



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

**Analýza činností sestry v ošetřovatelské péči o seniory
(zdravotnická zařízení, ADP, domovy pro seniory)**

Vypracoval: Bc. Petr Kudláček
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová Ph.D.
České Budějovice: 2014

ABSTRAKT

Teoretická východiska

Demografické údaje vypovídají o tom, že celosvětově populace stárne a přibývá starých lidí, kteří potřebují zdravotní a sociální péči. Není tomu jinak i v našich zemích. Každý člověk žije svůj život ojedinelým způsobem. S přibývajícím věkem přibývají změny v tělesné, psychické i sociální oblasti. Vyrovnání se s nimi předpokládá pomoc okolí, toleranci, úctu a trpělivost. Současné formy péče o seniory se uskutečňují ve zdravotnických zařízeních, sociálních zařízeních i v rodinách. Změny sebou přinášejí nutnost hledat nový způsob života. Nejčastěji jsou to změny v oblasti péče o sebe a zvýšené nároky na pomoc okolí. Někteří senioři nepotřebují téměř žádné služby a někteří jsou závislí na trvalé komplexní péči. Jako nejlepší je pro seniory určitě život v domácnosti za podpory rodiny a při potřebě zdravotní péče spolupráce s agenturami domácí péče. Každodenní péče sestry o seniory se odvíjí od jejich stupně soběstačnosti a je nesmírně náročná. Péče o seniory je mnohdy komplikována změnami chování seniorů v oblasti komunikace, agresivity, desorientace dnešního neklidu a poruchami paměti. Ošetrovatelská péče je také spojena s velkou fyzickou zátěží u imobilních seniorů.

Cíle práce

Pro zpracování diplomové práce byl stanoven jeden cíl, a to zmapovat činnost sester v ošetrovatelské péči o seniory ve vybraných zdravotnických zařízeních, agenturách domácí péče a domovech pro seniory.

Použité metody

K naplnění cílů v diplomové práci bylo využito kvalitativně- kvantitativního postupu s využitím pozorovacích technik. V kvalitativní fázi jsme realizovali pozorovací technikou výčet nejčastěji se vyskytujících výkonů. Šlo o výkony, které se na jednotlivých pracovištích vyskytovaly nejčastěji. Pozorované výkony byly zaznamenány do záznamového archu (Příloha 2), v němž byly připraveny pozorovací kategorie. Během fáze pozorování byly chybějící výkony doplněny do záznamového archu. Jednalo se tedy o polostrukturované pozorování. Kvantitativní část byla

zaměřena na pozorování frekventovanosti a časové náročnosti ošetrovatelských činností (zápis do ošetrovatelské dokumentace, aplikace intramuskulární injekce, aplikace subkutánní injekce, aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera, odběr kapilární krve, odběr venózní krve, zavedení permanentního močového katétru u žen, měření krevního tlaku, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru a ošetrování kolonostomie), do předem připravených pozorovacích archů (Příloha 3) a (Příloha 4) v Agentuře domácí péče v Českých Budějovicích od 1.5 do 5.7 2013, v Domově pro seniory v Českých Budějovicích od 8.7 do 12.7 2013 a v Nemocnici České Budějovice a.s. na oddělení následné péče od 22.7 do 26.7 2013. Záznamový arch s činnostmi, u kterých byly prováděny časové náměry, byl sestaven na základě předvýzkumu, kdy bylo po navštívení všech třech zařízení orientačně zjišťováno, které činnosti se vyskytují ve všech zařízeních. K časovým náměrům byly použity digitální stopky. Časové náměry jsou uváděny v jednotkách času zaokrouhlené na celé minuty. Každá ošetrovatelská činnost byla měřena od přípravy přes provedení až do úklidu pomůcek. Pozorování probíhala vždy 8 hodin každý den 5 dní v týdnu v každém zařízení. Celkově 160 hodin po dobu 3 týdnů. Pozorování probíhalo za běžného provozu daného zařízení, během denní směny kdy každý den byla pozorována jedna sestra u patnácti seniorů v každém zařízení. Frekvence činností sester byly zpracovány a vyhodnoceny. Naměřené hodnoty byly statisticky zpracovány za pomoci testu Anova a T-testu dále byly sečteny, zprůměrovány a byly vypočteny směrodatné odchylky.

Výsledky práce

Z analýzy získaných dat vyplývají rozdíly v prováděných ošetrovatelských činnostech sester v jednotlivých zařízeních a časové náměry nám ukazují časové rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zařízeními při vykonávání ošetrovatelských činností. Cíle diplomové práce bylo po výzkumném šetření dosaženo, výzkumná otázka byla zodpovězena a hypotézy po statistické analýze dat nebyly potvrzeny.

Závěr

Ošetrovatelská péče o seniory je sama o sobě velmi náročná a sama o sobě specifická, proto by si i zkušená sestra měla stále doplňovat své znalosti v péči

o seniory, aby byla schopna poskytnout kvalitní ošetrovatelkou péči, která bude provedena správným postupem. I když je péče o seniory specifická sama o sobě, stává se každá činnost ještě více specifičtější podle typu zařízení, ve kterém je poskytována – odlišuje se v nemocničním oddělení následné péče, v domově pro seniory a v domácím prostředí.

ABSTRACT

Theoretical Basis

Demographic data show that the world's population has been aging and there are more and more elderly people who need health and social care. The same situation is in our country. Every person lives his/her life in a unique way. With aging changes occur in physical, mental and social aspects. To cope with them requires help, tolerance, respect and patience shown by other people. The current forms of care for seniors are carried out in health facilities, social facilities as well as families. The changes bring about the need to find a new way of life. The most frequent changes occur in self-care which results in increased demands on the care of other people. Some seniors do not need almost any services and some are dependent on permanent comprehensive care. Definitely, the best way for seniors is living at home with the support of their families and the cooperation with home care agencies when health care is necessary. Everyday nursing care for seniors depends on the degree of their self-sufficiency and is extremely challenging. Caring for seniors is often complicated by changes in the behavior of seniors in communication, aggressiveness, disorientation caused by today's relentlessness and memory disorders. Caring for immobile seniors also places an enormous physical strain on nurses.

Aims of the Study

In this thesis, one goal was set, that is to survey the activities of nurses in nursing care for seniors in selected health care facilities, home care agencies and nursing homes.

Methods Used in the Study

In the empirical part of this thesis the qualitative research method of observation was used to conduct the research survey. The research survey was conducted through observation, in which the frequency of nursing activities was observed (Appendix 2), and the time consumption of selected nursing activities (recording nursing documentation, intramuscular injection administration, subcutaneous injection administration, insulin administration with an insulin pen, capillary blood collection,

venous blood collection, a planet urinary catheter insertion in women, blood pressure taking, blood sugar levels testing using a glucometer and colostomy care) were recorded into pre-prepared observation sheets (Appendix 3) and (Appendix 4) in the Home care Agency in České Budějovice from May 1 to July 5, 2013, in the Home for Seniors in České Budějovice from July 8 to July 12, 2013 and in České Budějovice Hospital, plc, in the Aftercare department from July 22 to July 26, 2013. The data sheet with activities when time measurements were carried out was compiled based on a preliminary research, when all the mentioned facilities were visited beforehand to find out which activities were carried out in all the facilities where the research study was conducted. A digital stopwatch was used for measurements. The time measurements are stated in units of time rounded up to the nearest minute. Each nursing activity was measured from its preparation through implementation to completion. Observations were carried out eight hours a day, 5 days a week in each facility. Overall, 160 hours for 3 weeks. Observations were conducted during regular operating hours in the facilities; every day one nurse treating fifteen seniors in each facility was observed. The frequency of nursing activities and the measured values were statistically processed - summed, averaged, and standard deviations were calculated.

Results of the Thesis

The analysis of the data implies differences in nursing activities carried out by nurses in particular facilities and the time measurements show time differences between particular facilities in nursing activities performance. The goals of this thesis were achieved after the research investigation and the research questions were answered.

Conclusion

Nursing care for seniors as such is very demanding and very specific, therefore, even experienced nurses should keep updating their knowledge of the care for seniors to be able to provide quality nursing care, which will be performed by the right procedure. Although the care for seniors is specific as such, each activity becomes even more specific according to the facility in which it is provided – it is different in after-care departments in hospitals, homes for seniors and in the home environment.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18.4. 2014

.....

Bc. Petr Kudláček

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval vedoucí práce Mgr. Lence Šedové Ph. D, která mi pomohla svými odbornými radami při vedení diplomové práce. Také bych rád poděkoval všem lidem ze zařízení, ve kterých mi bylo umožněno provést výzkumné šetření.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SOUČASNÝ STAV.....	12
1.1 Charakteristika stárnutí a stáří	12
1.1.1 Stárnutí a stáří	12
1.1.2 Gerontologie a geriatrie	13
1.1.3 Změny ve stáří	14
1.1.3.1 Psychické změny	14
1.1.3.2 Tělesné změny	16
1.1.3.3 Sociální změny	17
1.1.4 Specifika nemocí ve stáří	18
1.1.5 Geriatrický syndrom	19
1.2 Gerontologické ošetřovatelství	19
1.2.1 Charakteristika základních pojmů	19
1.2.2 Geriatrické hodnocení	21
1.2.3 Soběstačnost	22
1.2.4 Domácí péče	22
1.2.5 Domovy pro seniory	23
1.2.6 Oddělení následné péče	24
1.3 Sesterské činnosti	25
1.3.1 Kompetence sester	25
1.3.2 Ošetřovatelská péče	26
1.3.3 Specifika ošetřovatelské péče o seniory	27
1.3.4 Komunikace se seniory	28
1.3.5 Ošetřovatelská dokumentace	29
1.3.6 Aplikace injekcí	30
1.3.7 Odběry kapilární a venózní krve	32

<i>1.3.8</i>	<i>Zavedení permanentního močového katétru u žen</i>	33
<i>1.3.9</i>	<i>Ošetřování chronických ran</i>	34
<i>1.3.10</i>	<i>Měření krevního tlaku</i>	35
<i>1.3.11</i>	<i>Ošetřování kolonostomie</i>	36
VÝZKUMNÁ ČÁST		
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	38
2.1	Cíl práce	38
2.2	Výzkumné otázky	38
3	METODIKA	39
3.1	Použité metody	39
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	40
4	VÝSLEDKY	41
4.1	Kvalitativní výzkumné šetření	41
4.2	Kvantitativní výzkumné šetření	51
5	DIZKUZE	101
6	ZÁVĚR	111
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	113
8	KLÍČOVÁ SLOVA	117
9	PŘÍLOHY	118

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL - activities of daily living

ADP - Agentura domácí péče

a.s. - akciová společnost

Cel. - celkem

DPS - Domov pro seniory

dok. - dokumentace

EKG - elektrokardiograf

gluk. - glukometr

chro. - chronických

i.m. - intramuskulární

inzul.- inzulínové

PMK - permanentní močový katétr

Pr. - průměr

TK - krevní tlak

SD - směrodatná odchylka

s.c. - subkutánně

v. - vena

ÚVOD

„Chvilka pomoci je lepší než deset dní soucitu.“

Rumunské přísloví

Problematika stáří a stárnutí se v současné době stává velice aktuální, protože přibývá starých lidí, kteří potřebují péči. Tato pomoc může být jak zdravotní tak, sociální a je poskytována zdravotníky, sociálními pracovníky i laiky, především rodinou. Velkou část péče o seniory vykonávají sestry.

Komplexní ošetrovatelská péče sester o seniory ve zdravotnických zařízeních, v domovech pro seniory i domácí péči je základním předpokladem pro uspokojení biopsychosociálních potřeb seniora. Práce se seniory klade na sestry velké nároky, sestry poskytují péči seniorům s různým stupněm soběstačnosti, s různými tělesnými i duševními chorobami, setkávají se se seniory jejichž, projevy stáří jsou velmi rozmanité. Sestry při péči o seniory musí prokázat nejen teoretické znalosti, ale i praktické dovednosti zároveň při své práci se seniory musí umět uplatnit nedirektivní přístup k seniorům. Ošetrovatelská péče o seniory je plná činností, které se mohou také lišit v závislosti na tom, v kterém ze zařízení jsou poskytována, které se mohou lišit personálním obsazením, ale také materiálním vybavením, které sestra potřebuje ke své práci a může jí usnadnit péči o seniora. Prostředí ve, kterém jsou ošetrovatelské činnosti poskytovány, může mít také vliv na samotný vztah mezi sestrou a seniorem, který může ovlivnit činnost, kterou sestra u seniora vykonává. Sestra by si měla při vykonávání činností uvědomit, že každý senior je individualita a že každý jedinec nemá stejné biopsychosociální potřeby a že péče o každého seniora vyžaduje individuální holistický přístup, který vede k uspokojení jeho těchto potřeb.

Téma diplomové práce jsem si vybral především z důvodu jeho aktuálnosti, poněvadž péče o seniory začíná v dnešní době vystupovat do popředí. Další roli při výběru tohoto tématu hrál můj osobní zájem o geriatrii a gerontologii. Účelem diplomové práce bylo zmapovat frekvenci činností, které sestry provádějí v jednotlivých zařízeních, a dále jejich časovou náročnost.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Charakteristika stárnutí a stáří

1.1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je určitý proces přirozené degenerace organismu, který nastupuje po dovršení vývojové fáze dospělosti. Pojem stárnutí v sobě zahrnuje souhrn involučních, regresivních a negativních morfologických změn a také změn funkčních. Proces stárnutí probíhá na úrovni biologické, psychologické a sociální. U každého jedince je průběh stárnutí jiný. Pojem stáří označuje poslední stadium ontogenetického vývojového člověka. Je etapou, která uzavírá lidský život a končí smrtí. Období stáří je přirozeným obdobím života, které je důsledkem a projevem involučních změn funkčních i morfologických. Tyto změny probíhají druhově specifickou rychlostí a individuálně u každého jedince. Vedou k typickému obrazu, který je označován jako fenotyp stáří. Fenotyp stáří je modifikován mnoha vlivy, jako je například prostředí, zdravotní stav, životní styl, sociálně ekonomické vlivy a také vlivy psychické. Slovo stáří vyvolává u lidí různé pocity, a to většinou pocity negativní. Pojem stáří si také lidé spojují s nemocemi, samotou, umíráním a smrtí. Stáří je stav, který vznikl procesem stárnutí. Jedinec v poslední etapě života bývá označován jako starý člověk neboli senior. Stařecký věk neboli senescence, jak je toto věkové stadium nazýváno, je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnávání s předešlými životními obdobími. Stáří můžeme rozdělit na stáří kalendářní, biologické a sociální. Kalendářní stáří, které je dáno dosažením určité věkové hranice, je snadno stanovitelné a jednoznačné. Podléhá určitým společenským konvencím, ale nevypovídá nic o skutečné funkčnosti člověka, o jeho involučních ani sociálních změnách. Parametry kalendářního stáří se mění v historickém kontextu. Kalendářní věk bývá také někdy označován jako třetí životní období člověka, které můžeme rozdělit do tří částí. Prvním je věkové období od 60 do 74 let života, které je označováno jako rané stáří. Druhé vývojové období bývá označováno jako vlastní stáří nebo také jako senium, které

trvá od 76 let života do 89 let života. Třetím a posledním obdobím života je dlouhověkost, která je podle kalendářního věku vymezena lidem, kteří se dožívají nad 90 let věku. V dnešní době z důvodu pozdějšího odchodu do penze se můžeme také setkat s dělením na mladé seniory, kteří jsou ve věku 60 až 75 let, staré seniory 76 až 84 let a velmi staré seniory ve věku 85 let a více. Biologické stáří je výsledkem navzájem na sebe působících genetických faktorů jedince, vnějšího prostředí, způsobu života a také chorobných změn, kterými si jedinec ve svém životě prošel nebo které ho provázejí. Navenek se involuční změny biologického stáří projevují snížením výkonnosti, dále typickými vnějšími projevy, jako jsou například změny postavy, změny na kůži, chrupu, mění se fyziognomie obličeje. Mění se také chování. Biologický věk je také dán subjektivním vnímáním pocitu výkonnosti a životní perspektivy. Sociální stáří je souhrn mnoha změn v životě člověka, jako je například změna v sociálních rolích, změna sociálního potenciálu, odchod do penze, změna životní úrovně, nezaměstnanost, ztráta perspektiv, ovdovění. Za začátek sociálního stáří se zpravidla považuje odchod do důchodu (Čavala et al., 2012; Haškovcová, 2010; Jarošová, 2006; Poledníková, 2006).

1.1.2 Gerontologie a geriatric

„Pojem gerontologie je odvozen z řeckého slova „gero, gerontos“, tj. starý člověk, a pojmu logos, tj. nauka. Gerontologie je interdisciplinární věda, souhrn poznatků o stáří a starých lidech“ (Čavala, 2012, s. 63). Zabývá se zákonitostmi, příčinami a projevy stárnutí. Zkoumá problematiku života ve stáří. Gerontologie usiluje o prodloužení doby aktivního života, udržení funkční kapacity jedince po celý život a je zaměřena na specifické potřeby starých lidí. Gerontologii můžeme rozdělit do třech jednotlivých oborů. Gerontologie experimentální se zabývá otázkami stárnutí živých organismů a procesy biologického a psychologického stárnutí. Sociálními dopady stárnutí a stáří se zabývá sociální gerontologie, která zkoumá vzájemný vztah seniora a společnosti. Zajímá se o to, co staří lidé od společnosti potřebují a jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. Zaměřuje se na prevenci a podílí se na tvorbě programů zdravého stárnutí a udržování praktické soběstačnosti. Dalším oborem

gerontologie, ze kterého se vyčlenil samostatný obor geriatrie, se nazývá klinická gerontologie. Geriatrie je samostatná oblast medicíny, která je dána interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě a rehabilitaci chorob ve stáří. Shrnuje napříč všemi obory problematiku seniorského věku, funkční stav seniora, specifické potřeby geriatrických pacientů, zvláštnosti ve výskytu, klinickém obraze, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislosti chorob ve stáří. Snaží se tyto jevy také zobecnit. Geriatrie ve svém interdisciplinárním pojetí nenahrazuje ostatní lékařské obory, ale doplňuje je uplatňováním specifického geriatrického přístupu. Cílem je posilovat nezávislost a zlepšit soběstačnost starších nemocných. V dnešní době dochází také ve značné míře ke geriatrizaci medicíny v důsledku stárnutí populace, to vyžaduje od všech lékařů i sester dostatek znalostí v oboru geriatrie (Haškovcová 2010; Kalvach et al., 2004; Malíková, 2011; Schuler et al., 2010).

1.1.3 Změny ve stáří

1.1.3.1 Psychické změny

Stárnutí a stáří je charakterizováno mnoha změnami v životě člověka. Tyto změny probíhají na úrovni psychické, tělesné, ale i sociální. Psychické změny jsou charakterizovány změnami v kognitivních funkcích. Dochází ke zpomalení poznávacích procesů. Starší lidé nemusí být méně schopní než lidé v produktivním věku, ale bývají pomalejší, což může vést ke zhoršení kvality v kognitivních funkcích. Zpomalení kognitivních procesů má za následek až dvojnásobné prodloužení časového limitu, který potřebuje starý člověk, aby splnil zadaný úkol. V důsledku své pomalosti kladou starší lidé důraz na zpracování informací před jejich uchováním. Seniorům trvá také déle volba adekvátní reakce. Ke zpomalení v činnostech seniorů také přispívá větší unavitelnost seniorů a jejich citlivost ke stresu. Pomalejší přístup seniora může být, ale také vědomí, kdy si je senior vědom toho, že není schopen pracovat rychle a zároveň kvalitně a dává proto přednost pečlivosti a pomalejšímu tempu. Seniori jsou také více rozvážní a trpěliví, což může být i jeden z pozitivních důsledků pomalosti. Problém s pomalostí většinou nepředstavuje pro seniory potíže. Ty se mohou vyskytnout, pokud

vznikne nějaká neobvyklá situace. Zhoršováním smyslového vnímání dochází k poklesu zrakové percepce, také se výrazně zhoršuje sluch. Z těchto důvodů mívají senioři problémy v oblasti komunikace. Snižuje se i schopnost adekvátně reagovat, což může vést k častějšímu výskytu úrazů v tomto věku. Další změnou v této oblasti, která je typická pro starší věk, je změna v oblasti paměti. Paměť se s postupným stárnutím začíná zhoršovat, a to především tzv. krátkodobá paměť, která slouží k uchování nových záležitostí. Dlouhodobá paměť bývá většinou nepoškozena a dávno minulé vzpomínky se lépe vybavují. Tyto vzpomínky mohou být emocionálně a obsahově zkresleny. Minulé je seniory často hodnoceno velmi pozitivně. To lze považovat za určitý druh obrany, kdy se starý člověk brání určitému pocitu ohrožení ze strany mladších. Další změnou spojenou se stářím je změna na úrovni inteligence. Ve stáří není vhodné hodnotit lidi podle globálního inteligenčního kvocientu, protože se různé kognitivní schopnosti mění s věkem rozdílně. Krystalická inteligence, která je založena na vrozených vlohách a všech doposud získaných zkušenostech, stoupá od 25. roku života až do stáří, zatímco tzv. fluidní inteligence, která se podílí na schopnostech učení, v řešení problémů pod časovým stresem klesá už po 30. roce života. Sociální inteligence zůstává také do vysokého věku života zachována. Tyto změny, probíhají různou rychlostí a nelze je zprůměrovat. Oblast tvořivosti začíná klesat již v produktivním věku, její vrchol je mezi 25. a 40. rokem života. Po tomto období její produktivita klesá. Neexistuje ale jasně daná hranice, která by lidskou tvořivost nějak omezovala. Pozornost u seniorů závisí především na kontextu a typu úkolu. Koncentrace pozornosti je závislá na složitosti úkolu. Při řešení jednoduchého nebo dobře známého úkolu, kdy na seniora nepůsobí žádné další vlivy, které by ho mohly vyrušovat, nemá senior problém koncentraci pozornosti udržet. Kvalita pozornosti je považována za důležitý prvek celkové úrovně fungování kognitivních funkcí. Senioři těžko přesouvají pozornost z jedné věci na druhou nebo nedokážou udržet pozornost na dvou věcech najednou. Změny v psychické oblasti probíhají u seniorů také na úrovni emocionality. Prožívání se ve stáří stává méně bezprostředním a začíná se snižovat intenzita emocí. Člověk dokáže věci řešit racionálně. Senior není schopen se pro některé věci nadchnout jako dříve. Komplikované situace se snaží řešit chladnou hlavou. Senior se stává

emočně stabilním, ale i lhostejnějším vůči světu kolem něj. Je také trpělivější a klidnější. Tento stav může přerůst až do apatie. V počátku stáří přetrvává u seniorů stále potřeba být užitečný a seberealizovat se, ale s postupem věku tato potřeba slábne a senior se začne soustředit sám na sebe a na své problémy (Langmeier et al., 2006; Trpišovská et al., 2006; Vágnerová, 2007).

1.1.3.2 Tělesné změny

Změny v této oblasti probíhají na více úrovních. Na úrovni molekul probíhá změna v oblasti bílkovin. Na buněčné úrovni jsou nevýznamnější změny v jádrech, které jsou spojeny s narušením genetické informace a zánikovými změnami mitochondrií, zhoršující přenos energie. Nejvýznamnějšími změnami na úrovni tkání jsou změny kolagenu, změny elasticity, úbytek mezibuněčné hmoty, zmenšení počtu buněk. Změny ve stáří probíhají také na úrovni jednotlivých orgánových systémů. Na úrovni kardiovaskulárního dochází ke snížení plnění pravé komory, jsou také pozorovatelné změny na srdečních chlopních. V cévním řečišti se mění povaha elastinu a kolagenní vlákna se stávají hrubšími. Dále se v cévách ukládá cholesterol a vápník, což vede ke změně jejich funkce. Aorta má sklony k dilataci a ztrácí svoji přirozenou elasticitu. Zvyšuje se systolický tlak. Při změně polohy těla tlak naopak klesá. Ve stáří také ubývá buněk v převodním srdečním systému. V krvi klesá počet krevních elementů, hemoglobinu a trombocytů. Dále se snižuje také schopnost leukocytů plnit svou přirozenou funkci. Po 70. roce života také ubývá kostní dřen. Oslabena je funkčnost dýchacího systému. Na změnách v dýchacím systému se podílí ve velké míře vnější vlivy, které působí negativně na průdušky a plicní sklípky. Ve stáří klesá vitální kapacita plic. Zhoršuje se výměna plynů v plicích. Jsou narušeny obranné mechanismy. Dýchací svaly atrofují, klesá maximální expirační a inspirační tlak, tím se zvyšuje riziko aspirace. V průběhu stárnutí probíhají změny také na vylučovacím systému. Močový měchýř a uretra ztrácí svou elasticitu. Klesá svalová síla udržet vyprazdňování moče při zvýšeném nitrobríšním tlaku. Snižuje se vypuzovací schopnost, roste dráždivost musculus detrusor a s tím souvisí nedokonalé vymočení a zbytkové reziduum v močovém měchýři, které vede k nočnímu močení. Změny na trávicím traktu se

projevují sníženou motilitou, snížením sekrece trávicích šťáv a také sníženým vstřebáváním potravy. Dochází k atrofii stěn trávicího traktu. Můžou se častěji vyskytovat dyspeptické potíže. Snižuje se počet chuťových papil. Dochází ke zpomalování odtoku žluči v důsledku ztráty elasticity stěn žlučníku a žlučvodů. Pankreas atrofuje, což má za následek sníženou sekreci enzymů. Změny na nervovém systému můžeme prokázat na neuronech. Probíhá jejich ztráta, a tak podléhají degenerativním změnám. Změny s postupujícím věkem zasahují i endokrinní orgány. Dochází ke snížení vazby mezi hormony a receptory na povrchu buňky. Dále se také zvyšuje hodnota vazopresínu, snižuje se množství parathormonu. U žen klesá produkce estrogenu, někdy se může zvýšit produkce androgenu. Štítná žláza fibrotizuje, dále pak atrofuje, začíná se zmenšovat její hmotnost, klesá hladina jódu, snižuje se tvorba hormonů. S přibývajícím věkem se snižuje tolerance k využití glukózy. V nadledvinkách klesá produkce kortizolu a aldosteronu, ale naopak se zvyšuje tvorba noradrenalinu. Ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty. Začíná tuhnutí kloubů, které znemožňuje určitý pohyb. Zhoršuje se svalový tonus a celkově se zhoršuje pohybová koordinace. Dochází k poruchám rovnováhy, které vedou k častějším pádům a úrazům. Patrné jsou také změny na kůži, kdy klesá kožní turgor, redukuje se ochlupení. Nehty rostou pomaleji a stávají se křehčími (Krejčík, 2008; Matějovská Kubešová, 2009; Mauk, 2010; Poledníková, 2006).

