



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Hodnota všeobecné sestry očima seniorů žijících
v domově pro seniory a jejich rodinných příslušníků.**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Markéta Zemanová

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Hodnota všeobecné sestry očima seniorů žijících v domově pro seniory a jejich rodinných příslušníků.*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové 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/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29.4.2019

.....

Markéta Zemanová

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za ochotu, trpělivost, vstřícnost, velmi cenné rady a velkou podporu při zpracování mé bakalářské práce.

Hodnota všeobecné sestry očima seniorů žijících v domově pro seniory a jejich rodinných příslušníků

Abstrakt

Povinná přítomnost všeobecné sestry v domově pro seniory není stanovena žádnými právními předpisy. Ošetrovatelská péče o seniory má svá specifika, vzhledem k tomu, že celá řada onemocnění probíhá v seniorském věku odlišně a atypicky na rozdíl od onemocnění probíhajícím v mladším věku. Právě z těchto důvodů, je neustálá přítomnost všeobecných sester v domovech pro seniory velmi důležitá.

V této bakalářské práci jsou stanoveny 3 cíle. První se zaměřuje na to, jakou péči očekávají klienti domovů pro seniory od všeobecných sester. Druhý má za úkol zmapovat představy rodinných příslušníků klientů žijících v domově pro seniory o péči poskytované všeobecnými sestrami. Třetím cílem je zjistit, nakolik je pro klienty domovů pro seniory a jejich rodiny důležitá neustálá přítomnost všeobecné sestry. V návaznosti na tyto cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky, které zněly: Jakou péči očekávají klienti domovů pro seniory od všeobecných sester? Jaké mají představy rodinní příslušníci klientů domovů pro seniory o péči poskytované všeobecnými sestrami? Nakolik je pro klienty domovů pro seniory a jejich rodinné příslušníky důležitá neustálá přítomnost všeobecné sestry?

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodami kvalitativního výzkumného šetření, které bylo uskutečněno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly rozděleny na 3 oblasti, nástupu klientů do domova pro seniory a jeho okolnostem, poskytované ošetrovatelské péči v domově pro seniory a přítomnosti všeobecných sester v domově. Audiozáznamy rozhovorů byly převedeny do písemné formy a zpracovány metodou otevřeného kódování pomocí techniky „papír-tužka“. Výzkumný soubor tvořilo 7 klientů trvale žijících v domově pro seniory a 7 rodinných příslušníků těchto klientů.

Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány do tří kategorií a ty následně rozčleněny do několika podkategorií. První se zabývala okolnostmi nástupu klientů do domova pro seniory, povědomím o poskytované péči a zdravotním stavem klientů. Druhá byla zaměřena na poskytování ošetrovatelské péče, především na představy o ní a spokojenost s ní, na odbornost péče a v neposlední řadě na poskytnutí akutní péče všeobecnou sestrou. Třetí kategorie se týkala všeobecných sester, jejich přítomnosti v domově, počtu sester na noční směně v domově, jejich pracovní náplně a odpovědnosti jejich práce.

Na základě zjištěných informací lze říci, že klienti domovů pro seniory i jejich rodiny považují neustálou přítomnost všeobecné sestry v domově za důležitou a nutnou. Bakalářská práce byla napsána tak, aby poukázala na nutnou přítomnost všeobecných sester v domově pro seniory z pohledu klientů žijících v domově pro seniory a jejich rodinných příslušníků.

Klíčová slova

senior; domov pro seniory; ošetrovatelská péče; sestra; rodina

The value of a nurse from the perspective of seniors living in a retirement house and their family members.

Abstract

There is no mandatory presence of nurses in a retirement house that would be established by legislation. The care of seniors has its specifics because many diseases are passing diversely and atypically in older age than in younger age. The mandatory presence of nurses in the retirement house is very important just for this reason.

There are three goals in this bachelor thesis. The first one focuses on what type of care is expected by clients of the retirement house. The second one is to map the expectations of family members of the clients of the retirement house about care offered by nurses. The third one is to find out how important is the constant presence of the nurses for clients and their family members. In response to these goals there were established three questions: What kind of care is expected by clients from the nurses? What ideas do the family members have about the care provided by nurses? How important is the constant presence of nurses for seniors in the retirement house and their members.

The empirical part of this bachelor thesis was processed by methods of quality research which was completed by a semi-structured interview. The interviews were divided into three parts – the new clients of the retirement house and the reasons of coming there, the nursing care provided in the retirement house and the presence of nurses there. The audio interviews were converted into a written form and processed by an open coding method – paper-pen. The research file was made by 7 clients who are permanently living in the retirement house and their 7 family members.

The results of this research investigation are processed into 3 categories and then they are divided into some other subcategories. The first one dealt with the reasons of coming the new clients into the retirement house, the awareness of the provided care and the health condition of clients. The second one was focused on providing nursing care, primarily the imagination of it and the satisfaction, on expertise of the care and last but not least on provision of acute care by nurses. The third category was related to nurses and their presence in the retirement house, the number of nurses during night shifts, their workload and the responsibility of their work.

Based on the found information we can say that clients of retirement houses and their families consider the mandatory presence of nurses to be important and needed. The bachelor theseis was written to show the necessary presence of nurses in the retirement house from the perspective of clients living there and their family members.

Keywords

senior; retirement house; nursing care; nurse, family

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Stáří a stárnutí	11
1.1.2 Periodizace stáří	12
1.1.3 Postoje ke stáří	15
1.1.4 Předsudky a mýty o stáří	15
1.1.5 Zvláštnosti chorob ve stáří	17
1.1.6 Význam rodiny ve stáří	18
1.2 Sociální služby pro seniory	19
1.2.1 Historie sociální péče o seniory	20
1.2.2 Domov pro seniory	21
1.3 Všeobecná sestra v domově pro seniory	22
1.3.1 Úloha všeobecné sestry v domově pro seniory	23
2. CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	26
2.1 Výzkumné cíle	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3 METODIKA	27
3.1 Použité metody	27
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	28
3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru „a“	28
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru „b“	29

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	30
4.1 Výsledky výzkumného šetření s klienty (výzkumný soubor a).....	30
4.1.1 Struktura výzkumného souboru „a“	30
4.2 Výsledky výzkumného šetření s rodinnými příslušníky (výzkumný soubor „b“)	
.....	42
4.2.1 Struktura výzkumného souboru „b“	42
4.2.2 Kategorizace získaných dat	43
5. DISKUZE	55
6. ZÁVĚR	61
7. SEZNAM LITERATURY	63
8. SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Stáří je třeba obávat se víc než smrti. Decimus Iunius Iuvenalis

Stáří je ve většině případů konečnou etapou našeho života, k němuž neodmyslitelně patří. Některým seniorům je umožněno dožít jejich život v rodinném kruhu, v přítomnosti jejich blízkých. Ti ostatní se ocitají v domovech pro seniory a často v něm naleznou svůj druhý domov. Nejčastější důvod umístění do zařízení sociálních služeb je ten, že rodina již nedokáže zajistit péči o svého blízkého, ani pomoc v případě, kdy se seniorův stav stále zhoršuje a ten přestává být soběstačný. Seniorský věk provází řada fyziologických nezvratných změn, které s sebou postupně přináší nemoci, které se právě u seniorů projevují často atypicky či bezpříznakově. V takovém případě je nutné včasné rozpoznání těchto nemocí či jejich komplikací a v domově pro seniory se očekává, že toto zastane všeobecná sestra, která je kompetentní k poskytování nezbytné zdravotní péče. Do těchto zařízení sociální péče, kam se domov pro seniory bezpochyby řadí, jsou nejčastěji umisťováni senioři, jejichž soběstačnost je snižena a bohužel postupem času se stávají nesoběstační, plně odkázaní na péči a pomoc druhých.

V domovech pro seniory poskytují ošetrovatelskou péči pracovníci přímé obslužné péče a zároveň všeobecné sestry, které poskytují také péči zdravotní. Bohužel se v dnešní době ještě stále objevují domovy, kde zdravotnický personál trvale přítomný není, pouze dochází na několik hodin denně, a péči o seniory zajišťují pouze pracovníci v sociálních službách. Těchto zařízení je naštěstí minimum. Poskytovatelé domovů pro seniory mají zákonnou povinnost zajistit seniorům poskytnutí odborné zdravotní péče, nicméně povinnost nepřetržité přítomnosti všeobecných sester v legislativě stanovena není. V síti poskytovatelů sociální péče naštěstí stále převažují domovy, kde je zajištěna přítomnost odborného zdravotnického personálu 24 hodin denně.

Toto téma jsem si zvolila s ohledem na skutečnost, že již téměř 10 let pracuji v domovech pro seniory a velmi často se potýkám s názory, že sestra v domově není potřebná a její práci dokážou zvládnout i pracovníci přímé obslužné péče. Touto bakalářskou prací bych chtěla poukázat na skutečnost, že všeobecná sestra je v domově pro seniory žádoucí a nepostradatelná a přítomnost všeobecné sestry v těchto zařízeních vzbuzuje v klientech i jejich blízkých pocit jistoty a klidu.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Stáří a stárnutí

Každý člověk stárne už od první minuty, co se narodí. Dokud je člověk mladý a plný sil, nepřipouští si, že život proteče mezi prsty jako voda, a i on spočine na metě zvané stáří. Stáří je poslední a neméně důležitou součástí celého našeho života a jedná se o poslední vývojovou etapu, která s sebou přináší spousty změn (Haškovcová, 2010). Existuje několik definic stáří, ale společná jednoznačná neexistuje. Poledníková (2006) například uvádí, že jde o období na konci přirozeného vývojového období a jedná se o konečnou etapu stárnutí. Kalvach (2004) charakterizuje stáří jako pozdní fázi ontogeneze, kdy jde o projevy a důsledky involučních změn, nejen funkčních, ale i morfologických. Stáří je životní fází člověka, která je vymezena dvěma časovými hranicemi, přičemž spodní hranicí je rozuměno postupné objevování se jevů a procesů, které patří ke starému člověku. Horní a vrcholnou hranicí stáří je neúprosná smrt (Sak a Kolesárová, 2012).

Stárnutí je komplexní a nezvratný proces, který se týká celé přírody. Samotná délka života je podmíněná geneticky a je velmi individuální (Poledníková, 2006). S touto definicí je shodné tvrzení Topinkové (2008), která uvádí, že stárnutí lze jen těžko definovat i přes univerzálnost a nezvratnost specifického biologického procesu. Langmeier a Křejičiová (2006) popisují stárnutí jako souhrn změn týkajících se struktury a funkcí organismu, čímž se zvyšuje pokles schopností jedince a jeho zranitelnost, které vrcholí ve fázi umírání a smrti. Stárnutí je proces diskontinuitní, tzn., že člověk stárne pomalejším tempem v některých obdobích a v těch dalších rychlejším (Haškovcová, 2010). Malíková (2011) uvádí, že se na seniory ve většině případů hledí jako na osoby nesoběstačné, závislé na cizí pomoci a že je pro ně často nejvhodnější umístění do zařízení, kde se poskytuje sociální péče. Nicméně nadále Malíková (2011) poukazuje na fakt, že někteří senioři považují tuto etapu za jednu z nejkrásnějších ve svém životě vzhledem k dostatku času, který se jim nabízí, a činnostem, na které dříve neměli čas. Podotýká ovšem, že takto uvažují pouze senioři, kteří ovládají umění stárnout. Velmi záleží na postoji člověka, který se vlastně celý život připravuje na stáří a stárnutí ve všech etapách svého života, jak dodává *od okamžiku narození začínáme stárnout a pomalu se ke stáří každým dnem přibližujeme* (Malíková, 2011, s. 14).

1.1.2 Periodizace stáří

Stáří je rozlišováno na biologické, sociální a kalendářní v souvislosti s jeho obtížným vymezením a členěním stáří, protože nástup projevů a příčin je velmi individuální (Kalvach, 2004). Biologickým stářím se rozumí dosažení přirozených vývojových tělesných změn, které se často vyskytují v návaznosti na onemocnění, která se ve stáří objevují častěji vzhledem k poklesu potenciálu zdraví (Čevela et al., 2012). Dle Poledníkové (2006) je biologický věk dán vzájemným působením vlivů, působením genetiky, způsobu života, vlivů okolního prostředí a neméně také přidružených onemocnění.

Kalendářní stáří má neměnnou výhodu v jednoznačnosti určení, je to důležitý údaj v lidském životě, nicméně právě kalendářní stáří nedokáže skutečně určit funkční potenciál daného jedince (Poledníková, 2006). Díky jednoduchosti a jednoznačnosti se stává kalendářní stáří výborným demografickým ukazatelem, nedokáže ovšem specifikovat individualitu involučních změn (Čevela et al., 2012). Světová zdravotnická organizace v polovině 20. století charakterizuje a rozděluje v klasické patnáctileté periodizaci vyšší věk na rané stáří trvající od 60-74 let, vlastní stáří 75-89 let a dlouhověkost, která začíná 90. rokem života člověka (Čevela et al., 2012). V neposlední řadě se můžeme setkat s novějším členěním seniorského věku do tří úrovní. K první úrovni stáří se vztahuje označení mladí senioři a těmi jsou osoby ve věku 65-74 let. V tomto věku by měl být kladen důraz na problematiku seberealizace, využití volného času a penzionování. Se změnami v oblasti pocitů osamělosti, výraznějšími zdravotními obtížemi a atypickým průběhem některých nemocí se setkáváme u starých seniorů, tito se nacházejí ve věkovém rozmezí 75-84 let. Pro osoby, které překročí práh 85. roku věku života, se používá označení velmi starý senior. Právě tito senioři bývají nejohroženější ztrátou soběstačnosti a mívají problém s vlastním zabezpečením (Haškovcová, 2010).

Sociálním stářím se rozumí proměna životního stylu, sociálních potřeb, ekonomického postavení v souvislosti s pobíráním starobního důchodu a velmi výraznou změnou sociálních rolí (Čevela et al., 2004). Za začátek sociálního stáří se většinou považuje odchod do penze s nárokem na starobní důchod (Čevela et al., 2004). Mlýnková (2011) se s touto myšlenkou ztotožňuje a dodává, že odchod do penze může člověka ovlivnit jak v pozitivním, tak i negativním smyslu a patří do velmi výrazných změn v lidském životě.

Čevela et al. (2012) zmiňují změny, které se spojují se sociálním stářím. Jsou jimi změny v životní úrovni, především její pokles, ztráta perspektiv, přijetí role penzisty a velmi výraznou změnou jsou pak životní události, které souvisí s pokročilým věkem, například ztrátou životního partnera (Čevela et al., 2012). Vzhledem k tomu, že se ve stáří začínají objevovat nemoci, které brání seniorovi vykonávat běžné denní aktivity a činnosti, objevuje se pak závislost nejen fyzického charakteru na pomoci druhých osob (Mlýnková, 2011). Senior často může zažít pocit sociální izolace, který s sebou přináší řadu negativních emocí, právě díky ztrátě sociálního kontaktu způsobeného fyzickou závislostí na druhých osobách. Nicméně díky pomoci pečovatelů, rodinných příslušníků a přátel, neméně kompenzačním pomůckám, lze sociální izolaci alespoň v nějaké míře předcházet (Mlýnková, 2011).

Biologické stáří popisuje Nováková (2011) jako konkrétní míru opotřebení lidského organismu, které je vyjádřeno úbytkem funkcí nejen tělesných, ale i duševních. Kalvach (2004) uvádí, že tělesné projevy a změny ve stáří probíhají různým tempem a bývají označovány jako fenotyp stáří, který je zcela individuální. Haškovcová (2010) tyto změny popisuje jako nepřehlédnutelné a čitelné, ukazující stáří v jeho pravdivém světle. Nejzásadnější změny se týkají ochabování svalstva, oslabování imunitního systému, šedivění a řídnutí vlasového porostu, srašťování kůže a její snížená elasticita, pokles vitality a energie, pomalá chůze, zhoršení zraku a sluchu (Šramo, 2012). S tímto tvrzením souhlasí i Mlýnková (2011) a konstatuje, že nejzřetelnější jsou u seniorů změny kůže a pohybového aparátu, a to právě z důvodu nepřehlédnutelnosti. Dále Mlýnková (2011) zmiňuje, že se biologické změny týkají všech systémů v lidském těle.

Psychické změny se taktéž týkají biologického stáří. Poledníková (2006) uvádí, že psychické změny jsou přirozené pro proces stárnutí a dodává, že i zde se objevuje mezi jedinci výrazná odlišnost. Vágnerová (2007) tyto změny popisuje jako výsledek interakce biologicky podmíněných změn a psychosociálních vlivů. Některé změny v úrovni prožívání, vnímání a chování seniora mohou být projevem stárnutí a jsou považovány za změny normální. Pokud dochází k výrazným změnám osobnosti, mohou být ukazatelem a projevem chorobných procesů např. demencí (Vágnerová, 2007). Zhoršující se smyslové vnímání týkající se především zraku a sluchu ztěžuje seniorům komunikaci s druhými lidmi a je běžné, že se tyto změny projevují nejistotou, úzkostmi, podezřívavostí a někdy i hněvivostí seniora, zároveň se velmi zvyšuje riziko pádu spojené s úrazy. Velkou pomocí jsou v těchto případech kompenzační pomůcky jako jsou brýle a

naslouchadla, která dodávají podporu ve společenském zařazení seniora a poskytují mu snadnější zvládnání běžných činností (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Někteří lidé si udrží mentální svěžest až do vysokého věku, jiní ji ztratí dávno předtím, než zestárnou (Poledníková, 2006, s.11). Patrné změny ve stáří jsou pozorovány také v oblasti učení a paměti, kdy klesá schopnost zpracování a ukládání nových informací. (Poledníková, 2006). Venglářová (2007) zmiňuje, že stařecké psychické změny může laik popisovat jako povahové zhoršení, kdy se velmi často negativní osobnostní rysy dostávají do popředí a ukazují, jaký člověk byl dříve a pouze to dokázal ovládat a skrýt. Mlýnková (2010) uvádí, že může docházet ke snížení pružnosti myšlení a klesat psychická vitalita. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Poledníková (2006), která upozorňuje také na zpomalení psychomotorického tempa, což se projevuje tím, že doposud běžné činnosti trvají stárnoucímu člověku déle než kdy předtím. Lidem ve vyšším věku dělá potíže především krátkodobá paměť, nedokáží si vybavit vzpomínky na události, které se staly například před týdnem, ale velice dobře si pamatují, co se odehrálo v jejich dětství, a důležité momenty, které provázely jejich život (Poledníková, 2006). Další klesající kognicí je bezpochybně inteligence, která se měří běžnými testy. Vzhledem ke klesajícímu psychomotorickému tempu, kdy staří lidé nedokáží zvládnout stanovený úkol v limitovaném čase, je nevhodné u nich provádět běžné testy inteligence (Langmeier a Krejčířová, 2006). S přibývajícím věkem se mění i kvalita emočního prožívání. Člověk vyššího věku dokáže klidněji hodnotit určité vzniklé situace, nicméně na druhou stranu se již nechce zajímat o nové věci a již se tak lehce nenadchne pro nové (Langmeier a Krejčířová, 2006). Šramo (2012) uvádí, že ve stáří dochází k individuálním změnám jako je například smysl pro detail, který s věkem narůstá, dále se zhoršuje adaptabilita na nové situace, klesá soběstačnost a dochází k ochuzení a oslabení fantazie. V životě člověka dochází k mnohým změnám, někteří se s nimi dokáží dobře vyrovnat a novému se přizpůsobit snadněji, jiní tyto změny považují za velmi obtížné situace a mají problém s jejich zvládnutím, potřebují pak pomoc od ostatních např. rodiny. Je potřeba notné dávky trpělivosti a tolerance při nápomoci zvládnání a přijetí těchto změn u seniorů (Venglářová, 2007). Podle Malíkové (2010) ovlivňuje způsoby vyrovnávání se se změnami a skutečnostmi i reakce na ně právě osobnost člověka, životní zkušenosti, prostředí a sociální zázemí, ve kterém senior žije.

