné právě řešit pomocí prováděných pravidelných supervizí v zařízení.

Výsledky bakalářské práce nám potvrdily, že práce sester v zařízeních nezdravotnického typu je náročná. Aby sestry mohly poskytovat kvalitní péči, musí mít dostatek informací

a pravidelně se vzdělávat v oblasti geriatric. Poznatky a výsledky výzkumného šetření mohou být použity jako vzdělávací materiál pro zlepšení kvality péče a pro zlepšení problematiky práce sester v zařízeních nezdravotnického typu. Problematika práce sester v zařízeních nezdravotnického typu je stále aktuální a ovlivňuje jak fyzický, tak i psychický stav sester, které pracují v těchto zařízeních.

7 Použitá literatura

1. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ S., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, s. r. o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-402-7.
2. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-661-5.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1.díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2.díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-5334-1.
5. ČECHOVÁ, K. et al., 2019. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press 432 s. ISBN 978-80-246-2707-0.
6. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOSTI, 2015. Úvod. Alzheimer.cz [online]. ©2015 [cit.2023-05.31]. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/>
7. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ L., 2012. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, r. 22, č. 10, s. 29-30. ISSN 1210-0404
8. DOLEŽALOVÁ, J., et al., 2022. *Ošetrovatelské postupy*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN isbn978-80-7394-953-2.
9. FRANKOVÁ, V., 2016. *Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. Interní medicína pro praxi* [online]. 18(2), 87-90 [cit. 2024-4-24]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2016/02/08.pdf>
10. HALLOWELL, R., 2023. *Lippincott nursing procedures*. Ninth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, [2023]. ISBN 978-1-975178-58-1.
11. HARRAD, R., SULLA, F., 2018. *Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly*. *Acta Biomed*. 2018 Dec 7;89(7-S):60-69. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7830.

12. HAUKE, M., 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.
13. HONG, S., et al., 2019. *Long-term care services and care workers in Hangzhou City, China: A cross-sectional survey*. *J Nurs Manag.* 2019 Oct;27(7):1546-1553. doi: 10.1111/jonm.12842.
14. HORÁK, M., 2022. *Supervize: příručka pro uživatele*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-21-3.
15. CHENG, TJ. et al., 2020. *Factors Affecting the Competence of Nursing Assistants in Taiwan Long-Term Care Institutions*. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 15;17(24):9413. doi: 10.3390/ijerph17249413.
16. JACK, K., et. al., 2019. *The education of nurses working in care homes for older people: An Appreciative Inquiry*. *Int J Older People Nurs.* 2019 Jun;14(2):e12223. doi: 10.1111/opn.12223.
17. JÍLKOVÁ, J., 2016. Pracovní pozice sester v dlouhodobé péči a Biografie v procesu změn v dlouhodobé péči. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2016(6), 18-19. ISSN 2336-2987.
18. JIRKOVSKÁ, B., JANEČKOVÁ, H., 2013. Pracovní podmínky a podpora zdraví v pečujících profesích: pohled pracovníků v oblasti dlouhodobé péče na podporu zdraví. *Zdravotnictví v České republice* [online]. 2013, 16(3-4), 8-14 [cit. 2022-10-05]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/images/zcr3-4-13.pdf>
19. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
20. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy-1.ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
21. KILJUNEN, O. et al., 2017. *Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review*. *Int J Older People Nurs.* 2017 Sep;12(3). doi: 10.1111/opn.12146.

22. LOVINK, MH. et al., 2022. *Developing an Evidence-Based Nursing Culture in Nursing Homes: An Action Research Study*. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 2;19(3):1733. doi: 10.3390/ijerph19031733.
23. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
24. MCCARTHY, B. et al., 2019. *Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review*. *J Nurs Manag*. 2019 Apr;27(3):491-501. doi: 10.1111/jonm.12727.
25. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
26. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2020. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* In: *Mzcr.cz* [online]. © 2020 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky/>
28. MOTLOVÁ, L. et al., 2019. *Trendy v péči v domovech pro seniory v České republice*. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů* [online]. 99(2), 69-73 [cit. 2024-4-24]. ISSN 0032-6739; 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2019-2-7/trendy-v-peci-v-domovech-pro-seniory-v-ceske-republice-109611>
29. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 22.2.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/> ISSN 2695-0340
30. PARRA-ANGUITA L. et al., 2019. *Knowledge about the Care of People with Alzheimer's Disease of the Nursing Staff of Nursing Homes in Spain*. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec 5;16(24):4907. doi: 10.3390/ijerph16244907.

31. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
32. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN ISBN978-80-271-0888-6.
33. PLEVOVÁ, I., KACHLOVÁ, M., 2022. *Postupy v ošetřovatelské péči*. Praha: GRADA Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-3032-0.
34. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4743-165.
35. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
36. RABELO-SILVA ER., et al. 2017. *Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC)*. *J Clin Nurs*. 2017 Feb;26(3-4):379-387. doi: 10.1111/jocn.13387.
37. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.
38. SUCHÁ, J., HOLMEROVÁ, I., 2019. *Praktický rádce pro život seniora: trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí...* [Brno]: Etika. ISBN 978-80-264-2709-4.
39. ŠÁTEKOVÁ, L. et al., 2021. *Demence hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-1695-9.
40. ŠKUBOVÁ, J., 2011. Start elektronické dokumentace v Benešově. *Florence* [online]. Praha, 7(5), 3-5 [cit. 2024-4-5]. ISSN 1801-464X. Dostupnéz: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/5/start-elektronicke-dokumentace-v-benesove/>
41. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

42. TOMANGOVÁ, M. et al., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0
43. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium sester*. 4., rozšř. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
44. VAVRUŠOVÁ, L. et al., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-382-0.
45. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-4082-9.
46. VOSTRÝ, M. et al., 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2866-2.
47. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012 [online]. [cit. 2023-05-31]. In: *Sbirku zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
48. Vyhláška č. 254/2013 Sb. o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivý v lékárnách, zdravotnických zařizeních a u dalších provozovatelů a zařizení vydávajících léčivé přípravky, 2013 [online]. [cit. 2023-06-06]. In: *Sbirka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-254>
49. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006 [online]. [cit. 2022-06-11]. In: *Sbirka zákonů České republiky*, částka 164, s.7021–7050. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLa=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
50. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011 [online]. [cit. 2023-06-06]. In: *Sbirka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast2>

51. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada Publishing, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.
52. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.
53. ZABRANKOVÁ, M., 2023. Pohled na práci sestry v sociálních službách-je mnoho mýtů, které neustále panují. *Florence*[online]. Praha, 19(6), 5-6 [cit. 2024-4-5]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2023/6/pohled-na-praci-sestry-v-socialnich-sluzbach-je-mnoho-mytu-ktere-neustale-panuji/>
54. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004 [online]. [cit. 2022-06-11]. *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s.5206-5247. ISSN 1211-1244..Dostupné z: [mhttps://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=962004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=962004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
55. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006 [online]. [cit. 2022-06-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211-1244. Dostupné https://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
56. Zákon č. 86/1992 Sb., zákon o péči o zdraví lidu (úplné znění s působností pro Českou republiku), 1992 [online]. [cit. 2022-06-11] In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-86>
57. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011 [online]. [cit. 2022-06-11] In: *sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
58. Zákon č. 111/2007 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2007 [online]. [cit. 2022-06-11] In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-111>

59. ZHANG, S., 2024. *Challenges and coping experiences faced by nursing staff in long-term care facilities in China: a qualitative meta-analysis*. *Front Public Health*. 2024 Jan 8;11:1302481. doi: 10.3389/fpubh.2023.1302481.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru

8.1 Otázky k rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
3. Jaká je Vaše celková doba praxe?
4. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?
5. Kolik hodin denně pracujete?
6. Máte specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v geriatrii? Pokud ne slyšela jste někdy o tomto druhu vzdělání?
7. Uvažovala jste někdy o rozšíření svého vzdělání? Pokud ano jakého?
8. Zúčastnila jste se někdy specializačních kurzů spojených s péčí o seniory v rámci celoživotního vzdělávání? Pokud ano, jakých?
9. Jaká nejčastější onemocnění mají klienti v tomto zařízení? Jaké jsou nejistější důvody pro jejich přijetí?
10. Jaká je úroveň soběstačnosti u klientů v tomto zařízení?
11. Jaké odborné činnosti provádíte? Které nejčastěji?
12. Jaké jsou Vaše kompetence?
13. Co obsahuje váš denní harmonogram práce? Popište ho prosím.
14. Co obsahuje Váš týdenní harmonogram péče? Popište ho prosím.
15. Jak je vedena dokumentace péče o stavu klienta?
16. Jaké hodnotící testy používáte u klientů v tomto zařízení?
17. Jakým způsobem probíhají supervize v tomto zařízení a v čem je podle Vás supervize důležitá a přínosná?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

9 Seznam zkratek

ADL – Activity Daily Living

apod. – a podobně

EBN – Evidence-Based Nursing

GCS – Glasgow Coma Scale

IADL – Instrumental aktivity Daily Living

MMSE – Mini mental State Exam

např. – například