1.1.3.3 Sociální změny

Změny v této oblasti, kterými senior prochází, lze také někdy chápat jako proces vedoucí k desocializaci. Senior v důsledku probíhajících změn v kognitivní i tělesné oblasti má většinou omezené sociální kontakty. Jedním z nejdůležitějších prvků, které se podílejí na sociálních změnách, je komunikace, která může být narušena percepčními změnami, paměťovými změnami, aktuální jazykovou schopností nebo zachovalou mírou inteligence. Sociální změny ve stáří se dají rozdělit do tří skupin podle toho, kde změna probíhá. První skupinou, kde probíhají změny, je rodina, která je považována za nejvýznamnější sociální skupinu. Zahrnuje soužití s partnerem, ale také kontakt s rodinami dětí, vnoučaty a sourozenci. Druhou skupinu pro seniora tvoří

přátelé a známí ze sousedství. V rámci této skupiny senior může navázat i hlubší sociální vazby, které pro něj mohou mít hlubší kompenzační význam, a to především v případě, že již nemá rodinu. Poslední skupinu může tvořit společenství obyvatel z různých institucí, jako jsou například nemocniční zařízení, domovy pro seniory, ve kterých sdílí senior určité teritorium, určitý životní styl a může také zde navázat hlubší vztahy. Mění se také vztah a uvažování o sociálních normách, kdy senioři jsou spíše konzervativnější. Senioři lpí také na zažitých pravidlech a pohlíží do minulosti. Stáří je také typické změnami v sociálních rolích, které vedou ke ztrátě specifických variant. Identitu seniorů naplňují především role, které jsou vztažené k rodině. Tyto role mívají subjektivní hodnotu. Je to například role rodiče a prarodiče. Potvrzují zvýšení závislosti seniora na druhých, symbolizují ztrátu prestiže ve společnosti. Role jsou ovlivněny i biologickými faktory, kdy typickým příkladem je ztráta partnera, která člověku vnutí roli vdovy/ vdovce. Ve stáří se také člověk dostává častěji do role nemocného člověka. Jednou z nejvýznamnějších změn v životě člověka a také změna role je odchod do důchodu, kdy člověk ztrácí svou profesní roli (Trpišovská, 2006; Vágnerová, 2007).

1.1.4 Specifika nemoci ve stáří

Ve stáří se organismus setkává s nemocemi častěji, než je tomu v produktivním věku. Choroby nemají jinou příčinu, ale nemoci působí na člověka, který je ovlivněn procesem stárnutí. Orgány tedy reagují na vyvolávající příčinu jiným způsobem. Starší věk je typický tzv. polymorbiditou. Polymorbidita je výskyt více nemocí (5 až 8) u jednoho pacienta v jednu chvíli, které mají různou etiologii. Příčiny polymorbidity jsou morfologické změny orgánů, které mají za následek jejich funkční změny a involuční změny. Další příčinou je souhrnný účinek degenerativních onemocnění. Onemocnění se také vzájemně negativně ovlivňují. Z důvodu těchto příčin se polymorbidita může projevit oligosymptomatologií, fenoménem ledovce, atypickými příznaky, vzdálenými příznaky a fenoménem řetězení. Oligosymptomatologie vzniká z důvodu nižší odolnosti organismu, kdy mnohé projevy typické pro určitou nemoc, jako je horečka při infekčních chorobách, svalové dráždění při peritonitidě, mohou úplně chybět. S tímto stavem také souvisí fenomén ledovce, kdy se nemoci projevují jen některými příznaky

nebo probíhají asymptomaticky a zůstávají skryté. Atypičnost příznaků je také v tomto věku běžná. Například sepse se může atypicky projevit deliriem nebo dezorientací. Pro starší věk jsou také typické vzdálené příznaky nemocí, kdy se může například infarkt projevit i jako náhlá příhoda břišní. Ve stáří je velký sklon ke komplikacím, které se na sebe navyšují a nabalují. Tomuto jevu se říká fenomén řetězení. V důsledku tohoto fenoménu mají nemoci horší průběh a také horší prognózu. Nemoci ve stáří jsou typické svojí délkou, kdy většina nemocí má tendenci přecházet do chronicity (Krajčík, 2008; Minibergerová et al., 2006; Neméth et al., 2009; Topinková, 2005).

1.1.5 Geriatrický syndrom

Se specifiky nemocí ve stáří úzce souvisí pojem geriatrický syndrom. Tento pojem označuje soubory příznaků, které souvisí se stářím, s jeho deteriorací a křehkostí. Jedná se o soubory příznaků, které mají často multikauzální etiologii, chronický průběh a mají tendenci se akumulovat. Jejich akumulace vede ke špatné prognóze s rizikem nežádoucích účinků. Dále omezují seniorovu nezávislost. Často neexistuje možnost jednoduché léčby. Bývají často připisovány k běžným příznakům stárnutí. Geriatrické syndromy nacházíme ve všech oblastech stárnutí somatických, psychických i sociálních. Některé geriatrické syndromy (příloha 1) se vyskytují častěji než jiné. V nejvyšší míře se vyskytuje imobilita, pády a demence. Na vzniku geriatrických syndromů se také podílí různé rizikové faktory jako pokročilé stáří, poruchy mobility, kognitivní a funkční postižení. Důležitá je také prevence geriatrického syndromu, která spočívá především ve správné diagnostice, efektivní léčbě a poskytování komplexní ošetrovatelské péče (De Las Deses et al., 2011; Kalvach et al., 2008; Topinková, 2005).

1.2 Gerontologické ošetrovatelství

1.2.1 Charakteristika základních pojmů

Gerontologické ošetrovatelství je aplikovaný klinický obor ošetrovatelství. Předmětem tohoto oboru je péče o základní potřeby seniora, udržení jeho soběstačnosti a nezávislosti při běžných denních činnostech. Dále se zaměřuje na prevenci komplikací

a podporu psychické, fyzické a sociální pohody seniora. Péče v těchto oblastech se týká jak zdravých, tak nemocných seniorů a vede k upevnění zdraví, zmírnění nemoci a dosažení soběstačnosti. Cíle gerontologického ošetřovatelství vycházejí z Koncepce Oboru ošetřovatelství a jsou zaměřené na seniora a jeho rodinu. Spočívají v pomoci při všech činnostech, které přispívají k podpoře zdraví, uzdravení a klidnému důstojnému umírání a smrti. Neopomínají ani pomoc při získání a zvyšování nezávislosti a soběstačnosti seniora. Gerontologické ošetřovatelství se vyznačuje několika přístupovými diferencovanostmi, komplexností, kontinuitou, aktivním přístupem, preventivní péčí a plánovitým přístupem. Diferencovaný přístup je takový přístup, kdy volíme poskytování péče podle stupně závislosti seniora. Podle Světové zdravotnické organizace se rozlišují tři stupně soběstačnosti. Prvním stupněm je lehká závislost, kdy senior vyžaduje podporu nebo kontrolu při vykonávání všedních denních činností, potřebuje dohled, pomoc nebo občasnou ošetřovatelskou péči. Druhý stupeň je závislost střední, kdy je vyžadován pravidelný dohled a soustavná péče při některých činnostech denního života a zabezpečení potřeb druhou osobou. Třetí stupeň je úplná závislost, kdy senior potřebuje trvalý dohled a péči. Péče o tyto seniory bývá většinou ustavní péče ve specializovaných zařízeních. Sestra musí umět hodnotit stupeň závislosti, aby nedošlo k nadměrné péči, která může vést k hypoproduktivnímu syndromu, který by mohl vyvolat u seniora ztrátu soběstačnosti a ze seniora soběstačného by se mohl stát senior úplně nesoběstačný. Důležitý je také komplexní přístup, kdy se na seniora musí nahlížet jako na holistickou bytost se všemi jeho potřebami. Provázanost, která vede k nepřetržité péči o seniora po dobu celé jeho hospitalizace a plynule přechází do domácí péče nebo do domova pro seniory, musí být vykonávána s aktivním přístupem, který vede k mobilizaci seniora a k zajištění jeho soběstačnosti. Prevence je důležitou součástí gerontologického ošetřovatelství. U seniorů je to především prevence imobilizačního syndromu, edukace seniora a rodinných příslušníků o životním stylu, životosprávě, užívání léků, správném způsobu ošetřování. Sestra využívá při ošetřování seniorů metodu ošetřovatelského procesu, který vede ke komplexní ošetřovatelské péči o seniory. Hlavním úkolem gerontologického ošetřovatelství, které vychází z koncepcí oboru ošetřovatelství, je především poskytovat nemocniční, ústavní péči a péči v

domácím prostředí osobám ve věku nad 65 let se zaměřením převážně na seniora s interním onemocněním, polymorbiditou a seniora, který má změny ve funkčním potenciálu. Dále se setkáváme s pojmy gerontologické ošetřování a geriatrické ošetřovatelství. Gerontologické ošetřování jsou činnosti sester zaměřené na pomoc v takových oblastech, které nedokáže senior zvládnout sám. Geriatrické ošetřovatelství je komplexní péče o nemocné seniory, která bere ohled na jejich psychické, biologické a sociální potřeby v souvislosti s nemocemi ve vyšším věku. Tato péče je zaměřena na uspokojení potřeb a na řešení problémů seniora. Výsledným kritériem je v tomto případě senior, který má uspokojeny všechny potřeby. Péče je zaměřena na člověka spíše v medicínském kontextu (Holmerová et al., 2004; Poledníková, 2006).

1.2.2 Geriatrické hodnocení

V souvislosti s poruchami, které jsou se stářím spojené, je důležité identifikovat rizika, určit priority a potřeby geriatrického pacienta. Tato činnost se nazývá komplexní geriatrické hodnocení. Hodnocení by mělo celému geriatrickému týmu (lékařům, sestřám, fyzioterapeutům, ergoterapeutům) poskytnout především východisko ke kvalitním zdravotním i sociálním službám a pacientovi by mělo přinést lepší pochopení jeho potřeb. Některé komplexní hodnocení odpovídá ošetřovatelské diagnostice. Ke zjištění denní soběstačnosti se používá Barthel test nebo také Kanzův test a systém Functional independence Measure. Další možnosti jak hodnocení soběstačnosti je pomocí testu instrumentálních všedních činností. Chůze a rovnováhu lze hodnotit podle Tinettiho. Hodnocení rizika vzniku dekubitů hodnotíme podle stupnice Northon. K dalším testům patří Mini Mental State Examination test, který se používá při hodnocení kognitivních funkcí. Na orientační posouzení přítomnosti deprese se používá škála podle Yessavage nebo škála Hemilton. Při hodnocení nesmíme zapomenout ale také na stav hydratace a nutriční stav, který se provádí za pomocí testu Mini Nutrition Assessment. Celkové posouzení stavu geriatrického pacienta je velmi důležitou součástí pro provedení komplexní ošetřovatelské péče. Sestra může pacienta posuzovat i pouhým okem či pomocí citu, ale tato metoda mnohdy vede ke zpomalení celého ošetřovatelského procesu. Proto je snaha vytvořit výše zmíněné hodnotící škály jako

nástroj ke zlepšení léčebné i ošetrovatelské péče (Kalvach et al., 2006; Holmerová et al., 2003; Klevetová et al., 2008).

1.2.3 Soběstačnost

Ve stáří dochází také v důsledku chorob k poruše funkčnosti v různých oblastech sebepečce seniora. S tím souvisí porucha soběstačnosti, která patří k nezávažnějším důsledkům geriatrické deteriace i různých chorob ve stáří. „ *Soběstačnost je chápána jako schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí.* “ (Kalvach, 2006, s. 22). Starý člověk nemůže vykonávat v důsledku ztráty soběstačnosti některé činnosti, tento stav se nazývá **disabilita**. Jedná se tedy o poměr mezi zdatností pacienta a prostředím. K zachování nebo k obnově soběstačnosti vede nejen léčebná a rehabilitační péče, ale také prostředí, ve kterém se pacient nachází. Všechno ošetrovatelský personál by měl věnovat velkou pozornost bezpečnosti a náročnosti prostředí seniora, ve kterém se pohybuje, a to v péči domácí i ústavní. Aktivity, které jsou důležité pro naši každodenní činnost, se nazývají **aktivita denního života** *activities of daily living (ADL)*. K hodnocení těchto aktivit se používá nečastěji již zmiňovaný **Barthel test**. S neschopností vykonávat důležité denní aktivity souvisí také větší riziko zranění seniora. Zranění vede ke spuštění procesu, který zahrnuje zhoršení funkce, opakované hospitalizace ve zdravotnických zařízeních a může skončit i smrtí. (Kalvach et al., 2006; Krajčík, 2008).

1.2.4 Domácí péče

Domácí péče je definována, jako *„jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech“* (Jarošová, 2007, s. 60). Domácí péče je jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů ve zdravotnictví. Rozvoj v oblasti medicínských oborů, především pokroky v ošetrovatelství umožňují poskytovat péči o seniory v jejich přirozeném prostředí. Domácí prostředí má velký vliv na psychický stav seniora a hraje velkou roli v procesu uzdravování. Poskytovateli domácí péče jsou agentury domácí péče, které zajišťují poskytování komplexní domácí péče, která zahrnuje zdravotní, ale také péči sociální. Na rozvoji domácí péče se podílí mnoho faktorů, jako jsou například: stoupající náklady

na zdravotní péči, stárnutí populace, zvýšený zájem o služby poskytované v domácím prostředí, rozvoj technologií a v neposlední řadě také politické faktory. Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a rodině dosáhnout tělesné, psychické a sociální pohody v souladu s jejich sociálním prostředím a dále také zachovat určitou kvalitu života. Umožnit nemocným v terminálním stádiu života umírat v kruhu svých blízkých a domácím prostředí. Domácí péče zabezpečuje komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního přístupu. Péče v domácím prostředí má také za úkol udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech. Domácí péče hraje také nedílnou součást v edukaci seniorů a jejich rodinných příslušníků. V neposlední řadě je jejím cílem zajišťovat dodržování léčebného režimu a pokusit se snižovat negativní vlivy onemocnění na celkový zdravotní a psychický stav seniora i celé jeho rodiny. Kvalita poskytování komplexní domácí péče je ovlivňována základními principy, které vycházejí z filozofie domácí péče. K těmto principům patří humanizace zdravotní péče, orientace na občana a na podporu obnovy zdraví populace, respektování lidských práv a svobod. Princip chápání lidské bytosti v kontextu s jeho prostředím, propojení zdravotní a sociální péče, která tvoří jeden komplex, standardizace ošetrovatelských činností a sociálních intervencí, využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální péči a neustálý odborný růst pracovníků zajišťující domácí péči. Péče v domácím prostředí přináší také řadu výhod, jako je například ekonomičnost, kdy se zkracuje doba hospitalizace a náklady na péči klesají až o jednu polovinu. Udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci. Nemocný není vytržen ze svého prostředí a jeho uzdravení probíhá rychleji, zlepšuje psychický stav seniora a zabraňuje možnosti vzniku hospitalismu (Haškovcová 2002; Jarošová 2007; Kalvach et al. 2011; Hanzlíková, 2006).

1.2.5 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou typickým zařízením s pobytovou službou, ve kterých jsou poskytovány zdravotní a sociální služby seniorům. Je zde poskytována péče osobám, které mají sníženou soběstačnou, a to zejména v důsledku jejich věku. Situace těchto osob vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služby v domovech pro seniory musí

obsahovat činnosti, jako je poskytnutí ubytování, kam nadále spadá úklid, praní ložního a osobního prádla nebo žehlení. Seniorům musí být zajištěna celodenní strava v rozsahu tří hlavních a dvou vedlejších jídel. Seniori musí mít k dispozici jídelnu. Imobilní klienti se stravují na pokojích u stolu nebo přímo v lůžku. V domovech pro seniory musí být zajištěna pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, která zahrnuje pomoc při přesunu, vstávání z lůžka, uléhání, při změnách polohy, přesunu z křesla na lůžko nebo naopak, svlékání a oblékání a podávání stravy. Také sem můžeme zahrnout pomoc při manipulaci se speciálními pomůckami a pomoc při prostorové orientaci. Důležitá je pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro hygienu. Seniorům musí být poskytnuta pomoc při všech činnostech, které jsou spojené s osobní hygienou. Seniorům musí být umožněn kontakt se společenským prostředím, aby mohli využívat běžně dostupné služby a informační zdroje. Důležité je umožnit seniorovi kontakt s rodinnými příslušníky. Další službou poskytovanou v domovech pro seniory musí být terapeutická činnost formou psychoterapie a socioterapie, která vede při zvolení cílených a individuálních metod k rozvoji osobních nebo sociálních schopností, ale také dovedností, které pomáhají klientovi v jeho sociálním začlenění. Senior musí mít možnost provádět volnočasové aktivity, zájmové činnosti a možnost pomoci při obnovení či udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. V domovech pro seniory nesmí být seniorovi odepřena možnost na pomoc při uplatňování jeho práv, zájmů a pomoc při zajišťování osobních záležitostí (Dvořáčková, 2012; Malíková, 2011; Mühlpachr 2005; Sýkorová et al., 2007).

1.2.6 Oddělení následné péče

Oddělení následné péče poskytuje komplexní lůžkovou péči chronicky nemocným, kdy péče vyžaduje delší časové období vzhledem k vyššímu věku a povaze onemocnění, převážně tedy seniorům. Patří k ní péče lékařská, ošetrovatelská a rehabilitační a nutriční podpora. Na oddělení následné péče se seniori se širokým spektrem různých diagnóz od interních, neurologických, chirurgických až po traumatické. Cílem hospitalizace na oddělení následné péče je především doléčení a stabilizace stavu, rehabilitační péče, nácvik soběstačnosti, který má vést k navrácení původního stavu

nebo alespoň nácvik náhradních činností, které by umožnily návrat seniora do domácího prostředí. Poskytuje také péči nevyлéčitelně nemocným, kdy péče spočívá především v udržení a zajištění důstojných podmínek v závěrečné fázi života, při stávajícím zdravotním stavu. Oddělení následné péče je také vhodné pro seniory, kteří potřebují edukaci v oblasti léčebného režimu, který souvisí s jejich chorobou. Oddělení následné péče poskytuje také pomoc při řešení sociálního zázemí. Spolupracuje s agenturami domácí péče a pomáhá seniorům i jejich rodinám zajistit umístění do domova pro seniory (Česko, 2011; Doležalová, 2011).

1.3 Sesterské činnosti

1.3.1 Kompetence sestry

Způsobilost k povolání sestry a tím získání kompetencí potřebných pro vykonávání tohoto povolání lze získat v současné době za úspěšné absolvování vyšší zdravotnické školy v akreditovaném diplomovém studijním programu nebo vysoké školy v akreditovaném bakalářském studijním programu. Kompetence sestry jsou vymezeny vyhláškou 55/2011. Ve vyhlášce jsou uvedeny kompetence, které může sestra vykonávat bez odborného dohledu, a činnosti, které může vykonávat pouze pod odborným dohledem lékařem. Sestra samostatně vyhodnocuje bio – psycho - sociální potřeby a úroveň jeho soběstačnosti. Hodnotí projevy onemocnění a vyhodnocuje rizikové faktory. K těmto měřením používá měřicí techniky, které se používají v ošetrovatelské praxi. Sestra také sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta. Podílí se na odběru biologického materiálu. V péči o dýchací cesty provádí odsávání z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost. Hodnotí a ošetřuje poruchy kůže, chronické rány a stomie. Dále pečuje o centrální periferní vstupy. Sestra spolupracuje s rehabilitačními pracovníky, podílí se na polohování, posazování, dechové rehabilitaci a bazální stimulaci. Důležitou kompetencí sestry je také nácvik sebeobsluhy, který má za cíl zvýšit soběstačnost. Nedílnou součástí práce sestry, která vyplývá z jejich kompetencí, je edukace pacientů a vytváření edukačního materiálu. Sestra se podílí na spolupráci se sociálními službami.

Sestra musí zajistit činnosti, které jsou spojené s příjmem pacienta, překladem pacienta nebo jeho propuštěním. V péči o umírající se podílí na psychické podpoře. Ukládá léky a zdravotnické potřeby. Sestra dále může vykonávat bez odborného na základě indikace lékaře ošetřování akutní a operační rány, a to včetně drénů. Podávat léčivé přípravky, zavádět a udržovat kyslíkovou terapii. Sestra také provádí screeningová vyšetření, odebírá biologický materiál, orientačně se podílí na jeho hodnocení. Provádí cévkování žen a dívek nad 10 let věku života. Zajišťuje péči o zavedený močový katétr, včetně výplachů močového měchýře. Do kompetencí sestry dále spadá zavádění nasogastrické sondy, ošetřování tracheostomické kanyly při vědomí u pacienta nad 10 let věku. Sestra může provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí nad 10 let věku. Pod odborným dohledem lékaře se podílí na aplikaci krevních derivátů, asistuje při aplikaci transfúze a poté již bez odborného dohledu lékaře na základě jeho indikace ošetřuje pacienta v průběhu její aplikace a ukončuje ji (Česko 2004, Česko 2006; Česko 2011).

1.3.2 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelskou péčí se rozumí: *„Soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti“*. (Česko, 2011)

Ošetrovatelskou péčí můžeme dělit do čtyř skupin, a to na základní ošetrovatelskou péči, specializovanou ošetrovatelskou péči, ošetrovatelskou péči vysoce specializovanou a specifickou. Základní ošetrovatelská péče je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav, léčebný režim nebo diagnostický postup umožňuje provádět běžné aktivity denního života. U těchto pacientů je minimální riziko ohrožení základních životních funkcí. Druhou skupinou poskytování ošetrovatelské péče je ošetrovatelská péče specializovaná. Tato péče je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav, léčebný nebo diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života. U pacientů, u kterých je prováděna specializovaná ošetrovatelská péče,

je velmi reálné riziko narušení základních životních funkcí. Tato péče je také poskytována u pacientů, kteří mají změny psychického stavu, které nevyžadují stálý dozor, použití omezujících prostředků z důvodů, které by ohrožovaly jeho život nebo jeho okolí. Do skupiny specializované ošetrovatelské péče také spadá péče, která je poskytována pacientům, kteří mají závažné poruchy imunity, dále péče o pacienty v terminálním stadiu života chronického onemocnění, kde není předpokládána resuscitace. Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče je poskytována pacientům, u kterých dochází k selhání základních zdravotních funkcí nebo toto selhání bezprostředně hrozí nebo mají změny v psychickém stavu, potřebují stálý dozor a vyžaduje se u nich použití omezovacích prostředků z důvodu ohrožení života nebo ohrožení okolí. Při radiologických výkonech nebo zabezpečení nutričních potřeb pacientů v oblasti prevence a léčebné výživy je poskytována specifická ošetrovatelská péče (Česko, 2011; Schuler et al., 2010).

1.3.3 Specifika ošetrovatelské péče o seniory

V období stáří se zvyšuje pravděpodobnost vzniku onemocnění. V životě seniora může z důvodu náhlého vzniku onemocnění nastat situace, kdy nebude schopný se o sebe postarat a bude potřebovat pomoc od druhých. Proto je důležité zajistit dostupnost komplexní ošetrovatelské péče. Potřeby každého seniora se liší v důsledku jeho onemocnění. Seniorovy potřeby musí sestra identifikovat a podle možností uspokojit. U geriatrického pacienta je kladen důraz v uspokojování oblasti biologických potřeb především na příjem tekutin a potravy, vyprazdňování, odpočinek a spánek. Důležité je také zajistit přiměřený pohybový režim a pomoc při změně polohy. Sestra nesmí zapomínat ani na zajištění pohodlí seniora. Z psychických potřeb dbá sestra na mírnění bolesti. Snaží se mírnit strach a úzkost. Seniori mívají často obavy z neznámého. Sestra musí dávat také pozor, aby nedošlo ke ztrátě sebeúcty. U seniorů sestra nesmí zapomínat také na zabezpečení sociálních potřeb. V této oblasti s přibývajícím věkem vzrůstá riziko sociální izolace, proto musí zajistit kontakt s kontaktními osobami a nezapomíná na používání efektivní komunikace se seniorem. Nezapomíná na uspokojování spirituálních potřeb, které jsou pro většinu seniorů velmi důležité. Sestra

si při ošetřování seniorů musí uvědomit specifika, která souvisí s tímto životním obdobím a při poskytování ošetřovatelské péče k nim přihlížet. Specifika se odvíjejí od zdravotního stavu seniora, schopnosti jeho sebezpečí, úrovně soběstačnosti, imobilitou a bolesti. Senioři bývají také více psychicky labilní, plačtiví a trpí častými změnami nálad, převažuje u nich pesimismus a nechuť žít. Specifika péče o seniory jsou dána také spoluprací s rodinou, finanční situací, ve které se senior nachází, a jeho předchozím stylem života. Komplexní ošetřovatelská péče o seniory by měla být tedy především zaměřena na co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti. Senioři by měli být integrováni do společnosti i při zhoršení zdravotního stavu. Péče by měla směřovat k tomu, aby senioři mohli být co nejdéle v rodinném prostředí (Cejhonová, 2009; Hudáková et al., 2012; Mlýnková, 2011; Venglářová, 2007).