1.1.3 Postoje ke stáří

Ač se to nezdá, tak i stáří může být za určitých předpokladů plnohodnotnou částí života, pokud člověk umí přijmout svůj věk se všemi změnami, které s sebou přináší. Přizpůsobením životního stylu změnám, které se vyskytují s přibývajícím věkem, lze stáří prožívat i pozitivně (Malíková, 2010). Ovšem existují i jedinci, kteří nemají dostatek sil a schopností k akceptování omezení, a prožívání stáří se tak stává velmi individuální a záleží na tom, jak se s ním senior vyrovná (Malíková, 2010). Venglářová (2007) ve své knize ukazuje model adaptace na stáří a rozděluje jej do tří částí.

Prvním zmiňovaným postojem je **konstruktivní přístup**, během kterého se senior postupně připravuje na stáří například udržováním tělesného zdraví za pomoci pohybových aktivit, či vhodnou stravou. Senior by měl mít ve svém okolí dostatek známých a přátel, aby se nedostal do sociální izolace. Taktéž dobré vztahy s rodinou pomáhají seniorovi zvládat těžké životní situace, které s sebou vyšší věk přináší. Druhým postojem je **potřeba kontaktu** a tím se vytváří závislost na okolí. Pokud má senior, který se cítí být osamělý, i zdravotní obtíže, pak často vyhledává velmi intenzivní kontakt se zdravotníky nebo vyžaduje častý kontakt s rodinou (Venglářová, 2007). Třetím a nejobtížnějším postojem je **postoj nepřátelský**. Senior své nepřátelství projevuje svému okolí, rodině i zdravotníkům a příčinou tohoto postoje bývá vlastní neschopnost zvládnout přicházející změny (Venglářová, 2007). Mlýnková (2011) k výše uvedeným postojům uvádí další dva. Prvním z nich je **obranný postoj**, který se vyskytuje u lidí, kteří žili velmi aktivním životem a nemohou se smířit s úbytkem sil a nechtějí být závislí na druhých osobách. Pokud onemocní, odmítají nabízenou pomoc, nebo si o ni vůbec neřeknou a tím se snižuje jejich schopnost sebepéče (Mlýnková, 2011). Posledním zmiňovaným postojem Mlýnkovou (2011) je **sebenávist**. Tito senioři se cítí velmi osaměle, ale o sociální kontakt ani nestojí. Jsou nespokojení, plní pesimismu, pocítují promarněnost vlastního života, jsou lítostiví a mohou si v některých případech i ublížit. Tím pádem jsou ohroženou skupinou, která by měla mít možnost pomoci psychiatra (Mlýnková, 2011).

1.1.4 Předsudky a mýty o stáří

Se stářím se spojuje spousta předsudků a mýtů. Mýty popisuje Příbyl (2015) jako smyšlená tvrzení, která se šíří mezi lidmi a nejsou založená na pravdivém základu. Předsudky jsou názory nebo také postoje, které může zaujímat skupina nebo pouhý

jednotlivec proti jiným společenským skupinám a mají většinou emocionálně negativní podtext (Špatenková a Smékalová, 2015). Také Příbyl (2015), se ztotožňuje s názorem, že se stářím se spojuje spousta negativních předsudků a nepodložených mýtů. Malíková (2011) dodává, že se bohužel velmi často setkáváme s negativními a výrazně devalvujícími postoji k seniorům, mezi ně uvádí ignoranci k nim, jejich zesměšňování a bohužel mnohdy i ponižování. Dle Malíkové (2011, s. 35) za to může trend dnešní doby, *kdy je naše společnost silně pod vlivem povrchních a pomíjivých hodnot*. Malíková (2011) taktéž dodává, že právě tato problematika, kterou bezpochyby jsou negativní postoje ke stáří, se nazývá ageismus.

Haškovcová (2010) ve své knize zmiňuje mýty, které jsou trvale zakořeněny v naší společnosti. Haškovcová (2010) taktéž uvádí, že mýty je velmi nesnadné vymýtít právě z důvodu, že obsahují i „pravdivá zrnka“. Aby bylo možné změnit negativní předsudky vůči starým lidem, je nutné se zajímat o jejich potřeby, názory a postoje a tím lze dosáhnout destabilizace postavení mýtů spojovaných se stářím (Haškovcová, 2010). Prvním zmiňovaným mýtem je **mýtus falešných představ**, který se opírá o tvrzení, že pokud má senior dostatečné materiální zajištění, pak se cítí spokojen. S tímto se spojuje i jistá přímá úměra mezi materiálním zabezpečením a spokojeností, *a to i přesto, že i v mladších populacích známe bohaté nespokojence a šťastné chudáky* (Haškovcová, 2010, s. 42). **Mýtus zjednodušené demografie** je zakládán na přesvědčení, že se dnem odchodu do důchodu stává člověk starým. Tento mýtus ignoruje okolnost, že se stále prodlužuje střední délka života, a i penzista může prožít smysluplný život a radovat se z maličkostí. **Mýtus homogenity** se pojí s předsudky seniorského vzhledu a vzájemnou návazností i seniorských potřeb. Zjednodušeně řečeno všichni lidé jsou stejní, se stejným vzhledem i potřebami. Nicméně Haškovcová (2004) uvádí, že senioři tvoří nejvíce různotvárnou a nejednotnou část populace. **Mýtus neužitečného času** má velmi silné kořeny. Shrnuje předsudky neužitečnosti seniora vzhledem k faktu, že v důchodu „nic nedělá“ a je mnohokrát považován za „podřadného“ a tím dochází k despektu seniorů. S tímto mýtem se velmi úzce pojí **mýtus ignorance**, který značí odsunutí seniora do ústraní. Názory seniora jsou přehlížené a často zatracované. Starý člověk není považován za rovnocenného partnera a velmi často se přehlíží její jeho životní zkušenosti a dochází k vytrácení se úcty ke starým lidem (Haškovcová, 2010). Šramo (2012) popisuje úctu jako souhrn tří povinností vůči starým lidem. První zmiňuje přijetí starého člověka jako součást generace, následně postarání se o něj a v neposlední řadě

ocenění jeho kvalit, které se týkají jeho zkušeností a poznání. Rozšířený je **mýtus o arterioskleróze**, kdy je „skleróza“ brána a chápána jako synonymum zapomínání a je považována na znak nebo symbol stáří. *Mýtus o sklerotických starých lidech je nebezpečný i v obecné rovině, protože zesiluje přesvědčení lidí o tom, že stáří je nemoc.* (Haškovcová, 2004, s. 28) Haškovcová (2010) dále zmiňuje, že vzhledem k negativistickým představám, tzv. image stáří, jsou vyvíjeny silné společenské, ale i politické aktivity, které usilují o změny postojů ke stáří. Šramo (2012) popisuje vyloučení starých osob v moderní době jako popření minulosti. Malíková (2011, s. 38) dodává, že jakékoliv negativní předsudky k seniorům, velmi ovlivňují přístup a následné nepochopení seniorů, ponížení a *nerespektování lidské důstojnosti*.

1.1.5 Zvláštnosti chorob ve stáří

Nemoci u starších lidí mají svá určitá specifika. Topinková (2005) uvádí, že hodnotit zdravotní stav u seniorů bývá obtížné vzhledem k nedostatečné a někdy velmi obtížné diagnostice některých nemocí. Zásadním problémem je dle Topinkové (2005) polymorbidita, při které dochází k navazování neboli řetězení nemocí, kdy jedno onemocnění podmíní druhé. Čevela et al. (2012) dodávají, že s narůstajícím věkem jsou nemoci ve stáří závažnější s mnohými komplikacemi, velmi často mají atypický průběh, kdy se mění klinický obraz důsledkem dekompenzace zdravotního stavu seniorů. U seniorů jsou typické velmi slabé symptomy onemocnění a některé choroby mohou probíhat bezpříznakově (Topinková, 2008). Čevela et al. (2012) uvádějí další specifika nemocí u geriatrických pacientů, které se týkají změny diagnostických léčebných i rehabilitačních postupů, které se výrazně liší od mladých pacientů. Je nutné upozornit na specifickou ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci imobilizace, poruch výživy, dehydratace a dekonidice (Čevela et al., 2012). Mezi nejčastější onemocnění vyskytující se v seniorském věku patří kardiovaskulární onemocnění, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění a nemoci trávicího a močového ústrojí (Topinková, 2008). Chen et al. (2014) uvádějí křehkost jako běžný geriatrický syndrom, který může vést ke zvýšené zranitelnosti seniora. Ve vyšším věku se zvyšuje význam zdravotních problémů v souvislosti s geriatrickou křehkostí a geriatrickými syndromy, které mohou být i bez vazby na onemocnění (Čevela et al., 2012). Geriatrickou křehkost popisují Kalvach et al. (2008) jako multisystémové postižení, které vzniká nahromaděním funkčních deficitů a současně s nimi je uváděna celovztažnost a progresivnost, kterou označují povšechným úpadkem, a taktéž upozorňují na možnou špatnou prognózu u

geriatrických pacientů. Mezi nejčastější projevy geriatrické křehkosti patří například hypomobilita, nechutenství, sensorické deficity, kognitivní poruchy, chronická bolest, úbytek svalové hmoty a s ním i síly, instabilita a pády, které mohou způsobit další poranění (Kalvach et al., 2008). Matějovská Kubešová et al. (2015) zmiňují nestabilitu v seniorském věku a dodávají, že pády jsou v 10 % hlavní diagnózou na urgentních příjmech. Taktéž Topinková (2008) s tímto souhlasí a dodává, že tito geriatrickí křehcí pacienti jsou velmi ohroženi nepříznivým vývojem jejich zdravotního stavu a poruchou schopnosti provádět běžné denní činnosti, nesoběstačností a pády. „*Stařecká křehkost představuje rizikovost, která je dána již samotnými fyziologickými změnami funkce jednotlivých orgánů ve stáří a dále následnou dekondukcí.*“ (Holmerová et al., 2014, s. 46). Každý senior by měl být řádně vyšetřen, a jak zmiňuje Topinková (2005), geriatrické vyšetření by mělo být komplexní a mělo by být zaměřeno nejen na funkční stav seniora, ale také na kvalitu jeho života. Holmerová et al. (2014) s tímto souhlasí a dodávají, že velký význam při geriatrickém vyšetření má spolupráce s rodinou a praktickým lékařem a v neposlední řadě i s agenturou domácí péče, pokud zajišťuje péči o seniora. Kalvach et al. (2011) uvádějí, že geriatrickí pacienti vykazující známky křehkosti by měli být cílovou skupinou oboru, který se věnuje seniorům, a tím je geriatric.

1.1.6 Význam rodiny ve stáří

Rodina, k níž patří i stařec, vlastní poklad – Přísloví čínské

Velmi důležitou součástí života seniora je jeho rodina a té bude věnována tato kapitola. Jak uvádí Haškovcová (2004, s. 42): *Není pochyb o tom, že člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci.* Příbyl (2015) upozorňuje na fakt, že senioři kladou velký důraz na rodinné vztahy nevyjímaje vztahy s dětmi a vnoučaty. Zároveň však Příbyl (2015) zmiňuje, že senioři nechtějí být na obtíž svým blízkým v době, kdy jim přibývají nemoci, zdravotní obtíže a ubývají síly. Čevela et al. (2012, s.) upozorňují na možnou sociální izolaci, která může nastat v důsledku neudržování kontaktů s rodinou a přáteli. Taktéž uvádějí, že *senioři jsou v rodinách významnými nositeli tradice, mentoringu, „strážci významu“, nositeli emočních vazeb.* Klevetová a Dlabalová (2008) poukazují na vícegenerační soužití, kde lze dosáhnout významného pocitu bezpečí a pochopení pro všechny členy rodiny. *Pro současného seniora měla a má význam rodina a bezpečné rodinné zázemí* (Holzerová a Dvořáčková, 2013, s. 31). S tímto se ztotožňuje i Hrozenková a Dvořáčková (2013) a podotýkají, že rodina znamená pro seniora významný článek

v jeho životě a pomáhá seniorovi překonávat změny, které v něm nastávají. Mlýnková (2011) uvádí, že je zcela přirozeným jevem, že se rodina postará o seniora, a poukazuje na pozitiva rodinné péče, kdy se senior cítí bezpečně, není osamocený a na péči o jeho osobu se mohou podílet všichni členové rodiny. S tímto se ztotožňují i Klevelandová a Dlabalová (2008) a dodávají, že nejdůležitějšími předpoklady pro zajištění rodinné péče o seniora je umět, chtít a moci pečovat o nesoběstačného člena rodiny. Haškovcová (2004) zmiňuje i takzvanou intimitu na dálku, kde i přes oddělené soužití vícegenerační rodiny, zůstávají mezi jednotlivými členy krásné a pozitivní vztahy. Haškovcová (2010, s. 76) uvádí „*Domov důchodců je pomstou dětí za to, že musely do jeslí,*“ a dodává, že jesle a domov důchodců v kontextu začátku a konce života se stávají často nejlepším řešením složité situace v mnohých rodinách.

1.2 Sociální služby pro seniory

O staré občany je velmi často nutné se postarat, neboť jejich zdravotní stav již neumožňuje, aby byli soběstační ve všech každodenních činnostech. Pokud není v silách rodiny tuto pomoc poskytnout, nastupují na pomyslnou přední příčku sociální služby. Matoušek et al. (2011) definují sociální služby jako poskytování péče lidem znevýhodněným a jejich cílem je zlepšení kvality života těchto lidí, nicméně nedílnou součástí je zohlednění nejen potřeb samotného uživatele sociálních služeb, ale také jeho rodiny. Hrozenská a Dvořáčková (2013) zmiňují, že poskytovaná sociální služba musí být uživateli individuálně přizpůsobena, měla by ho podporovat v samostatnosti při zachování lidské důstojnosti. Poskytování sociálních služeb se řídí právními předpisy. Prvním z nich je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dále pak vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona (Arnoldová, 2011). Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje, nejen jakým způsobem je hrazena poskytovaná péče, ale i podmínky, za kterých může být přijat uchazeč o umístění do zařízení poskytující sociální službu. Nadále jsou v něm zakotveny i Standardy kvality poskytované péče v sociálních službách a podmínky nároku na příspěvek na péči. Vyhláška č. 505/2006 Sb. obsahuje, jakým způsobem získávají kvalifikaci pracovníci přímé péče, dále pak *definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb, stanovuje, jakým způsobem se hodnotí splnění standardů kvality poskytované sociální péče a další* (Malíková, 2011, s. 48). Sociální služby se rozdělují do několika forem poskytované péče. Čevela et al. (2012) uvádějí poskytování sociálních služeb ve formě terénní, ambulantní a pobytové. **Terénní služby** jsou poskytované

v přirozeném sociálním prostředí, tedy domácím prostředí, a mohou to být pečovatelské služby, osobní asistence, tísňová péče a případně respitní péče (Čevela et al., 2012). **Ambulantní služby** popisují Čevela et al. (2012) jako péči poskytovanou v zařízení sociálních služeb bez poskytování ubytování, kdy jsou osoby tuto službu požadující dopravovány do těchto zařízení. Mezi tato zařízení patří například denní stacionář, centrum denních služeb a v neposlední řadě odlehčovací služby (Čevela et al., 2012). Poslední zmiňovanou formou poskytování sociálních služeb jsou **pobytové služby**, což jsou zařízení, kde je sociální služba poskytována nepřetržitě se zajištěným ubytováním, a patří sem domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a taktéž sociální služby v zdravotnických zařízeních například léčebny dlouhodobě nemocných (Čevela et al., 2012).

1.2.1 Historie sociální péče o seniory

V dávných dobách byla péče o staré lidi zajišťována výhradně v rodinách, a pokud rodina chyběla, byli staří lidé odsouzeni živořit, čímž došlo k odsunu těchto osob na okraj společnosti (Haškovcová, 2010). První náznaky sociálních služeb se objevovaly již ve středověku a souvisely s přijetím křesťanství a zřízení církve (Matoušek et al., 2011). Nadále Matoušek et al. (2011) zmiňují, že první církevní sociální služby poskytovaly kláštery, kde bylo hlavním cílem zajištění stravy, přístřeší a drobná základní ošetrovatelská péče. Haškovcová (2010) uvádí pozdější tradiční péči o staré lidi, kterou byla takzvaná charitativní péče, která se opírala o tři Boží milosti a těmi byla láska, víra a naděje. Dále Haškovcová (2010) dodává, že péče o staré a nemocné byla limitována možnostmi společnosti, které byly jak politické, tak i ekonomické. První zmínky o domovech pro staré osoby, které byly zakládány v Jugoslávii, se datují do přelomu 14. a 15. století (Haškovcová, 2010). Dalším mezníkem ve vzniku prvních právních předpisů byl přelom 16. a 17. století, kdy začaly vznikat tzv. chudinské zákony, které ukládaly obcím povinnost postarat se o chudé a nemocné, a pod patronací státu vznikaly služby, které měly ústavní charakter. Nicméně až téměř v 19. století vznikala první větší zařízení nazývané starobince, ve kterých byla poskytována péče starým lidem (Matoušek et al., 2011). *Celý systém péče se postupně stával garantovaný (stát, města, obce), a tedy institucionalizovaný* (Haškovcová, 2004, s. 33). Kalvach et al. (2004) uvádějí zřizování zaopatřovacích ústavů, které vznikaly po vzniku Československé republiky, a zmiňují jeden z největších, jenž se nacházel v Praze. Státní úřad důchodového zabezpečení začal řídit ústavy sociální péče a vytvářet koncepci domovů

důchodců, které ovšem měly poskytovat své služby pouze zdravým lidem s nesníženou soběstačností, a senioři, kteří neměli dobrý zdravotní stav, končili na lůžkách pro dlouhodobě nemocné nebo interních odděleních (Kalvach et al., 2004). Haškovcová (2004) se s tímto ztotožňuje a dodává, že tato zařízení neměla hezkou pověst, dostávala nehezká pojmenování a později byla dokonce zveřejňována i data, týkající se problémů v domovech důchodců, a to především nevyhovujících prostorů, hygieny a špatných poměrů. Haškovcová (2010) poukazuje na tzv. **ping-pongovou strategii**, při které docházelo k „přehazování“ seniorů mezi zdravotnickým zařízením a domovem důchodců podle aktuálního zdravotního stavu, a proto bylo nutné zavést zdravotnickou péči do domovů, kterou poskytovaly vzdělané sestry, které zde byly zaměstnávány. Až po roce 1989 došlo k zásadním změnám také v sociální oblasti a k reformě sociální péče, kdy nejvýznamnější změnou bylo vytvoření Standardů kvality sociální péče, které byly oficiálně zapsány do zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách (Matoušek et al., 2011).