1.3.4 Komunikace se seniory

Komunikační techniky a dovednosti používané při jednání se seniory musí být vždy přizpůsobeny individualitě jedince, se kterým komunikace probíhá. Přizpůsobí - li sestra styl sdělování schopnostem a dovednostem naslouchajícího, je větší pravděpodobnost, že naslouchající senior porozumí sdělované zprávě. Sestra musí při komunikaci myslet především na to, že se stoupajícím věkem potřebují lidé více času na sestavení verbální odpovědi nebo na vyhledání informací z dlouhodobé paměti. Komunikace v geriatrici má určité znaky, které ovlivňují výběr komunikačních metod, prostředků a postupů, které vedou k porozumění seniora. Vyskytují se zde čtyři hlavní skupiny potřeb, na které by sestra měla myslet v průběhu komunikace a brát na ně zřetel. První skupinou potřeb jsou potřeby sociálního kontaktu a s ní spojená interakce. Druhou skupinou potřeb jsou potřeby, vysvětlení, potvrzení a ujištění se. Důležitá je také skupina potřeb kam patří rady, podpory a edukace. V neposlední řadě sestra při komunikaci nesmí zapomínat ani na skupinu potřeb komfortu, útěchy, ujištění a uklidnění. Sestra komunikující se seniory by se měla řídit určitými zásadami. Měla by si uvědomit, jaký typ rozhovoru chce se seniorem vést. Jestli půjde o rozhovor podporující, edukační, motivující, naslouchající nebo zjišťující, který vede ke zjištění důležitých informací o zdravotních obtížích. Sestra musí umět rozeznat, jestli senior hledá pomoc nebo potřebuje pouze vyslechnout, také

jestli vůbec touží po rozhovoru. Důležité je, aby sestra vytvořila vhodné prostředí pro rozhovor. Dále musí zhodnotit, jestli je ošetrovatelská situace pro seniora ohrožující a potřebuje direktivní vedení. Sestra musí vědět, jestli je senior schopen se rozhodnout, jaké téma bude se seniorem řešit. Měla by jednat ve prospěch seniora a ne svůj prospěch. A v neposlední řadě musí vědět, kolik času je vhodné seniorovi věnovat. Při poskytování ošetrovatelské péče v důsledku fyzických i psychických změn mohou nastat různé bariéry při komunikaci. Tyto bariéry lze rozdělit na interní a externí. Interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností seniora. Souvisí s jeho prožíváním a jsou závislé na jeho momentálním zdravotním stavu. Do těchto bariér můžeme zařadit obavy z neúspěchu, negativní emoce, jako je například strach nebo zlost, bariéry postoje (xenofobie), nepřipravenost seniora, fyzické nepohodlí nebo nemoc. Externí bariéry souvisí s prostředím, ve kterém komunikace probíhá. Komunikační proces může narušit další osoba, dále to může být nežádoucí hluk. Může dojít i ke komunikačnímu zahlcení nebo vizuálnímu rozptýlení (Klevetová et al., 2008; Plevolová et al., 2011; Pokorná, 2010; Venklářová 2006).

1.3.5 Ošetrovatelská dokumentace

Zdravotnickou dokumentaci, do které spadá i dokumentace ošetrovatelská, upravuje právní předpis č.372/2011 Sb. a vyhláška č.385/2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci. Je zde stanoveno, že zdravotnická zařízení jsou povinna vest zdravotnickou dokumentaci bez rozdílu a výjimky. Zdravotnická dokumentace může být vedena formou textovou, grafickou, audiovizuální nebo může být vedena na záznamových nosičích. Musí obsahovat identifikaci zdravotnického zařízení a pacienta. Podává informace, anamnestické údaje, informace související s onemocněním, agendu o průběhu nemoci a léčení. V neposlední řadě musí také obsahovat údaje o významných skutečnostech, které souvisí se zdravotním stavem pacienta. Ošetrovatelská dokumentace je určitý soubor záznamů o činnostech sestry, které vykoná ve prospěch pacienta, společenské skupiny nebo rodiny. Ošetrovatelská dokumentace patří do systému zdravotnické dokumentace a je jedním z mnoha podsystémů celé zdravotnické dokumentace. Způsob vedení dokumentace prošel v poslední době velkým

rozvojem v důsledku rozmachu informačních technologií. Sestra by měla tvořivě umět využívat nové způsoby vedení dokumentace a také se podílet na inovaci nových možností vedení ošetrovatelské dokumentace. Vytvoření jednotné formy ošetrovatelské dokumentace a její posouvání na určitou úroveň je velmi důležité. Tyto kroky umožňují zlepšení komunikace a domluvu v oblasti ošetrovatelství. Sestra by měla dbát na vedení dokumentace. Aby ošetrovatelská dokumentace plnila svou primární funkci a odpovídala tak platným předpisům, musí být vedena řádným způsobem. Ošetrovatelská dokumentace by měla být vedena pravidelně, musí obsahovat časové údaje. Sestra nesmí při vedení zapomínat na podpis. Důležitá je také čitelnost, srozumitelnost, stručnost, jednoduchost provedeného zápisu. Sestra by se měla vyvarovat používání zkratek. Ošetrovatelská dokumentace musí být vždy dostupná pro všechny personál, který má právo do ní nahlížet. V ošetrovatelské dokumentaci by se nemělo objevit nesprávné užívání terminologie, užívání slangových výrazů, vulgarizmů, neschválených zkratek. Záznamy by měly být vedené v českém jazyce a sestra by neměla v dokumentaci zaznamenávat své subjektivní pocity (Kříšková 2006; Policar, 2010; Vondráček et al., 2011).

1.3.6 Aplikace injekcí

Aplikaci injekcí vykonává sestra ošetrovatelskou činností, kterou plní ordinaci lékaře. Sestra provádí aplikaci na všech úsecích zdravotní péče a to v nemocnicích, ambulantních zařízeních i v rámci komunitní péče. Sestra je zodpovědná za způsob přípravy, samotnou aplikaci, sledování účinku, zaznamenání o provedení výkonu a správné uložení léčebných přípravků. Podání injekce je postup vpravení určitého léčivého roztoku do tkání, cévního řečiště nebo dutiny. Sestra podává injekční léky intradermálně, subcutánně, intramuskulárně nebo intravenózně. Aplikace léků injekční formou patří k běžným ošetrovatelským činnostem. Sestra si před zahájením samotné aplikace musí připravit pomůcky, které použije při samotné aplikaci. K aplikaci pro všechny způsoby si připraví sestra na táč: čtverečky, dezinfekci, emitní misku, kontejner, jehlu, stříkačku, náplast. Při aplikaci venózní injekce si připraví ještě Esmarchovo škrtidlo. U každé aplikace injekce, kterou sestra provádí, si musí být jistá,

že postupuje tak, jak má. Sestra musí jednat na základě profesionálního úsudku a podle svých zkušeností a dovedností. Sestra musí znát lék, který aplikuje. Musí znát jeho léčebné účinky a také jeho možné vedlejší účinky. Sestra je také plně seznámena se zdravotním stavem svého pacienta a je schopna posoudit vhodnost aplikace léčivé látky v dané situaci. Sestra by se měla řídit pěti zásadami při podávání léků. Jedna z nich je ta, že sestra podá látku správnému pacientovi. Musí zkontrolovat identifikační náramek, jméno, datum narození a pacienta se optat na jeho jméno. Pokud žije pacient v zařízení dlouhodobě, je lepší identifikace podle fotografie. V domácí péči se sestra musí zeptat na celé jméno a ověřit ho s lékařskou ordinací. Další zásadou je podání správného léku, kdy sestra musí zkontrolovat ordinaci lékaře a název na krabičce léků. Měla by zkontrolovat generický název léku a firemní označení. Během přípravy kontroluje lék 3x, a to když bere lék z lékárny, poté když lék natahuje do stříkačky, zda je název na krabičce nebo ampulce, z které lék bere shodný s lékem v ordinaci lékaře a v neposlední řadě při vracení léku do lékárny. Sestra si také musí správně spočítat dávku, kterou má pacient dostat. Dbá na správnou dobu podání, aby nedošlo ke znehodnocení léku. Vždy dbá na správné místo podání. U intradermální injekce je oblast vnějšího a vnitřního předloktí, horní část hrudníku a záda v oblasti lopatek pod úhlem 15°. U subkutánní injekce je to venkovní strana ramen, stehy, oblast břicha, lopatek v horní části zad a horní ventrogluteální a doroglutální oblast pod úhlem 30-45°. K subkutánnímu podání inzulínu lze také použít inzulínové pero, které by mělo usnadnit práci. Inzulín je zde plněn do speciálních bombiček a není ho nutné natahovat před každou aplikací. Aplikáční jehlu také není nutné měnit po každé aplikaci. U tohoto způsobu podání není také nutné místo vpichu dezinfikovat. Před každou aplikací by se mělo plynulým pohybem promíchat. Místo pro aplikaci intramuskulární injekce je nejčastěji v oblasti středního sedacího svalu a velkého sedacího svalu. V některých případech se aplikuje lék do vnější strany stehenního pod úhlem 90°. Aplikace venózní cestou probíhá nejčastěji přes vena maticapeae, vena cephalice, vena basilica, vena cubiti pod úhlem 30-45°. Některé léky nemusí mít správný účinek, pokud se nepodávají v pravidelných intervalech. Sestra dbá také na správný způsob podání, aby lék byl podán správnou cestou. Aby se sestra vyvarovala chyb, které mohou vést k poškození pacienta je

důležité dodržovat určitý postup. Vždy je důležité používat dokumentaci, lék se nesmí podávat pouze na základě toho, že si to sestra pamatuje. Vždy si musí ověřit totožnost nemocného, i když pacienta zná. Sestra musí podávat pouze léky, které si připravila sama. Již použité léky nesmí vracet do originálního balení. Důležité je se vyvarovat nechání otevřené lékárny, pokud u ní není nikdo přítomen (Křišková, 2006; Mikšová et al., 2006; Špitálníková, 2010; Workman et al., 2006).

1.3.7 Odběry kapilární a venózní krve

Odběr kapilární krve se nejčastěji používá k vyhodnocení hladiny glykémie v krve. Odebraná krev je posílána do biochemické laboratoře na vyhodnocení hladiny cukru v krvi nebo je hladina cukru v krvi vyhodnoceno pomocí přístroje, který bývá na oddělení nebo ho má senior u sebe. Před zahájením výkonu si sestra musí připravit pomůcky, které bude potřebovat k odběru kapilární krve. Při odběru, kdy se materiál bude posílat do biochemické laboratoře, si sestra připraví mechanickou jehlu, heparizovanou plastovou zkumavku, odběrovou kapiláru, antiseptický desinfekční roztok, suché čtverečky, rukavice, emitní misku, kontejner, tác. V případě odběru, který bude vyhodnocen na místě, si sestra připraví detekční přístroj s indikačními papírky. Před začátkem odběru sestra popíše seniorovi výkon, který u něj bude provádět. Nevleče si ochranné rukavice. Poté vybere správné místo vpichu, a to břicho jednoho z prstů ruky laterálně od středové čáry břicha prstu nebo plochu ušního lalůčku. Před samotným vpichem dezinfikuje místo vpichu a nechá ho vysušit. Poté provede vpich a otočí ruku tak, aby dlaň směřovala k zemi. První kapku otře. Odebere požadované množství krve buď do heparizované zkumavky, nebo na detekční proužek. Po odebrání krve přiloží na místo vpichu pacientovi suchý čtvereček. Odběry venózní krve patří k nejčastějším výkonům, které sestra provádí. K odběru venózní krve se dnes nejčastěji používá uzavřený systém. Při odběru tímto způsobem si sestra před zahájením samotného odběru připraví na tác tyto pomůcky: rukavice, gumovou podložku nebo podložku z buničité vaty, sterilní tampóny, čtverce, dezinfekci, emitní misku, kontejner na jehly, škrtidlo, jehly, označené zkumavky na požadovaný odběr a adaptér na jehlu. Před zahájením odběru si sestra nejprve musí zjistit, jestli pacient s odběrem souhlasí.

Nesmí se zapomenout informovat o tom, zda nemá pacient problémy se srážlivostí krve nebo neměl v nedávné době úraz končetiny, ze které chce odběr provádět. Sestra posoudí a zvolí správné místo vpichu zrakem a palpačně ho posoudí. Vybírá si žíly, které se nacházejí pod povrchem a jsou snadno dostupné. Pokud je to možné, volí vzdálenější konec žíly, aby bylo pro případ opakované nutnosti vpichu použít vyšší místo žíly. Nejčastějšími místy vpichu jsou v. media cubiti, v. mediana cephalica, v. mediana basilica, v. mediana antebrachii. Na místě vpichu nesmí být žilní katétr, edém, zánět. Při odběru používá sestra zaškrcovadlo, které přiloží 5 cm nad místo, z kterého bude odebírat krev. Požádá pacienta, aby se rychlým zavřením a otevřením dlaně urychlila náplň žil. Odezinfikuje místo vpichu a po naplnění žil zavede jehlu do žíly pod úhlem 30-45°. Poté nasadí vakuovou zkumavku, do které začne vtékat krev, a odebere požadované množství krve. Sestra končí odběr tak, že nejprve vyjme zkumavku z adaptéru, přiloží na místo vpichu suchý sterilní tampon a potom vytáhne jehlu. Poté sestra pacientovi místo vpichu přelepí sterilním čtvercem. Nakonec sestra provede záznam do ošetrovatelské dokumentace. Při odběru je také důležité, aby sestra dbala na pohodlí pacienta, který by měl při provádění odběru ležet, případně sedět. Nikdy by však neměl stát. Končetinu, ze které se provádí odběr, by měl mít podepřenou v pozici nižší, než je jeho srdce. Sestra upozorní pacienta, že pokud mu nedělá dobře pohled na krev, aby odvrátil hlavu na druhou stranu. Při vlastním odběru se ptá na aktuální stav seniora a na jeho pocity (Holmanová et. al 2013; Křišková, 2006).

1.3.8 Zavedení permanentního močového katétru u žen

Permanentní močový katétr se zavádí nejčastěji z důvodu chronického úniku moči. K zavádění se používá dvoucestný Foleyův balónkový katétr. Příprava na výkon je důležitá jak po stránce psychické, tak i po stránce somatické. Pacientce můžeme poskytnout materiál a pohovořit si s pacientkou o výkonu. V somatické přípravě je důležité dbát na dodržení aseptického postupu. Sestra si musí před samotným výkonem připravit všechny potřebné pomůcky, jako je gumová podložka, emitní miska nebo podložní mísa, sterilní rukavice, sterilní tampóny, dezinfekční roztok, sterilní katétr podle velikosti, kterou sestra určí podle velikosti konce močové trubice pacientky,

lubrikační gel, mulové čtverce, injekční stříkačku s roztokem na upevnění katétru v močovém měchýři. Sestra nejprve celý výkon pacientce vysvětlí a zajistí intimitu. Poté pacientku uloží do gynekologické polohy. Pod pacientku vloží podložní mísu a mezi nohy si může ještě položit emitní misku. Rozbalí si připravenou cévku, na kterou napojí sběrný sáček. Vloží tampóny do dezinfekčního roztoku. Poté si navleče sterilní rukavice. Dále jednou rukou rozhrne velké a malé pysky a do druhé vezme tampony namočené v dezinfekci a odezinfikuje okolí a ústí močové trubice třemi tahy vedenými ze shora dolů, na každý tah použije jiný tampón. Poté si vezme cévku, požádá pacientku, aby se uvolnila a zavede ji asi do délky 5 cm dokud nezačne vytékat moč, dále vezmeme injekční stříkačku naplněnou roztokem, který vstříkne do druhé cesty katétru a tak cévku upevní v močovém měchýři. Při zavádění cévky můžeme také použít lubrikační gel, který se aplikuje na cévku pro snazší zavedení. Po zavedení sestra očistí genitálie a nezapomene provést záznam do ošetrovatelské dokumentace (Kříšková 2006; Vytejková 2013).

1.3.9 Ošetřování chronických ran

Za chronickou ránu lze považovat takovou ránu, která se nehojí déle než 6-8 týdnů. Ošetřování chronických ran je složitý proces, který má několik na sebe navazujících logických kroků, které je nutné důsledně afektivně plánovat a zajistit tak kontinuitu diagnosticky terapeutických postupů. Mezi chronické rány řadíme: bércové ulcerace venózní etiologie, bércové ulcerace arteriální etiologie, tlakové vředy- dekubity, diabetické defekty, exulcerací malignity, kožní vředy v terénu lymfedému a per secundam se hojící operační rány. Proces ošetřování chronických ran také vyžaduje spolupráci sestry v multidisciplinárním týmu. Péče o ránu zahrnuje mnoho na sebe navazujících postupů, které jsou zaměřeny na podporu hojivých procesů a zahrnují eliminaci negativních vlivů. Tyto vlivy by mohly vést ke zpomalení nebo úplnému zastavení hojení rány. Do péče o chronickou ránu můžeme zařadit i prevenci předcházení vzniku chronické rány, kam spadá aktivní identifikace determinant, jako je malnutrice, poruchy hybnosti, kognitivní funkce, systémová onemocnění, malignity. Dále sem spadá i prevence infekce. Při procesu hojení chronických ran musí sestra

nejprve identifikovat příčiny vzniku chronické rány, dále musí odhalit faktory, které prodlužují nebo brání hojení. Sestra musí dále posoudit spodinu rány a okolní tkáň, aby vytvořila prostředí pro správné hojení rány. Využívá při tom svých znalostí a dovedností o procesu hojení a jejich projevech. Uplatňuje komplexní léčebné strategie a nezapomíná využívat podpůrné intervence k primární i sekundární prevenci poškození a podpoře reparačních prostředků. Cílem použití těchto postupů je především eliminace všech příčin jak lokálních, tak systémových, dosažení časového a ekonomicky efektivního zhojení chronické rány a u neefektivní zahojených ran ovlivňovat kvalitu života seniora a zajistit mu maximálně možnou úroveň sebepéče (Pejznochová, 2009; Pokorná, 2012).

1.3.10 Měření krevního tlaku

Arteriální krevní tlak je tlak krve, který je vyvolán krví, která pulzuje v cévách. Rozeznáváme dva typy tlaků, a to tlak systolický, který je vyvolán stažením komor, a tlak diastolický, který je dán klidovým stavem komor, je tedy stále přítomný v cévách. Normální průměrný arteriální tlak v cévách je 120/80 mmHg. Arteriální krevní tlak se může lišit u každého seniora a je také ovlivněn různými faktory, které by sestra měla znát. Jsou to především věk, fyzická činnost, stres, pohlaví, léky nebo chorobné procesy. Měření arteriálního krevního tlaku neinvazivní metodou provádí sestra pomocí fonendoskopu a tonometrem. Tonometry používané k měření krevního tlaku neinvazivní metodou mohou být rtuťové nebo aneroidní, které jsou ve tvaru hodinek. Tonometr se dále skládá z nafukovacího systému, kam řadíme manžetu, ventil a hadičky. Sestra měří krevní tlak nejčastěji na horních končetinách, kde je využívána pažní tepna. Pokud není možné z nějakého důvodu měřit tlak na horní končetině, je možné měřit tlak na dolní končetině. Měření by mělo být prováděno po 10 minutovém uklidnění pacienta v klidném prostředí, a to na obou končetinách. Někdy je také vhodné měřit tlak vícekrát a stanovit průměr z provedených měření. Sestra by před začátkem měření měla seniora seznámit s prováděným výkonem. Poté uloží seniora do vhodné polohy. Senior se posadí nebo položí a jeho horní končetina je dlaní nahoru. Poté ho sestra vyzve, aby si obnažil paži. Tonometr položí na rovnou plochu a dbá na to, aby

měla rtuťový sloupec ve výšce očí. Před začátkem samotného měření zkontroluje manžetu, která musí být prázdná. Následně ovine prázdnou manžetu kolem paže, kdy střed gumového vaku s hadičkou bude uložen ve střední části paže asi 3-4 centimetry nad loketní jamkou. Nasadí si fonendoskop, který přiloží na tepnu v loketní jamce seniora. Pomocí balónku nafoukne manžetu na určitou hodnotu a poté pomalu balónek upouští a zároveň měří hodnotu arteriálního krevního tlaku. Pokud v průběhu měření sestra neslyšela hodnoty tlaku, vypustí manžetu a měření zopakuje. Naměřené hodnoty krevního tlaku zaznamená do dokumentace. Další možností měření krevního tlaku je měření pomocí automatické přístroje, který je založen na auskultačním nebo oscilometrickém principu. Tento princip je založen na detekci oscilace okludované arterie, kdy začátek odpovídá systolickému tlaku a diastolický tlak je vypočítán jako odvozená veličina, která nemusí být úplně přesná. Každá sestra si musí uvědomit důležitost přesného měření krevního tlaku, který je významným ukazatelem u každého seniora (Křišková 2006, Sovová et al., 2004).

1.3.11 Ošetřování kolonostomie

Slovo stomie pochází z řečtiny a v přeneseném významu znamená otvor, vývod, vyústění něčeho někam. Kolostomie je tedy vyústění tlustého střeva na břišní stěně, kdy podle lokalizace můžeme rozlišit sigmoideostomii, transversostomii a cékosttomii, které jsou indikovány při nádorových onemocněních tlustého střeva, vrozených vadách tračnicku nebo při komplikacích divertikulózy. Kolonostomie může být z časového hlediska dočasná anebo trvalá. Stomické pomůcky můžeme rozdělit z hlediska použití na jednodílný systém, který se skládá z ochranné lepivé gumové destičky, která je pevně spojena se sáčkem a dvoudílný systém skládající se z želatinové lepící destičky, na které je zpevňovací kroužek na který se nasazují sáčky. K dalším pomůckám patří adhezivní a ochranná pasta, odstraňovač náplastí, zásyp na mokvavá místa, stomické sáčky, zátka, pohlcovač pachu, těsnící vkládací kroužky, fixační páska, ochranný film. Při ošetřování kolonostomie sestra zajistí vhodnou polohu seniora a připraví si všechny pomůcky. Připraví si podložku na kolonostomie, kdy její průměr bude o 1 centimetr větší, než je průměr stomie. Poté kolonostomie očistí a zvrásněné okolí stomie vyplní adhezivní

pastou, kterou nechá zaschnout. Dále odstraní papírovou folii z předem připravené a vystřižené podložky a nalepí na okolí stomie a pečlivě přimáčkne. U dvoudílného systému dává pozor, aby vnitřní strany nebyly slepeny a v sáčku bylo trochu vzduchu. Poté přiloží sáček přírubovými kroužky k sobě a postupně přitlačuje od dolního okraje k sobě. U jednodílného systému vystřihne požadovanou velikost podle zadní strany podložky a připevní sáček se stomií a přitlačí po celém obvodu a zkontroluje zatáhnutím směrem od těla. Poté sestra provede záznam do ošetrovatelské dokumentace (Lukáš et al., 2005; Mikšová, 2006).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat činnost sester v ošetrovatelské péči o seniory ve vybraných zdravotnických zařízeních, agenturách domácí péče a domovech pro seniory.

2.2 Výzkumná otázka

1. Liší se činnosti sester v ošetrovatelské péči o seniory v závislosti na typu zařízení?

2.3 Hypotézy

H 1: Všechny činnosti zaberou v průměru stejné množství času.

H 2: Zápis do ošetrovatelské dokumentace zabere v průměru stejné množství času jako ošetrování chronických ran

3 METODIKA

3.1 Použité metody

K naplnění cílů v diplomové práci bylo využito kvalitativně- kvantitativního postupu s využitím pozorovacích technik. V kvalitativní fázi jsme realizovali pozorovací technikou výčet nejčastěji se vyskytujících výkonů. Šlo o výkony, které se na jednotlivých pracovištích vyskytovaly nejčastěji. Pozorované výkony byly zaznamenány do záznamového archu (Příloha 2), v němž byly připraveny pozorovací kategorie. Během fáze pozorování byly chybějící výkony doplněny do záznamového archu. Jednalo se tedy o polostrukturované pozorování. Kvantitativní část byla zaměřena na pozorování frekventovanosti a časové náročnosti ošetrovatelských činností (zápis do ošetrovatelské dokumentace, aplikace intramuskulární injekce, aplikace subkutánní injekce, aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera, odběr kapilární krve, odběr venózní krve, zavedení planetního močového katétru u žen, měření krevního tlaku, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru a ošetřování kolonostomie), do předem připravených pozorovacích archů (Příloha 3) a (Příloha 4). Výzkumné šetření probíhalo v Agentuře domácí péče v Českých Budějovicích od 1.5 do 5.7 2013, v Domově pro seniory v Českých Budějovicích od 8.7 do 12.7 2013 a v Nemocnici České Budějovice a.s. na oddělení následné péče od 22.7 do 26.7 2013. Záznamový arch s činnostmi, u kterých byly prováděny časové náměry, byl sestaven na základě předvýzkumu, kdy bylo po navštívení všech třech zařízení orientačně zjišťováno, které činnosti se vyskytují ve všech zařízeních. K časovým náměrům byly použity digitální stopky. Časové náměry jsou uváděny v jednotkách času zaokrouhlené na celé minuty. Každá ošetrovatelská činnost byla měřena od přípravy přes provedení až do úklidu pomůcek. Pozorování probíhala vždy 8 hodin každý den 5 dní v týdnu v každém zařízení. Celkově 160 hodin po dobu 3 týdnů. Pozorování probíhalo za běžného provozu daného zařízení, během denní směny kdy každý den byla pozorována jedna sestra u patnácti seniorů v každém zařízení. Frekvence činností sester byly zpracovány a vyhodnoceny. Naměřené hodnoty byly statisticky zpracovány za pomoci testu Anova a T-testu dále byly sečteny, zprůměrovány a byly vypočteny směrodatné odchylky.

U testů Anova a T- testu byla zvolená hladina významnosti 5%.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 5 sester pracujících v nemocnici České Budějovice, 5 sester pracujících v domově pro seniory v Českých Budějovicích a 5 sester pracujících v Agentuře domácí péče v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor dále tvořilo 15 seniorů v nemocnici na oddělení následné péče České Budějovice, 15 seniorů z Domova pro seniory v Českých Budějovicích a 15 seniorů z Agentury domácí péče v Českých Budějovicích. Jednalo se o záměrný výzkumný vzorek respondentů a jejich pracovišť.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní výzkumné šetření

Ošetrovatelské činnosti v Agentuře domácí péče

Ošetrovatelské dokumentace

V agentuře domácí péče píší sestry dokumentaci nejčastěji před v ranních hodinách výjezdem za seniory. V průběhu dne sestry do dokumentace nezapisují.

Intramuskulární injekce

Na aplikaci intramuskulární injekce si sestry ráno před odjezdem připraví všechny potřebné pomůcky, a to požadovaný lék, injekční jehly, stříkačku, dezinfekci, čtverečky, náplast, kontejner už v sídle agentury domácí péče. Samotná příprava intramuskulární injekce probíhá přímo u seniora doma. Sestry si natáhnou požadovaný lék do injekční stříkačky za pomoci jehly, poté jehlu vyhodí do kontejneru a nasadí jehlu na aplikaci, dále si vyhledají místo vpichu, odezinfikují místo vpichu a provedou aplikaci pod úhlem 90°, při vyndávání jehly sestry přiloží, odezinfikovaný čtvereček na místo vpichu. Před vpravením léčebné látky sestry nikdy nezapomněly aspirovat. Častými chybami, které sestry dělají je špatný výběr místa vpichu při aplikaci do velkého nebo středního hýžd'ového svalu. Do připraveného kontejneru odhazují injekční jehly ostatní materiál odhazují do koše.

Subkutánní injekce

Pomůcky potřebné k aplikaci subkutánní injekci si sestry také připravují v sídle agentury domácí péče. Připravují si injekční jehly, stříkačku nebo inzulínovou stříkačku. Dále si připraví čtverečky, dezinfekci a kontejner. Samotná příprava probíhá také až u seniora doma kdy si sestry natáhnou požadovaný lék do injekční stříkačky jednou jehlou, kterou poté vyhodí a na aplikaci použije jinou. Nebo si lék natáhnou do inzulínové stříkačky. Poté si vyhledají správné místo vpichu, odezinfikují, udělají si kožní řasu, kterou následně pustí a provedou aplikaci pod úhlem 45°, při vyndávání

jehly přikládají na místo vpichu odezinfikovaný čtvereček. Použitou jehlu vyhazují do kontejneru a ostatní věci do koše.

Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera

Tuto činnost sestry vykonávají většinou u klientů, ke kterým jezdí provádět ještě jinou ošetrovatelskou činnost. Senioři mají pomůcky k aplikaci u sebe. Je to inzulínové pero, dezinfekce a čtverečky. Sestry si tedy žádné pomůcky ze sídla agentury domácí péče neberou. Sestra si nejprve nastaví potřebný počet jednotek k aplikaci na inzulínovém peru, poté vyhledá správné místo aplikace, odezinfikuje a provede aplikaci. Po aplikaci odhazuje sestra použitý materiál do odpadkového koše.

Odběr kapilární krve

Pomůcky na odběr kapilární krve mají sestry připravené již v tašce, se kterou chodí za seniory. V tašce mají lansetu, kapiláru, ependorfku, dezinfekci a čtverečky. Odběr je prováděn nejčastěji na zjištění hladiny glykemie v krvi. Tento odběr se ale již moc nevyužívá, spíše se využívá odběr pomocí glukometru. Sestry si připraví pomůcky u seniora doma. Poté vyhledají místo vpichu, odezinfikují a provedou vpich, odeberou krev pomocí kapiláry do připravené ependorfky. Poté dají seniorovi na místo vpichu odezinfikovaný čtvereček. Častou chybou, která se vyskytovala, bylo to, že sestry nestřídají místa vpichu. Pomůcky odhazují sestry do odpadkového koše.

Odběr venózní krve

Odběry venózní krve sestry provádí u seniorů, kteří nemohou nebo nejsou schopni si dojít na odběr ke svému praktickému lékaři. Pomůcky na odběr mají sestry u sebe v tašce, ráno si ze sídla agentury domácí péče vezmou pouze požadovanou zkumavku. Sestry používají k odběru vakuový systém odběru. Mají u sebe tedy injekční jehlu, nástavec na jehlu, turniket, dezinfekci, čtverečky, náplast, kontejner. Před odběrem si sestry připraví jehlu na nástavec, vyhledají vhodné místo vpichu, přiloží turniket, nechají seniora zacvičit rukou, odezinfikují a provedou odběr. Po vyndání jehly přikládají seniorovi na místo vpichu odezinfikovaný čtvereček a přelepí náplastí. Po

dokončení odběru sestry odebranou krev vždy odvezou do laboratoře na analýzu. Likvidace použitého materiálu probíhá do kontejneru, kam odhazují injekční jehlu a do odpadkového koše, kam odhazují ostatní materiál.

Zavedení PMK u žen

Na tuto činnost mají sestry připravený balíček, ve kterém jsou všechny pomůcky již připravené. Do balíčku vloží pouze velikostně odpovídající cévku. V balíčku je vždy dezinfekce, tampóny, podložka, injekční stříkačka, fyziologický roztok, sběrný sáček, mesocain, sterilní rukavice, pinzeta. Samotný výkon probíhá tak, že si sestry dají nejdříve pod seniora podložku. Dále nalijí na tampóny dezinfekci, napojí sběrný sáček na cévku, navléknou si sterilní rukavice, odezinfikují lábí, aplikují na cévku mesocain, zavedou cévku a poté cévku zafixují požadovaným množstvím fyziologického roztoku. Úklid pomůcek probíhá do koše.

Ošetřování chronických ran

Na ošetřování chronických ran mají senioři vždy pomůcky v domácím prostředí podle specifčnosti jejich rány. Sestry si tedy ze sídla agentury domácí péče na tuto činnost neberou žádné pomůcky. V domácím prostředí probíhá ošetřování chronických ran, které většinou podléhají přísnému aseptickému přístupu, velmi těžko. Doma se pohybují různí domácí mazlíčci a v některých domácnostech nejsou hygienické podmínky úplně ideální na provádění této ošetrovatelské činnosti. Sestry z agentury domácí péče se ve všech případech snažily o maximální aseptický přístup a eliminaci rizikových faktorů, které by mohli vést k nesprávnému hojení chronických ran. Použité pomůcky jsou většinou vyhazovány do odpadkového koše.

Měření krevního tlaku

Na měření krevního tlaku mají sestry k dispozici svůj digitální i rtuťový tonometr. Sestry ale většinou používaly tonometry, které mají senioři doma. Samotné měření vždy probíhalo v poloze vleže nebo vsedě. Tonometr si postavily na rovnou plochu do úrovně svých očí. Poté sestry umístily seniorovi manžetu na paži, přiložily fonendoskop a

provedly samotné měření. Po každém měření sestra provedla dezinfekci fonendoskopu dezinfekčním roztokem.

Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru

Na tuto ošetrovatelskou činnost má senior většinou všechny pomůcky připravené již doma. Senior má u sebe glukometr, lansety, desinfekci a čtverečky. Sestry mají u sebe i svůj glukometr, ale ve většině případů je používán glukometr, který má senior u sebe. Samotné měření probíhá tak, že sestry si nejdříve zapnou glukometr vložením identifikačního proužku, poté vyberou správné místo vpichu, odezinfikují a odeberou krev na identifikační proužek, poté na místo vpichu přiloží odezinfikovaný čtvereček. Chybou, která se vyskytovala, bylo nestřídání místa vpichu. Úklid pomůcek probíhal do odpadkového koše.

Ošetrování kolostomie

Na ošetrování kolostomie má senior všechny potřebné pomůcky u sebe doma a sestry nemají u sebe na tuto činnost sebou žádné své pomůcky. Senior u sebe má dvoudílný systém, který se skládá z želatinové lepicí destičky, zpevňovacího kroužku, adhezivní a ochrannou pastu, odstraňovač náplastí, zásyp na mokvavá místa, stomické sáčky, zátku, pohlcovač pachy, těsnicí vkládací kroužky, fixační páska, ochranný film. Při samotném ošetrování si sestry zajistí vhodnou polohu, poté si připraví podložku pod kolostomii. Okolí kolostomie si očistí a použijí adhezivní pastu. Poté nalepí folii na okolí stomie a na folii dají sběrný sáček. Použité pomůcky jsou vyhazovány nejčastěji do odpadkového koše.

Domov pro seniory

Ošetrovatelská dokumentace

V domově pro seniory je dokumentace vedena sestrami od jejího nástupu do práce, průběžně celý den, zápis do dokumentace probíhá po každém provedení ošetrovatelské činnosti.

Aplikace intramuskulární injekce

Příprava pomůcek před aplikací intramuskulární injekce probíhá vždy na sesterně, kdy si sestry připraví stříkačku, injekční jehlu, kterou natáhnou lék do připravené stříkačky a jehlu odhodí do kontejneru. Poté si připraví ták, na který si dají připravený lék ve stříkačce, čtverečky, dezinfekci, emitní misku a náplast. Aplikaci provádí sestra vždy na pokoji seniora. Sestry vždy oznámí seniorovi, jaký výkon budou provádět. Poté vyhledají místo vpichu, odezinfikují, provedou vpich pod úhlem 90°, aspirují a aplikují. Po vytažení jehly přelepí seniorovi místo vpichu náplastí. Častou chybou je zde špatné vyhledání místa vpichu před aplikací injekce do velkého nebo středního hýžd'ového svalu. Sestra s sebou nosí vždy emitní misku, kam odhazují použitý materiál. Injekční jehlu poté vyhazuje na sesterně do kontejneru.

Aplikace subkutánní injekce

Příprava, samotná aplikace a úklid pomůcek se neliší od intramuskulární injekce. Sestry zvolili vždy správné místo vpichu pod úhlem 45° do kožní řasy, kterou udělaly před vpichem a při aplikaci jí pustily. Často se objevovala chyba, kdy sestry před aplikací zapomněly aspirovat.

Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera

V domově pro seniory mají většinou inzulínová pera na sesterně a sestry jim chodí inzulín aplikovat, pokud to nedokážou sami. Sestry si na sesterně připraví na ták dezinfekci, a čtverečky, inzulínová pera a jdou za seniorem aplikovat inzulín na pokoj, před aplikací si vyhledají správné místo vpichu, odezinfikují místo vpichu a provedou aplikaci. Úklid pomůcek probíhá do koše.

Odběr kapilární krve

Na odběr kapilární krve si sestry připravují pomůcky na sesterně. Sestry si vždy připraví lansetu, pipetu, ependorfku, dezinfekci, a čtverečky, tyto pomůcky si na tácku vezmou k seniorovi na pokoj. Sestra vždy vysvětlí seniorovi, co u něj bude provádět za činnost, vyhledá správné místo vpichu, odezinfikuje místo vpichu, provede vpich a odebere krev přes kapiláru do ependorfky, poté na místo vpichu přiloží odezinfikovaný čtvereček. Úklid pomůcek probíhá do koše a lansetu odhazuje do kontejneru na sesterně.

Odběr venózní krve

Tuto ošetrovatelskou činnost provádí sestry v domově pro seniory v ranních hodinách pomocí vakuového způsobu, kdy si připraví na velký tác jehly, nástavce na jehly, emitní misku, kontejner, dezinfekci, čtverečky, náplast, turniket, rukavice a zkumavky. Poté jdou za seniorem na pokoj. Nejprve vysvětlí, jakou činnost budou u seniora dělat, poté vyhledají místo vpichu, nasadí seniorovi turniket, nechají seniora, aby si zacvičil rukou, nasadí si rukavice, vyhledá vhodnou žílu, provede dezinfekci místa vpichu, a provedou samotný odběr. Po odběru dají seniorovi na místo vpichu odezinfikovaný čtvereček a přelepí náplastí. Úklid pomůcek probíhá do emitní misky a kontejneru.

Zavedení PMK u žen

Na zavedení permanentního močového katétru je již na sesterně připravený tác, který se doplňuje po každém cévkování. Sestry si tác vezmou a jdou s ním na pokoj k seniorovi. Na tácku se nachází dezinfekce, tampony, fyziologický roztok, stříkačka emitní miska, mesocain, sterilní rukavice, pinzeta, sběrný sáček a cévky různých velikostí. Sestry si uloží seniora do polohy vleže, umístí pod něj podložku. K ruce si dají emitní misku, odezinfikují si tampony. Připraví si cévku, na kterou dají sběrný sáček, vezmou si sterilní rukavice, odezinfikují labie, na cévku dají mesocain a zavedou. Poté zafixují cévku potřebným množstvím fyziologického roztoku. Úklid pomůcek probíhá do emitní misky a odpadkového koše.

Ošetřování chronických ran

Při ošetřování chronických ran sestry berou převazový vozík, na kterém jsou všechny pomůcky potřebné k ošetřování chronických ran. Samotný postup probíhá dle typu a stavu chronické rány. Úklid pomůcek probíhá do pytle, který je umístěn na vozíku. Po každém převazu sestry vozík doplňují.

Měření krevního tlaku

Měření krevního tlaku provádí sestry jak na pokojích seniorů, tak ve společných prostorách domova pro seniory digitálním, nebo rtuťovým tonometrem, který je umístěn na sesterně. Sestry měří tlak v poloze vleže nebo vsedě. Tonometr si nepokládají vždy na rovnou plochu a do úrovně očí. Manžetu dávají nad loketní jamku, do které pak přikládají fonendoskop a provádí samotné měření. Po každém měření dezinfikují fonendoskop.

Měření glykemie pomocí glukometru

Tato ošetřovatelská činnost probíhá nejčastěji na pokoji seniorů. Sestry si připraví potřebné pomůcky jako je glukometr, lanteta, dezinfekce, čtverečky na sesterně a jdou na pokoj k seniorovi. Sestry vysvětlí seniorovi, co jdou provádět za činnost, poté vyberou vhodné místo vpichu, odezinfikují místo vpichu a provedou samotný vpich. Poté první kapku krve setřou a do glukometru dávají až druhou kapku krve. Poté přiloží na místo vpichu odezinfikovaný čtvereček. Úklid pomůcek probíhá do koše a do kontejneru na sesterně.

Ošetřování kolostomie

Na ošetřování kolostomie mají sestry již připravený táč se všemi potřebnými pomůckami. Nachází se něm želatinové lepící destičky, zpevňovací kroužek, adhezivní a ochranná pasta, odstraňovač náplastí, zásyp na mokvavá místa, stomické sáčky, zátka, pohlcovač pachu, těsnící vkládací kroužky, fixační páska, ochranný film. Před ošetřování si sestry zajistí vhodnou polohu seniora, poté si připraví podložku pod kolostomii. Okolí kolostomie si očistí a použijí adhezivní pastu. Poté nalepí folii na

okolí stomie a na folii dají sběrný sáček. Použité pomůcky jsou vyhazovány nejčastěji do odpadkového koše a emitní misky.

Nemocnice oddělení následné péče

Zápis do ošetrovatelské dokumentace

Zápis do ošetrovatelské dokumentace provádí sestry v nemocnici průběžně celý den po provedení ošetrovatelské činnosti a také pracují s ošetrovatelskými diagnózami, kdy provádějí zápis po provedení ranních prací a odpoledních prací.

Aplikace intramuskulární injekce

Sestry v nemocnici si připravují pomůcky potřebné pro aplikaci intramuskulární injekce na sesterně, kdy požadovaný lék natáhnou do injekční stříkačky a dají ji na táč. Kam si dále připraví injekční jehlu, emisní misku, dezinfekci a čtverečky. Aplikaci provádí na pokoji seniora. Sestry ve většině případů vysvětlí co budou u seniora dělat. Poté sestry vyhledají místo aplikace, odezinfikují si místo vpichu a provedou samotnou aplikaci, před kterou aspirují. Po vytažení jehly pokládají na místě vpichu čtvereček s dezinfekcí. Úklid pomůcek probíhá do emitní misky a použitou jehlu vyhazuje do kontejneru na sesterně.

Aplikace subkutánní injekce

Sestry si pomůcky připravují také na sesterně na táč, kdy pomůcky a postup natažení léku do injekční stříkačky jsou stejné jako u intramuskulární injekce. Aplikace probíhá na pokoji k seniora, kdy po vyhledání místa vpich odezinfikují místo vpichu a aplikují. Objevuje se zde chyba, kdy sestry neaspirovaly při aplikaci inzulínu. Úklid probíhá do připravené emitní misky a kontejneru na sesterně.

Aplikace pomocí inzulínového pera

Senioři mají uložené inzulínové pero na sesterně. Sestry si připraví ostatní pomůcky jako je dezinfekce, čtverečky a emitní miska na táč a jdou za seniorem na pokoj, vyhledají si správné místo vpichu, odezinfikují místo vpichu a aplikují. Úklid pomůcek probíhá do emitní misky.

Odběr kapilární krve

Sestry si na odběr kapilární krve připravují pomůcky také na sesterně. Připraví si na tác lansetu, ependorfku, dezinfekci, čtverečky a emitní misku. Sestry při odběru nepoužívají kapiláru a odebírají krev přímo do ependorfky. Odběr probíhá na pokoji seniora, kde si sestry vyhledají správné místo vpichu, odezinfikují místo vpichu provedou vpich a odeberou krev, poté na místo vpichu položí odezinfikovaný čtvereček. Sestry nestřídají místo vpichu. Úklid probíhá do emitní misky a do kontejneru na sesterně.

Odběr venózní krve

Odběr venózní krve probíhá vakuovým způsobem. Sestry si pomůcky připravují na sesterně, kde si na tác dají jehlu, zkumavku, nástavec na jehlu, dezinfekci, čtverečky, turniket a emitní misku. Samotný odběr potom probíhá na pokoji seniora. Sestry nejprve vyhledají místo vpichu, poté přiloží na paži seniora turniket, nechají ho zacvičit, potom odezinfikují místo vpichu a provedou samotný odběr. Po ukončení vloží na místo odezinfikovaný čtvereček a nechají, aby si ho senior přidržel. Úklid probíhá do emitní misky a do kontejneru na sesterně.

Zavedení PMK u žen

Pomůcky jsou již připraveny na tácu na sesterně. Po každém cévkování seniora se doplňují. Na tácu se nachází dezinfekce, tampony, mesocain, cévky, fyziologický roztok, injekční stříkačky, sterilní rukavice, pinzeta, emitní miska a sběrný sáček. Zavedení cévky probíhá na pokoji, kdy si sestry uloží seniora do polohy vleže, podloží ho podložkou, odezinfikují si čtverečky, připraví si cévku, napojí sběrný sáček na cévku, navlečou si sterilní rukavice, odezinfikují labie, potřou cévku mesocainem a zavedou. Poté cévku fixují požadovaným množstvím fyziologického roztoku. Úklid probíhá do emitní misky a odpadkového koše.

Ošetřování chronických ran

K ošetřování chronických ran si sestra bere převazový vozík, který je uložen v převazové místnosti a je na něm vše potřebné k provedení konkrétního převazu. Převazový vozík je doplňován vždy po dokončení všech převazů. Na oddělení úklid probíhá do emitní misky a do košů.

Měření krevního tlaku

Měření krevního tlaku probíhá za pomoci rtuťového nebo digitálního tonometru, který si sestry vezmou na sesterně. Měření probíhá na pokoji seniora nebo v prostorách oddělení. Sestry si vždy tonometr položí na rovnou plochu a do úrovně očí, manžetu dávají nad loketní jamku a do ní přikládají fonendoskop a provedou samotné měření. Po dokončení měření vrací tonometr a fonendoskop na své místo na sesterně.

Měření glykemie pomocí glukometru

Měření probíhá pomocí glukometru, který si sestry s ostatními pomůckami jako je emitní miska, dezinfekce, a čtverečky připraví na sesterně a jdou za seniorem na pokoj. Po správném výběru místa vpichu si odezinfikují místo vpichu a odeberou kapku krve. Úklid probíhá do emitní misky a do kontejneru na sesterně.

Ošetřování kolostomie

Pomůcky na ošetřování kolostomie si sestry připraví na sesterně a na vyšetřovací místnosti. Připraví si želatinové lepící destičky, zpevňovací kroužek, adhezivní a ochrannou pastu, odstraňovač náplastí, zásyp na mokvavá místa, stomické sáčky, zátka, pohlcovač pachu, těsnicí vkládací kroužky, fixační páska, ochranný film. Při ošetřování si sestra zajistí vhodnou polohu, poté si připraví podložku pod kolostomii. Okolí kolostomie si očistí a použije adhezivní pastu. Poté nalepí folii na okolí stomie a na folii dají sběrný sáček. Použité pomůcky jsou vyhazovány nejčastěji do odpadkového koše a emitní misky.

4.2 Kvantitativní výzkumné šetření

Tabulka 1 Frekvence činností sestry v Agentuře domácí péče

Frekvence 1.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	10
Aplikace i.m. injekce	1
Aplikace s.c. injekce	2
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	4
Odběr kapilární krve	1
Odběr venózní krve	1
Zavedení PMK u žen	1
Ošetřování chronických ran	2
Měření TK	2
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	4
Ošetřování kolonostomie	1
Rehabilitační ošetrovatelství	2
Celkem	30
Celkový průměr	4

Tabulka 1 znázorňuje frekvenci činností sestry v Agentuře domácí péče z prvního dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 10x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 1x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 2x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 4x/8 hodin, odběr kapilární krve 1x/8 hodin, odběr venózní krve 1x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 1x/8 hodin, ošetření chronických ran 2x/8 hodin, měření krevního tlaku 2x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 4x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 1x/8 a hodin rehabilitační ošetrovatelství 2x/8 hodin. Celkem provedla 30 činností/8 hodin, průměrně 4 činnosti/hodinu.

Tabulka 2 Frekvence činností sestry v Agentuře domácí péče

Frekvence 2.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	11
Aplikace i.m. injekce	1
Aplikace s.c. injekce	1
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	5
Odběr kapilární krve	0
Odběr venózní krve	5
Zavedení PMK u žen	2
Ošetřování chronických ran	3
Měření TK	4
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	2
Ošetřování kolonostomie	1
Rehabilitační ošetrovatelství	3
Odběr sterilní moče	1
Celkem	38
Celkový průměr	5

Tabulka 2 znázorňuje frekvenci činností sestry v Agentuře domácí péče z druhého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 11x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 1x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 1x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 5x/8 hodin, odběr kapilární krve 0x/8 hodin, odběr venózní krve 5x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 2x/8 hodin, ošetření chronických ran 3x/8 hodin, měření krevního tlaku 4x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 2x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 1x/8 hodin rehabilitační ošetrovatelství 3x/8 hodin a odběr sterilní moče 1x/8 hodin. Celkem provedla 38 činností/8 hodin, průměrně 5 činností/hodinu.

Tabulka 3 Frekvence činností sestry v Agentuře domácí péče

Frekvence 3.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	9
Aplikace i.m. injekce	0
Aplikace s.c. injekce	1
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	3
Odběr kapilární krve	0
Odběr venózní krve	0
Zavedení PMK u žen	0
Ošetřování chronických ran	2
Měření TK	6
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	5
Ošetřování kolonostomie	2
Rehabilitační ošetrovatelství	3
Inhalace	1
Celkem	32
Celkový průměr	4

Tabulka 3 znázorňuje frekvenci činností sestry v Agentuře domácí péče ze třetího dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 9x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 0x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 1x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 3x/8 hodin, odběr kapilární krve 0x/8 hodin, odběr venózní krve 0x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 0x/8 hodin, ošetření chronických ran 2x/8 hodin, měření krevního tlaku 6x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 5x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 2x/8 hodin rehabilitační ošetrovatelství 3x/8 hodin a inhalaci 1x/8 hodin. Celkem provedla 32 činností/8 hodin, průměrně 4 činnosti za hodinu.

Tabulka 4 Frekvence činností sestry v Agentuře domácí péče

Frekvence 4.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	11
Aplikace i.m. injekce	2
Aplikace s.c. injekce	0
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	4
Odběr kapilární krve	2
Odběr venózní krve	2
Zavedení PMK u žen	0
Ošetřování chronických ran	2
Měření TK	2
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	3
Ošetřování kolonostomie	1
Rehabilitační ošetrovatelství	1
Ošetřování tracheostomie	1
Celkem	31
Celkový průměr	4

Tabulka 4 znázorňuje frekvenci činností sestry v Agentuře domácí péče ze čtvrtého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 11x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 2x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 0x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 4x/8 hodin, odběr kapilární krve 2x/8 hodin, odběr venózní krve 2x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 0x/8 hodin, ošetření chronických ran 2x/8 hodin, měření krevního tlaku 2x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 3x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 1x/8 hodin rehabilitační ošetrovatelství 1x/8 hodin a ošetřování tracheostomie 1x/8 hodin. Celkem provedla 31/8 hodin, průměrně 4 činnosti/hodinu.