1.2.2 Domov pro seniory

Domov není místo, kde bydlíš, ale místo, kde ti rozumějí – Christian Morgenstern

Domov pro seniory je pobytové sociální zařízení, které poskytuje seniorovi nejen ubytování, stravu a přímou obslužnou péči, ale také zdravotní péči, pokud dojde ke zhoršení jeho stavu (Matoušek et al., 2011). Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 65) popisují domovy pro seniory jako *pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*. Čevela et al. (2012) zařazují domovy pro seniory mezi zařízení, která poskytují dlouhodobou péči systémem sociálních služeb, v nichž je úhrada za poskytování této péče je velmi obtížná. Krutilová et al. (2010) poukazuje na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterém je upřesněno, jakým způsobem jsou registrováni poskytovatelé sociálních služeb, a poukazuje na nutnost osvědčení poskytovatele v oblasti zásadních podmínek k poskytování těchto služeb, jako je například hygienické a technické zázemí, odborný personál zajišťující péči a hygienické podmínky. V pobytových zařízeních sociální péče zajišťují dlouhodobou péči pracovníci přímé obslužné péče a všeobecné sestry (Čevela et al., 2012). Pohlová (2018) poukazuje na nutnost týmové spolupráce mezi pracovníky přímé péče a všeobecných sester, která musí být flexibilní a spolehlivá a nelze striktně oddělovat kompetence ošetřujících osob. Arnoldová (2011) popisuje domovy jako zařízení, která celoročně zajišťují nejen

komplexní péči, ale také sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, a dodává, že hlavními příjemci těchto služeb jsou osoby, kterým není možno poskytovat pomoc v jejich domácím prostředí. Janiš a Skopalová (2016) dodávají, že v domovech pro seniory, jsou vedle zdravotní péče zajišťovány i společenské volnočasové aktivity, které jsou pro seniory velmi důležité.

1.3 Všeobecná sestra v domově pro seniory

V domovech pro seniory poskytují ošetrovatelskou péči všeobecné sestry, které získaly odbornou způsobilost k výkonu práce v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. V tomto zákoně jsou upřesněny podmínky nejen samotného vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, ale také následné poskytování zdravotní péče. Současně s výše uvedeným zákonem jde ruku v ruce vyhláška č. 55/2011, která specifikuje a vymezuje kompetence všeobecných sester a ostatního zdravotnického personálu. Plevová (2018) poukazuje na nutnost a povinnost celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. V domovech pro seniory je zástupcem z řad odborného ošetrovatelského personálu všeobecná sestra v sociálních službách s odborností č. 913, která je nositelkou výkonu a jejíž vykonaná práce pak může být uhrazena zdravotní pojišťovnou, pokud je uzavřena náležitá smlouva s pojišťovnami (Krutilová et al., 2010). Pokorná et al. (2013) poukazují na nezastupitelnou procesní roli všeobecných sester v domovech pro seniory, která spočívá v podpoře sebepéče seniorů a případné dopomoci při sebeobslužných činnostech. Dále pak Pokorná et al. (2013) zdůrazňují, že všeobecná sestra je v domovech pro seniory významným nezastupitelným článkem v oblasti plnění ordinací lékaře, hodnocení a plánování intervencí individuálně přizpůsobených klientům, které podporují soběstačnost i dopomoc při deficitu sebepéče. Dále všeobecné sestry informují o zdravotním stavu, ale i stavu soběstačnosti klienta ošetrujícího lékaře, úzce spolupracují s rehabilitačními pracovníky tak, aby byla zajištěna bezpečnost klientů, ale i jejich pohybový režim v adekvátním rozsahu (Pokorná et al., 2013). Ošetrovatelskou péči poskytují v domovech pro seniory nejen všeobecné sestry, ale také pracovníci přímé obslužné péče, a to 24 hodin denně ve vzájemné týmové spolupráci (Dlugošová a Tkáčová, 2012). Malíková (2011) poukazuje na nutnost přítomnosti všeobecných sester v pobytových zařízeních sociálních služeb z důvodu zajištění kvalitní, odborné a komplexní ošetrovatelské péče a dodává, že všeobecná sestra je *často jediným a nejvýše*

postaveným pracovníkem, který přebírá zodpovědnost za volbu správného postupu a okamžité řešení vzniklé situace bez možnosti konzultace (Malíková, 2011, s. 212). Všeobecná sestra v domovech pro seniory se musí umět velmi dobře orientovat v problematice péče poskytované v sociálním zařízení, musí rychle a adekvátně řešit změny zdravotního stavu vzhledem k tomu, že v těchto zařízeních není trvale přítomen lékař (Malíková, 2011). Taktéž všeobecná sestra řídí pracovníky přímé péče, je jejich nadřízenou a má zodpovědnost za chod zařízení v době, kdy není přítomen nadřízený pracovník. Musí řešit náhlé a mimořádné situace a neprodleně informuje nadřízeného. S lékařem pak konzultuje zdravotní stav svěřených klientů i v době, kdy ten není v zařízení přítomen (Malíková, 2011).

1.3.1 Úloha všeobecné sestry v domově pro seniory

Sestro, vy se snažíte mne uchovat naživu jako kuriózní starožitnost, ale já už jsem hotov, skončil jsem, hodlám umřít. George Bernard Shaw

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, v domovech pro seniory žijí převážně polymorbidní a nesoběstační senioři. Malíková (2011) uvádí, že vzhledem k polymorbiditě seniorů je nutný odborný dohled všeobecných sester, neboť velmi často dochází k náhlým změnám jejich zdravotního stavu. Poskytování odborné zdravotní a ošetrovatelské péče předchází důsledné vypracování anamnézy a vyhodnocení zdravotního stavu seniora a počíná prvním kontaktem s klientem a jeho rodinou při nástupu do domova pro seniory (Malíková, 2011). Všeobecná sestra dle svých kompetencí daných Vyhláškou č. 55/2011 Sb. vede ošetrovatelskou dokumentaci, samostatně hodnotí problémy nejen aktuální, ale i rizikové a dle nich vytváří individuální ošetrovatelský plán se stanovením potřebných ošetrovatelských intervencí. U seniorů hodnotí rizikovost jejich zdravotního stavu, zejména v oblasti mobility a následných pádů či dekubitů (Malíková, 2011). K získání potřebných informací využívá všeobecná sestra komunikačních dovedností, které musí přizpůsobit tak, aby klient navázal kontakt, získal důvěru a nebál se otevřeně mluvit o svých problémech (Venglářová a Mahrová, 2006). S tímto souhlasí i Malíková (2011) a k výše uvedenému dodává, že získání důvěry a navázání partnerského vztahu je důležitým činitelem v poskytování ošetrovatelské péče. Psychický stav seniorů je poznamenán nejen věkem, ale také chronickými nemocemi, bolestmi, kterými senioři velmi často trpí dlouhá léta. Je proto velmi nesnadné s nimi navázat kontakt a poskytovat ošetrovatelskou péči vzhledem k jejich časté

nespokojenosti. U seniorů, kteří trpí demencí, a jejich chování může být verbálně i brachiálně agresivní, musí sestra vynaložit mnohdy velké psychické úsilí, aby mohla ošetrovatelský výkon poskytnout (Dlugošová a Tkáčová, 2012). Dle Venglářové a Mahrové (2006) je komunikace se seniory s demencí velmi náročná, protože se musí přizpůsobit psychickému stavu seniora se zachováním jeho důstojnosti. Dále pak dodávají, že péče o seniory s demencí klade vysoké nároky na taktnost a trpělivost ze stran ošetřujícího personálu a mnohdy může být všeobecná sestra příkladem pro rodiny seniorů a pomoci jim v komunikaci s nimi. V domově pro seniory poskytuje všeobecná sestra zdravotní péči na základě předpisu ORP (ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb) ošetřujícím lékařem seniora. Do této péče se zahrnuje např. podávání léků per os, péče o stomie a permanentní katetry, ošetrovatelská rehabilitační péče, převazy ran a dekubitů, aplikace injekcí, sledování fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu a mnoho dalších, jako je například cévkování žen nebo zavádění nasogastrických sond (Malíková, 2011). Šamánková et al. (2006) poukazují na to, že ošetrovatelskou rehabilitační péči je potřeba provádět 24 hodin denně s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu a patří do ní veškerá manipulace s klientem, prevence tromboembolické nemoci, zajištění průchodných dýchacích cest a nácvik dýchání a nevyjímaje prevenci dekubitů a kontraktur za pomoci správného polohování. Veškerou odbornou indikovanou péči může poskytovat v domově pro seniory pouze zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání. Z toho lze odvodit, že pouze všeobecná sestra může poskytovat v domovech pro seniory odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči (VZP, Kučerová, 2015). Všeobecné sestry poskytují nejen odbornou ošetrovatelskou péči, ale také tu základní, která zahrnuje hygienu klientů, péči o jejich pokožku, polohování, sledování stavu výživy a hydratace. Důležitou součástí je také edukace seniorů a jejich rodinných příslušníků ohledně změn medikace či plánovaných vyšetření (Malíková, 2011). Juřeniková (2010) k tomu dodává, že každá edukace musí být založena na individuálním přístupu a musí se respektovat psychický i zdravotní stav. Psychická podpora je hlavním pilířem vzájemného vztahu všeobecné sestry, klienta a jeho rodiny v době zhoršení zdravotního stavu seniora či možných komplikací nejen po zdravotní stránce (Malíková, 2011). Topinková (2005) uvádí, že se u seniorů mohou velmi často vyskytovat nespecifické příznaky onemocnění, atypické lékové reakce či prudká zhoršení zdravotního stavu, která mohou být pro seniora velmi ohrožující na životě. Pohlová (2017) zmiňuje diabetiky jako velmi rizikovou skupinu seniorů, kteří jsou ve velkém zastoupení právě v domovech pro

seniory a u nichž velmi často dochází ke komplikacím spojených s diabetem jež vyžadují včasné zásah všeobecné sestry, neboť jsou tyto komplikace spojené s vážným ohrožením seniora na životě a je důležité postupovat tak, aby nedošlo k poškození klienta. Prošková et al. (2014) upozorňují na povinnost zdravotnických pracovníků, v tomto případě všeobecných sester, vykonávat svou práci v zájmu klienta a veškerou poskytnutou péči zaznamenávat. To se týká přinejmenším podávání léčivých přípravků, kdy tato kompetence patří pouze do rukou kvalifikovaných všeobecných sester, je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a je nutno ji vykonávat lege artis. Nedílnou součástí úlohy všeobecné sestry v domově pro seniory je péče o umírající klienty. Komunikace s umírajícím a jeho rodinou, by měla být nadměru laskavá, empatická a taktní (Venglářová a Mahrová, 2006). S tímto souhlasí i Kalvach et al. (2010) a dodávají, že i v domovech pro seniory je možno poskytovat paliativní péči. Šamánková et al. (2006, s.96) poukazují na to, že obecnou základní paliativní péči, která se týká především sledování umírajících a poukázání na jejich stávající přání a potřeby za lidského přístupu a citlivé komunikace nejen s rodinou, *by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti*. S tím souhlasí i O'Connor a Aranda (2005), které pojmenovávají základní znalosti péče o umírající jako paliativní přístup a dodávají, že všeobecné sestry by měly zajišťovat řešení symptomů nejen fyzických, ale také psychických. Proto je velmi důležitá *přítomnost vzdělaného odborného pracovníka (sestry), který má velmi dobrou orientaci v problematice a jejích souvislostech, umí problémy řešit a také jim předcházet*, jak uvádí Malíková (2011, s. 201).

2. CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole jsou představeny stanovené výzkumné cíle a výzkumné otázky, které byly založeny pro tuto bakalářskou práci.

2.1 Výzkumné cíle

1. Zjistit, jakou péči očekávají klienti domovů pro seniory od všeobecných sester.
2. Zmapovat představy rodinných příslušníků klientů žijících v domově pro seniory o poskytované péči všeobecnými sestrami.
3. Zjistit, nakolik je pro klienty domovů pro seniory a jejich rodiny důležitá neustálá přítomnost všeobecné sestry.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakou péči očekávají klienti domovů pro seniory od všeobecných sester?
2. Jaké mají představy rodinní příslušníci klientů domovů pro seniory o poskytované péči všeobecnými sestrami?
3. Nakolik je pro klienty domovů pro seniory a jejich rodinné příslušníky důležitá neustálá přítomnost všeobecné sestry?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována metodami kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno za pomoci dvou variant polostrukturovaného rozhovoru s vybranými výzkumnými soubory, které tvořili klienti domova pro seniory a jejich rodinní příslušníci. Výzkumné šetření bylo předem schváleno ředitelkou domova pro seniory, ve kterém byly vlastní rozhovory realizovány. Následně bylo provedeno v průběhu měsíce března roku 2019. Šetření se zúčastnilo 7 klientů domova pro seniory, kteří mají zachované kognitivní funkce na úrovni, jež nebrání vedení rozhovoru, a 7 rodinných příslušníků klientů trvale žijících v domově pro seniory. Všichni účastníci výzkumu byli dopředu informováni o anonymním zpracování tohoto šetření a o faktu, že výsledky budou použity pouze pro zpracování této bakalářské práce. Nadále účastníci obdrželi informace o tématu a výzkumných cílech. Pro výzkumné šetření byly vyhotoveny dvě varianty polostrukturovaného rozhovoru, jedna pro seniory a druhá pro rodinné příslušníky (viz příloha 1 a 2). Rozhovor pro klienty obsahoval 20 otevřených otázek, rozhovor pro rodinné příslušníky 16. Oba rozhovory bylo možno rozšířit o další potřebné navazující otázky. Informanti byli seznámeni s možností případného odmítnutí odpovědi na jim nevyhovující otázku uvedenou v rozhovoru.

Rozhovor pro výzkumný soubor A byl zaměřen na několik oblastí. Nejdříve byly zjišťovány identifikační údaje informantů, a také důvody, které je vedly k nástupu do domova pro seniory. Dále byli informanti dotazováni na to, jak probíhalo jejich rozhodování o nástupu do domova a jaké skutečnosti pro ně byly důležité. Otázky se také týkaly povědomí o poskytování ošetrovatelské péče ještě před jejich nástupem do domova. Bylo důležité zjistit, jak informanti vnímají svůj zdravotní stav. V rámci rozhovoru byly pokládány dotazy, které se týkaly poskytování ošetrovatelské péče. Otázky byly především zaměřeny na představy klientů o poskytované péči a následnou spokojenost s ní. Další otázky směřovaly, na odbornost poskytované péče sestrami a na skutečnost, zda byla seniorům někdy poskytnuta akutní péče sestrou. V neposlední řadě bylo nutné zjistit, dokáží-li senioři rozeznat sestry od pracovníků přímé obslužné péče a znají-li náplň práce sestry. Také byl položen dotaz, jak senioři vnímají přítomnost sestry v domově pro seniory a jestli by pro ně byla nepřítomnost sester v domově překážkou.

Zacíleno bylo také na názory seniorů na odpovědnost sester v domově pro seniory a na povědomí seniorů o počtu sester na noční směně.

Rozhovor pro výzkumný soubor B byl zaměřen podobným způsobem jako rozhovor pro seniory. Byly zjišťovány identifikační údaje informantů a důvody, které vedly k umístění jejich blízkého do domova pro seniory. Otázky směřovaly k objasnění toho, jak důležité byly pro rodinné příslušníky informace, které se týkaly přítomnosti sester v domově, a zda jimi bylo ovlivněno jejich rozhodování. V rozhovoru bylo dále zjišťováno, jak rodinní příslušníci posuzují zdravotní stav svých blízkých umístěných v domově, a zda je nutné, aby s ohledem na zdravotní stav seniorů, byly v zařízení přítomné sestry. Informanti byli také dotazováni, zda měli povědomí o poskytované péči v domově pro seniory. Taktéž byly rodinným příslušníkům pokládány otázky, které se týkaly představ rodinných příslušníků o poskytování ošetrovatelské péče a s ní spojené spokojenosti. Další dotazy směřovaly, na odbornost poskytované péče sestrami, a zda byla rodinným příslušníkům dotazovaných někdy poskytnuta akutní péče sestrou. V neposlední řadě bylo nutné zjistit, dokáží-li rodinní příslušníci rozeznat sestry od pracovníků přímé obslužné péče, a zda znají pracovní náplň sestry. Také byla položena otázka, jak dotazovaní vnímají přítomnost sestry v domově pro seniory a jestli by pro ně byla nepřítomnost sester v domově překážkou. Zacíleno bylo také na názory rodinných příslušníků, které se týkaly odpovědnosti sester v domově pro seniory a na povědomí o počtu sester na noční směně.

Rozhovory byly vedeny na pokojích klientů za přítomnosti pouze tazatele a informanta a byly nahrávány na diktafon, následně pak převedeny do písemné podoby. Poté byly získané výsledky zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Pro výzkumné šetření byly použity dva výzkumné soubory, pro jejichž konstrukci byly předem stanoveny podmínky, které musely být splněny. Vhodní informanti byli v obou výzkumných souborech vybráni na základě spolupráce s blíže nespecifikovaným domovem pro seniory v Jihočeském kraji.

3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru „a“

Soubor „A“ byl tvořený 7 klienty domova pro seniory, kteří byli vybíráni na základě dvou předem stanovených kritérií. Prvním byla dobrá úroveň kognitivních funkcí, která

nepředstavovala překážku při vedení rozhovoru, druhým kritériem byl trvalý pobyt v domově pro seniory. V rámci výzkumné části práce jsou tito informanti označeni jako S1 až S7 (písmeno S značí informanta seniora).

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru „b“

Soubor „B“ byl tvořen 7 rodinnými příslušníky klientů trvale žijících v domově pro seniory, tito informanti byli vybíráni na základě předem stanoveného kritéria, jímž byla skutečnost, aby měl jejich rodinný příslušník trvalý pobyt v domově pro seniory. V rámci výzkumné části jsou tito informanti označeni jako R1 až R7 (písmeno R značí informanta rodinného příslušníka).

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Výsledky výzkumného šetření s klienty (výzkumný soubor a)

V této části bude podrobně prezentována první část výsledků, získaná na základě rozhovorů s výzkumným souborem A, tedy s klienty, kteří trvale žijí v domově pro seniory.

4.1.1 Struktura výzkumného souboru „a“

V tabulce níže (tabulka 1) jsou shrnuty základní údaje o informantech.