Tabulka 5 Frekvence činností sestry v Agentuře domácí péče

Frekvence 5.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	11
Aplikace i.m. injekce	1
Aplikace s.c. injekce	2
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	5
Odběr kapilární krve	1
Odběr venózní krve	1
Zavedení PMK u žen	3
Ošetřování chronických ran	3
Měření TK	2
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	3
Ošetřování kolonostomie	2
Rehabilitační ošetrovatelství	3
Odběr sterilní moče	2
Celkem	38
Celkový průměr	5

Tabulka 5 znázorňuje frekvenci činností sestry v Agentuře domácí péče z pátého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 11x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 1x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 1x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 5x/8 hodin, odběr kapilární krve 1x/8 hodin, odběr venózní krve 1x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 3x/8 hodin, ošetření chronických ran 3x/8 hodin, měření krevního tlaku 2x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 3x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 2x/8 hodin rehabilitační ošetrovatelství 3x/8 hodin a odběr sterilní moče 2x/8 hodin. Celkem provedla 38 činností/8 hodin, průměrně 5 činností/hodinu.

Tabulka 6 Frekvence činností sester v Agentuře domácí péče

Frekvence 5 dní/40 hodin

Dny	1.7	2.7	3.7	4.7	5.7	Celkem	Průměr	SD
Činnosti sester								
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	10	11	9	11	11	52	10	0,8
Aplikace i.m. injekce	1	1	0	2	1	5	1	0,6
Aplikace s.c. injekce	2	1	1	0	2	6	1	0,7
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	4	5	3	4	5	21	4	0,7
Odběr kapilární krve	1	0	0	2	1	4	1	0,7
Odběr venózní krve	1	5	0	2	1	9	2	1,7
Zavedení PMK u žen	1	2	0	0	3	6	1	1,2
Ošetřování chronických ran	2	3	2	2	3	12	2	0,5
Měření TK	2	4	6	2	2	16	3	1,6
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	4	2	5	3	3	17	3	1
Ošetřování kolonostomie	1	1	2	1	2	7	1	0,5
Rehabilitační ošetrovatelství	2	3	3	1	3	12	2	0,8
Odběr sterilní moče	0	1	0	0	2	3	1	0,8
Inhalace	0	0	1	0	0	1	0,2	0,4
Ošetřování tracheostomie	0	0	0	1	0	1	0,2	0,4
Celkem	30	38	32	31	38	172	34	3,5

Tabulka 6 shrnuje údaje z tabulek 1 až 5, ukazuje jaký je celkový počet činností a jejich průměrné vykonání za 5 dní/40 hodin, které sestry provedly v Agentuře domácí péče. Z tabulky vyplývá, že sestry provedou zápis do ošetrovatelské dokumentace 52x/40 hodin, to je v průměru 10x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 5x/40 hodin, to je v průměru 1x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 6x/40 hodin, to je v průměru 1x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 21x/40 hodin to je v průměru 4/40 hodin, odběr kapilární krve 4x/40 hodin to je v průměru 1x/8 hodin, odběr venózní krve 9x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 6x/40 hodin, to je v průměru 1x/8 hodin, ošetření chronických ran 12x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, měření krevního tlaku 16x/40 hodin, to je v průměru 3x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 17x/40 hodin, to je v průměru 3x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 7x/40 hodin, to je v průměru 1x/8 hodin, rehabilitační ošetrovatelství 12x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, odběr sterilní moče 3x/40 hodin, to je v průměru 1x/ 8 hodin, inhalaci 1x/40 hodin to je v průměru 0,2x /8 hodin a ošetření tracheostomie 1x/40 hodin to je v průměru 0,2x/8 hodin. S tabulky dále vyplývá, že sestra provede za první den pozorování celkem 30 činností za druhý den 38 činností, za třetí den 32 činností za čtvrtý den 31 činností a za pátý den 38. Celkem provedly 172 činnosti/40 hodin, v průměru 34/den.

Tabulka 7 Frekvence činností sestry v Domově pro seniory

Frekvence 1.den/8hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	22
Aplikace i.m. injekce	1
Aplikace s.c. injekce	0
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	6
Odběr kapilární krve	1
Odběr venózní krve	1
Zavedení PMK u žen	0
Ošetřování chronických ran	7
Měření TK	9
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	4
Ošetřování kolonostomie	1
Ranní hygiena	6
Podávání léků per os	15
Polohování	13
Úprava lůžka	8
Celkem	94
Celkový průměr	12

Tabulka 7 znázorňuje frekvenci činností sestry v Domově pro seniory z prvního dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 22x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 1x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 0x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 6x/8 hodin, odběr kapilární krve 1x/8 hodin, odběr venózní krve 1x/8 hodin, zavedení permanentního močového katetru u žen 0x/8 hodin, ošetření chronických ran 7x/8 hodin, měření krevního tlaku 9x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 4x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 1x/8, ranní hygienu 6x/8 hodin, podání léků per os 15x/8 hodin, polohování 13x/8 hodin, úprava lůžka 8x/8 hodin. Celkem provedla 94 činností/8 hodin, průměrně 12 činností/hodinu.

Tabulka 8 Frekvence činností sestry v Domově pro seniory

Frekvence 2.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	23
Aplikace i.m. injekce	3
Aplikace s.c. injekce	2
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	6
Odběr kapilární krve	1
Odběr venózní krve	1
Zavedení PMK u žen	1
Ošetřování chronických ran	6
Měření TK	2
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	4
Ošetřování kolonostomie	1
Ranní hygiena	7
Podávání léků per os	12
Polohování	15
Úprava lůžka	10
Celkem	94
Celkový průměr	12

Tabulka 8 znázorňuje frekvenci činností sestry v Domově pro seniory z druhého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 23x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 3x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 2x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 6x/8 hodin, odběr kapilární krve 1x/8 hodin, odběr venózní krve 1x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 1x/8 hodin, ošetření chronických ran 6x/8 hodin, měření krevního tlaku 2x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 4x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 1x/8, ranní hygienu 7x/8 hodin, podání léků per os 12x/8 hodin, polohování 15x/8 hodin, úprava lůžka 10x/8 hodin. Celkem provedla 94 činností/8 hodin, průměrně 12 činností/hodinu.

Tabulka 9 Frekvence činností sestry v Domově pro seniory

Frekvence 3.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	22
Aplikace i.m. injekce	2
Aplikace s.c. injekce	2
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	4
Odběr kapilární krve	2
Odběr venózní krve	2
Zavedení PMK u žen	1
Ošetřování chronických ran	6
Měření TK	3
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	5
Ošetřování kolonostomie	2
Ranní hygiena	6
Podávání léků per os	16
Polohování	15
Úprava lůžka	8
Celkem	96
Celkový průměr	12

Tabulka 9 znázorňuje frekvenci činností sestry v Domově pro seniory ze třetího dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 22x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 2x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 2x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 4x/8 hodin, odběr kapilární krve 2x/8 hodin, odběr venózní krve 2x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 1x/8 hodin, ošetření chronických ran 6x/8 hodin, měření krevního tlaku 3x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 5x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 2x/8, ranní hygienu 6x/8 hodin, podání léků per os 16x/8 hodin, polohování 15x/8 hodin, úprava lůžka 8x/8 hodin. Celkem provedla 96 činností/8 hodin, průměrně 12 činností/hodinu.

Tabulka 10 Frekvence činností sestry v Domově pro seniory

Frekvence 4.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	25
Aplikace i.m. injekce	2
Aplikace s.c. injekce	3
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	4
Odběr kapilární krve	2
Odběr venózní krve	1
Zavedení PMK u žen	2
Ošetřování chronických ran	7
Měření TK	6
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	4
Ošetřování kolnostomie	2
Ranní hygiena	6
Podávání léků per os	17
Polohování	12
Úprava lůžka	10
Celkem	103
Celkový průměr	13

Tabulka 10 znázorňuje frekvenci činností sestry v Domově pro seniory ze čtvrtého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 25x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 2x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 3x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 4x/8 hodin, odběr kapilární krve 2x/8 hodin, odběr venózní krve 1x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 2x/8 hodin, ošetření chronických ran 7x/8 hodin, měření krevního tlaku 6x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 4x/8 hodin, ošetřování stomie 2x/8, ranní hygienu 6x/8 hodin, podání léků per os 17x/8 hodin, polohování 12x/8 hodin, úprava lůžka 10x/8hodin. Celkem provedla 103 činností/8 hodin průměrně 13 činností/hodinu

Tabulka 11 Frekvence činností sestry v Domově pro seniory

Frekvence 5.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	24
Aplikace i.m. injekce	1
Aplikace s.c. injekce	4
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	5
Odběr kapilární krve	0
Odběr venózní krve	3
Zavedení PMK u žen	2
Ošetřování chronických ran	8
Měření TK	5
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	5
Ošetřování kolonostomie	2
Ranní hygiena	8
Podávání léků per os	18
Polohování	15
Úprava lůžka	8
Podání infuzní terapie	2
Celkem	110
Celkový průměr	14

Tabulka 11 znázorňuje frekvenci činností sestry v Domově pro seniory z pátého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 24x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 1x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 4x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 5x/8 hodin, odběr kapilární krve 0x/8 hodin, odběr venózní krve 3x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 2x/8 hodin, ošetření chronických ran 8x/8 hodin, měření krevního tlaku 5x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 5x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 2x/8, ranní hygienu 8x/8 hodin, podání léků per os 18x/8 hodin, polohování 15x/8 hodin, úprava lůžka 8x/8hodin. Celkem provedla 110 činností/8 hodin, průměrně 14 činností/hodinu.

Tabulka 12 Frekvence činností sester v Domově pro seniory

Frekvence 5 dní/40 hodin

Dny	8.7	9.7	10.7	11.7	12.7	Celkem	Průměr	SD
Činnosti sester								
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	22	23	22	25	24	116	23	1,2
Aplikace i.m. injekce	1	3	2	2	1	9	2	0,7
Aplikace s.c. injekce	0	2	2	3	4	11	2	1,3
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	6	6	4	4	5	25	5	0,9
Odběr kapilární krve	1	1	2	2	0	6	1	0,7
Odběr venózní krve	1	1	2	1	3	8	2	0,8
Zavedení PMK u žen	0	1	1	2	2	6	1	0,7
Ošetřování chronických ran	7	6	6	7	8	34	7	0,7
Měření TK	9	2	3	6	5	25	5	2,4
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	4	4	5	4	5	22	4	0,5
Ošetřování kolonostomie	1	1	2	2	2	8	2	0,5
Ranní hygiena	6	7	6	6	8	33	7	0,8
Podávání léků per os	15	12	16	17	18	78	16	2
Polohování	13	15	15	12	15	70	14	1,3
Úprava lůžka	8	10	8	10	8	44	9	1
Podání infuzní terapie					2	2	0,4	0,8
Podání stravy per os	3	5	2	4	3	17	3	1
Celkem	97	99	98	107	113	514	103	6,2

Tabulka 12 shrnuje údaje z tabulek 7 až 11, ukazuje, jaký je celkový počet činností a jejich průměrné vykonání za 5 dní/40hodin, které sestry prováděly v Domově pro seniory. Z tabulky vyplývá že sestry provedou zápis do ošetrovatelské dokumentace 116x/40 hodin, to je v průměru 23x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 9x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 11x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 25x/40 hodin to je v průměru 5x/8 hodin, odběr kapilární krve 6x/40 hodin to je v průměru 1,2x/8 hodin, odběr venózní krve 8x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 6x/40 hodin, to je v průměru 1x/8 hodin, ošetření chronických ran 34x/40 hodin, to je v průměru 6,8x/8 hodin, měření krevního tlaku 24x/40 hodin, to je v průměru 5x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 22x/40 hodin to je v průměru 4x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 8x/40 hodin to je v průměru 2x za 40 hodin, ranní hygienu 33x/40 hodin, to je v průměru 7x/8 hodin, podávání léků per os 78x/40 hodin to je v průměru 16x/8 hodin, polohování 70x/40 hodin, to je v průměru 14x/8 hodin, úprava lůžka 44x/40 hodin to je v průměru 9x/8 hodin, podání infuzní terapie 2x/40 hodin to je v průměru 0,4x/8 hodin. Z tabulky dále vyplývá, že sestry provede za první den pozorování celkem 97 činností za druhý den 99 činností, za třetí den 98 činností za čtvrtý den 107 činností a za pátý den 113 činností. Celkem provedly 514 činností/160 hodin v průměru 103 činnosti/40 hodin.

Tabulka 13 Frekvence činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Frekvence 1.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	26
Aplikace i.m. injekce	4
Aplikace s.c. injekce	6
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	3
Odběr kapilární krve	6
Odběr venózní krve	5
Zavedení PMK u žen	2
Ošetřování chronických ran	3
Měření TK	7
Zjištění hladiny cukru	6
Ošetřování kolonostomie	1
Ranní hygiena	8
Podávání léků per os	20
Polohování	15
Úprava lůžka	7
Zavedení periferního žilního katétru	2
Podání infuzní terapie	6
Podání stravy per.os.	3
Celkem	130
Celkový průměr	16

Tabulka 13 znázorňuje frekvenci činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče z prvního dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 26x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 4x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 6x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 3x/8 hodin, odběr kapilární krve 6x/8 hodin, odběr venózní krve 5x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 2x/8 hodin, ošetření chronických ran 3x/8 hodin, měření krevního tlaku 7x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 6x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 6x/8 hodin, ranní hygienu 8x/8 hodin, podání léků per os. 20x/8 hodin, polohování 15x/8 hodin, úpravu lůžka 7x/8 hodin, zavedení periferního žilního katétru 2x/8 hodin, podání infuzní terapie 6x/8 hodin, podání stravy per os 3x/8 hodin. Celkem provedla 130 činností za 8 hodin.

Tabulka 14 Frekvence činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Frekvence 2.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	25
Aplikace i.m. injekce	2
Aplikace s.c. injekce	4
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	3
Odběr kapilární krve	2
Odběr venózní krve	2
Zavedení PMK u žen	3
Ošetřování chronických ran	6
Měření TK	5
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí gluk.	6
Ošetřování kolonostomie	2
Ranní hygiena	5
Podávání léků per os	16
Polohování	8
Úprava lůžka	6
Zavedení periferního žilního katétru	1
Podání infuzní terapie	3
Podání stravy per.os.	4
Točení EKG	1
Celkem	104
Celkový průměr	13

Tabulka 14 znázorňuje frekvenci činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče z druhého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 25x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 2x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 4x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 3x/8 hodin, odběr kapilární krve 2x/8 hodin, odběr venózní krve 2x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 3x/8 hodin, ošetření chronických ran 6x/8 hodin, měření krevního tlaku 5x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 6x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 2x/8 hodin, ranní hygienu, 5x/8hodin, podání léků per os. 16x/8hodin, polohování 8x/8 hodin úprava lůžka 6x/8 hodin, zavedení periferního žilního katétru 1x/8 hodin, podání infuzní terapie 3x/8 hodin, podání stravy per os 4x/8 hodin, točení EKG 1x/8 hodin. Celkem provedla 104 činností/8 hodin, průměrně 18 činností/ hodin

Tabulka 15 Frekvence činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Frekvence 3.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	28
Aplikace i.m. injekce	6
Aplikace s.c. injekce	7
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	4
Odběr kapilární krve	3
Odběr venózní krve	2
Zavedení PMK u žen	1
Ošetřování chronických ran	9
Měření TK	5
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí gluk.	6
Ošetřování kolonostomie	1
Ranní hygiena	5
Podávání léků per os	15
Polohování	9
Úprava lůžka	6
Zavedení periferního žilního katétru	0
Podání infuzní terapie	2
Podání stravy per.os.	2
Celkem	111
Celkový průměr	14

Tabulka 15 znázorňuje frekvenci činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče ze třetího dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 28x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 6x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 7x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 4x/8 hodin, odběr kapilární krve 3x/8 hodin, odběr venózní krve 2x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 1x/8 hodin, ošetření chronických ran 9x/8 hodin, měření krevního tlaku, 5x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 6x/8 hodin, ošetřování kolonostomie, 1x/8 hodin ranní hygienu 5x/8 hodni podání léků per os. 15x/8 hodin, polohování 9x/8 hodin úprava lůžka 6x/8 hodin, zavedení periferního žilního katétru 0x/8 hodin, podání infuzní terapie 2x/8 hodin, podání stravy per os 2x/8 hodin. Celkem provedla 111 činností/8 hodin, průměrně 14 činností/hodinu.

Tabulka 16 Frekvence činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Frekvence 4.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	29
Aplikace i.m. injekce	2
Aplikace s.c. injekce	6
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	6
Odběr kapilární krve	3
Odběr venózní krve	4
Zavedení PMK u žen	0
Ošetřování chronických ran	8
Měření TK	9
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí gluk.	3
Ošetřování kolonostomie	3
Ranní hygiena	6
Podávání léků per os	18
Polohování	10
Úprava lůžka	6
Zavedení periferního žilního katétru	1
Podání infuzní terapie	1
Podání stravy per.os.	4
Točení EKG	3
Celkem	122
Celkový průměr	15

Tabulka 16 znázorňuje frekvenci činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče ze čtvrtého dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 29x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 2x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 6x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 6x/8 hodin, odběr kapilární krve 3x/8 hodin, odběr venózní krve 4x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 0x/8 hodin, ošetření chronických ran 8x/8 hodin, měření krevního tlaku 9x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 3x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 3x/8 hodin ranní hygiena 6x/8 hodin, podání léků per os. 18x/8 hodin hygienu, polohování 10x/8 hodin úprava lůžka 6x/8 hodin, zavedení periferního žilního katétru 1x/8 hodin, podání infuzní terapie 1x/8 hodin, podání stravy per os 4x/8 hodin, točení EKG 3x/8 hodin. Celkem provedla 122 činností/8 hodin, průměrně 15 činností/hodinu.

Tabulka 17 Frekvence činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Frekvence 5.den/8 hodin

Činnosti sestry	Frekvence
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	31
Aplikace i.m. injekce	1
Aplikace s.c. injekce	5
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	3
Odběr kapilární krve	6
Odběr venózní krve	3
Zavedení PMK u žen	2
Ošetřování chronických ran	6
Měření TK	5
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	7
Ošetřování kolonostomie	1
Ranní hygiena	6
Podávání léků per os	19
Polohování	11
Úprava lůžka	6
Zavedení periferního žilního katétru	2
Podání infuzní terapie	3
Podání stravy per.os.	4
Celkem	121
Celkový průměr	15

Tabulka 17 znázorňuje frekvenci činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče z 5. dne pozorování. Bylo zjištěno, že zápis do ošetrovatelské dokumentace provedla sestra 31x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 1x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 5x/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 3x/8 hodin, odběr kapilární krve 6x/8 hodin, odběr venózní krve 3x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 2x/8 hodin, ošetření chronických ran 6x/8 hodin, měření krevního tlaku 5x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 7x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 1x/8 hodin, ranní hygienu 6x/8 hodin, podání léků per os. 19x/8 hodin hygienu, polohování 11x/8 hodin úprava lůžka 6x/8 hodin, zavedení periferního žilního katétru 2x/8 hodin, podání infuzní terapie 3x/8 hodin, podání stravy per os 4x/8 hodin. Celkem provedla 121 činností/8 hodin, průměrně 15 činností/hodinu.

Tabulka 18 Frekvence činností sester v nemocnici na oddělení následné péče

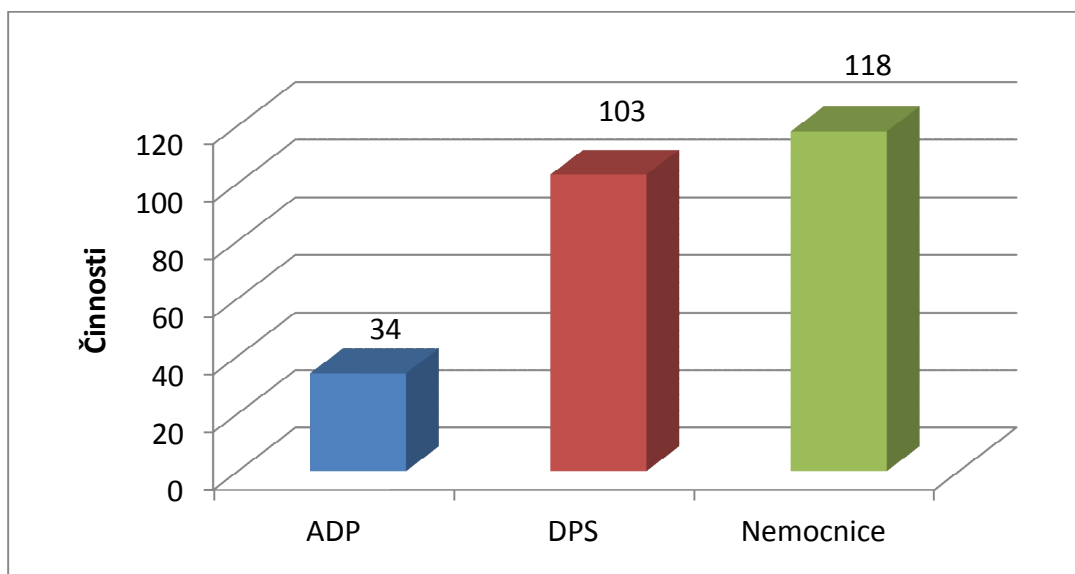
Frekvence 5 dní/40 hodin

Dny	22.7.	23.7.	24.7.	25.7.	26.7.	Celkem	Průměr	SD
Činnosti sestry								
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	26	25	28	29	31	139	28	2,1
Aplikace i.m. injekce	4	2	6	2	1	15	3	1,8
Aplikace s.c. injekce	6	4	7	6	5	28	6	1
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	3	3	4	6	3	19	4	1,2
Odběr kapilární krve	6	2	3	3	6	20	4	1,7
Odběr venózní krve	5	2	2	4	3	16	3	1,2
Zavedení PMK u žen	2	3	1	0	2	8	2	1
Ošetřování chronických ran	3	6	9	8	6	32	6	2
Měření TK	7	5	5	9	5	31	6	1,6
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	6	6	6	3	7	28	6	1,4
Ošetřování kolonostomie	1	2	1	3	1	8	2	0,8
Ranní hygiena	8	5	5	6	6	30	6	1,1
Podávání léků per os	20	16	15	18	19	88	18	1,9
Polohování	15	8	9	10	11	53	11	2,4
Úprava lůžka	7	6	6	6	6	31	6	0,4
Zavedení periferního žilního katétru	2	1	0	1	2	6	1	0,7
Podání infuzní terapie	6	3	2	1	3	15	3	1,7
Podání stravy per os.	3	4	2	4	4	17	3	0,8
Točení EKG		1		3		4	1	1
Celkem	130	104	111	122	121	588	118	9,1

Tabulka 18 shrnuje údaje z tabulek 13 až 17, ukazuje, jaký je celkový počet činností a jejich průměrné vykonání za 5 dní/40hodin, které sestry prováděly v nemocnici na oddělení následné péče. Z tabulky vyplývá, že sestry provedou zápis do ošetrovatelské dokumentace 139x/40 hodin, to je v průměru 28x/8 hodin, aplikaci intramuskulární injekce 15x/40 hodin, to je v průměru 3x/8 hodin, aplikaci subkutánní injekce 28x/40 hodin, to je v průměru 6x/8 hodin, aplikaci inzulinu pomocí inzulinového pera 19x/40 hodin to je v průměru 4x/8 hodin, odběr kapilární krve 20x/40 hodin, to je v průměru 4x/8 hodin, odběr venózní krve 16x/40 hodin, to je v průměru 3x/8 hodin, zavedení permanentního močového katétru u žen 8x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, ošetření chronických ran 32x/40 hodin, to je v průměru 6x/8 hodin, měření krevního tlaku 31x/40 hodin, to je v průměru 6x/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 28x/40 hodin, to je v průměru 6x/8 hodin, ošetřování kolonostomie 8x/40 hodin, to je v průměru 2x/8 hodin, ranní hygienu 30x/40 hodin, to je v průměru 6x/8 hodin, podávání léků per os 78x/40 hodin, to je v průměru 18x/8 hodin, polohování 53x/40 hodin, to je v průměru 11x/8 hodin, úprava lůžka 31x/40 hodin, to je v průměru 6x/8 hodin, podání infuzní terapie 17x/40 hodin, to je v průměru 3x/8 hodin, podání stravy per os 17x/40 hodin, to je v průměru 3x/8 hodin, točení EKG 4x/40 hodin, to je v průměru 1x/8 hodin. Z tabulky dále vyplývá, že sestra provede za první den pozorování celkem 130 činností, za druhý den 104 činností, za třetí den 111 činností, za čtvrtý den 122 činností a za pátý den 121 činností. Celkem provedla sestra v nemocnici 588 činností/40 hodin, v průměru 117,6 činností/8 hodin.

Graf 1 Průměrná frekvence činností sester v ADP, DPS a nemocnici na oddělení následné péče

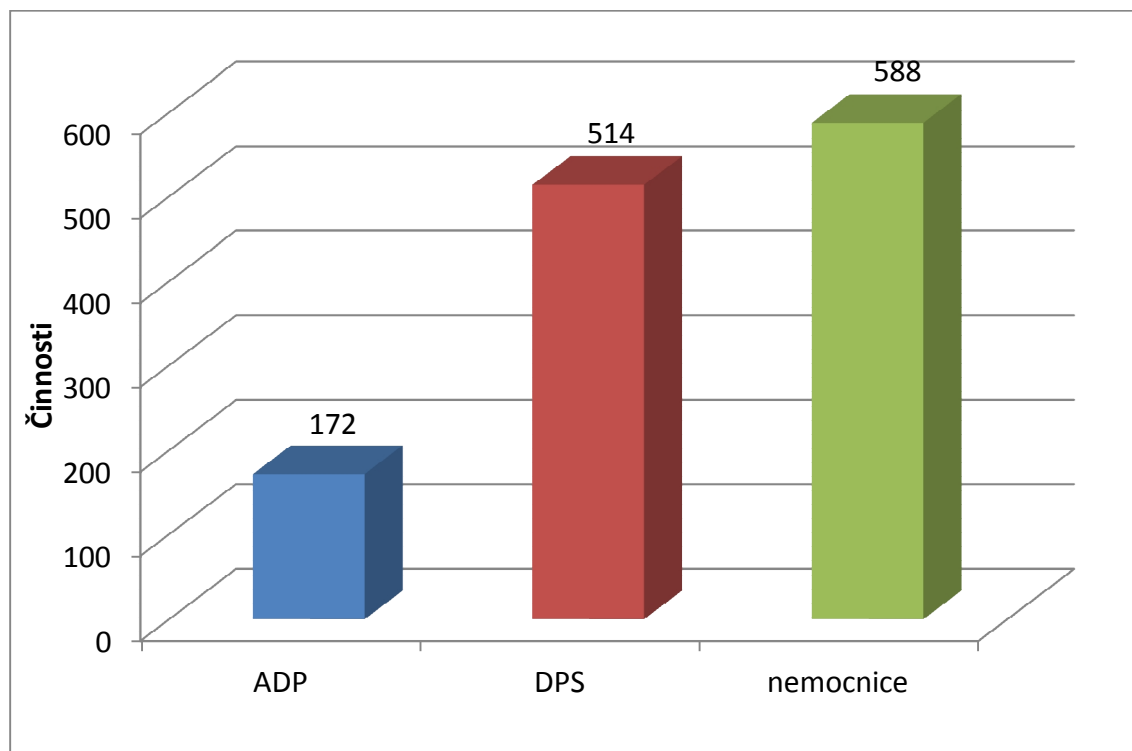
Průměrná frekvence za 1 den/8 hodin



Graf 1 znázorňuje průměrnou frekvenci činností sester v Agentuře domácí péče, Domově pro seniory a nemocnici za 1den/8 hodin. V Agentuře domácí péče vykonají průměrně 34 činností/8 hodin, v Domově pro seniory vykonají průměrně 103 činností/8 hodin a v nemocnici vykonají průměrně 118 činností/8 hodin.

Graf 2 Činnosti sester v ADP, DPS a nemocnici na oddělení následné péče

Činnosti sester za 5 dní/40 hodin



Graf 2 znázorňuje frekvenci činností sester v Agentuře domácí péče, Domově pro seniory a nemocnici na oddělení následné péče za 5 dní/40 hodin. V Agentuře domácí péče vykonají 172 činností/40 hodin, v Domově pro seniory vykonají průměrně 514 činností/40 hodin a v nemocnici vykonají průměrně 588 činností/40 hodin .

Tabulka 19 Časové náměry činností sestry v Agentuře domácí péče

Časové náměry 1.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	18						20	30	68	9
Aplikace i.m. injekce				5					5	1
Aplikace s.c. injekce		3			4				7	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	4		5						9	1
Odběr kapilární krve	4								4	1
Odběr venózní krve	7								7	1
Zavedení PMK u žen				10					10	1
Ošetřování chro. ran			15		20				35	4
Měření TK		6							6	2
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí gluk.	2	3							5	1
Ošetřování kolonostomie						11			11	1
Celkem	35	12	20	10	24	11	20	30	167	21

Tabulka 19 znázorňuje časové náměry za 1 den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 1. den pozorování věnovala sestra 68 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 9 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 5 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 7 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 7 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 35 minut/ 8 hodin, průměrně 4 minuty/hodin, zavádění PMK u žen věnovala 10 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, měření TK věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 5 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodin, ošetřování stomie věnovala 11 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodin. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 167 minut/8 hodin, průměrně 21 minut/hodin.

Tabulka 20 Časové náměry činností sestry v Agentuře domácí péče

Časové náměry 2.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	20						22	23	65	8
Aplikace i.m. injekce					4				4	1
Aplikace s.c. injekce		4							4	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	6		7						13	2
Odběr kapilární krve									0	0
Odběr venózní krve	6			13	8				27	3
Zavedení PMK u žen			9			12			21	2
Ošetřování chro. ran		16			9		12		37	5
Měření TK		4	7						11	1
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	3								3	1
Ošetřování kolonostomie				12					12	2
Celkem	35	24	23	25	21	12	38	23	197	25

Tabulka 20 znázorňuje časové náměry za 2. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 2. den pozorování věnovala sestra 65 minut/8 hodin, zápisu do ošetřovatelské dokumentace průměrně 68minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minuta/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 13 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 0 minut/8 hodin průměrně 0 minut/hodinu, odběru venózní krve věnovala 27 minut/8 hodin průměrně 3 minuty/hodinu, zavádění PMK u žen věnovala 21 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 37 minut/8 hodin, průměrně 5 minut/hodinu, měření TK věnovala 11 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 3 minuty/8 hodin průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 12 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 197 minut/8 hodin, průměrně 25 minut/hodinu.

Tabulka 21 Časové náměry činností sestry v Agentuře domácí péče

Časové náměry 3.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	18						20	16	54	8
Aplikace i.m. injekce									0	0
Aplikace s.c. injekce		4							4	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	2	3		3					8	1
Odběr kapilární krve									0	0
Odběr venózní krve									0	0
Zavedení PMK u žen									0	0
Ošetřování chro. ran					20	25			45	6
Měření TK	2		3	3			6		14	2
Zjištění hla. cukru v krvi pomocí gluk.	4		2	2					8	1
Ošetřování kolonostomie		13		12					25	3
Celkem	26	20	5	20	20	25	26	16	158	20

Tabulka 21 znázorňuje časové náměry za 3. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 3. den pozorování věnovala sestra 54 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 8 minuty/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, odběru venózní krve věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, zavedení PMK u žen věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 45 minut/8 hodin, průměrně 6 minut/hodinu, měření TK věnovala 14 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 25 minut/8 hodin průměrně 3 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 158 minut/8 hodin, průměrně 20 minut/hodinu.

Tabulka 22 Časové náměry činností sestry v Agentuře domácí péče

Časové náměry 4.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	15							45	60	8
Aplikace i.m. injekce	4						5		9	1
Aplikace s.c. injekce									0	0
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	6		3						9	1
Odběr kapilární krve	4	4							4	1
Odběr venózní krve			12						12	2
Zavedení PMK u žen									0	0
Ošetřování chro. ran					12	22			34	4
Měření TK				3				4	7	1
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.		3							3	1
Ošetřování kolonostomie							13		13	2
Celkem	29	7	15	3	12	22	18	49	151	19

Tabulka 22 znázorňuje časové náměry za 4. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 4. den pozorování věnovala sestra 60 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 8 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minut/hodinu, odběru venózní krve věnovala 12 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zavedení PMK u žen věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 34 minut/8 hodin, průměrně 4 minuty/hodinu, měření TK věnovala 7 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 3 minuty/8 hodin, průměrně 1 minuta/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 13 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 151 minut/8 hodin, průměrně 19 minut/hodin.

Tabulka 23 Časové náměry činností sestry v Agentuře domácí péče

Časové náměry 5.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	13						6	44	63	8
Aplikace i.m. injekce						5			5	1
Aplikace s.c. injekce		8							8	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	6		7						13	2
Odběr kapilární krve	5								5	1
Odběr venózní krve			6						6	1
Zavedení PMK u žen				10		20			30	4
Ošetřování chro. ran		12			30				42	5
Měření TK	4						3		7	1
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru			3						3	1
Ošetřování kolonostomie			13	12					25	3
Celkem	28	20	29	22	30	25	9	44	207	26

Tabulka 23 znázorňuje časové náměry z 5. dne pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 5. den pozorování věnovala sestra 63 minut/8 hodin, zápisu do ošetřovatelské dokumentace průměrně 8 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 5 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 13 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodin, odběru kapilární krve věnovala 5 minut/8 hodin průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zavedení PMK u žen věnovala 30 minut/8 hodin, průměrně 4 minuty/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 42 minut/8 hodin, průměrně 5 minut/hodinu, měření TK věnovala 7 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 3 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 25 minut/8 hodin, průměrně 3 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 207 minut/8 hodin průměrně 26 minut/hodinu.

Tabulka 24 Časové náměry činností sester v Agentuře domácí péče

Časové náměry 5 dní/40 hodin

Dny	1.7.	2.7.	3.7.	4.7.	5.7.	Celkem	Průměr	SD
Činnosti sester								
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	68	65	54	60	63	310	62	4,8
Aplikace i.m. injekce	5	4	0	9	5	23	5	2,9
Aplikace s.c. injekce	7	4	4	0	8	23	5	2,8
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	9	13	8	9	13	52	10	2,2
Odběr kapilární krve	4	0	0	4	5	13	3	2,2
Odběr venózní krve	7	27	0	12	6	52	10	2,1
Zavedení PMK u žen	10	21	0	0	30	61	12	11,9
Ošetřování chronických ran	35	37	45	34	42	193	39	4,2
Měření TK	6	11	14	7	7	45	9	3
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí glukometru	5	3	8	3	3	22	4	2
Ošetřování kolonostomie	11	12	25	13	25	86	17	6,4
Celkem	167	197	158	151	207	819	164	22

Tabulka 24 shrnuje údaje z tabulek 19-23 a znázorňuje souhrn časových náměrů za 5 dní. Sestra se věnovala zápisu do ošetrovatelské dokumentace 204 minut/40 hodin, průměrně 41 minut/8 hodin, aplikaci i.m. injekce věnovala 23 minut/40 hodin, průměrně 5 minut/8 hodin, aplikaci s.c. injekce věnovala 23 minut/40 hodin, průměrně 5 minut/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 52 minut/40 hodin, průměrně 10 minut/8 hodin, odběru kapilární krve věnovala 13 minut/40 hodin, průměrně 3 minuty/8 hodin, odběru venózní krve 52 minut/40 hod, průměrně 10 minut/8 hodin, zavedení PMK věnovala 61 minut/40 hodin, průměrně 12 minut/8 hodin, ošetřování chronických ran věnovala 193 minut/40 hodin, průměrně 39 minut/8 hodin, měření TK věnovala 45 minut/40 hodin, průměrně 9 minut/8 hodin, zjišťování hladiny cukru pomocí glukometru věnovala 22 minut/40 hodin, průměrně 4 minut/8 hodin, ošetřování kolonostomie věnovala 86 minut/40 hodin, průměrně 17 minut/8 hodinu. Sestry celkem věnovaly těmto ošetrovatelským činnostem 774 minut/40 hodin, průměrně 154 minut/8 hodin.

Tabulka 25 Časové náměry činností sestry v Domově pro seniory

Časové náměry 1.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	6	8		5	8	9	4	10	50	6
Aplikace i.m. injekce					3				3	1
Aplikace s.c. injekce									0	0
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	12	4		3					19	2
Odběr kapilární krve	3								3	1
Odběr venózní krve	6								6	1
Zavedení PMK u žen									0	0
Ošetřování chro. ran		10		12		24		25	71	9
Měření TK	6			8			2		16	2
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	3			4	2				9	1
Ošetřování kolonostomie			8						8	1
Celkem	36	22	8	32	13	33	6	35	140	18

Tabulka 25 znázorňuje časové náměry za 1. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 1. den pozorování věnovala sestra 50 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 6 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 3 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 19 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 3 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 6 minut/8 hodin průměrně 1 minutu/hodinu, zavádění PMK u žen věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu ošetřování chronických ran věnovala 71 minut/ 8 hodin, průměrně 9 minut/hodinu, měření TK věnovala 16 minut/8 hodin průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minuta/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 140 minut/8 hodin, průměrně 18 minut/hodinu.

Tabulka 26 Časové náměry činností sestry v Domově pro seniory

Časové náměry 2.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok	5	6		7	12	15		3	48	8
Aplikace i.m. injekce		6					4		10	1
Aplikace s.c. injekce		2				3			5	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	8			3					11	1
Odběr kapilární krve	4								4	1
Odběr venózní krve	6								6	1
Zavedení PMK u žen				12					12	2
Ošetřování chro. ran		10			12	14	8		44	6
Měření TK					5			3	8	1
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	5		6						11	1
Ošetřování kolonostomie			15						15	2
Celkem	28	24	21	22	39	32	12	6	174	22

Tabulka 26 znázorňuje časové náměry za 2. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 2. den pozorování věnovala sestra 48 minut/8 hodin zápisu do ošetrovatelské dokumentace, průměrně 8 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 10 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 5 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 11 minut/8hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zavádění PMK u žen věnovala 12 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 44 minut/ 8 hodin průměrně 6 minut/hodinu, měření TK věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 11 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 15 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetrovatelským činnostem 174 minut/8 hodin, průměrně 22 minut/hodinu.

Tabulka 27 Časové náměry činností sestry v Domově pro seniory

Časové náměry 3.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	3	5	12		16	10		11	57	7
Aplikace i.m. injekce	3				3				6	1
Aplikace s.c. injekce	3	3							6	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	5		5						10	1
Odběr kapilární krve	15								15	2
Odběr venózní krve	7		8						15	
Zavedení PMK u žen				13					13	2
Ošetřování chro. ran		6			16	9	15	12	58	7
Měření TK	3						6		9	1
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	2	5		2					9	1
Ošetřování kolonostomie						9	11		20	3
Celkem	41	19	25	15	35	28	32	23	218	27

Tabulka 27 znázorňuje časové náměry za 3. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 3. den pozorování věnovala sestra 57 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 7 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 5 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 10 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 15 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, odběru venózní krve věnovala 15 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zavádění PMK u žen věnovala 13 minut/8 hodin průměrně 2 minuty/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 58 minut/ 8 hodin, průměrně 7 minut/hodinu, měření TK věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 20 minut/8 hodin, průměrně 3 minuty/hod. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 143 minut/8 hodin, průměrně 18 minut/hodinu.

Tabulka 28 Časové náměry činností sestry v Domově pro seniory

Časové náměry 4.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	3	12	20	12	6		7	8	68	9
Aplikace i.m. injekce	3						4		7	1
Aplikace s.c. injekce	4			2					6	
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	3		6						9	1
Odběr kapilární krve		2			4				6	1
Odběr venózní krve		8							8	1
Zavedení PMK u žen		8				12			20	3
Ošetřování chro. ran		10	15	15			10	20	70	9
Měření TK	5				3	2			10	1
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	2			3		4			9	1
Ošetřování kolonostomie			9				8		17	2
Celkem	20	38	50	32	13	18	22	28	230	29

Tabulka 28 znázorňuje časové náměry za 4. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 4. den pozorování věnovala sestra 68 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 9 minut/hodin, aplikaci i.m. injekce věnovala 7 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zavedení PMK u žen věnovala 20 minut/8 hodin průměrně 3 minuty/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 70 minut/ 8 hodin, průměrně 9 minut/hodinu, měření TK věnovala 10 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu.. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 230 minut/8 hodin, průměrně 29 minut/hodinu.

Tabulka 29 Časové náměry činností sestry v Domově pro seniory

Časové náměry 5.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok	5	6	12		11	6	7	19	66	8
Aplikace i.m. injekce				4					4	1
Aplikace s.c. injekce	2		5			2			9	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	5			4					9	1
Odběr kapilární krve									0	0
Odběr venózní krve	8	15							23	3
Zavedení PMK u žen						9		11	20	3
Ošetřování chro. ran	5		13	11	12		20	15	76	10
Měření TK	3	4				5	2		14	2
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	4		5	2					11	1
Ošetřování kolonostomie					9	9			18	2
Celkem	32	25	35	21	32	31	29	45	250	31

Tabulka 29 znázorňuje časové náměry za 4. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 4. den pozorování věnovala sestra 66 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 8 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, odběru venózní krve věnovala 23 minut/8 hodin průměrně 3 minuty/hodin, zavádění PMK u žen věnovala 20 minut/8 hodin, průměrně 3 minuty/hodin, ošetřování chronických ran věnovala 76 minut/ 8 hodin, průměrně 10 minut/hodinu, měření TK věnovala 14 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 11 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 18 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 250 minut/8 hodin, průměrně 31 minutu/hodin.

Tabulka 30 Časové náměry činností sester v Domově pro seniory

Časové náměry 5 dní/40 hodin

Dny	8.7.	9.7.	10.7.	11.7.	12.7.	Celkem	Průměr	SD
Činnosti sester								
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	50	48	57	68	66	289	58	8,1
Aplikace i.m. injekce	3	10	6	7	4	30	6	2,4
Aplikace s.c. injekce	0	5	6	6	9	26	5	2,9
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	19	11	10	9	9	58	12	3,8
Odběr kapilární krve	3	4	15	6	0	28	6	5
Odběr venózní krve	6	6	15	8	23	58	12	6,6
Zavedení PMK u žen	0	12	13	20	20	65	13	7,3
Ošetřování chronických ran	71	44	58	70	76	319	64	11,5
Měření TK	16	8	9	10	14	57	11	3
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	9	11	9	9	11	49	10	1
Ošetřování kolonostomie	8	15	20	17	18	78	16	4,1
Celkem	185	174	218	230	250	1012	202	28,2

Tabulka 30 shrnuje údaje z tabulek 25-29 a znázorňuje souhrn časových náměrů za 5 dní. Sestra se věnovala zápisu do ošetrovatelské dokumentace 289 minut/40 hodin, průměrně 58minut/8 hodin, aplikaci i.m. injekce věnovala 30 minut/40 hodin, průměrně 6 minut/8 hodin, aplikaci s.c. injekce 26 minut/40 hodin, průměrně 5 minut/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 58 minut/40 hodin, průměrně 12 minut/8 hodin, odběru kapilární krve věnovala 28 minut/40 hodin, průměrně 6 minut/8 hodin, odběru venózní krve 58 minut/40 hodin, průměrně 12 minut/8 hodin, zavedení PMK věnovala 65 minut/40 hodin, průměrně 13 minut/8 hodin, ošetřování chronických ran věnovala 319 minut/40 hodin průměrně 64 minut/8 hodin, měření TK věnovala 57 minut/ 40 hodin, průměrně 11 minut/8 hodin, zjišťování hladiny cukru pomocí glukometru věnovala 49 minut/ 40 hodin, průměrně 10 minut/8 hodin, ošetřování kolonostomie věnovala 76 minut/40 hodin, průměrně 16 minut/8 hodin. Sestry celkem věnovaly ošetrovatelským činnostem 1012 minut/40 hodin, průměrně 202 minut/8 hodin.

Tabulka 31 Časové náměry činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Časové náměry 1.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	5	6	12	4	6	4	5	8	50	6
Aplikace i.m. injekce	5			5					10	1
Aplikace s.c. injekce		4			4		2	2	12	2
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera		6							6	1
Odběr kapilární krve	8			5	8		4		25	3
Odběr venózní krve	10	5		6		7			28	4
Zavedení PMK u žen			14					12	26	3
Ošetřování chro. ran				16		9			25	3
Měření TK	9	2			3				14	2
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	4	2			2				8	1
Ošetřování kolonostomie							13		13	2
Celkem	41	25	26	36	23	20	24	22	217	27

Tabulka 31 znázorňuje časové náměry za 1. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 1. den pozorování věnovala sestra 50 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 6 minut/hodin, aplikaci i.m. injekce věnovala 10 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodin, aplikaci s.c. injekce věnovala 12 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/8hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/8hodin, odběru kapilární krve věnovala 25 minut/8 hodin, průměrně 3 minuty/hodinu, odběru venózní krve věnovala 26 minut/8 hodin, průměrně 4 minuty/hodinu, zavedení PMK u žen věnovala 26 minut/8 hodin, průměrně 3 minuty/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 25 minut/ 8 hodin, průměrně 3 minuty/hodinu, měření TK věnovala 16 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 8 minutu/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 13 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 217 minut/8 hodin, průměrně 27 minut/hodinu.

Tabulka 32 Časové náměry činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Časové náměry 2.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	7		15	8	7	8	7	12	61	8
Aplikace i.m. injekce	4			3					7	1
Aplikace s.c. injekce	3	6			5				14	2
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	4			2					6	1
Odběr kapilární krve	10								10	1
Odběr venózní krve		14							14	2
Zavedení PMK u žen	8					7	7		22	3
Ošetřování chro. ran			10		15			12	37	5
Měření TK	5			4			2		11	1
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.		3	4		5				12	2
Ošetřování kolonostomie					10			8	18	2
Celkem	41	23	29	17	42	15	16	32	215	27

Tabulka 32 znázorňuje časové náměry za 2. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 2. den pozorování věnovala sestra 61 minut/8 hodin, zápisu do ošetřovatelské dokumentace průměrně 7 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 7 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 14 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 10 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 14 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zavádění PMK u žen věnovala 22 minut/8 hodin, průměrně 3 minuty/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 37 minut/ 8 hodin, průměrně 5 minut/hodinu, měření TK věnovala 11 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 12 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 18 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 215 minut/8 hodin, průměrně 27 minut/hodinu.

Tabulka 33 Časové náměry činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Časové náměry 3.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	12	5	6	8	5		2	13	51	6
Aplikace i.m. injekce	4	3		5			3		15	2
Aplikace s.c. injekce	6	6			5				17	2
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera		2			3				5	1
Odběr kapilární krve			5			3			8	1
Odběr venózní krve	7						7		14	2
Zavedení PMK u žen								9	9	1
Ošetřování chro. ran	5		12	15		13	5		50	6
Měření TK		2			6			7	15	2
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.		3	2			3			8	1
Ošetřování kolonostomie							9		9	1
Celkem	34	21	25	28	19	19	26	29	206	26

Tabulka 33 znázorňuje časové náměry za 3 den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 3. den pozorování věnovala sestra 51 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 6 minut/8hodin, aplikaci i.m. injekce věnovala 15 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 17 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 5 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 14 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu zavádění PMK u žen věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 50 minut/8 hodin, průměrně 6 minut/hodinu, měření TK věnovala 15 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodin. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 206 minut/8 hodin, průměrně 26 minut/hodinu.

Tabulka 34 Časové náměry činností sestry v nemocnici na oddělení následné péče

Časové náměry 4.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	13		5	8	10		12	5	53	7
Aplikace i.m. injekce	5	5							10	1
Aplikace s.c. injekce	4	6			2				12	2
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	6	4		2					12	2
Odběr kapilární krve	3		6						9	1
Odběr venózní krve	7	14				12			33	4
Zavedení PMK u žen									0	0
Ošetřování chro. ran			15	7	20	12		7	68	9
Měření TK		4	6			8	12	3	33	4
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	2			4					6	1
Ošetřování kolonostomie			9			8		10	27	3
Celkem	40	33	41	21	32	40	24	25	257	32

Tabulka 34 znázorňuje časové náměry za 4. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 4. den pozorování věnovala sestra 53 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace ,průměrně 7 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 10 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 12 minut/8 hodin, průměrně 2 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 12 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 9 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 33 minut/8 hodin, průměrně 4 minuty/hodinu, zavádění PMK u žen věnovala 0 minut/8 hodin, průměrně 0 minut/hodinu, ošetřování chronických ran věnovala 68 minut/8 hodin průměrně 9 minut/hodinu, měření TK věnovala 33 minut/8hodin, průměrně 9 minut/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 6 minut/8 hodinu, průměrně 1 minutu/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 27 minut/8 hodin, průměrně 3 minuty/hodinu. Celkem věnovala těmto ošetřovatelským činnostem 257 minut/8 hodin, průměrně 32 minut/hodinu.

Tabulka 35 Časové náměry činností sester v nemocnici na oddělení následné péče

Časové náměry 5.den/8 hodin

Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8	Cel.	Pr.
Činnost sestry										
Zápis do oše. dok.	15	3		6	18	16	12	10	80	10
Aplikace i.m. injekce			4						4	1
Aplikace s.c. injekce	4	4			3				11	1
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	2			4					6	1
Odběr kapilární krve	3	3			2				8	1
Odběr venózní krve	7					13			20	3
Zavedení PMK u žen							9	8	17	2
Ošetřování chro. ran			15	10			6	7	38	5
Měření TK	5				6		2		13	2
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	4	5		6					15	2
Ošetřování kolonostomie								11	11	1
Celkem	40	15	19	26	29	29	29	36	213	27

Tabulka 35 znázorňuje časové náměry za 5. den pozorování zaokrouhlené na celé minuty. 5. den pozorování věnovala sestra 80 minut/8 hodin zápisu do ošetřovatelské dokumentace, průměrně 10 minut/hodinu, aplikaci i.m. injekce věnovala 4 minuty/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci s.c. injekce věnovala 11 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 6 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru kapilární krve věnovala 8 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu, odběru venózní krve věnovala 20 minut/8 hodin, průměrně 3 min/hod zavádění PMK u žen věnovala 17 min/8 hod průměrně 2 min/hod ošetřování chronických ran věnovala 38 minut/ 8 hodin, průměrně 5 minut/hodin, měření TK věnovala 13 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovala 15 minut/8 hodin, průměrně 2 minuty/hodinu, ošetřování kolonostomie věnovala 11 minut/8 hodin, průměrně 1 minutu/hodinu. Celkem věnovala ošetřovatelským činnostem 213 minut/8 hodin, průměrně 27 minut/hodinu.