Tabulka 1 – Základní identifikační údaje

Informant	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Pohlaví	Muž	žena	žena	muž	žena	žena	Žena
Věk	90 let	93 let	89 let	90 let	69 let	92 let	85 let
Délka pobytu	2 roky	18 let	1,5 roku	4 roky	4 roky	3 roky	1 rok

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 ukazuje základní identifikační údaje informantů z řad klientů domova pro seniory. Výzkumný soubor je tvořen 2 muži a 5 ženami, jejichž věk se pohybuje mezi 69 až 93 lety. Z tabulky dále vyplývá, že délka pobytu informantů v domově pro seniory je v rozmezí od 1 roku do 18 let.

4.1.2 Kategorizace získaných dat

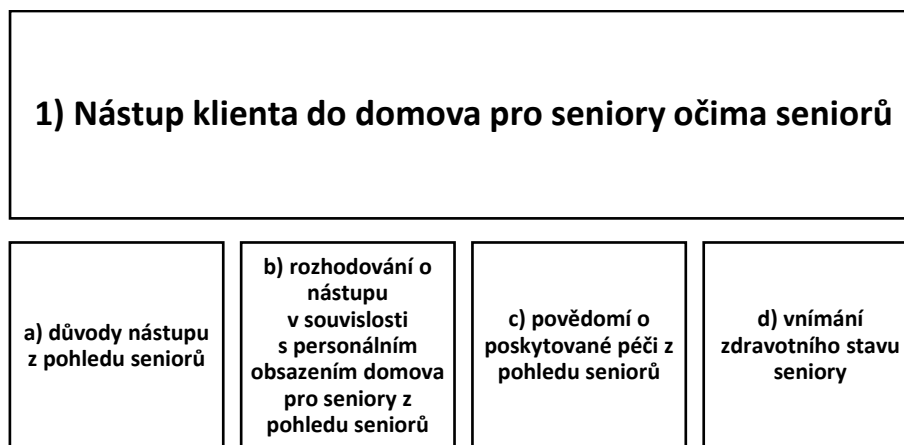
V této části budou představeny výsledky vlastních rozhovorů s klienty domovů pro seniory, které jsou členěny dle jednotlivých kategorií a podkategorií.

Stručný přehled kategorií

- 1) Nástup klienta do domova pro seniory očima seniorů
- 2) Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory očima seniorů
- 3) Všeobecná sestra očima seniorů

Kategorie 1

Diagram 1: Nástup klienta do domova pro seniory



Kategorie „Nástup klienta do domova pro seniory“ je zaměřena na zmapování důvodů, které vedly klienta k nástupu do domova pro seniory. Cílem je zjistit okolnosti rozhodování v souvislosti s personálním obsazením domova, ale i neméně důležité povědomí o poskytované péči před nástupem do domova pro seniory. V neposlední řadě bude vyhodnocen zdravotní stav klientů žijících v domově pro seniory.

1) Nástup klienta do domova pro seniory

1 a) Důvody nástupu z pohledu seniorů

Vyhodnocením rozhovorů bylo zjištěno, že většina seniorů nastoupila do domova pro seniory kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. Oproti tomu informantka S2 uvedla, že důvodem stěhování do domova, byla jejich složitější bytová situace a neshody se sousedy, následně dodala: „...přišel předseda a řekl, že by bylo nejlepší, abychom se přestěhovali sem do domova pro důchodce, že už máme svůj věk, a že bude klid.“ Informant S1 odpověděl, že zdravotní stav ho k nástupu donutil akutně, jelikož měl úraz dolní končetiny s následnou amputací a dodal: „... nezbylo nic jiného než jít d domova důchodců, protože bych sám sebe neobhospodařil.“ Informantka S5 uvedla, že před nástupem k trvalému pobytu do domova pro seniory využila odlehčovací služby a dodala: „Mně se tu líbilo... po úraze, spadla jsem z postele, přestala jsem chodit, jen jsem ležela a mně se na tý odlehčovací službě zalíbilo, protože jsem doma nemohla být, děti choděj do práce a nemůžu je furt otravovat, tak jsem nastoupila sem.“ Ve většině

případů informanti zmiňovali časté pády, které se staly především v nočních hodinách. Dalšími uvedenými důvody byly akutní potíže související s diabetem a kardiovaskulárním onemocněním. Informant S4 uvedl, že nechtěl zatěžovat rodinu svými akutními potížemi a nočními pády a dodal: „...rozhodl jsem se, že sem půjdu, že se nebudu bát doma a raději se svěřím do dobré péče.“ Informantka S7 sdělila, že vzhledem k častým pádům již nemohla být sama doma a doplnila: „Už jsem padala a nemohla jsem si pomoci.“ Také informantka S6 uvedla, že zdravotní stav byl hlavním důvodem jejího nástupu do domova, jelikož její zdravotní potíže přicházely především v nočních hodinách, a seniorka musela žádat rodinu o odemčení domu. Následně uvedla: „Jinak by se ke mně záchranka nedostala“.

1 b) Rozhodování o nástupu v souvislosti s personálním obsazením domova

Tato podkategorie shrnuje informace týkající se skutečnosti, zda by rozhodování seniorů o nástupu do domova pro seniory ovlivnila případná nepřítomnost sester v něm. V rámci vedených rozhovorů byli též informanti seznámeni s tím, že v některých zařízeních tomu skutečně tak je. Seniori se ve většině případů shodli na tom, že by jejich rozhodnutí o nástupu do domova pro seniory bylo ovlivněno skutečností, kdyby sestry v domově pro seniory nebyly. O přítomnosti či nepřítomnosti sester v jiných domovech většina seniorů nemá povědomí. Informantka S6 uvedla, že nikdy nepřemýšlela nad tím, zda by nastoupila do domova pro seniory bez přítomných sester a dodala: „Já pomoc prostě potřebovala.“ Na doplňující otázku odpověděla, že neměla ponětí o domovech bez sester, a považuje tuto skutečnost za špatnou. Dotazovaná seniorka S2 uvedla: „Asi by nás to tenkrát neovlivnilo, protože jsme se stěhovali z jiných důvodů, než že bychom byli nesoběstační,“ dále doplnila, že ji o domovech bez sester informoval syn. Informant S4 měl velmi zajímavou odpověď. Uvedl, že by neměl potřebný klid, pokud by sestra v domově nebyla a přiznal, že o této eventualitě nikdy nepřemýšlel, protože o ní neměl tušení. Následně označil tuto skutečnost za problematickou a uvedl, že již v době nemoci jeho manželky „registroval, jak je potřebná rychlá a odborná pomoc.“ Informant S1 odpověděl, že se dostal do akutní situace, musel se přizpůsobit okolnostem a upřesnil „...protože doma jsem sám zůstat nemohl.“ Ovlivněné rozhodování by měla informantka S5, vzhledem k tomu, že se její onemocnění bude zhoršovat. Na doplňující otázku, která se týkala nepřítomnosti sester v některých zařízeních, informantka S5 zděšeně reagovala „To mi ani neříkejte.“ Vzápětí dodala, že sestry jsou v domově v nočních hodinách „více potřeba než ve dne.“

Informantka S7 uvedla, že by do zařízení bez sester vůbec nenastoupila a neměla tušení, že někde sestry nejsou. Dále informantka S7 doplnila: „*Je to špatně a nemělo by to tak být. Myslím si, že je nutný, aby sestry v domově byly, zvláště při tom množství jako tady u nás v domově, když je tu okolo 140 lidí, není to jednoduchá záležitost.*“

1c) Povědomí o poskytované péči v domově pro seniory

Téměř všichni informanti se shodli na tom, že již dopředu byli seznámeni s poskytovanou péčí v domově pro seniory. Uvedli, že o poskytování péče je informovali pracovníci domova již při sociálním šetření v domácím prostředí či při podpisu smlouvy. Oproti tomu dvě informantky S6 a S2 přiznaly, že před nástupem neměly povědomí o poskytované péči v domově, a doplnily, že informace přišly od jejich známých. Informantku S3 uvedla do obrazu vnučka, která pracuje v nejmenovaném domově pro seniory, která vše jí vysvětlila, zejména jakou péči a od koho může očekávat. Mužský zástupce seniorů S4 odpověděl, že měl o rozsahu poskytované péče dostatečné informace, protože měl v minulosti v domově umístěnou manželku. Dále měl informant S4 velmi zajímavou myšlenku, která stojí za úplnou citaci „*Dnes je v domově víc nesoběstačných klientů, mohu to říct za sebe i za ty lidi, kteří jsou tady v domově 20 let, v tom počátku byly všichni chodící a teď v současné době se ten poměr výrazně změnil. V tom je i ta složitost poskytované zdravotní péče o ležící klienty. Ta péče je složitější, potřebnější.*“

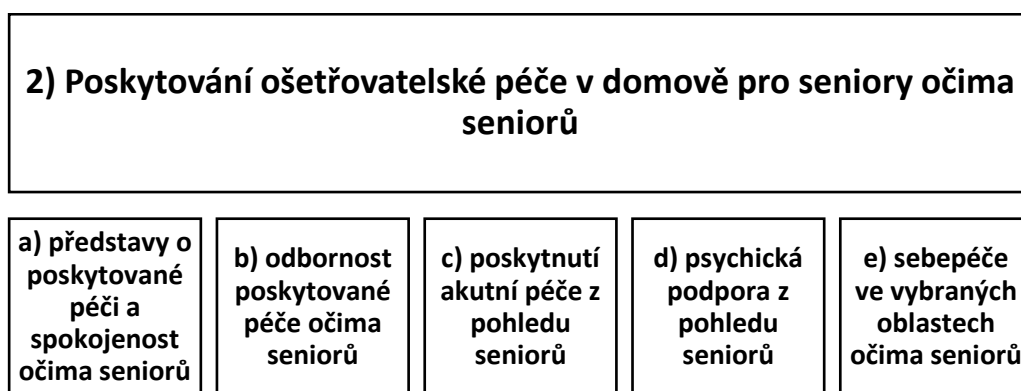
1 d) Zdravotní stav klienta

Tato podkategorie prezentuje odpovědi informantů na otázky, jak nahlíží na svůj zdravotní stav a zda si myslí, že jejich zdravotní stav vyžaduje trvalou přítomnost sestry v domově. Všichni dotazovaní senioři zhodnotili svůj zdravotní stav a popsali ho jako celkově špatný. Taktéž se shodli na tom, že jejich nedobrá zdravotní stav vyžaduje přítomnost sestry. Informantka S2 odpověděla, že v době nástupu měla pouze minimální zdravotní potíže, nicméně dodala: „*Dnes jsem už hodně nemocná, daleko víc než před dvaceti lety. Nebýt tady těch sestřiček, nevím, kdo by poznal, že je nějaký problém.*“ Za zmínku stojí i odpověď informantky S6, která si povzddechla: „*...je to čím dál horší. Už je mi přes 90, tak už to lepší nebude...až budu ležící, bude to horší. Když by tu sestra nebyla a byla tu jen ta pečovatelka, a mě by chytlo to moje srdce, tak by mi nedokázala pomoci a musela by volat záchranku.*“ Informantka S7 uvedla: „*Můj zdravotní stav není moc dobrý, mám nemocné srdce, nohy, mám za sebou mozkové příhody...*“ a doplnila,

že jsou v životě chvíle, kdy je zapotřebí obyčejné pohlázení a promluvení si se sestrou. Informantka S3, která se taktéž léčí s kardiovaskulárním onemocněním, uvedla, že si je vědoma, že v případě akutních potíží bude sestry potřebovat ihned. Zástupce z řad mužského pokolení S4 hodnotil svůj zdravotní stav „*hodně proměnlivý*,“ a dodal, že vzhledem k diabetu a častým hypoglykemiím potřebuje pomoc od sester, „*protože vědí, o co jde, a dokážou konkrétně pomoci*.“ Velmi zajímavá byla odpověď informantky S5, která uvedla, že se léčí již 30 let s Parkinsonovou chorobou a už si na svůj zdravotní stav zvykla a dodala: „*Ted' už můžu říct, že ho mám ráda, já jsem se s ním sžila*.“ Navzdory tomu považuje informantka S5 přítomnost sestry za nutnou a dodala: „*Reaguji hned a přizpůsobuji se mně, bez jakýchkoliv řečí*.“ Informant S1 taktéž odpověděl, že jeho zdravotní stav vyžaduje sestru neustále vzhledem k tomu, že je nemocný již od útlého dětství, a to se odrazilo na jeho zdravotním stavu.

Kategorie 2

Diagram 2 Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory



Kategorie „Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory“ je rozdělena do 5 podkategorií, v nichž budou zjišťovány nejen představy klientů o poskytované péči a s ní související spokojenost, ale i pohled seniorů na odbornost péče. V neposlední řadě bude vyhodnocena otázka související s poskytnutím akutní zdravotní péče, náhled seniorů na psychickou podporu, kterou jim sestry věnují a sebezpečie seniorů ve vybraných činnostech.

2) Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory očima seniorů

2 a) Představy o poskytované péči očima seniorů

Všichni dotazovaní senioři odpověděli shodně a uvedli, že jejich představy o péči byly naplněny. Například informant S1 odpověděl, že neměl nijak zvláštní představy a dodal: „*Já jsem velmi spokojený s tou péčí, která tady je. Já bych nic neměnil, myslím si, že jinak je to tady v pořádku.*“ Obdobně reagovala také informantka S2, která ve své odpovědi zohlednila individualitu přístupu k poskytované péči a vyzdvihla chování sester, které by mělo být slušné: „*Takovou, jakou mi poskytují a jakou poskytovaly mému manželovi, který měl velké bolesti, když umíral...každopádně by se měla chovat slušně a takové sestřičky tady jsou.*“ Informantka S3 při odpovědi zdůraznila očekávanou pomoc při pádech a následné pomoci: „*Hlavně kvůli tomu padání potřebuji pomoc...hlavně, aby o mě každé den věděla a že potřebuju pomoc.*“ Mužský zástupce S4 odpověděl: „*Já v této oblasti nemám žádnou představu o tom, co by se mělo zlepšit, považuji tuto péči, co mám za dostačující, a obdivuji ten přehled, který tu sestřičky mají v evidenci, v počítači, v hlavě.*“ Informantka S5 uvedla, že její představy jsou takové: „*No hlavně, aby se na mě přišly každé den podívat, aby to slovo bylo vždycky vlídný...ted' je to dostačující a až to přijde, tak uvidím, co bude.*“ Informantky S6 a S7 mají podobné představy o péči, která se týká poskytování péče v době, kdy budou ležící. Výstižnou odpověď měla S6: „*Jo, až já lehnu, tak by měly pečovat tak, abych byla spokojená, vyhovět mi a do ničeho mě nenutit a nenutit mi něco, co nechci.*“ Taktéž informantka S7 považuje momentálně poskytovanou péči za dostačující a zmínila, že do budoucna očekává stejnou péči, jaká je poskytována v současné době a dodala: „*...až budu jednou ležící, tak doufám, že mi budou poskytovat stejnou péči jako ted' a budou se u toho usmívat jako ted', že mě vezmou za ruku a budou blízko.*“ Všichni informanti uvedli shodné představy o tom, že očekávají laskavou s úsměvem poskytovanou péči, kterou považují v současné době za dostačující a jsou s ní spokojeni.

2 b) Odbornost poskytované péče očima seniorů

Dotazovaní senioři shodně uvedli, že považují péči poskytovanou sestrami za odbornou, vzhledem ke znalostem a praxi, kterou sestry pracující v domově mají. Informanti taktéž zmínili, že sestry v domově poskytují i neobornou péči, do které zařadili především rozdávání stravy v jídelně a provádění hygieny klientům domova. Informantka S5 uvedla, že neuniklo její pozornosti, že sestry v domově neposkytují pouze odbornou péči

a dodala: „*Vím, že chodí rozdávat jídlo do jídelny, přebalují a mejou, ale to by měly dělat podle mě pečovatelky, ty na to mají rekvalifikaci. Takže si myslím, že ty ošky jsou tu na tu hrubou práci a sestřičky na tu odbornou.*“ Informantka S2 taktéž uvedla, že sestry v domově vykonávají i neodbornou péči včetně rozdávání stravy v jídelně a doplnila: „*To by asi neměly a měly by být na oddělení, kdyby se něco přihodilo.*“ Mužský zástupce seniorů S1 popsal svou zkušenost s poskytováním neodborné péče sestrami a uvedl: „*Mně párkrát udělala hygienu po vykonání potřeby na míse.*“ Také informantka S3 si všimla, že sestry poskytují nejen odbornou péči. Informant S4 odpověděl, že se osobně nesetkal s tím, že by sestra vykonávala pomocné práce, nicméně přiznal, že jeho manželce sestry poskytovaly neodbornou péči a dodal: „*Já si myslím, že na tuhle práci jsou tady zelené sestřičky, to je jejich náplň práce.*“ Podobný názor měla informantka S7, která uvedla: „*Myslím si, že to dělají, i když by to asi měly dělat pečovatelky.*“

2 c) Poskytnutí akutní péče z pohledu seniorů

Všem dotazovaným seniorům byla poskytnuta akutní péče od sester. Informantům byla položena doplňující otázka, která se zabývala skutečností, zda informanti věděli, na koho se mají v případě zdravotních potíží obrátit. Informanti odpověděli na tyto otázky shodně a kladně. Informant S4 uvedl: „*Ano, to jsem věděl, péče sester je vždy profesionální.*“ Informantka S3 odpověděla, že se se svým problémem obrátila na sestru a ta vše vyřešila ke spokojenosti seniorky. S předchozí odpovědí se shodla také informantka S2, která dodala: „*Vždycky mi sestry pomohly, jak jen mohly.*“ Zástupce mužů informant S1 uvedl stručnou odpověď: „*Pokud volám, že mi není dobře, je tu sestra během malé chvilky.*“ Informantky S5 a S7 shodně odpověděly, že zdravotní problémy řeší se sestrami a s pomocí jsou vždy spokojeny.