Tabulka 36 Časové náměry činností sester v nemocnici na oddělení následné péče

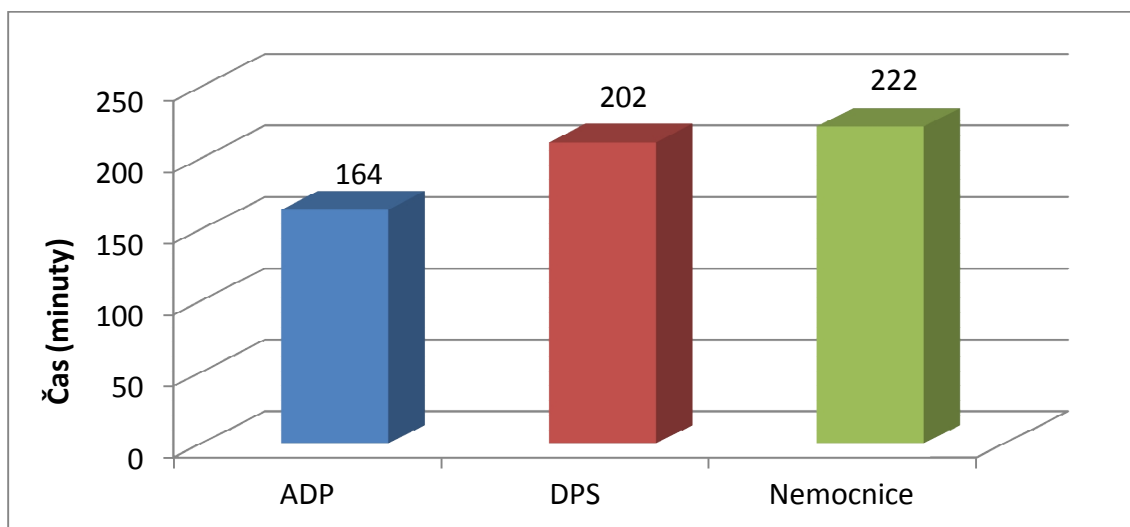
Časové náměry 5 dní/40 hodin

Dny	22.7.	23.7.	24.7.	25.7.	26.7.	Celkem	Průměr	SD
Činnosti sester								
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	50	61	51	53	80	294	59	11,2
Aplikace i.m. injekce	10	7	15	10	4	46	9	3,7
Aplikace s.c. injekce	12	14	17	12	11	66	13	2,1
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	6	6	5	12	6	35	7	2,5
Odběr kapilární krve	25	10	8	9	8	60	12	6,5
Odběr venózní krve	28	14	14	33	20	109	22	7,6
Zavedení PMK u žen	26	22	9	0	17	74	15	9,3
Ošetřování chronických ran	25	37	50	68	38	218	44	14,5
Měření TK	14	11	15	33	13	86	17	8
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	8	12	8	6	15	49	10	3,2
Ošetřování kolonostomie	13	18	9	27	11	78	16	6,4
Celkem	217	215	206	257	213	1108	222	18

Tabulka 36 shrnuje údaje z tabulek 31-35 a znázorňuje souhrn časových náměrů za 5 dní. Sestra se věnovala zápisu do ošetrovatelské dokumentace 294 minut/40 hodin, průměrně 59 minut/8 hodin, aplikaci i.m. injekce věnovala 46 minut/40 hodin, průměrně 9 minut/8 hodin, aplikaci s.c. injekce 66 minut/40 hodin, průměrně 13 minut/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovala 35 minut/40 hodin, průměrně 7 minut/8 hodin, odběru kapilární krve věnovala 60 minut/40 hodin, průměrně 12 minut/8 hodin, odběru venózní krve 109 minut/40 hodin, průměrně 22 minut/8 hodin, zavedení PMK se věnovala 74 minut/40 hodin, průměrně 15 minut/8 hodin, ošetřování chronických ran věnovala 218 minut/40 hodin, průměrně 44 minut/8 hodin, měření TK věnovala 86 minut/ 40 hodin, průměrně 17 minut/8 hodin, zjišťování hladiny cukru pomocí glukometru věnovala 49 minut/ 40 hodin, průměrně 10 minut/8 hodin, ošetřování kolonostomie věnoval 78 minut/40 hodin, průměrně 16 min/8 hodin Sestry celkem věnovaly ošetrovatelským činnostem 1108 minut/40 hodin, průměrně 222 minut/8 hodin.

Graf 3 Průměrný čas činností sester v ADP, DPS a nemocnici na oddělení následné péče

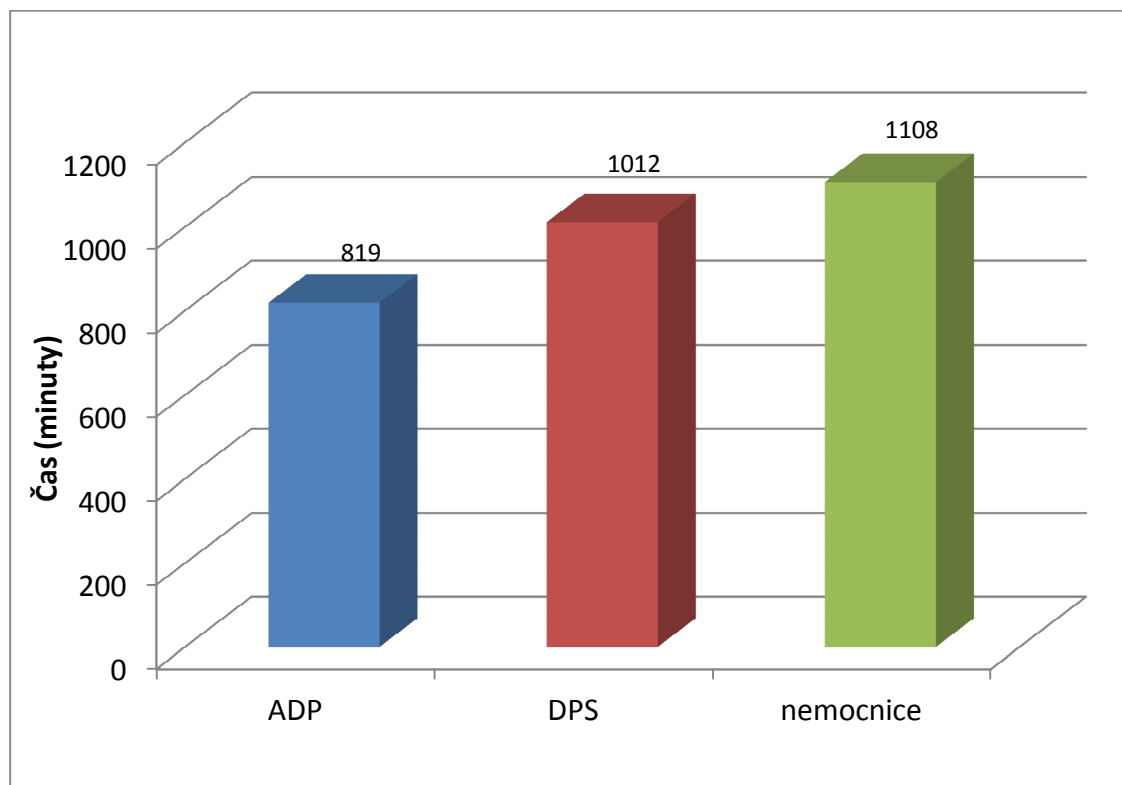
Průměrný čas za 1.den/8 hodin



Graf 3 ukazuje průměrný čas činností sester v Agentuře domácí péče, v Domově pro seniory a nemocnici na oddělení následné péče za 8 hodin. Průměrný čas činností v agentuře domácí péče za 8 hodin je 164 minut, v Domově pro seniory v průměru 202 minut/8 hodin a v nemocnici v průměru 222 minut/8 hodin.

Graf 4 Čas činností sester v ADP, DPS a nemocnici na oddělení následné péče

Čas činností za 5 dní/40 hodin



Graf 4 ukazuje čas činností sester v Agentuře domácí péče, v Domově pro seniory a nemocnici za 40 hodin. Celkový čas činností v Agentuře domácí péče za 40 hodin je 840 minut, v Domově pro seniory 1012 minut/40 hodin a v nemocnici v 1108 minut/40 hodin.

Tabulka 38 Celkové časy činností v Agentuře domácí péče, Domově pro seniory, nemocnici

Celkový čas činnost za 15 dní/160 hodin

Činnosti sestry	Celkový čas v ADP,DPS a nemocnici	Průměr	S.D
Zápis do oše. dok.	893	60	8,9
Aplikace i.m. injekce	99	7	3,7
Aplikace s.c. injekce	62	4	4,9
Aplikace inzulínu pomocí inzul. pera	145	10	3,6
Odběr kapilární krve	101	8	6,5
Odběr venózní krve	219	15	9,7
Zavedení PMK u žen	200	13	10,1
Ošetřování chro. ran	730	49	16
Měření TK	188	13	6,5
Zjištění hl. cukru v krvi pomocí gluk.	120	8	3,5
Ošetřování kolonostomie	242	16	6
Celkem	2939	196	120
Anova test	Dosažená hladina významnosti	<0,1%	

Tabulka 38 znázorňuje celkové časové náměry u jednotlivých činností za 15 dní/160 hodin ve všech třech zařízeních, ve kterých byly prováděny náměry. Setry věnovaly dohromady zápisu do ošetřovatelské dokumentace 893 minut/160 hodin, průměrně 60 minut/8 hodin, aplikaci i.m. injekce věnovaly 99 minut/160 hodin, průměrně 7 minut/8 hodin, aplikaci s.c. injekce věnovaly 62 minut/160 hodin, průměrně 4 minuty/8 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera věnovaly 145 minut/160 hodin, průměrně 10 minut/8 hodin, odběru kapilární krve věnovaly 101 minut/160 hodin, průměrně 8

minut /160 hodin, odběru venózní krve věnovaly 219 minut/160 hodin, průměrně 15 minut/8 hodin, zavádění PMK u žen věnovaly 200 minut/160 hodin, průměrně 13 minut/8 hodin, ošetřování chronických ran věnovaly 730 minut/160 hodin, průměrně 49 minut/8 hodin, měření TK věnovaly 188 minut/160 hodin, průměrně 13 minut/8 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru věnovaly 120 minut/160 hodin, průměrně 8minut/8hodin, ošetřování kolonostomie věnovaly 242 minut/160 hodin, průměrně 16 minutu/8 hodin. Celkem sestry věnovaly těmto ošetrovatelským činnostem 2939 minut/160 hodin, průměrně 196 minut/8 hodin. Dosažená hladina významnosti Anova testu je $<0,1\%$

Tabulka 39 Porovnání časových náměrů zápisu do ošetrovatelské dokumentace s ošetřováním chronických ran v Domově pro seniory, Agentuře domácí péče a nemocnici na oddělení následné péče

Časové náměry za 15 dní/160 hodin

	Den	Zápis do ošetrovatelské dokumentace	Ošetřování chronických ran
Agentura domácí péče	1	68	35
	2	65	37
	3	54	45
	4	60	34
	5	63	42
Domov pro seniory	1	50	71
	2	48	44
	3	57	58
	4	68	70
	5	66	76
Nemocnice České Budějovice	1	50	25
	2	61	37
	3	51	50
	4	53	68
	5	80	38
Průměr	15	60	49
T- Test	15	Dosažená hladina významnosti	1,4%

Tabulka 39 porovnává časové náměry zápisu do ošetrovatelské dokumentace s ošetřováním chronických ran v domově pro seniory, agentuře domácí péče a v nemocnici na oddělení následné péče za 15 dní/160 hodin. Sestry v Agentuře domácí péče věnovaly zápisu do ošetrovatelské dokumentace 1. den 68 minut/8 hodin, 2. den 65 minut/8 hodin, 3. den 54 minut/ 8 hodin, 4. den 60 minut/ 8 hodin a 5. den 63 minut/ 8 hodin. Ošetřování chronických ran věnovaly 1, den 35 minut/8 hodin, 2. den 37 minut/8 hodin, 3. den 45 minut/ 8 hodin, 4. den 34 minut/ 8 hodin a 5. den 42 minut/ 8 hodin. Sestry v domově pro seniory věnovaly zápisu do ošetrovatelské dokumentace 1. den 50 minut/8 hodin, 2. den 48 minut/8 hodin, 3. den 57 minut/ 8 hodin, 4. den 68 minut/ 8

hodin a 5 den 66 minut/ 8 hodin. Ošetřování chronických ran věnovaly 1. den 71 minut/8 hodin, 2. den 44 minut/8 hodin, 3. den 58 minut/ 8 hodin, 4. den 70 minut/ 8 hodin a 5.den 76 minut/ 8 hodin. Sestry v nemocnici na oddělení následné péče věnovaly zápisu do ošetrovatelské dokumentace 1.den 50 minut/8 hodin, 2. den 61 minut/8 hodin, 3. den 51 minut/ 8 hodin, 4. den 53 minut/ 8 hodin a 5. den 80 minut/ 8 hodin. Ošetřování chronických ran věnovaly 1 den 25 minut/8 hodin, 2. den 37 minut/8 hodin, 3. den 50 minut/ 8 hodin, 4. den 68 minut/ 8 hodin a 5. den 38 minut/ 8 hodin. Průměrně sestry ve všech zařízeních stráví nad zápisem do ošetrovatelské dokumentace 60 minut za 8/ hodin. Při ošetřování chronických ran stráví průměrně 49 minut/ 8 hodin. Dosažená hladina významnosti T- testu je 1,4%.

5 DIZKUZE

Diplomová práce byla zaměřena na činnosti sester ve vybraných zařízeních, a to v Agentuře domácí péče, v Domově pro seniory a v nemocnici na oddělení následné péče. Výsledky výzkumného šetření poskytnou informace o náročnosti ošetrovatelských činností v jednotlivých zařízeních, které zajišťují péči o seniory. Myslím si, že z dnešního pohledu je téma práce velmi aktuální z důvodu stárnutí populace. V dnešní době stále přibývá seniorů, kteří potřebují pomoc druhých, proto je důležité zajistit diferencovanost, komplexnost, kontinuitu, aktivní přístup, preventivní péči a plánovitý přístup ošetrovatelské péče, jak uvádí Poledníková (2006). Z těchto důvodů se také zvyšují nároky na práci sestry v zařízeních, kde je seniorům poskytována ošetrovatelská péče, a proto je podle mého názoru důležité mít přehled o činnostech a jejich časové náročnosti v jednotlivých zařízeních, pro lepší představu o náročnosti a další možnosti pro zlepšování v oblasti péče o seniory.

Při provádění mého výzkumného šetření jsem se setkal s několika chybami, které sestry dělají při provádění ošetrovatelských činností. Podle mého názoru si sestry tyto chyby ani neuvědomují a v některých případech nemají ani potřebné znalosti. Domnívají se, že danou ošetrovatelskou činnost vykonávají dle správných postupů.

Jednou z chyb, která se objevila při výkonu ošetrovatelských činností především u sester pracujících v nemocnici na oddělení následné péče a v domově pro seniory je ta, že sestry při aplikaci intramuskulárních a subkutánních injekcí a odběrech venózní a kapilární krve nenosí kontejner. Použité jehly odhazují nejčastěji do emitní misky a až poté z emitní misky na sesterně do kontejneru. Jak uvádí Kříšková (2006), sestry by si měly kontejner brát již s sebou k seniorovi. Podle mého názoru je toto počínání sester velká nezodpovědnost. Každá další manipulace s ostrými předměty, která není nutná, totiž zvyšuje riziko možnosti poranění a tím přenos infekční nemoci na sestru.

Při provádění výzkumného šetření se mi také podařilo zjistit, že většina sester a to ve všech třech zařízeních má problémy s vyhledáváním místa vpichu při aplikaci intramuskulární injekce. Místo vpichu by mělo být, jak uvádí Mikšová et al (2006) a Workman (2008) v oblasti středního sedacího svalu nebo velkého sedacího svalu. Sestry

většinou ani místo vpichu nijak nevyhledávají a injekci aplikují jen tak na slepo. Také se stává, že injekci aplikují podle předchozích míst vpichu. Podle mého názoru většina sester nezná správná místa vpichu. Domnívají se, že je v podstatě jedno, kam intramuskulární injekci aplikují, aniž by si například uvědomovaly komplikace spojené s nesprávnou aplikací, kdy můžou seniorovi způsobit velkou bolest nebo dokonce dočasně ochrnutí při napíchnutí sedacího nervu.

Další chybou, která se objevovala bylo to, že sestry při aplikaci intramuskulární a subkutánní injekce zapomínaly na aspiraci. Toto je podle mého názoru velká chyba. Pokud sestra nebude aspirovat a podá lék jinou cestou, v tomto případě tedy do žíly nebo do tepny může seniorovi způsobit vážné komplikace, pokud lék nebude určen k aplikaci do žíly nebo do tepny. Sestry si podle mého názoru toto riziko neuvědomují a neberou tuto zásadu při provádění ošetrovatelské činnosti příliš vážně.

Při odběru kapilární krve bylo častou chybou a to především v nemocnici na oddělené následné péče to, že sestry při odběru kapilární krve nepoužívaly kapiláru, která by se při tomto odběru, jak uvádí Křišková (2006) používat měla. Podle mého názoru je odběr, kdy je použita kapilára, jednodušší a bezpečnější. Kapka krve stéká po stěně kapiláry přímo do mikrozkušavky.

Při odběrech kapilární krve jsem zjistil, že sestry téměř vůbec nestřídají místo vpichu. Seniori mají většinou rozpíchaný jeden určitý prst a ostatní prsty jsou nedotčené. Sestry by si měly uvědomit, že střídání místa vpichu je velmi důležité z hlediska snížení rizika infekce a způsobení znečistlivění prstu. Vpichy do stejného místa mohou také způsobit velkou bolestivost prstu.

Další častou chybou ve všech třech sledovaných zařízeních bylo také to, že sestry při odběrech krve a to jak venózní tak i kapilární nepoužívají ochranné rukavice, které jak uvádí mnoho autorů, tak i Křišková (2006) by používat měly. Používáním ochranných rukavic se zmenšuje riziko přenosu infekčních nemocí ze senioru na sestru. Podle mého názoru by si riziko, které vzniká nepoužíváním ochranných pomůcek a ne pouze rukavic, měly uvědomit především kvůli sobě a svému zdraví.

Chybou, která se vyskytovala především v domově pro seniory bylo to, že sestry při měření krevního tlaku nedávaly tonometr do výšky očí a ve většině případů ho měly níž. Jak uvádí Sovová (2010) ukládání tonometru do výšky očí je velmi důležité z důvodů správného naměření hodnoty krevního tlaku. Pokud sestra nebude správně měřit krevní tlak a hodnoty budou zkreslené, může to ovlivnit i rozhodnutí lékaře, který může nesprávně nasadit léky na zvýšení nebo na snížení krevního tlaku. Tato chyba je podle mého názoru způsobena tím, že měření probíhá na různých místech domova pro seniory, kde jsou různé a ne vždy vhodné podmínky pro měření krevního tlaku.

Zápis do ošetrovatelské dokumentace provedou sestry v Agentuře domácí péče celkem 172x/40 hodin, to je v průměru 34x/8 hodin (tabulka 6), naproti tomu sestry v Domově důchodců provedou zápis 116x/40 hodin, v průměru 23x/8 hodin (tabulka 12) a sestry v nemocnici na oddělení následné péče zapíší do dokumentace 139x/40 hodin, v průměru 28x/ 8 hodin (tabulka 18). Zajímavé je, že sestry v Agentuře domácí péče věnují zápisu celkem 310 minut/40 hodin, průměrně se tedy věnují zápisu 62 minut/8 hodin (tabulka 24), naproti tomu sestry v Domově důchodců věnují zápisu 289 minut/40 hodin, průměrně 58 minut/8 hodin (tabulka 30) a sestry v nemocnici na oddělení následné péče věnují zapisování do dokumentace 294 minut/40 hodin v průměru 59 minut/8hodin (tabulka 36), tedy méně času při větší frekvenci zapisování. Jak uvádí Vondráček (2008), zdravotnická dokumentace, do které spadá i dokumentace ošetrovatelská, je nedílnou součástí práce sestry a nelze se tedy bez ní obejít. Rozdíl v časovém rozložení při provádění zápisu v konkrétních zařízeních je dán především tím, že sestry v Domově pro seniory a sestry v nemocnici na oddělení následné péče zapisují do ošetrovatelské dokumentace průběžně po celých 8 hodin, tabulky 25-29 a tabulky 31-35 a naopak sestry v Agentuře domácí péče se zapisování do ošetrovatelské dokumentace věnují převážně v ranních hodinách před svým odjezdem a po příjezdu z terénu (tabulky 19-23), ale zapsat potřebují podobné množství informací.

Aplikací injekcí vykonává sestra ošetrovatelskou činnost, kterou plní ordinaci lékař. Sestra provádí aplikaci ve všech úsecích zdravotní péče, a to v nemocnicích, ambulantních zařízeních i v rámci komunitní péče. Sestra je zodpovědná za způsob

přípravy, samotnou aplikaci, sledování účinku, zaznamenání o provedení výkonu a správné uložení léčebných přípravků, jak uvádí Mikšová (2006). Aplikaci intramuskulární a subkutánní injekce se sestry nejvíce věnovaly v nemocnici na oddělení následné péče, a to celkem 15x/40 hodin a 28x/40 hodin, což je v průměru 3x/8 hodin a 6x/8 hodin (tabulka 18), naproti tomu sestry v Agentuře domácí péče a Domově pro seniory provedly aplikaci intramuskulární injekce, celkem 14 x/40 hodin a aplikaci subkutánní injekce 18x/40 hodin (tabulky 6 a 12). Průměrně tedy nejvíce času věnovaly aplikaci sestry v nemocnici, a to 9 minut/8 hodin aplikaci subkutánní injekce 13 minut/8 hodin (tabulka 18). Myslím si, že v dnešní době je čas aplikace také ovlivněn tím, jak je lék dodáván, jestli je lék dodáván již připravený v požadovaném množství a nebo je třeba požadované množství natáhnout do injekční stříkačky.

Jak uvádí Špitálníková (2011), při aplikaci inzulínu inzulínovým perem je inzulín plněn do speciálních bombiček a není ho nutné natahovat před každou aplikací a to ovlivňuje čas, který sestry musí věnovat aplikaci. Čas potřebný k aplikaci činí v Agentuře domácí péče celkem 52 minut/40 hodin (tabulka 24), při frekvenci podání 21x/40 hodin (tabulka 6), v Domově pro seniory 58 minut/40 hodin (tabulka 30), při frekvenci 25x/40 hodin (tabulka 12) a v nemocnici na oddělení následné péče 35 minut/40 hodin (tabulka 36), při frekvenci 19x/40 hodin (tabulka 18). Velmi mne překvapilo, kolikrát sestry v Agentuře domácí péče aplikují inzulín pomocí inzulínového pera a kolik času tomu věnují. Domníval jsem se, že většina seniorů zvládá aplikaci v domácím prostředí sama. Špitálníková (2011) dále uvádí, že aplikační jehlu není nutné měnit po každé aplikaci, ale je nutné pero před každou aplikací plynulým pohybem promíchat a že u tohoto způsobu podání není také nutné místo vpichu dezinfikovat. S výrokem Špitálníkové (2011) nesouhlasím, protože dodržování bariérových zásad, do kterých spadá i dezinfekce místa vpichu, je důležitou součástí aplikace subkutánní injekce. Při svém výzkumném šetření jsem se nesetkal s tím, že by sestry tuto zásadu nedodržovaly a chtěly si tím snad ušetřit čas.

Odběr kapilární krve prováděly nejčastěji sestry v nemocnici na oddělení následné péče, a to celkem 20x/40 hodin (tabulka 18), sestry v Agentuře domácí péče

provedly odběr 4x/40 hodin (tabulka 6) a sestry v Domově pro seniory provedly odběr 6x/40 hodin (tabulka 12). Počty odběrů kapilární krve jsou samozřejmě dány počtem seniorů, u kterých je potřeba hlídat hladinu cukru v krvi, ale také se domnívám, že lékaři odběry kapilární krve v nemocnici předepisují více z důvodu, že chtějí mít seniorovu hladinu cukru v krvi pod kontrolou, pokud by se něco stalo. Odběry jsou podle mého názoru prováděny i v případech, kdy to není úplně nutné.

Holmanová (2012) uvádí, že odběr venózní krve patří k nejčastějším ošetrovatelským činnostem, které sestra při své práci provádí. Odběr venózní krve provede sestra v nemocnici na oddělení následné péče celkem 16x/40 hodin (tabulka 18), v Domově pro seniory 8x/40 (tabulka 12) a v Agentuře domácí péče 9x/40 hodin (tabulka 6). Nemyslím si, že tento výkon je úplně nejčastějším výkonem, který sestry provádějí, protože například sestra v nemocnici na oddělení následné péče provede aplikaci subkutánní injekce 28x/40 hodin, aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera 19x/40 hodin, ošetřuje chronické rány 32x/40 hodin, měření tluku provede 31x/40 hodin, hladinu cukru zjišťuje 28x/40 hodin, léky per. os podává 83x/40 hodin a polohuje 53x/40 hodin (tabulka 18) a to je častěji, než provede odběr venózní krve. Dále sestra v Agentuře domácí péče provádí častěji například aplikaci inzulínu inzulínovým perem, a to 21x/42 hodin, měření krevního tlaku 16x/40 hodin, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 17x/40 hodin a rehabilitační ošetrovatelství 12x/40 hodin (tabulka 6). Sestra v domově pro seniory provede například častěji také aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera, a to 25x/40 hodin, ošetřování chronických provede 34x/40 hodin, ranní hygienu provede 33x/40 hodin a podávání léků per os provede 78x/40 hodin (tabulka 12). Odběr venózní jistě patří k častým výkonům sestry v daných zařízeních, ale z výzkumné šetření vyplývá, že je i řada dalších výkonů, které jsou více frekventovanější, než je odběr venózní krve.

Další z činností, které sestry provádějí, je zavedené permanentní katétru u žen. U této činnosti je velmi důležitá příprava, a to jak po stránce psychické, tak i po stránce somatické. Seniorovi můžeme poskytnout materiál a pohovořit si s ním o výkonu, jak uvádí Křšková (2006) a Vytečková (2013). V tomto případě si myslím, že by bylo

vhodné, kdyby sestra zašla za seniorem dříve, než půjde zavádět permanentní močový katétr, a vysvětlila mu výkon nebo mu dala i nějaký materiál, které by si mohl senior prostudovat. Mohl by se tím snížit samotný čas výkonu a stres, který jistě senior před takovýmto výkonem má. Zavedení permanentního močového katétru bylo jak frekventovaností, tak z časových nároků ve všech třech zařízeních podobné. V nemocnici na oddělení následné péče sestry zavedly permanentní močový katétr u žen 8x/40 hodin (tabulka 18), v Agentuře domácí péče 6x/40 hodin (tabulka 6) a v Domově pro seniory také 6x/40 hodin (tabulka 12). Celkový čas strávený zavedením permanentního močového katétru byl v nemocnici na oddělení následné péče 74 minut/40 hodin (tabulka 36), v Agentuře domácí péče 61 minut/40 hodin (tabulka 24) a v Domově pro seniory 65 minut/40 hodinu (tabulka 30).

Ošetřování chronických ran je složitý proces, který má několik na sebe navazujících logických kroků, které je nutné důsledně efektivně plánovat a zajistit tak kontinuitu diagnosticky terapeutických postupů, jak uvádí Pokorná (2012), proto je podle mého názoru velmi důležité, aby si sestra všechny tyto činnosti uměla spojit, aby čas, který stráví ošetřováním chronických ran, byl poté co nekratší. Časové náměry ukazují, že nejvíce času stráví ošetřováním chronických ran v průměru za 8 hodin sestry v Domově pro seniory, a to 64 minut (tabulka 30), dále pak sestry v nemocnici na oddělení následné péče 44 minut (tabulka 36) a v průměru nejméně sestry v Agentuře domácí péče, a to 39 minut (tabulka 24). Podle mého názoru je ošetřování chronických ran jedna z nejtěžších ošetřovatelských činností sestry. Jedním z faktorů, který může přispět k hojení chronických ran a následnému zkrácení času, který nad ním budou muset sestry strávit, je dodržování správného léčebného postupu. Při mém výzkumném šetření jsem se setkal s mnoha postupy, kdy ve všech případech nebyly dodrženy všechny kroky tak, jak uvádí Pokorná (2012), a to identifikovat příčiny vzniku chronické rány, odhalit faktory, které prodlužují nebo brání hojení, posoudit spodinu rány a okolní tkáň, uplatnit komplexní léčebné strategie, využívat podpůrné intervence k primární i sekundární prevenci poškození a podpoře reparačních prostředků. V následujícím tvrzení souhlasím s Pokornou (2012), že cílem použití těchto postupů je především eliminace všech příčin jak lokálních, tak systémových, především dosažení časového a

ekonomicky efektivního zhojení chronické rány a u neefektivní zahojených ran ovlivňovat kvalitu života seniora a zajistit mu maximálně možnou úroveň sebeděče.

Další činností sester, u které byly prováděny časové náměry, bylo měření krevního tlaku. Čas, který sestry stráví měřením krevního tlaku, může ovlivnit použitá metoda, kdy se dnes v zařízeních, ve kterých byly prováděné náměry, nejčastěji používá měření pomocí rtuťového tonometru nebo měření pomocí automatických přístrojů. Myslím si, že sestry dnes používají raději digitální přístroje na měření krevního tlaku, které jím ušetří práci i čas, ale tyto přístroje mohou být nepřesné. V nemocnici na oddělení následné péče byl průměrný čas, který sestry strávily měřením krevního tlaku, 17 minut/8hodin (tabulka 36), v Domově pro seniory 11 minut/8hodin (tabulka 30) a v Agentuře domácí péče 9 minut/8hodin (tabulka 24).

Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru je další činností, kterou sestry ve vybraných zařízeních provádějí. Zdá se mi, že tato činnost je již tak rutinní, že sestry v některých případech nepostupují podle zásad správného odběru, a tak si práci ulehčují a to poté ovlivňuje výsledný čas strávený nad touto činností. Jak udává Křišková (2006), správný postup by měl být takový, že sestra před začátkem odběru popíše seniorovi výkon, navleče si ochranné rukavice, vybere správné místo vpichu, dezinfikuje místo vpichu a nechá ho vysušit, provede vpich a otočí ruku tak, aby dlaň směřovala k zemi, první kapku otře, odebere požadované množství krve na detekční proužek. Nejčastěji si sestry neberou na tento výkon rukavice, nenechávají dezinfekční roztok zaschnout a neotírají první kapku krve. Výsledný čas v nemocnici na oddělení následné péče činí 49 minut/ 40 hodin (tabulka 36), při provedení 31 činností za 40 hodin (tabulka 18), celkový čas v Domově pro seniory je 57 minut/40 hodin (tabulka 30), při provedení 25 činností/40 hodin (tabulka 12) a celkový čas v Agentuře domácí péče je 22 minut/40 hodin (tabulka 24) při provedení 17 činností/40 hodin (tabulka 6).

Ošetřování stomie je činnost sestry, kde dobu strávenou jejím ošetřováním může velmi ovlivnit zručnost sestry. Čas také může ovlivnit systém, který je používán, a to dvoudílný nebo jednodílný. Nejdéle stráví sestry ošetřováním kolonostomie v Agentuře domácí péče, a to 86 minut/40 hodin, to je v průměru 17 minut/8 hodin (tabulka 24),

stejný čas stráví ošetřováním kolonostomie sestry v nemocnici na oddělení následné péče (tabulka 36) a v Agentuře domácí péče je to 78minut/40 hodin, v průměru 16 minut/8 hodin (tabulka 24).

Z tabulek 6, 12, 18 vyplývá, že některé činnosti, které provádějí sestry ve vybraných zařízeních, jsou stejné pro všechny tři, je to zápis do ošetřovatelské dokumentace, aplikace intramuskulární injekce, aplikace subkutánní injekce, aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera, odběr kapilární krve, odběr venózní krve, zavedení permanentního močového katétru u žen, ošetřování chronických ran, měření krevního tlaku, zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru a ošetřování kolonostomie. Některé se vyskytují pouze v Agentuře domácí péče, jako je rehabilitační ošetřovatelství, které je prováděno v nemocnici na oddělení následné péče a v Domově pro seniory fyzioterapeutem nebo rehabilitační sestrou. Naopak v nemocnici na oddělení následné péče a Domově pro seniory mají společné podávání léků per.os, ranní hygienu, polohování, podávání infuzní terapie a úpravu lůžka, protože tuto péči většinou vykonávají v domácím prostředí rodinní příslušníci nebo není v možnostech sestry, která pracuje v Agentuře domácí, tyto činnosti zajistit.

Při porovnání frekvence činností zjistíme, že sestry v nemocnici provedou více činností než sestry v Domově důchodců (graf 2). Rozdíl v počtu činností a době trvání je podle mého názoru dán tím, že do nemocnice na oddělení následné péče přichází senior primárně s nějakým onemocněním a je potřeba u něj provést více činností, než u seniora, který žije v Domově pro seniory stále a nepřišel do Domova pro seniory primárně s tím, že trpí nějakým onemocněním. Jak uvádí i Dvoráčková (2012) „domovy pro seniory jsou typickým zařízením s pobytovou službou, ve kterých jsou poskytovány zdravotní a především také sociální služby seniorům.“

Další srovnání je mezi nemocničním oddělením následné péče a Agenturou domácí péče, které ukazuje rozdíl mezi frekvencí činností, kdy sestry v nemocnici na oddělení následné péče provedou více činností než sestry v Agentuře domácí péče (graf 2). Rozdíl v provedených činnostech v nemocnici na oddělení následné péče a v Agentuře domácí péče je podle mého názoru dán tím, že senior v domácím prostředí

není doma se závažným onemocněním, které by potřebovalo 24 hodinovou péči, ale potřebuje pomoc jenom v činnostech, které sám nezvládne, a není tak závislý na neustálé péči, která je poskytována v nemocnici na oddělení následné péče, kde je hospitalizován senior, který by doma nezvládl uspokojit své základní potřeby a péči o sebe samého, se kterou souvisí například i pravidelné podávání medikace. Samozřejmě sestra v Agentuře domácí péče nemá seniory pohromadě na jednom patře, ale musí za nimi dojíždět někdy i desítky kilometrů. Jak uvádí Kalvach (2011), péče v domácím prostředí přináší také řadu výhod, jako je například ekonomičnost a také se zkracuje doba, po kterou je senior nemocný. Fakt, že je senior léčen v domácím prostředí, také snižuje podle mého počet činností, které by sestra musela vykonat, kdyby byl senior hospitalizován v nemocnici, protože některé činnosti, které sestra provádí v nemocnici na oddělení následné péče, doma prováděné nebudou. Nemyslím si, že je to na úkor horší péče o seniora, ale někdy činnosti, které jsou prováděny v nemocnici na oddělení následné péče, nemají na zlepšení zdravotního stavu seniora vliv a jsou prováděny pouze z důvodu lékařské ordinace, která není nějak potřebná.

Srovnání mezi Domovem pro seniory a Agenturou domácí péče ukazuje rozdíl mezi frekvencí činností, kdy sestry v Domově pro seniory provedou více činností než sestry v Agentuře domácí péče (graf 2). Rozdíly ve frekventovanosti činností v těchto dvou zařízeních jsou podle mého názoru dány podobnými faktory, jako je tomu mezi nemocničním oddělením následné péče a Agenturou domácí péči, i když v menší míře, kdy Domov pro seniory je více svou specifičností podobný Agentuře domácí péče.

Z výzkumného šetření, po provedení testu Anova, vyplývá, že čas strávený při provádění jednotlivých činností se liší (tabulka 38). Rozlišnost v čase, který stráví sestra nad jednotlivými ošetrovatelskými výkony je samozřejmě dána také jejich náročností. Zajímavé jsou dále výsledky T- testu (tabulka 39), který porovnává dobu trvání zápisu do ošetrovatelské dokumentace s dobou trvání ošetřování chronických ran. Domníval jsem se, že průměrný čas strávený při těchto činnostech bude stejný, ale jak vyplývá z T- testu (tabulka 38), zápis do ošetrovatelské dokumentace zabere více času. Sestra stráví zápisem do ošetrovatelské dokumentace 893 minut z celkových 2939 minut

(tabulka 38). K době trvání strávené zápisem do ošetrovatelské dokumentace se tedy nejvíce blíží doba trvání strávená při ošetrování chronických ran. Tato doba je 730 minut (tabulka 38). Čas strávený nad zápisem do ošetrovatelské dokumentace se mi zdá až příliš velký v porovnání s ostatními časy, i když je samozřejmě zápis do ošetrovatelské dokumentace velmi důležitý, a jak uvádí mnoho autorů, tak i Polícar (2011), že by dokumentace měla být vedena pravidelně. Myslím si, že sestry někdy na úkor toho, aby měly napsané všechny záznamy, musí strávit méně času u seniora, což jistě nepřispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Také se mi zdá, že činnosti, o kterých musí sestry udělat zápis se opakují a sestry musí zapsat jednu a tu samou věc do několika záznamových archů. Otázkou tedy zůstává, jestli je současná ošetrovatelská dokumentace propracována plně do detailů a nemělo by v této oblasti péče o seniory dojít ke změně.

6 ZÁVĚR

Ošetrovatelská péče o seniory je sama o sobě velmi náročná a specifická sama o sobě, proto by si i zkušená sestra měla stále doplňovat své znalosti v péči o seniory, aby byla schopna poskytnout kvalitní ošetrovatelkou péči, která bude provedena správným postupem. Přestože je péče o seniory specifická sama o sobě, stává se každá činnost ještě více specifičtější podle typu zařízení, ve kterém je poskytována - od nemocničního oddělení následné péče přes domov pro seniory až po péči poskytovanou v domácím prostředí.

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat činnost sester v ošetrovatelské péči o seniory ve vybraných zdravotnických zařízeních, agenturách domácí péče a domovech pro seniory a zjistit, zda se liší činnosti sester v ošetrovatelské péči o seniory v závislosti na typu zařízení. Hypotéza 1 předpokládala, že všechny činnosti zaberou v průměru stejné množství času. Tato hypotéza se nepotvrdila. Každá činnost sestry zabere v průměru jiné množství času. Hypotéza 2 předpokládala, že zápis do ošetrovatelské dokumentace zabere v průměru stejné množství času jako ošetrování chronických ran. Tato hypotéza se také nepotvrdila, protože v průměru zabere více času zápis do ošetrovatelské dokumentace. Tohoto cíle bylo pro výzkumné šetření dosaženo, výzkumná otázka byla zodpovězena a hypotézy nebyly potvrzeny. Výzkumné šetření nám také ukázalo jednu věc, o které se stále mluví, a to že sestry mnoho času věnují zápisu do ošetrovatelské dokumentace a to bez rozdílu, v jakém typu zařízení pracují. Nejsem si plně jistý, zda to, že celkově přibývá dokumentace a je třeba, aby sestry věnovaly stále více času jejímu zpracování, je tím správným směrem, kterým by se mělo moderní ošetrovatelství ubírat.

Výsledky výzkumného šetření poskytnou informace o ošetrovatelských činnostech v jednotlivých typech zařízení zajišťujících péči o seniora. Výsledky také přispějí ke zmapování náročnosti ošetrovatelské péče o seniory. Dále by mohly výsledky výzkumného šetření přispět ke zkvalitnění, sjednocení péče o seniory, a k provedení dalších výzkumných šetření v oblasti ošetrovatelských činností sester. Výsledky mohou být také prezentovány (příloha 5) na semináři sestřám ve vedoucích pozicích, které by tak získaly přehled o frekventovanosti, časové náročnosti a chybách které se při

provádění činností vyskytují v konkrétních zařízeních a mohou poté přispět ke zkvalitnění a sjednocení péče.

7 SEZNAM POUŽÍTYCH ZDROJŮ

- ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 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). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006 částka 37, s. 127-1289 ISSN 1211-1244
- ČESKO. Zákon č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011 s. 482-543. ISSN 1211-1244.
- CEJHONOVÁ, Magda, 2009. Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta. *Sestra*, roč. 19, č. 1, s. 45-46. ISSN 1210-04-04.
- ČAVALA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DE LAS DESES, C. d'H., T. LEÓN, L. M.-G. PRIETO, 2011. Prevalencia de síndromes geriátricos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 54, č. 5, p. 4-11. ISSN 00261742.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- DOLEŽALOVÁ, Ivana, 2011. Sestra v následné péči včera a dnes. *Florenc*. Roč. 7, č. 4, s. 3-4. ISSN 1801-466X.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-808-7109-199.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- HANZLÍKOVÁ, Alžběta, 2006. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Martin:Osveta. 275 s. ISBN 80-8063-213-8.

- HOLMANOVÁ, S., M. HOLOUBKOVÁ a K. ČERMÁKOVÁ, 2013. Správný a bezpečný odběr venózní krve. *Sestra*, roč. 23, č. 1, s. 31-32 ISSN 1210-0404.
- HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. doplň. vyd. Praha: ČASL. 85 s. ISBN 80-86541-12-6.
- HUDÁKOVÁ, A., I. ONDŘIOVÁ, T. ŠANDOVÁ a A. ŠULIČOVÁ, 2012. Etické aspekty ošetřování starých lidí. *Sestra*, roč. 22, č. 9, s. 21-23. ISSN 1210-0404.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 97 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z., L. ČALADOVÁ, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ a P. WIJA et al., 2011. *Křehký pacient v primární péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 37 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, I. HOLMEROVÁ a P. WEBER et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ a P. SUCHARDA et al., 2004. *Geriatrie a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-247-2169-9.
- KRAJČÍK, Štefan, 2008. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrii*. 1. vyd. Bratislava: Charis, 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9
- KRIŠKOVÁ, Anna, 2006. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností*. 2. vyd. Martin: Osveta. 802 s. ISBN 80-806-3202-2.
- LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktul. vyd. 352 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

- LUKÁŠ, Karel et al., 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-802-4731-483.
- MAŤEJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Galén. 233 s. ISBN 978-807-2626-205.
- MAUK, Kristine L., 2010. *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. 1. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett. 869 p. ISBN 978-0-7637-5580-5.
- MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II*. 1. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-247-1443-4.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 63 s. ISBN 80-7013-436-4.
- MÜHLPACHR, Pavel. 2005. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- NÉMETH, František et al., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 188 s, ISBN 987-80-8063-314-1.
- PEJZNOCHOVÁ, Irena. 2009. *Lokální ošetrovaní ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
- PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovateľství 2*. 1. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-3271-8.
- POKORNÁ, Andrea, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

- POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- POLICAR, Radek, 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. s. 223 s. ISBN 278-247-2358-7.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 333 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SOVOVÁ Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-1009-9.
- SÝKOROVÁ Dana a Oldřich CHYTIL, 2004. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. 323 s. ISBN 80-732-6026-3.
- ŠPITÁLNÍKOVÁ, Silvie, 2010, Léčba diabetu 1. typu. *Pacientské listy*, roč 59. č. 2, s. ISSN 1805-2355.
- TOPINKOVÁ, Eva, *Geriatricie pro praxi*, 2005. 1. vyd. Praha: Galén. 270 s. ISBN 978-807-2623-655.
- TRPIŠOVSKÁ Dobromila a Marie VACÍNOVÁ, 2006, *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 104 s. ISBN 80-7044-792-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolínium. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN: 978-80-247-1262-8.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
- VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. 2008. *Sestra a její dokumentace*. 1. Vyd. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
- VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTHOVÁ, J. HOLOUBKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. vyd. Praha: Grada 172 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- WORKMAN Barbara A. a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Sestra

Senior

Činnosti

Agentura domácí péče

Nemocnice

Domov pro seniory

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Geriatrické syndromy

Příloha 2: Záznamový arch 1-Záznam o činnostech

Příloha 3: Záznamový arch 2- Frekvence činností sester

Příloha 4: Záznamový arch 3- Časová náročnost činností sester

Příloha 5: Prezentace pro sestry

Příloha 1

1. afázie	20. dysfagie	37. křehkost (frailty)	53. sarkopenie
2. agitovanost	21. dyspepsie	38. malnutrice (kachexie)	54. self-neglect
3. amnézie	22. dysurie	39. obstipace	55. synkopy
4. anorexie	23. elder abuse (týrání a zanedbávání)	40. onychogrypóza	56. tinitus
5. apatie	24. hubnutí	41. Ortostatická hypotenze	57. třes
6. apraxie	25. hypobulimie	42. osamělost	58. umírání
7. aspirace potravy	26. hypomobylita	43. pády	59. únava
8. bolest (chronická)	27. hypotermie	44. paranoia	60. úrazy
9. bradykineze	28. imobilita	45. poruchy chůze	61. vyčerpanost (exhausce)
10. deficit androgenu-ADAM, PADAM	29. impotence (sexuální dysfunkce)	46. poruchy paměti	62. závislost na cizí pomoci
11. dehydratace	30. inaktivita	47. poruchy soběstačnosti	63. závratě
12. dekontence	31. inkontinence moči	48. presbyakuze a jiné poruchy sluchu	64. zmatenost
13. dekubity	32. inkontinence stolice	49. presbyopie a jiné poruchy zraku	65. zpomalení psychomotorického tempa
14. delirium	33. insomnie	50. průjmy	66. ztráta pocitu žízně
15. demence	34. instabilita	51. retence moči	67. ztráta smyslu života
16. deprese	35. kognitivní deficit	52. rigidita	68. ztráta životní radosti (anhedonie)
17. deprivace	36. kontraktury		
18. dezoientace			
19. Diogenův syndrom			

(Kalvach, 2008)

Příloha 2

Záznam O Činnostech

Záznamový list 1- Záznam o činnostech	
Zařízení:	
Datum:	
Počet hodin:	
Činnosti sestry	Záznam o činnosti
Zápis do ošetrovatelské dokumentace	
Aplikace i.m. injekce	
Aplikace s.c. injekce	
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera	
Odběr kapilární krve	
Odběr venózní krve	
Zavedení PMK u žen	
Ošetřování chronických ran	
Měření TK	
Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru	
Ošetřování kolonostomie	

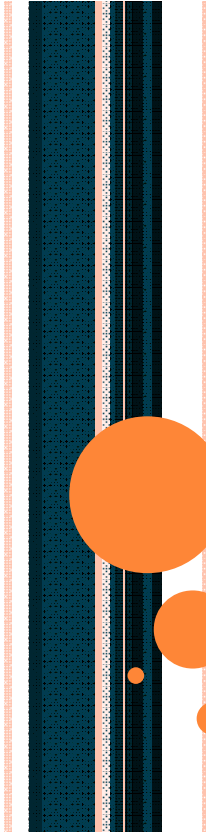
(Vlastní zdroj)

Příloha 4

Časové náměry

Záznamový list 3- Časové náměry								
Zařízení:								
Datum:								
Počet hodin provádění náměrů:								
Hodina měření	1	2	3	4	5	6	7	8
Činnost sestry								
Zapisování do ošetrovatelské dokumentace								
Aplikace i.m. injekce								
Aplikace s.c. injekce								
Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera								
Odběr kapilární krve								
Odběr venózní krve								
Rehabilitační ošetrovatelství								
Ošetrování chronických ran								
Měření krevního tlaku								
Ošetrování kolonostomie								

(Vlastní zdroj)



OŠETŘOVATELSKÉ ČINNOSTI V NEMOCNICI NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE, AGENTUŘE DOMÁCÍ PÉČE A DOMOVĚ PRO SENIORY

CHYBY PŘI VYKONÁVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH ČINNOSTÍ

- Špatné vyhledání místa vpichu při aplikaci intramuskulární injekce
- Špatná příprava pomůcek při odběrech krve aplikací injekcí
- Špatná technika měření krevního tlaku
- Nestřídání místa vpichu při odběrech kapilární krve



NEJČASTĚJI PROVÁDĚNÉ ČINNOSTI V AGENTUŘE DOMÁCÍ PÉČE

- Zápis do ošetrovatelské dokumentace 52x za 40 hodin
- Aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera 21 x za 40 hodin
- Zjištění hladiny cukru v krvi pomocí glukometru 17x za 40 hodin
- Měření krevního tlaku 16x za 40 hodin
- Rehabilitační ošetrovatelství 12 x za 40 hodin

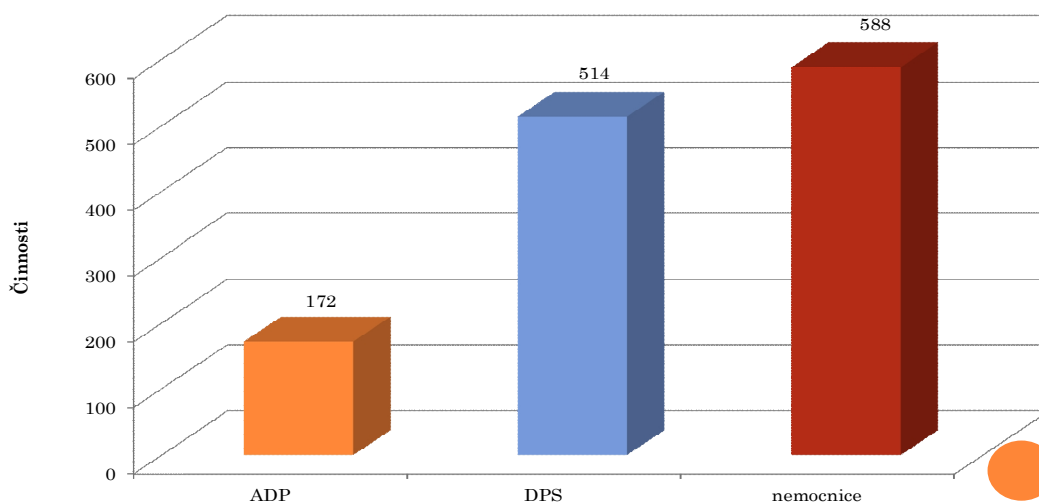
NEJČASTĚJI PROVÁDĚNÉ ČINNOSTI V DOMOVĚ PRO SENIORY

- Zápis do ošetrovatelské dokumentace 116x za 40 hodin
- Podávání léků per os 78x za 40 hodin
- Polohování 70x za 40hodin
- Úprava lůžka 44x za 40 hodin
- Ošetrování chronických ran 34x za 40 hodin

NEJČASTĚJI PROVÁDĚNÉ ČINNOSTI V NEMOCNICI NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

- Zápis do ošetrovatelské dokumentace 139x za 40 hodin
- Podávání léků per os 88x za 40 hodin
- Polohování 53x za 40 hodin
- Ošetrování chronických ran 32x za 40 hodin
- Měření TK a úprava lůžka 31x za 40 hodin

POROVNÁNÍ ČINNOSTÍ SESTER ZA 40 HODIN



ČASOVĚ NEJNÁROČNĚJŠÍ ČINNOSTI V AGENTUŘE DOMÁCÍ PÉČE

- Zápis do ošetrovatelské dokumentace zabere sestram celkem 310 minut za 40 hodin
- Ošetřování chronických ran zabere sestram celkem 192 minut za 40 hodin
- Ošetřování kolonostomie zabere sestram celkem 86 minut za 40 hodin

ČASOVĚ NEJNÁROČNĚJŠÍ ČINNOSTI V DOMOVĚ PRO SENIORY

- Ošetřování chronických ran zabere sestram celkem 319 minut za 40 hodin
- Zápis do ošetrovatelské dokumentace zabere sestram celkem 289 minut za 40 hodin
- Ošetřování kolonostomie zabere sestram celkem 78 minut za 40 hodin

ČASOVĚ NEJNÁROČNĚJŠÍ ČINNOSTI U SESTER V NEMOCNICI NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

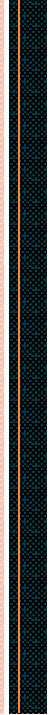

- Zápis do ošetrovatelské dokumentace zabere sestram 294 minut za 40 hodin
- Ošetřování chronických ran zabere sestram 218 minut za 40 hodin
- Odběr venózní krve zabere sestram 109 minut za 40 hodin

POROVNÁNÍ ČASOVÝCH NÁMĚRŮ ZA 40 HODIN



DISKUZE

- Možné otázky do diskuze
 - Proč si myslíte , že nejvíce času stráví sestry zápisem do ošetrovatelské dokumentace?
 - Mělo by se v tomto směru něco změnit?
 - Je vůbec důvod ke změně?
 - Jak by popřípadě změna měla vypadat?



(Vlastní zdroj)