2 d) Psychická podpora z pohledu seniorů

Senioři považují psychickou podporu od sester za velmi důležitou. Informanti S2 a S4 uvedli, že největší psychická podpora od sester přišla v době, kdy jim zemřel jejich blízký. Informantka S2 dodala: „*Když mi umíral manžel, tak se mnou hodně mluvily a podržely mě.*“ Mužský zástupce informantů S4 sdělil, že mu sestry v době úmrtí jeho syna pomohly situaci překonat a daly mu „*ohromnou psychickou podporu*“ a zprostředkovaly mu návštěvu psychiatra. Dále senior dodal: „*Překvapilo mě, že to bylo hned řešeno...a jsem za to rád.*“ Psychické podpory od sester se také dostalo informantovi S1, který sdělil, že mu sestry pomohly překonat jeho úzkostné stavy v době nástupu

do domova. Poté informant S1 s úsměvem doplnil: „*Sestřičky mě vždycky podpořily a rozesmály, dokonce tu se mnou jedna uronila slzu, toho jsem si moc vážil. Poznal jsem, že ta má asi největší srdce.*“ „*Psychická podpora, ta je hrozně důležitá,*“ doplnil v závěru své odpovědi. Psychickou podporu považuje za důležitou také informantka S7, která svou odpověď upřesnila: „*Psychická podpora je někdy lepší a nutnější, než si vzít prášek a zapít ho vodou.*“ Důležitost psychické podpory vyzdvihla ve své odpovědi také informantka S5, která zkonstatovala: „*Taky umí všechny ty sestřičky podpořit, hlavně psychicky, najdou si čas popovídat o mých problémech, a to je moc důležitý.*“

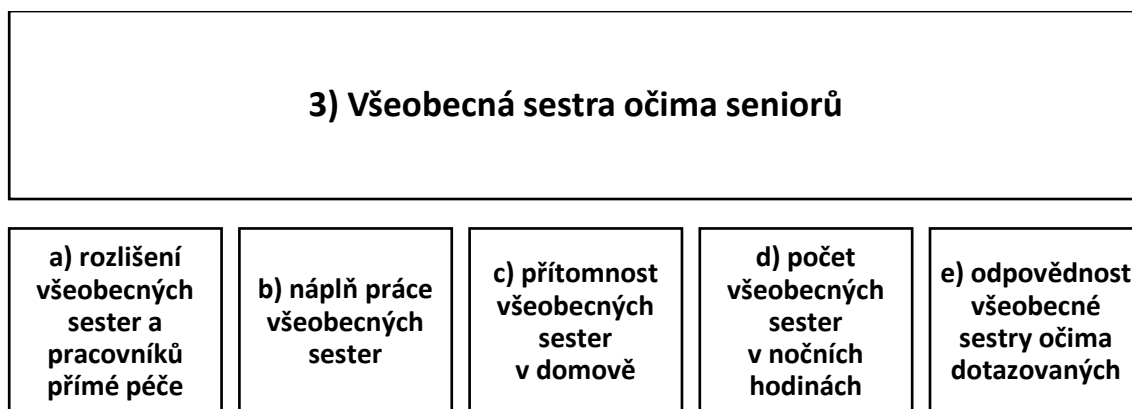
2 e) Sebepečce ve vybraných činnostech očima seniorů

Informantům byly položeny otázky, které souvisely s tím, zda si dokážou bez pomoci zajistit, připravit a následně užívat léky dle rozpisu lékaře. Další dotaz se týkal toho, zda si dokážou ošetřovat svoje rány. Všichni informanti přiznali, že již mají problém se zajišťováním a přípravou svých léků. Shodli se na tom, že oceňují pomoc sester, které jim léky nejen objednájí, připraví, ale také následně donesou k užití. Informanti se díky tomu cítí klidnější a jistější. Informant S1 z řad mužů uvedl, že by si sice dokázal léky objednat, ale problém by nastal ve chvíli, kdy by šlo o jejich vyzvednutí. Jako největší problém popsal špatnou jemnou motoriku, která mu znemožňuje si léky připravit. Také seniorka S2 zmínila, že jí sestry nosí připravené léky a dodala: „*Takhle mám klid a jistotu, že je vše správně.*“ Informantka S3 uvedla, že jí sestry nosí připravené léky v týdenním dávkovači a ona je následně zvládne užívat sama. Zajímavou odpověď měl informant S4, který připustil, že má občasné problémy se zapomínáním a v současné době již nemá přehled o svých lécích a dodal: „*Obracím se proto na sestry.*“ „*Nejsem schopná si brát léky sama. Hrozně se kvůli tomu Parkinsonovi krouším a třesu, pak jsem zase ztuhlá tak, že se sama nedostanu ani na vozík, natož abych si brala léky sama,*“ rozpovídala se informantka S5, která doplnila, že jí sestry nosí léky v pravidelných 3 hodinových intervalech. Seniorka S6 ve své odpovědi poukázala na svůj zhoršený zrak, špatnou mobilitu a popsala tuto sesterskou pomoc jako ulevující. S odpovědí informanta S4 se shodla seniorka S7, která přiznala, že o svých lécích ztrácí přehled a řídí se pouze jejich počtem a dodala: „*Sestřičky mi všechno zařídí a já jim věřím.*“ Všichni informanti také odpověděli, že by nedokázali pečovat o své rány. Informant S1 s úsměvem dodal: „*Vzhledem k tomu, že mám ránu na opačné straně těla, tak bych to nedokázal.*“ Informantky S2, S3, S5, S6 a S7 odpověděly, že vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, by se již o své rány postarat nedokázaly. Oproti tomu mužský zástupce informantů S4

jako jediný uvedl, že menší ránu by si možná dokázal ošetřit sám, nicméně doplnil: „Převažoval by ve mně pocit nejistoty, jestli je všechno dobře.“

Kategorie 3

Diagram 3 Všeobecná sestra očima seniorů



Tato kategorie je zaměřena na pohled seniorů na všeobecnou sestru a je rozdělena na 5 podkategorií. Je nutné zmapovat, zda senioři rozeznají sestry od pracovníků přímé obslužné péče, jestli mají povědomí o náplni práce sester. Je zacíleno na názory seniorů na přítomnost či případnou nepřítomnost sester v domově a počet sester na noční směně. V neposlední řadě je nutné zjistit, jak je pro seniory přítomnost sestry důležitá a jak velkou mají sestry odpovědnost.

3) Všeobecná sestra očima seniorů

3 a) Rozlišení všeobecných sester a pracovníků přímé obslužné péče

V rámci výzkumného šetření bylo důležité zjistit, zda senioři dokáží rozeznat všeobecné sestry od pracovníků přímé obslužné péče. Všichni dotazovaní dokázali popsat rozdíl mezi výše uvedenými profesemi. Informanti S1, S7 a S3 uvedli, že rozeznají obě profese díky odlišně barevnému oblečení a doplnili: „Sestry jsou v modrém.“ Informantky S2 a S5 znaly nejen rozdíly v oblečení, ale obě poukázaly na rozdíl v chování a v přístupu obou profesí. Informantka S5 svou odpověď upřesnila: „Sestry mi přijdou milejší a ochotnější než pečovatelky.“ „Mají i jiný přehled,“ doplnila informantka S2.

Oproti tomu informant S4 jako jediný poukázal na to, že sestry mají krom již výše zmíněného také rozdílnou pracovní náplň a doplnil: „*Jednoduše je mezi nimi obrovský rozdíl.*“ Jasnou odpověď týkající se rozlišení personálu podala informantka S6, která dokázala upřesnit i funkci sester a poukázala na rozdíl v barvě oblečení vedoucí sestry a dodala: „*Všechny sestry chodí v modrém a staniční v bílém.*“ Všichni informanti přesto, že od sebe dokáží rozeznat výše uvedené profese, používají pro obě skupiny oslovení sestra, pouze k nim dodávají barvu jejich oblečení. Všeobecné sestry jsou často zmiňovány jako „modré sestry“ a pracovníci přímé obslužné péče jako „zelené sestry“.

3 b) Náplň práce všeobecných sester

V rámci výzkumného šetření byli senioři dotazováni, zda dokáží charakterizovat pracovní náplň sestry. Mezi nejčastější odpovědi se řadí informace o podávání léků seniorům. Informanti S1, S2, S3, S5, S6 a S7 shodně uvedli, že sestry v domově odebírají biologický materiál, měří fyziologické funkce a provádějí převazy ran. Výše jmenovaní informanti doplnili, že sestry spolupracují nejen s praktickými lékaři, ale také s těmi odbornými. Informant S1 upřesnil: „*Zařizují mi kontroly na urologii a revmatologii, objednávají mi vyšetření a také dopravu na vyšetření.*“ Informantka S2 uvedla, že sestry hodnotí zdravotní stav a dle jeho závažnosti kontaktují praktického lékaře nebo volají záchrannou službu. Oproti tomu informantka S3 nedokázala blíže specifikovat pracovní náplň sester a doplnila: „*Nevím, protože jsem je ještě moc nepotřebovala.*“ Informantka S6 uvedla, že sestry poskytují klientům péči v oblasti hygieny a stravování a následně dodala: „*Ale to by asi neměly, když jsou tu ty pomocné sestry.*“ Velice zajímavou odpověď poskytl mužský zástupce informantů S4, který uvedl: „*Vím, že jejich práce je odborná, že se u nich projevují jak praktické, tak teoretické znalosti,*“ a doplnil, že je překvapující, jaký přehled mají sestry o všech klientech domova.

3 c) Přítomnost všeobecných sester v domově

Přítomnost sester v domově pro seniory je pro informanty důležitá. Všechny odpovědi byly shodné a konkrétní. V rámci výzkumného šetření byla informantům položena doplňující otázka, která se týkala důležitosti přítomné sestry konkrétně pro dotazovaného informanta. Informant S1 uvedl, že přítomnost sestry v domově hodnotí kladně a s ohledem na jeho zdravotní stav je nutné, aby byla sestra přítomna neustále. Také informantka S2 ohodnotila přítomnost sester kladně, považuje ji za důležitou a vzhledem k jejímu věku a zdravotnímu stavu za nezbytnou. Velmi stručná odpověď zazněla

od informantky S3: „...je nutná, to je bez debat.“ Na doplňující otázku odpověděla, že si nedovede domov bez sester představit, i když momentálně jejich pomoc nepotřebuje. Informant S4 považuje přítomnost sestry „jako nutnou a potřebnou,“ a dodal, že s ohledem na jeho přibývajících zdravotní potíže je přítomnost sester důležitá, poskytuje mu klid a jistotu pomoci. S dovětkem informanta S4 se ztotožnila i seniorka S6 a doplnila, že jsou pro ni sestry důležité především ve chvílích samoty. Informantka S5 ve své odpovědi poukázala na vysoký věk klientů domova a doplnila: „Většina je ležících a potřebují pomoc...pro mě jsou sestry důležitý moc.“ V návaznosti na hodnocení trvalé přítomnosti sestry jsme se zaměřili i na opačný názor. Všichni dotazovaní informanti odpověděli, že pokud by sestry v domově nebyly, znamenalo by to velký problém. V návaznosti na tyto odpovědi byla položena doplňující otázka, která se týkala poskytnutí včasné pomoci v případě nepřítomnosti sester v zařízení. Mužský zástupce informantů S1 uvedl: „No to si představit nedokážu, protože nevím, co bych dělal, tu jejich práci nikdo nezastoupí.“ Na doplňující otázku odpověděl, že by mu včasná pomoc poskytnuta nebyla a následně dodal: „Pořád by se musela volat záchranka.“ Ani informantka S2 si nedovede představit domov bez sester. Poté doplnila, že by se včasné pomoci určitě nedočkala. Informantka S3 sdělila, že vzdělané sestry jsou v domově potřeba, a bez nich nemůže být poskytnuta odborná pomoc včas. Mužský zástupce informantů S4 měl rozsáhlou odpověď, ve které vyjádřil své obavy, a přirovnal svůj pobyt v domově bez sester k návratu do minulosti, kdy si musel volat synovi o pomoc. Jako reakci na doplňující otázku je nutné nechat zaznít celou seniorovu citaci: „Kdyby tady sestřička nebyla, tak by mi taková rychlá a odborná pomoc poskytnuta nebyla. Protože řešit takovéhle problémy tím, že se bude volat záchranná služba, pak je ten zásah opožděný a pro člověka, který potřebuje rychlou pomoc, je ta situace dost zneklidňující.“ Velmi stručnou odpověď měla informantka S5: „Bez sestry by to nešlo.“ Následně doplnila: „Ani si to nechci představit, to by byl pořádný průšvih.“ Informantka S6 odpověděla, že by klienti domova určitě nebyli spokojeni, pokud by věděli, že sestry v domově přítomné nejsou. Na doplňující otázku informantka S6 jako jediná uvedla, že sama nedokáže posoudit, zda by jí včasná péče byla poskytnuta s ohledem na skutečnost, že se v této situaci nikdy neocitla. Poslední informantka S7 vyjádřila své pochyby o včasné pomoci v případě nepřítomnosti sester v domově, a dodala, že se na pomoc sester spoléhá, a nikdy nechce zažít chvíli, kdy ji nebude moci nikdo poskytnout odbornou péči.

3 d) Počet všeobecných sester v domově v nočních hodinách

Seniorům byla položena otázka, zda je jim znám počet sester v domově v nočních hodinách. Bylo zjištěno, že dotazovaní o této problematice vůbec nemají ponětí. Ve většině odpovědí byly udávány daleko vyšší počty sester. Po sdělení správné informace samotnou tazatelkou, byli informanti nemile překvapeni. Informant S1 uvedl, že nemá povědomí o počtu sester v nočních hodinách, a poté, co se dozvěděl skutečnost o personálním obsazení domova v noci, dodal: „*No to je dost překerní situace...nevím, jak to pak dělají, když je víc lidem špatně.*“ Nicméně nedokázal sdělit, jaký počet sester je v noci podle něho dostačující. Oproti tomu informantka S2 byla svou odpovědí nejbliže pravdě, když uvedla: „*Myslím si, že na každém oddělení je jedna sestra a pečovatelka k ní.*“ Po obdržení odpovědi se správným počtem sester seniorka dodala, že si nedovede představit, jak sestry dokážou poskytnout pomoc několika klientům najednou, pokud mají ve stejnou chvíli zdravotní problém. Dle jejího mínění by bylo třeba minimálně dvou sester v nočních hodinách pro celý domov. Informantka S3 odpověděla, že na každém oddělení jsou v noci dvě přítomné sestry. Po zjištění skutečnosti dodala, že uvedený počet je nedostačující a dle jejích představ by mělo mít každé patro jednu svou sestru na noční směnu. Mužský zástupce informantů S4 ve své odpovědi také vyjádřil nepřesné údaje o počtu sester. Zmínil, že nikdy nepocítil nízký počet sester v nočních hodinách, protože mu při jeho potížích byla poskytnuta pomoc včas, a dodal, že díky tomu si „*myslel, že je tu větší počet sester.*“ Přesný počet sester nedokázala sdělit ani informantka S7, která svou odpověď pouze tipovala, a připustila, že nedokáže posoudit, kolik je v noci v domově přítomných sester. Po doplnění informací seniorka S7 usoudila, že při tomto počtu sester je poskytovaná péče komplikovaná a náročná. Oproti výše uvedeným odpovědím se do přesného počtu sester trefila pouze informantka S5, která současně svou odpověď upřesnila: „*Myslím si, že by tu měly být alespoň dvě.*“

3 e) Odpovědnost všeobecné sestry očima dotazovaných

V další části výzkumného šetření bylo zjišťováno, jak senioři hodnotí odpovědnost sester pracujících v domově pro seniory. Všichni dotazovaní informanti poskytly téměř totožnou odpověď, která poukázala nejen na odpovědnost sester v domově, ale také na jejich samostatnost. Informant S1 ve své odpovědi uvedl, že jej praktická lékařka nenavštěvuje, a tak veškerá starost a odpovědnost leží na bedrech sester. Nakonec upozornil na to, že se jeho problémy objevují převážně v nočních hodinách a sestry mu téměř vždy dokázaly pomoci i bez lékaře, a dodal: „*Jsou zkušené a ví*

si rady.“ S touto odpovědí se ztotožnily i informantky S2 a S3 a poukázaly na to, že do zařízení dochází lékař pouze sporadicky, kdežto v nemocnici je přítomen trvale a sestry se tak na něj mohou kdykoliv obrátit. „*Sestry si tady musí poradit samy,*“ doplnila seniorka S2. Mužský zástupce informantů S4 odvětil: „*Sestřička tu má ohromnou odpovědnost,*“ a dále souhlasil s odpovědí výše zmíněných informantek, která se týkala přítomnosti praktického lékaře v domově. Informantka S5 upozornila ve své odpovědi na rozdíly mezi sestrami v domově a v nemocnici a uvedla: „*Sestry jsou nejen vlídnější a ochotnější, ale i jejich práce je tu daleko odpovědnější, vzhledem k počtu klientů, které mají na starost.*“ O počtu klientů a s nimi spojené odpovědnosti se rozhovořila také informantka S6, která zmínila: „*Odpovědnost sester je tu veliká, protože je tu lidí víc jak 140, kteří tu žijí.*“ „*Tady se sestřičky musí spoléhat samy na sebe, v nemocnici mají doktora pořád a u nás je jen dvakrát do týdne, takže jejich odpovědnost je tu větší než v nemocnici,*“ zamyšleně odpověděla informantka S7.

4.2 Výsledky výzkumného šetření s rodinnými příslušníky (výzkumný soubor „b“)

V této části bude podrobně prezentována první část výsledků, získaná na základě rozhovorů s výzkumným souborem B, tedy rodinnými příslušníky klientů, kteří trvale žijí v domově pro seniory.

4.2.1 Struktura výzkumného souboru „b“

V tabulce níže (tabulka 2) jsou shrnuty základní údaje o informantech.

Tabulka 2 – Základní identifikační údaje

Informant	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Pohlaví	žena	žena	muž	Žena	žena	žena	žena
Věk	53 let	50 let	57 let	57 let	63 let	58 let	66 let
Rodinný příslušník a délka jeho pobytu	Teta 8 let	Vnučka 2 roky	Otec 3 roky	Matka 1 rok	Matka manžela 2 roky	Otec 8 let	Matka 8 let

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 ukazuje základní identifikační údaje informantů z řad rodinných příslušníků klientů domova pro seniory. Výzkumný soubor je tvořen 1 mužem a 6 ženami, jejichž věk se pohybuje mezi 50–66 lety. Informanti mají v domově umístěné rodinné příslušníky z řad matek, otců, v jednom případě má informant v domově umístěnou tetu a jednou je zástupcem vnučka jednoho z ubytovaných klientů.

4.2.2 Kategorizace získaných dat

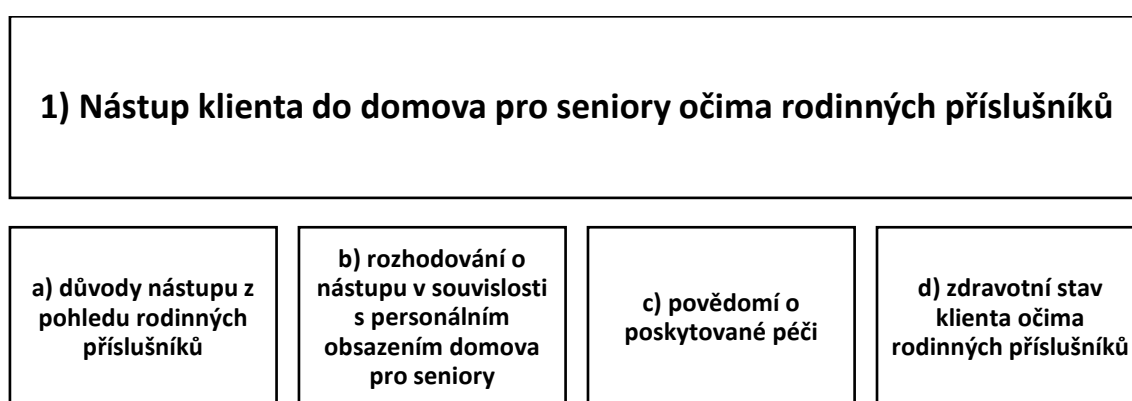
V této části budou představeny výsledky vlastních rozhovorů s rodinnými příslušníky klientů domova pro seniory, které jsou členěny dle jednotlivých kategorií a podkategorií.

Stručný přehled kategorií

- 1) Nástup klienta do domova pro seniory očima rodinných příslušníků**
- 2) Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory očima rodinných příslušníků**
- 3) Všeobecná sestra očima rodinných příslušníků**

Kategorie 1

Diagram 1 Nástup klienta do domova pro seniory



Kategorie „Nástup klienta do domova pro seniory“ je rozdělena do 4 podkategorií, v nichž vyhodnotíme důvody, které vedly k rozhodnutí o nástupu do domova pro seniory

z pohledu rodinných příslušníků. Pozornost bude věnována rozhodování o nástupu do domova v souvislosti s jeho personálním obsazením. Taktéž je důležité zjistit povědomí o poskytované péči před nástupem do domova pro seniory. V neposlední řadě bude vyhodnocen zdravotní stav klientů žijících v domově očima rodinných příslušníků.

1) Nástup klienta do domova pro seniory očima rodinných příslušníků

1 a) Důvody nástupu z pohledu rodinných příslušníků

Dotázaní rodinní příslušníci uvedli, že hlavním důvodem umístění jejich blízkých do domova pro seniory byl zhoršený zdravotní stav. Všichni dotazovaní zmínili, že ještě chodí do zaměstnání, a proto jim nezbývá čas na 24 hodinovou péči o jejich blízké. Informantka R1 sdělila, že maminka byla do domova umístěna kvůli zdravotnímu stavu a: „*v podstatě nemožnosti péče v rodinném prostředí.*“ Informant R3 uvedl, že si jeho otec doma přivodil při pádech úrazy a dodal: „*My se o něj nemohli postarat doma, ségra je pryč, brácha je pryč a já chodím do práce, jezdím po montážích.*“ Dotazovaná informantka R4 popsala domácí ošetřování maminky, kdy se přes jejich pravidelné dojíždění: „*její stav nelepšil...volili jsme umístění v domově pro seniory.*“ Informantka R5 uvedla, že je sice v důchodu, ale ještě chodí do práce a její manžel je nemocný. Dále informantka R5 podotkla, že hlavním důvodem pro umístění tchýně v domově pro seniory byly noční potíže, kdy manželova matka ohrožovala sama sebe a to tím, že zapomínala vypínat spotřebiče, taktéž upozornila na časté noční pády manželovy matky. Všichni informanti shodně odpověděli, že skloubit práci a péči o jejich blízké je velice obtížné a umístění do domova pro seniory považovali za nejlepší řešení pro všechny.

1 b) Rozhodování o nástupu v souvislosti s personálním obsazením domova

Pro informanty z okruhu rodinných příslušníků bylo velmi rozhodující a velmi důležité, aby v domově byly přítomné sestry, a většina z nich nepřemýšlela o možnosti, že by sestry v domově nepracovaly. Informantka R2 se nemohla k této otázce vyjádřit adekvátně vzhledem ke skutečnosti, že rozhodování bylo v rukách dědečka a doplnila: „*Dal si žádost do domova nejbližší místu, kde bydlel, a jestli přemýšlel o tom, zda tu jsou nebo nejsou sestry, to netuším.*“ Informantku R1 tato otázka překvapila a sdělila: „*Abych řekla pravdu, myslela jsem si, že zdravotní sestry jsou přítomné ve všech*

zařízeních a ani mne nenapadlo, že by zde nebyla poskytována zdravotní péče 24 hodin denně.“ Taktéž mužský zástupce rodinných příslušníků R3 byl překvapen, že v některých zařízeních je možné, že sestry přítomné nejsou a dodal: „*Nikdy mě nenapadlo, že někde nejsou.*“ Informantka R7 odpověděla, že pro ni byla velice důležitá přítomnost sester v zařízení a podotkla: „*Nedokážu si představit, že by tu sestry nebyly... kde by sestry nebyly, tam bych maminku nikdy nedala.*“ S výše uvedenou odpovědí se ztotožnila také informantka R6, která by tatínka do zařízení bez sester neumístila a hledala by takový domov, kde jsou sestry stále. Dotazovaná R4 pracuje v domově pro seniory a uvedla, že by raději zůstala s maminkou doma, než aby ji umístila do domova bez sester. Razantní odpověď měla informantka R5, která bez zaváhání řekla: „*Do domova, kde sestry nejsou, bychom maminku neumístili. Už jen s ohledem na její noční pády.*“ Dotazovaná R2 odpověděla, že pokud by záleželo i na jejím rozhodnutí, zajímala by se pouze o domovy, ve kterých jsou sestry neustále a dodala: „*Jen tak může být zajištěna bezpečnost těch lidí, kteří jsou tam nemocní, nesoběstační a často s velkými zdravotními problémy, které je přepadnou třeba v noci.*“

1 c) Povědomí o poskytované péči v domově pro seniory

Téměř všichni informanti se vyjádřili shodně a uvedli, že již dopředu věděli o tom, jaká péče bude jejich blízkým v domově poskytována. Informovali je o tom ve většině případů pracovníci domova již při sociálním šetření v domácnosti klientů, či při podpisu smlouvy. Za zmínku stojí odpověď informantky R5, která uvedla: „*Na domov jsme se podrobně informovali už při první návštěvě, nejen od klientů, kteří jsou tady již ubytovaní, ale i od vedení domova.*“ Upřímná byla odpověď informantky R2, která doplnila: „*Bylo by asi hodně těžké jít do takového zařízení, o kterém ani nevím, jak to tam funguje.*“ Díky povědomí o poskytované péči měla rozhodování jednoduché informantka R6, která věděla již před nástupem otce do domova, jaká péče je zde poskytována, a proto sem neváhala tatínka umístit. Informantka R4 se vyjádřila, že první informace o poskytované péči přišla již při návštěvě sociálního šetření z domova, také sama informantka z pozice zaměstnance domova pro seniory, mamince podrobně vysvětlila, jakou péči může v domově očekávat. Mužský zástupce rodinných příslušníků R3 uvedl, že o poskytované péči věděl již dopředu a následně dodal: „*...taky jsem to věděl od jednoho pána co tu bydlí dlouho, tak nám to řekl, že tady ta péče je super.*“ Informantka R1 odpověděla, že o poskytované péči byla informována sociální pracovníci a dodala: „*Při příchodu do zařízení s námi byla sepsána smlouva, která obsahovala, v jakém rozsahu a jaká péče*

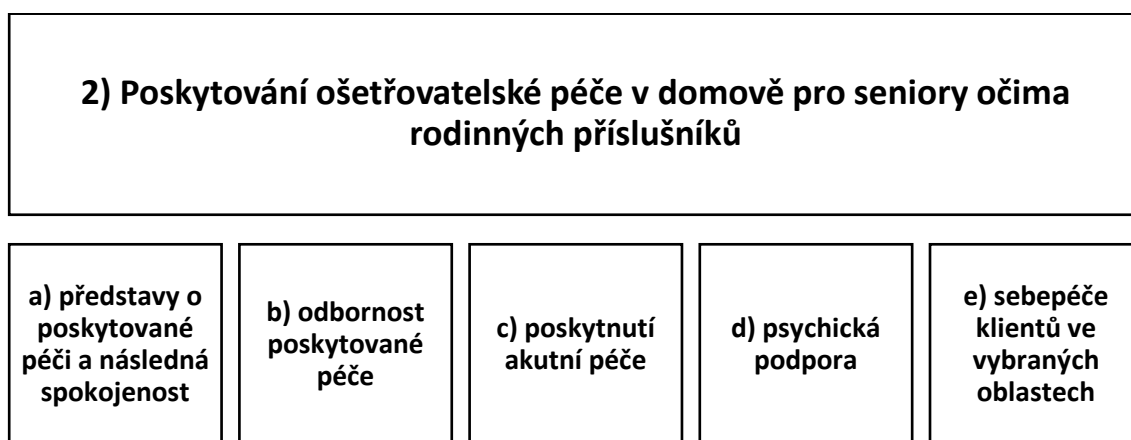
bude tetičce poskytována.“ Taktéž informantka R7 byla seznámena s poskytovanou péčí v době, kdy podávali žádost. Z výše uvedeného vyplývá, že povědomí o poskytované péči je velmi důležité při rozhodování o nástupu do domova pro seniory a ovlivnilo všechny zúčastněné informanty.

1 d) Zdravotní stav klienta očima rodinných příslušníků

Všichni informanti uvedli, že zdravotní stav jejich blízkých je celkově špatný. Na doplňující otázku, která se týkala nutné přítomnosti sester v návaznosti na zdravotní stav, odpověděli, že je velice nutné a přínosné, aby sestry v domově přítomné byly. Zajímavou odpověď přinesla R1, která upřesnila, že její teta se léčí s kardiovaskulárními onemocněními a doplnila, že sestry jsou v domově *„velice přínosné, a jsou v mnoha ohledech i nutné.“* Informantka R6 popsala zdravotní stav otce jako velice špatný a dodala, že tatínek *„potřebuje 24 hodinovou péči a tím nemyslím pouze zajištění péče, jako je krmení, oblékání a mytí, ale právě tu odbornou péči.“* Zástupce rodinných příslušníků z řad mužů R3 odpověděl, že jeho otec se léčí se srdcem, se žaludečními vředy a tlakem a doplnil: *„Takže když to shrnu, tak je tady sestra důležitá a potřebná.“* Informantka R5 popsala zdravotní stav maminky jako nedobrý a vyjádřila se, že si nepřítomnost sester v domově nedokáže představit. Za zmínku stojí odpověď R4 v kompletní citaci: *„Určitě to nutné je vzhledem k tomu, že maminka je kardiak hypertonik. Každopádně kdo jiný by měl aplikovat injekce než zkušená sestra. Kdo jiný, by měl posoudit zdravotní stav než sestra, která je k tomu kompetentní.“* Informantka R2 odpověděla, že zdravotní stav příbuzného se s přibývajícím věkem horší vzhledem k tomu, že je nemocný již od mládí, a popsala jeho zdravotní stav v současné době jako velmi špatný. Doplnila: *„Je potřeba, aby sestry, které mají odborné znalosti a mohou včas zasáhnout, byly přítomné v domovech pro seniory.“* Informantka R7 poukázala na polymorbiditu maminky, která vyžaduje nutnou přítomnost sestry v domově a dodala: *„i na mne to má dobrý vliv, že vím, že je o maminku dobře postaráno.“*

Kategorie 2

Diagram 2 Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory



Kategorie „Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory“ shrnuje informace o představách rodinných příslušníků o poskytované péči pro jejich blízké, ale taktéž o spokojenosti s ní z pohledu rodiny. Velmi důležité je zjistit pohled rodinných příslušníků na odbornost poskytované péče. V neposlední řadě bude vyhodnocena otázka související s poskytnutím akutní zdravotní péče jejich rodinnému příslušníkovi žijícímu v domově pro seniory. Velice důležitou součástí je i náhled na psychickou podporu poskytovanou nejen klientům, ale i samotným rodinným příslušníkům.

2) Poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory očima rodinných příslušníků

2 a) Představy o poskytované péči a následná spokojenost s ní

Odpovědi informantů v této kategorii byly rozmanité, nicméně všichni dotazovaní uvedli, že jsou s péčí, která je jejich blízkým poskytována, spokojeni. Informantka R1, která má v domově umístěnou tetu, uvedla: „*Představuji si tu nejlepší péči, předpokládám, že se sestry starají, jak nejlépe dokážou.*“ Vnučka jednoho z klientů R2 sdělila, že sestry poskytují jejímu blízkému velice dobrou péči a zdůraznila, že ta je péče individuálně přizpůsobená jeho zdravotnímu stavu. Jediný mužský zástupce z řady rodinných příslušníků R3 odvětil, že poskytovaná péče je dostatečná a zcela odpovídá jeho představám. Vzápětí dodal: „*Sestřičky jsou ochotné, vzdělané, usměvavé, a to dělá hodně.*“ Informantka R4 svou odpověď rozvedla: „*Představuji si vždy profesionální, klidné jednání, příjemné vystupování a hlavně rozhodnost. Pokud bude poskytována tak,*

jak ji sestry poskytují, nemám žádné námitky. Momentálně jsem spokojená a maminka taky.“ Zajímavou odpověď měla informantka R5, kterou specifikovala: „Představuji si ochotu vyslechnout klienta, příjemné vystupování nejen před seniory, ale i před rodinami. Aby se ty sestřičky vždy rozhodovaly tak rychle a pohotově, jako tomu bylo u naší maminky,“ a dodala, že jsou s péčí spokojeni. Dotazovaná R6 je s péčí o tatínka také spokojena a uvedla svůj jediný požadavek, který se týkal převozu tatínka do nemocnice, který si vzhledem k jeho terminálnímu stavu nepřeje. Odpověď informantky R7 zněla: „Takhle jak je ta péče nastavená, nám vyhovuje. Hlavně mamince, která je s ní a přístupem sestřiček velmi spokojena.“

2 b) Odbornost poskytované péče všeobecnými sestrami

Všichni dotazovaní si všimají toho, že sestry v domově pro seniory poskytují kromě odborné péče i tu neodbornou. Ve svých odpovědích téměř shodně uvedli, že tato péče je spíš pracovní náplní pracovníků přímé obslužné péče. Informantka R1 poukázala na to, že sestry často provádějí činnosti, které se přímo netýkají zdravotního stavu klientů. Na otázku, zda si myslí, že tato péče nepatří do pracovní náplně sester reagovala slovy: *„Myslím si, že to sestra dělat může, ale pokud jsou zaměstnány ošetrovatelky, pak to spadá do jejich práce a sestry by si měly spíš hledět zdravotního stavu klientů.“* Oproti tomu informantka R2 uvedla, že nevidí důvod, proč by neodbornou péčí nemohla poskytovat sestra a poukázala na doby minulé, kdy sestry prováděly naprosto běžně například hygienu a stlaní lůžek. Mužský zástupce informantů R3 odvětil, že sestry sice mají v náplni práce neodborné činnosti a vykonávají je, nicméně upřesnil, že v domově by měli tuto péči poskytovat především pracovníci přímé obslužné péče. Informantka R4, která sama pracuje jako sestra v domově pro seniory uvedla: *„Mimo jiné, pokud je nedostatek pracovníků přímé péče, pak s nimi sestra provádí hygienu klientů, zajišťuje výměnu inko pomůcek a podává stravu klientům,“* ale dodala, že by tato péče neměla být poskytována na úkor té odborné. Dotazovaní R5, R6 a R7 si myslí, že by se sestry měly věnovat především své práci a pokud jim zbyde čas, pak mohou pomoci pracovníkům přímé obslužné péče.

2 c) Poskytnutí akutní péče

Informanti shodně odpověděli, že jejich blízkému byla poskytnuta akutní péče sestrou. Informantka R1 odpověděla, že sestry poskytly adekvátní a rychlou pomoc její tetě tím, že zhodnotily její zdravotní stav na základě hodnot fyziologických funkcí a odeslaly

ji do nemocnice k dalšímu vyšetření. Následně dodala, že ke zhoršení stavu její tety došlo v době, kdy v domově nebyl přítomen lékař. Informanti R2 a R3 zmínili, že díky včasnému a správnému zhodnocení zdravotního stavu, byli jejich blízcí odesláni záchrannou službou do nemocnice a díky této skutečnosti jim byl dle slov informantů zachráněn život. Dotazovaná R4 uvedla: „*Maminka měla noční bolesti na hrudi a po zhodnocení stavu ji sestra bezodkladně zavolala záchrannou službu.*“ Akutní zdravotní péče zmínili ve svých odpovědích také informanti R5, R6 a R7, kteří dodali, že tato péče byla poskytnuta po pádech a následných úrazech, a doplnili, že sestry dokázaly rozeznat vážné zlomeniny u jejich blízkých a poskytnout jim včasnou a odbornou pomoc.

2 d) Psychická podpora vnímaná rodinnými příslušníky

V rámci výzkumu byla rodinným příslušníkům položena otázka, zda oni nebo jejich blízcí někdy zažili psychickou podporu od sester. Informantky R1 a R2 hovořily o tom, že sestry pomohly jejich blízkým překonat začátky jejich pobytu v domově a poskytly všem zúčastněným velkou psychickou podporu. Svou odpověď pak upřesnila dotazovaná R2: „*Pomohly mu překonat t těžké prvopočátky, když musel nastoupit do domova a nebyl na to připravený.*“ Informanti R3 a R7 odpověděli, že sestry jejich blízkým poskytly psychickou podporu v době, kdy došlo k úmrtí jejich vlastních dětí, a dodali, že jim byla zprostředkována odborná pomoc psychiatra. Zajímá odpověď byla řečena informantkou R4: „*Sestry poskytují psychickou podporu už jen tím, že respektují individualitu klientů.*“ Psychickou podporu do pracovní náplně sester zařadily informantky R5 a R6. Následně bylo dotazovanou R6 upřesněno, že jí sestry poskytují velkou psychickou podporu právě v době terminálního stádia jejího otce a respektují přání nejen její, ale především jejího otce.

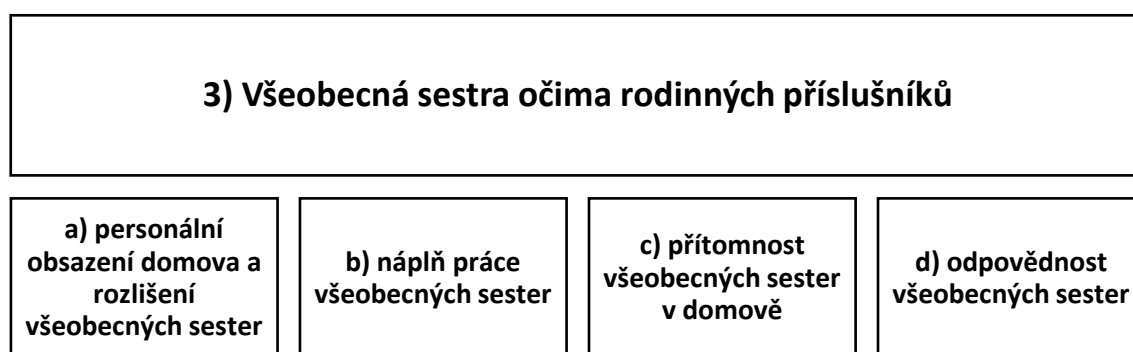
2 e) Sebepéče klientů ve vybraných činnostech z pohledu rodiny

Informantům byla položena otázka, zda si jejich blízcí dokáží zajistit návštěvu lékaře nebo objednání léků. Téměř všichni rodinní příslušníci ve svých odpovědích uvedli, že si jejich blízcí již nedokáží zajistit návštěvu u lékaře ani objednat medikaci, kterou trvale užívají. Oproti tomu informantka R2 hovořila o tom, že její příbuzný by svou praktickou lékařku kontaktoval telefonicky, nicméně problém by nastal ve chvíli, když by si měl objednat medikaci, vzhledem k tomu, že mu léky podávají sestry a on nezná všechny jejich názvy ani dávkování. Vzápětí dodala: „*Takhle sestřičky*

o všechno zavolají a vše se vyřeší za jejich pomoci.“ Dotazovaní R1, R3, R4, R5, R6 i R7 shodně přiznali, že jejich blízcí si nedovedou zařídit návštěvu lékaře a dodali, že léky jim podávají sestry, protože již mají problémy s pamětí. Informant R3 upřesnil: „*Jsem rád, že se tohle vyřešilo hned, jak táta nastoupil, a prášky mu dávají sestry.*“ „*V tomhle ohledu je nejen mamince, ale i nám velkou pomocí péče sester,*“ doplnila informantka R5. Také další dotazovaná R6 sdělila, že je klidná, když se sestry podávají její příbuzné léky a zajišťují vše potřebné.

Kategorie 3

Diagram 3 Všeobecná sestra v domově pro seniory očima rodinných příslušníků



Tato kategorie je zaměřena na pohled rodinných příslušníků na všeobecnou sestru. Je nutné zmapovat, zda zástupci rodin rozeznají sestry od pracovníků přímé obslužné péče a jaké je jejich povědomí o pracovní náplni sester, zjistit jejich názory na přítomnost i nepřítomnost sester v domově. Zacíleno je na to, jak je pro rodinné příslušníky důležitá neustálá přítomnost sester a jakou má dle nich sestra v domově odpovědnost.

3) Všeobecná sestra očima rodinných příslušníků

3 a) Personální obsazení domova a rozlišení všeobecných sester

V rámci šetření byla rodinným příslušníkům klientů, kteří trvale žijí v domově pro seniory, položena otázka, která se týkala jejich povědomí o personálním obsazení domova, a současně také dotaz, zda informanti rozeznají všeobecné sestry od pracovníků přímé obslužné péče. Všichni informanti ve svých odpovědích celkem podrobně uvedli profese, které se vyskytují ve zdravotním i sociálním úseku domova pro seniory.

Informanti R1, R2, R3 a R7 shodně uvedli, že v domově jsou zastoupeni sociální pracovníci, všeobecné sestry a v pracovníci přímé obslužné péče. Dotazovaná R1 doplnila: „*A pak asi taky nějaký fyzioterapeut.*“ Informantka R2 ve své odpovědi poukázala na to, že: „*Lékař chodí do domova pouze 2 x týdně, a to pouze ke klientovi, který má zdravotní problém.*“ „*Personální obsazení domova znám, vzhledem k tomu, že zde pracuji,*“ odpověděla na danou otázku informatika R4, která v domově pracuje na pozici všeobecné sestry. Dotazovaná R5 hovořila o tom, že si personální obsazení zjišťovali již před nástupem její tchýně do domova a jsou velice rádi: „*že jsou sestry v domově přítomné 24 hodin denně.*“ Dotazovaná R6 stroze uvedla: „*Vím, a proto jsem sem tatínka dala.*“ Velmi podrobné informace ohledně personálního obsazení domova poskytla informantka R7, která nezapomněla také na ředitele zařízení, ekonomický úsek a další. Rozlišení všeobecných sester a pracovníků přímo obslužné péče dokázali popsat všichni dotazovaní. Mezi základní poznávací znaky uvedli barevné rozdíly uniforem u jednotlivých profesí, ale také poukázali na to, že zmiňovaní pracovníci mají na oblečení nažehlené jmenovky s pracovním zařazením. Všichni informanti ve svých odpovědích sdělili, že na jednotlivých stanicích jsou umístěny informační tabule s fotografiemi, jmény a pracovním zařazením pracovníků, kteří pracují na daném úseku.

3 b) Náplň práce všeobecných sester

V rámci výzkumu nás zajímalo, zda dokážou rodinní příslušníci popsat pracovní náplň všeobecných sester. Všichni informanti hovořili o tom, že sestry v domově pro seniory mají za úkol sledovat a hodnotit zdravotní stav seniorů. Mezi dalšími pracovními úkony byly nejčastěji zmiňovány odběry biologického materiálu, aplikace injekcí, podávání léků a převazování ran. Dotazovaná R1 ve své odpovědi dále zmínila: „*Provádějí záznamy pacientech a spolupracují s lékařem.*“ Informantky R2 a R5 ve svých odpovědích vyzdvihly psychickou podporu, poskytování první pomoci a spolupráci s rehabilitačním pracovníkem. Zajímavou odpověď měla informantka R2: „*Péče sester není pouze o pomoci, která se týká jen zdravotního stavu, ale u seniorů jde hlavně o stav psychický.*“ Mužský zástupce rodinných příslušníků R3 poukázal na to, že sestry v domově pečují o umírající a poskytují jim komplexní ošetrovatelskou péči. Odpověď dotazované R4 byla naprosto vyčerpávající. Dokázala ze své pozice sestry dokonale specifikovat pracovní náplň všeobecných sester. Informanti také hovořili o tom, že sestry vedou a kontrolují pracovníky přímé obslužné péče a mají odpovědnost za chod oddělení v době nepřítomnosti vedoucího pracovníka.

3 c) Přítomnost všeobecných sester v domově pro seniory

Rodinní příslušníci hodnotí přítomnost sestry v domově kladně, jejich odpovědi byly konkrétní a zajímavé. Všichni dotazovaní považují za důležité a nutné, aby sestry byly v domově zastoupené neustále. Například informantka R1 zmínila: „*Myslím si, že přítomnost sestry v domově je důležitá, je dobře pokud je přítomen odborný vzdělaný pracovník, který dokáže posoudit zdravotní stav seniorů, a toho rozhodně není schopna pečovatelka,*“ následně doplnila: „*Nedovedu si představit, že by se o tetu nepostarala sestra.*“ Zajímavou odpověď přinesla také informantka R2: „*Sestry by měly být ve všech domovech, pokud tomu tak není, je to hodně špatně a lidé, kteří takové domovy provozují, by se měli zamyslet ad tím, že sestry jsou důležitým článkem v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče,*“ a dodala, že je nutná neustálá přítomnost sester v domově. Stručně odpověděl informant R3, který řekl: „*Sestra tady být musí, jinak by tu přece nemohla být poskytována pořádná péče.*“ Dotazovaná R4 mající zdravotnické vzdělání sdělila, že pro ni samotnou je přítomnost sestry v domově „*důležitá, nezbytná a nezastupitelná.*“ Záruku poskytování kvalitní a potřebné péče, přináší informantce R5 přítomnost odborného zdravotnického personálu. „*Přítomnost sestry považuji za důležitou, potřebnou a neodmyslitelnou,*“ odpověděly shodně informantky R6 a R7. V návaznosti na hodnocení trvalé přítomnosti sestry jsme se zaměřili i na opačný názor. Na nepřítomnost sester v domově se informanti dívají velice kriticky a považují ji za problematickou. V této části rozhovoru byla položena doplňující otázka, která se zabývala tím, jestli si informanti dokážou představit, že by sestry v domově nebyly a zda by tato skutečnost znamenala nějaká rizika pro jejich blízké, kteří zde žijí. Dotazovaná R1 uvedla, že si nedovede představit domov bez přítomných sester a doplnila: „*Z toho vyplývají opravdu velká rizika pro ty klienty tady, kteří se spoléhají na pomoc druhých, v tomto případě odborných sester.*“ Stručnou odpověď měla informantka R2: „*To si představit opravdu nedokážu,*“ a poukázala na možné riziko zanedbání péče a neposkytnutí odborné první pomoci. Podobně odpověděl také mužský zástupce rodinných příslušníků R3, který se ve své odpovědi zamyslel nad kvalitou poskytované péče v případě absence sester v domově. Na možná rizika upozornily taktéž informantky R4, R5, R6 a R7, které následně doplnily, že by tuto situaci nechtěly nikdy zažít.

Všichni informanti poukázali na to, že povědomí o neustálé přítomnosti všeobecných sester v domově v nich vzbuzuje klid a jistotu včasné a odborné pomoci.

Informantka R1 zkonstatovala: „*Důležité je to hlavně pro můj pocit, že o tetičce rozhodne člověk, který tomu rozumí, také pak pro tetu, která má jistotu, že ji bude poskytnuta odborná pomoc v kteroukoliv hodinu.*“ Dotazovaná R2 se rozpovídala o zdravotním stavu svého blízkého, kde upozornila na to, že je „*těžký diabetik,*“ a zdůraznila: „*Je velice důležité, aby sestra v domově byla neustále, protože jediné tak má děda zajištěnou odbornou pomoc včas, například v případě, kdy má hypoglykémii.*“ Mužský zástupce rodinných příslušníků R3 zmínil skutečnost, že stačilo jedno zhoršení otcova zdravotního stavu a ten se ocitl v ohrožení života a díky tomu svůj postoj k trvalé přítomnosti sester přehodnotil: „*Dneska už na to koukám jinak a považuju tady sestru za důležitou ve dne v noci.*“ Neustálá přítomnost sester přináší informantce R4 i její mamince především klid a vědomí toho, že v případě nečekaných a akutních potíží bude poskytnuta včasná a odborná pomoc. S touto odpovědí se ztotožnila také informantka R5 a poukázala především na skutečnost: „*V domovech jsou nejvíce zastoupeni senioři, kteří potřebují celodenní péči a odborný dohled, a to ve všech směrech.*“ Pro dotazovanou R6 je důležité, že je o jejího otce pečováno komplexně, a to jí i jemu přináší klid. Vzhledem k častým nočním pádům maminky považuje informantka R7 za velice důležité, aby sestry byly v domově přítomné 24 hodin denně, a svou odpověď upřesnila: „*Ty pády jsou především v noci a maminka se již několikrát poranila. Kdyby tu nebyla sestra, tak nevěřím tomu, že by ji dokázala pořádně ošetřit pečovatelka, když na to nemá vzdělání ani zkušenosti.*“

3 d) Odpovědnost a důležitost všeobecných sester v domově pro seniory

Odpovědností sester v domově jsem se zabývali v této podkategorii. Zástupci rodinných příslušníků považují práci sester v domově za velmi odpovědnou, a to především ve spojitosti s velkým počtem seniorů, kteří v domově trvale žijí. Informanti ve svých odpovědích porovnávali sestry pracující v nemocnici a v domově pro seniory. Poté shodně odpověděli, že práce sester v domově je daleko odpovědnější než například v nemocnici, a předložili důvody pro svá tvrzení. Informantka R1 hovořila o tom, že se sestry musí spoléhat především na svůj úsudek a znalosti, které mají, neboť v domově není přítomen lékař, a doplnila: „*Jejich reakce na zhoršený zdravotní stav musí být rozhodná a adekvátní, pouze ony samy se rozhodují, co v rámci poskytované péče upřednostní a jak se zachovají.*“ Informantka R2 poukázala na skutečnost, která se týkala sester v nemocnici ve srovnání se sestrami v domovech pro seniory a svou odpověď upřesnila: „*Sestry v nemocnici mají na starost maximálně 30 pacientů, jsou i oddělení s menším počtem lůžek. V případě zhoršení zdravotního stavu ihned volají lékaře a pomoc*

je dostupná v rámci několika minut, oproti tomu v domově, kde lékař není k dispozici, dochází k časovým prodlevám a záleží pouze na sestře, jak rychle se rozhodne a zareaguje,“ následně doplnila: *„Vůbec jim to nezávidím, mají odpovědnost za více než 140 lidí.“* Dotazovaný R3 označil odpovědnost sester v domově za *„ohromnou.“* Informantka R4 hovořila o tom, že je velice náročné a odpovědné hodnotit zdravotní stav klientů v nočních hodinách, kdy má na starosti celý domov jediná sestra a dojde-li ke zhoršení zdravotního stavu klientů ve stejnou chvíli. Informantky R5, R6 a R7 souhlasí s výše uvedenými odpověďmi.

5. DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo nejen zjistit, jakou péči očekávají klienti domovů pro seniory od všeobecných sester, ale také zmapovat představy rodinných příslušníků klientů domovů o péči poskytované sestrami. Posledním cílem bylo zjistit, nakolik je pro klienty těchto zařízení a jejich rodinné příslušníky důležitá neustálá přítomnost všeobecné sestry v domově pro seniory.

Ve výzkumné části byly stanoveny celkem tři výzkumné otázky. První zněla „*Jakou péči očekávají klienti domovů pro seniory od všeobecných sester?*“ Z rozhovorů s oběma výzkumnými soubory jsme zjistili, že většinu seniorů přivedl do domova jejich zhoršující se zdravotní stav. Stejnou odpověď poskytli taktéž zástupci z řad rodinných příslušníků, kteří dodali, že již nebylo v jejich silách zajistit péči o jejich blízkého v domácím prostředí, proto se společně s nimi rozhodli pro umístění v domově pro seniory a považovali toto rozhodnutí za nejlepší volbu. S tímto koresponduje i tvrzení Haškovcové (2010), která porovnávala v kontextu začátku i konce života dvě zařízení, kterými jsou jesle a domov pro seniory, a poukázala na skutečnost, že pobyt v nich je často brán jako nejlepší řešení složité situace v rodinách. Domov pro seniory je Matouškem et al. (2011) popisován jako zařízení, kde je seniorům poskytována nejen strava a ubytování, ale také v případě zhoršování zdravotního stavu individuální zdravotní a ošetrovatelská péče.

Senioři ve svých odpovědích také poukazovali na časté pády, které proběhly většinou v nočních hodinách, a oni se museli obracet s žádostí o pomoc na své blízké, a to jim nebylo příjemné. Toto potvrzuje i Příbyl (2015), který poukazuje na to, že senioři sice velmi lpí na rodinných vztazích, nicméně v případě svých zdravotních potíží, nesoběstačnosti a nemocí, nechtějí své blízké zatěžovat. Witt et al. (2018) poukazují na skutečnost, že pády mezi staršími lidmi jsou stále velkým problémem. V zařízeních sociálních služeb, čímž domov pro seniory je poskytuje pracovníci přímo obslužné péče a všeobecné sestry takovou péči, která seniora podporuje v jeho soběstačnosti a je mu individuálně přizpůsobena. Hrozenková a Dvořáčková (2013) k tomuto dodávají, že při poskytování této péče je velmi důležité zachovat lidskou důstojnost. Myslíme si, že taková péče je ve většině domovů poskytována, ale stále se najdou domovy, především ty malé a soukromé, kde je důstojnost jejich obyvatelů odsouvána do pozadí. Vyhodnocením rozhovorů bylo zjištěno, že senioři jsou informováni o poskytované péči

již předem prostřednictvím sociálního šetření, které probíhá v jejich domácím prostředí, a je jim upřesněno, kdo a jak o ně bude pečovat. Domníváme se, že informování seniorů o chodu zařízení, poskytování péče i personálním obsazení, je částečně připravuje na nástup do domova a zbavuje je ve větší míře strachu z neznáma. Důležitými informacemi ve výzkumné části práce byly odpovědi, ve kterých klienti domova pro seniory zmiňují svůj zdravotní stav. Všichni dotazovaní jej považují za špatný, uvádějí řadu kardiovaskulárních onemocnění, diabetes, zhoršenou mobilitu, chronické bolesti, a s nimi související zhoršenou soběstačnost. Topinková (2008) s tímto souhlasí a dodává, že v seniorském věku dochází velmi často k řetězení nemocí, takzvané polymorbiditě, a vyzdvihuje zásadní problém při hodnocení zdravotního stavu seniorů, a tím jsou velmi slabé symptomy daných onemocnění či případná asymptomaticnost. Pohlová (2017) doplnila, že velkou skupinu obyvatelů domovů pro seniory tvoří diabetici, u nichž velmi často dochází ke komplikacím, a proto je nutný včasný zásah všeobecné sestry, neboť tyto komplikace ohrožují seniory na životě.

Dnes jsou v domovech pro seniory umístěni klienti, kteří mají velmi závažný zdravotní stav, jenž logicky vyžaduje poskytování odborné zdravotní péče, kterou mohou poskytovat pouze všeobecné sestry. Jen ty k tomu mají kompetence. V domovech nejsou výjimkou klienti, jejichž zdravotní stav vyžaduje specifické ošetrovatelské výkony, například ošetřování chronických ran, mezi kterými jsou zastoupeny především bércové vředy a dekubity, dále výměna permanentních močových katétrů a s nimi související péče o ně, péče o stomiky a klienty s nasogastrickou sondou či perkutánní endoskopickou gastrostomií, odběry biologického materiálu, sledování fyziologických funkcí, aplikace injekcí či podávání léčivých přípravků. Prošková et al. (2014) uvádí, že podávání léčivých přípravků je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a patří výhradně do rukou kvalifikovaných všeobecných sester. Ve výzkumné části jsme seniorům položili otázku, která se týkala obstarávání a užívání léků samotnými seniory. Dospěli jsme k závěru, že se klienti obrací s touto činností na všeobecné sestry, uznávají, že mají problémy s pamětí, zhoršenou jemnou motoriku, a je pro ně komfortnější a bezpečnější, pokud jim léky podávají všeobecné sestry. S tímto názorem korespondují i tvrzení Poledníkové (2006) a Šrama (2012), kteří poukazují na to, že lidé ve vyšším věku mají problémy s krátkodobou pamětí a klesá jejich soběstačnost. Toto potvrzuje i odpověď informantky S2, která k výše uvedenému doplnila, že jí sestry nosí připravené léky a dodala: „*Takhle mám klid a jistotu, že je vše správně.*“ Seniorský věk s sebou přináší řadu změn,

na které se senioři velmi obtížně adaptují, a proto v této chvíli považují psychickou podporu ze strany sester za velmi důležitou, neboť se setkávají se situacemi, které sami nedokážou zvládnout. Dva dotazovaní senioři uvedli, že jim největší psychická podpora byla poskytnuta v době úmrtí jejich vlastního dítěte. Zajímavou odpověď poskytla informantka R4: „*Sestry poskytují psychickou podporu už jen tím, že respektují individualitu klientů.*“ Dovolujeme si říci, že vyhodnocením výzkumného šetření jsme došli k závěru, že senioři očekávají od všeobecných sester pomoc, která bude poskytována s respektem, vlídností, empatií a bude vždy dostupná.

V tuto chvíli můžeme volně navázat interpretací výsledků vztahujících se k druhé výzkumné otázce, která na popsanou oblast nahlíží z pohledu rodinných příslušníků klientů domovů pro seniory. Její přesné znění bylo následující: „***Jaké mají představy rodinní příslušníci klientů domovů pro seniory o poskytované péči všeobecnými sestrami?***“ Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že se rodinní příslušníci předem informovali o tom, jaká péče a kým bude seniorům poskytována. Rodinní příslušníci si pro své blízké představují rychlou, dostupnou péči poskytovanou na odborné úrovni. Dále pak dotazovaní doplnili, že očekávají péči laskavou, poskytovanou s úsměvem, kterou v současné době považují za dostačující a jsou s ní spokojeni. Ztotožňujeme se s názorem dotazovaných, kteří považují za velice důležité, aby zdravotní stav seniorů hodnotila sestra, která má patřičné vzdělání a dané kompetence. „*Představuji si vždy profesionální, klidné jednání, příjemné vystupování a hlavně rozhodnost,*“ uvedla informantka R4. Každá sestra se musí během své praxe vzdělávat, vzhledem k tomu, že poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče se neustále vyvíjí a je nutné, aby se sestra v dané problematice orientovala. S tímto názorem souhlasí i Pohlová (2018), která poukazuje na nutnost a povinnost celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Všichni dotazovaní shodně uvedli, že sestry v domově mají letité zkušenosti a jsou vzdělané. Informant R3 uvedl: „*Sestřičky jsou ochotné, vzdělané, usměvavé, a to dělá hodně.*“ Informanti shodně odpověděli, že jejich blízkému byla poskytnuta akutní péče sestrou, většinou v době, kdy v zařízení nebyl přítomen lékař. Dva rodinní příslušníci v odpovědích poukázali na skutečnost, že díky včasnému a správnému zhodnocení zdravotního stavu, byli jejich blízcí odesláni záchrannou službou do nemocnice a díky této skutečnosti jim byl dle slov informantů zachráněn život.

V této části budeme interpretovat výsledky vztahujících se k třetí výzkumné otázce, která na popsanou oblast nahlíží z pohledu nejen klientů domovů pro seniory, ale i jejich rodinných příslušníků. Třetí otázka měla následující znění:

„Nakolik je pro klienty domovů pro seniory a jejich rodinné příslušníky důležitá neustálá přítomnost všeobecné sestry?“ Málokdo si dovede představit domov pro seniory bez přítomných sester. V dnešní době jsou stále domovy, především ty malé a soukromé, kam sestry docházejí pouze na pár hodin denně a trvale přítomny nejsou. Tuto skutečnost potvrzuje i Burgetová (2013), která doplňuje, že velmi často jsou v domovech umístěni senioři, kterým je vyšší měrou poskytována péče zdravotní a převyšuje tak péči sociální. Považujeme toto za velmi riskantní, protože víme, že k náhlému zhoršení zdravotního stavu seniorů dochází především v noci, a pak je zapotřebí rychlá pomoc, kterou může poskytnout pouze erudovaná sestra. U seniorů dochází velmi často k nočním pádům, především z důvodu užívání léků na spaní. Toto potvrzují ve své studii Choi et al. (2017), a poukazují na to, že pády se u seniorů vyskytují především v nočních hodinách a významným faktorem je dle nich užívání některých skupin léčiv z řad hypnotik, myorelaxancií a dalších. Aranda-Gallardo et al. (2018) doplňují, že pády jsou velmi častou nežádoucí událostí v zařízeních institucionalizované péče.

Z výsledků výzkumného šetření jsme zjistili, že všichni dotazovaní rozeznají všeobecné sestry od pracovníků přímé obslužné péče. Taktéž dokázali velmi dobře charakterizovat pracovní náplň sester a všímají si toho, že sestra v domově poskytuje i neodbornou péči, která spadá do pracovní náplně pracovníků přímé obslužné péče. Dále hovořili o tom, že sestry vedou a kontrolují pracovníky přímé obslužné péče, a mají odpovědnost za chod oddělení v době nepřítomnosti vedoucího pracovníka. Z výsledků jsme zjistili, že přítomnost všeobecných sester je pro všechny zúčastněné informanty důležitá, nezbytná a nezastupitelná. Informantka R2 podala zajímavou odpověď: *„Sestry by měly být ve všech domovech, pokud tomu tak není, je to hodně špatně a lidé, kteří takové domovy provozují, by se měli zamyslet nad tím, že sestry jsou důležitým článkem v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.“* Následně dodala, že v jejích očích je neustálá přítomnost sester v domově nutná. S touto odpovědí se ztotožňujeme, a myslíme si, že případná nepřítomnost sester v domově negativně ovlivňuje psychický stav nejen seniorů, ale také jejich příbuzných, protože nemají záruku kvalitně poskytované ošetrovatelské péče. Informantka R2 poukázala na možné riziko zanedbání péče

a neposkytnutí odborné první pomoci, pokud by byli v domově přítomni pouze pracovníci přímé obslužné péče. I my se domníváme, že přítomnost všeobecné sestry zaručuje poskytnutí bezodkladné adekvátní pomoci a nedochází k časové prodlevě. S tímto názorem souhlasí i informant S4 a považujeme za nutné, nechat zaznít celou jeho odpověď: *„Kdyby tady sestřička nebyla, tak by mi taková rychlá a odborná pomoc poskytnuta nebyla. Protože řešit takovéhle problémy tím, že se bude volat záchranná služba, pak je ten zásah opožděný a pro člověka, který potřebuje rychlou pomoc, je ta situace dost zneklidňující.“* Mnoho akutních stavů dokáže sestra vyřešit bez pomoci lékaře, a proto nedochází ke zbytečnému zásahu záchranné služby. Malíková (2011) se vyjadřuje, že všeobecné sestry pracující v domově pro seniory zdravotní stav svých klientů velmi dobře znají a včas rozpoznají změny s ním související. Mezi nejčastější akutní zhoršení stavu u klientů domova pro seniory můžeme zařadit například hypoglykémie, kde je včasný zásah všeobecné sestry více než nutný. Morales a Schneider (2014) dodávají, že symptomy hypoglykémie mohou být rozmanité. S tímto tvrzením můžeme souhlasit, protože rozpoznat příznaky hypoglykémie, může jen zkušená všeobecná sestra. Mužský zástupce rodinných příslušníků R3 se ve své odpovědi zamyslel nad kvalitou poskytované péče v případě absence sester v domově, a tím se ztotožňuje i s naším názorem. Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že senioři nemají povědomí o tom, kolik je v domově přítomno sester v nočních hodinách. V jejich odpovědích byly uváděny vyšší počty sester, než tomu ve skutečnosti je. Reakce dotazovaných na podanou informaci o skutečném personálním obsazení na noční směně byly zděšené. Informant S1 ke sdělenému počtu sester na noční směně dodal: *„No to je dost překerní situace...nevím, jak to pak dělají, když je víc lidem špatně.“* Odpovědnost všeobecných sester v domově pro seniory je veliká nejen kvůli vysokému počtu klientů, kteří v těchto zařízeních žijí, ale také vzhledem k nepřítomnosti lékaře. Veškerá rozhodnutí musí sestry učinit pouze na základě fyzikálního vyšetření, svých vědomostí a zkušeností. S tímto koresponduje tvrzení Malíkové (2011), která poukazuje na to, že všeobecná sestra je v domově často nejvýše postaveným pracovníkem, který bez možnosti konzultace s lékařem, nese za svá rozhodnutí zodpovědnost. S tímto souhlasí i informantka R1: *„Jejich reakce na zhoršený zdravotní stav musí být rozhodná a adekvátní, pouze ony samy se rozhodují, co v rámci poskytované péče upřednostní a jak se zachovají.“*

Na základě zjištěných výsledků jsme došli k závěru, že klienti i jejich rodinní příslušníci považují za nezbytné, aby byla sestra v domově 24 hodin denně. Zástupce rodinných příslušníků R3 zmínil skutečnost, že stačilo jedno zhoršení otcova zdravotního stavu, a díky tomu svůj postoj k trvalé přítomnosti sester přehodnotil: „*Dneska už na to koukám jinak a považuju tady sestru za důležitou ve dne v noci.*“ S těmito výsledky se ztotožňujeme a dovoluujeme si říci, že neustálá přítomnost všeobecné sestry v domově pro seniory je více než žádoucí a jen tak může být klientům poskytována kvalitní péče.

6. ZÁVĚR

Přítomnost všeobecných sester v domově pro seniory je v posledních letech často zmiňovaným tématem, a týká se především úhrad za jimi poskytovanou péči od zdravotních pojišťoven. V této práci jsme chtěli poukázat na to, že sestry jsou v domově pro seniory nezastupitelným článkem, neboť zdravotní stav seniorů je čím dál horší a péče sester se tak stává nutnější s ohledem na její odbornost.

V teoretické části byla popsána charakteristika stáří a stárnutí, především pak změny, které provázejí tuto etapu lidského života, zvláštnosti a specifika nemocí vyskytujících se v seniorském věku. Poukázali jsme na možnosti sociální služby poskytované seniorům, na její historii i současnost. V neposlední řadě byla popsána úloha všeobecné sestry v domově pro seniory.

V empirické části byly zjišťovány důvody, které seniory přivedly do domova pro seniory, jejich představy o poskytované péči a to, jak vnímají svůj zdravotní stav. Zajímaly nás názory rodinných příslušníků, jejichž blízcí trvale žijí v domově pro seniory, na poskytování péče všeobecnými sestrami. Nicméně za nejdůležitější část výzkumného šetření považujeme názory všech zúčastněných informantů na důležitost přítomnosti všeobecných sester v domově pro seniory. Výzkumný soubor tvořili klienti domova pro seniory a jejich rodinní příslušníci, od kterých byly potřebné informace zjišťovány technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že k nástupu do domova přiměl seniory jejich zhoršující se zdravotní stav, časté pády a snížená soběstačnost, rodiny poukázali na skutečnost toho, že péče o seniora je natolik rozsáhlá, že ji nedokážou zabezpečit s ohledem na jejich stávající zaměstnání. Domov pro seniory byl pro zúčastněné strany nejlepší volbou v řešení jejich problému. Klienti, i rodinní příslušníci upozornili na to, že pokud by nebyly v domově trvale přítomné všeobecné sestry, bylo by jejich rozhodování o nástupu do zařízení ovlivněno. Z výsledků je patrné, že již před nástupem klienti i rodiny věděli, jak a kdo bude poskytovat ošetrovatelskou péči. Dále pak hovoří o tom, že očekávají laskavou, s úsměvem poskytovanou péči, kterou považují v současné době za dostačující a jsou s ní spokojeni. Zdravotní stav klientů je hodnocen jako celkově špatný, vyžadující trvalou přítomnost všeobecné sestry v domově. Pro rodiny i seniory je důležité a stěžejní, aby sestry byly v domově zastoupené neustále, a kriticky se dívají na nepřítomnost sester v některých domovech pro seniory. Pro všechny zúčastněné

je velmi důležitá pomoc všeobecných sester, především v oblasti ošetřování ran a podávání léků a díky ní se cítí klidnější a jistější. Z výsledků vyplynulo, že práce sester je v domově velmi odpovědná, a to především ve spojitosti s velkým počtem seniorů, kteří v domově trvale žijí, a sporadickou přítomností praktického lékaře v zařízení. Senioři i jejich rodiny považují za důležité, aby sestry v domově byly nepřetržitě, protože zohledňují fakt, že k akutnímu zhoršení zdravotního stavu, pádům, zraněním a bohužel i úmrtím dochází velice často v nočních hodinách. Přítomnost všeobecné sestry v těchto zařízeních vzbuzuje v klientech i jejich blízkých pocit jistoty a klidu.

Stanovených cílů této bakalářské práce bylo dosaženo a na všechny výzkumné otázky jsme dokázali odpovědět, díky výzkumnému šetření, z něhož vyplynulo, že pro seniory a jejich rodinné příslušníky je neustálá přítomnost všeobecných sester velmi důležitá, nezastupitelná. Považuji ji za nedílnou součást personálního obsazení domova pro seniory s ohledem na špatný zdravotní stav klientů domova. Bez nich by jim nemohla být poskytována řádná a odborná péče. Výsledky bakalářské práce budou použity jako podklad pro přípravu odborného semináře v rámci dalšího vzdělávání sester, případně budou publikovány v odborném časopise.

7. SEZNAM LITERATURY

1. ARANDA-GALLARDO M. et al., 2018, *Characteristics, consequences and prevention of falls in institutionalised older adults in the province of Malaga (Spain): a prospective, cohort, multicentre study*. BMJ Open. 2018 Feb 23;8(2): e020039. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020039. PubMed PMID: 29476031; PubMed Central PMCID: PMC5855255.
2. ARNOLDOVÁ A., 2011. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. II. část, Sociální pomoc a sociální služby*. 3. rozšíř. vyd. V Praze: Univerzita Karlova, 600 s. ISBN 9788024618524.
3. BURGETOVÁ, M. *Práce registrovaných sester v domovech pro seniory* [online]. Brno, 2013 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/lv53t/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Hana Pinkavová.
4. ČÁMSKÝ P., SEMBDNER J., KRUTILOVÁ D., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
5. ČEVELA, R., et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4
6. DLUGOŠOVÁ A., TKÁČOVÁ L., 2012. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 22(10), 29-30. ISSN 1210-0404.
7. HAŠKOVCOVÁ H., 2004. *České ošetřovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
8. HAŠKOVCOVÁ H., 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
9. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

10. HOLMEROVÁ I., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
11. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
12. CHEN X, MAO G, LENG SX. *Frailty syndrome: an overview*. *Clin Interv Aging*. 2014 Mar 19; 9:433-41. doi: 10.2147/CIA.S45300. PubMed PMID: 24672230; PubMed Central PMCID: PMC3964027.
13. CHOI et al. 2017, *Characteristics and Risk Factors for Falls in Tertiary Hospital Inpatients*. *Korean Acad Nurs*. Jun; 47(3):420-430. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.420>
14. JANIŠ K., SKOPALOVÁ J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
15. JEŘÁBEK H., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
16. JUŘENÍKOVÁ P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. KALVACH Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 9788024740263.
18. KALVACH Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
19. KALVACH Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
20. KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
21. KUČEROVÁ, Z., 2015. [online]. [cit.2019-02-04]. *VZP ČR*. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/uhrada-zdravotnich-sluzeb-v-pobytovych-zarizenich-socialnich-sluzeb>.

22. KRUTILOVÁ, D., 2010. *Sociální služby: tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 223 stran. ISBN 978-80-254-3427-7,
23. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
24. MALÍKOVÁ E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
25. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta. 215 s. ISBN 978-80-204-3394-7.
26. MATOUŠEK O., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
27. MLÝNKOVÁ J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
28. MORALES J., SCHNEIDER D., 2014. Hypoglycemia. *American Journal of Medicine*, 127 (10), pp. S17-S24. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.07.004>.
29. NOVÁKOVÁ R., 2011. *Pečovatelsví II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče-pečovatelská činnost*. V Praze: Triton. 134 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
30. O'CONNOR M., ARANDA S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
31. PLEVOVÁ I., 2018. *Ošetřovatelsví I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 9788027108886.
32. POHLOVÁ L., 2017. Diabetik v sociální službě-akutní komplikace. *Sociální služby*, 19(6-7). ISSN 1803-7348.
33. POHLOVÁ L., 2018. Ošetřovatelské úkony. *Sociální služby*, 20(12). ISSN 1803-7348.
34. POKORNÁ A., 2013. *Ošetřovatelsví v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

35. POLEDNÍKOVÁ Ľ., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 2006. 216 s. ISBN 8080632081.
36. PROŠKOVÁ E. et al., 2014. *Podávání léčivých přípravků v lůžkové péči*. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatel'ství 1. LF UK v Praze. 183 s. ISBN 978-80-260-7414-4.
37. PŘIBYL H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
38. SAK P., KOLESÁROVÁ K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
39. ŠAMÁNKOVÁ M., 2006. *Základy ošetrovatel'ství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
40. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
41. ŠRAMO J., 2012. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius. 191 s. ISBN 978-80-87638-00-2.
42. TOPINKOVÁ E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
43. TOPINKOVÁ, E. *Nemoci ve stáří* [online]. Poslední revize 2008-11-12, [cit. 2012-02-13]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>>.
44. VÁGNEROVÁ M., 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9.
45. VENGLÁŘOVÁ M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
46. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

47. VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2019-02-05]. *Zákony pro lidi*, částka 20/2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
48. VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2019-02-22]. *Zákony pro lidi*, částka 164/2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
49. WITT et al. 2018, *Int Mismatch between risk factors and preventive interventions? A register study of fall prevention among older people in one Swedish county. J Older People Nurs.* 2018; 13: e12209. <https://doi.org/10.1111/opn.12209>.
50. ZÁKON č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2019-02-05]. *Zákony pro lidi*, částka 37/2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>.
51. ZÁKON Č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, 2004. [online]. [cit. 2019-02-05]. *Zákony pro lidi*, částka 30/2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Podklady pro rozhovory č.1 a č.2

Otázky pro rozhovor

Rozhovor č. 1 verze pro seniory

1. Jak dlouho žijete v domově pro seniory?
2. Jaký byl důvod Vašeho rozhodnutí nastoupit do domova?
3. Bylo pro Vás důležité, aby v domově byly nepřetržitě přítomné sestry?
4. Pokud by v sestry v domově nebyly přítomné ovlivnilo by to Vaše rozhodnutí?
5. Víte o tom, že v některých domovech nejsou sestry přítomné nepřetržitě? Co si o tom myslíte?
6. Rozeznáte všeobecné sestry od pracovníků přímé péče a jak?
7. Dokázal/a byste popsat v čem je důležité přítomnost sestry?
8. Pomohla Vám někdy sestra v situaci, která se netýkala přímo zdravotního stavu?
9. Kolik myslíte, že je v domově přítomno sester v nočních hodinách a je tento počet dostačující?
10. Charakterizujte práci sestry.
11. Jakou péči od sester si představujete?
12. Jak hodnotíte přítomnost sestry v domově?
13. Jak moc je pro Vás důležitá neustálá přítomnost sestry?
14. Pokud jste měl zdr. problém, věděli jste, na koho se obrátit a byla Vám poskytnuta dostačující pomoc?
15. Dokážete si představit, že by sestra přítomna nebyla?
16. Myslíte si, že bez přítomné sestry by Vám byla poskytnuta odborná péče a včasná pomoc při Vašich problémech?

17. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? Myslíte si, že vyžaduje Váš stav nutnost sestry v domově?
18. Věděl jste dopředu, jaká péče Vám bude poskytována v domově?
19. Potřebujete pomoc při užívání léků? Dokážete si sám obstarat své léky?
20. Dokázal byste se postarat například o nějakou ránu, bércový vřed atp.?

Rozhovor č. 2 verze pro rodiny

1. Můžete mi sdělit koho máte v domově a co Vás nebo Vašeho rodinného příslušníka vedlo k nástupu do domova?
2. Víte, jaké je personální obsazení domova?
3. Dokázal/a byste popsat v čem je důležité přítomnost sestry?
4. Byla pro Vás rozhodující přítomnost sester v zařízení, kde je pečováno o Vašeho příbuzného?
5. Dokážete rozlišit sestry od pracovníků přímé péče?
6. Víte, co jen náplní práce sester?
7. Jak hodnotíte přítomnost sestry v domově?
8. Byla někdy Vašemu příbuznému poskytnuta akutní zdravotní péče sestrou?
9. Jakou péči od sester si představujete pro svého příbuzného?
10. Ovlivnila by skutečnost nepřítomnosti sester Vaše rozhodování o domově a případném nástupu do takového domova?
11. Jak moc je pro Vás a Vašeho příbuzného neustálá přítomnost sestry?
12. Dokážete si představit, že by žádná sestra v domově nebyla? Myslíte, že by to znamenalo nějaká rizika pro Vašeho příbuzného?
13. Jak hodnotíte zdravotní stav Vašeho příbuzného? Myslíte si, že je nutné, aby byly sestry přítomné v domově s ohledem na zdravotní stav Vašeho příbuzného?

14. Věděl jste jaká péče bude poskytována Vašemu příbuznému?

15. Dokáže si Váš příbuzný obstarat návštěvu lékaře nebo zajistit léky které užívá?