



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Determinanty práce sester v Domovech pro seniory**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Daniela Kubalová

**Vedoucí práce:** Mgr. Lucie Havierníková Ph.D.

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Determinanty práce sester v Domovech pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 31. 7. 2021

.....

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí své bakalářské práce Mgr. Lucii Haviernikové Ph.D. za odborné vedení, výbornou spolupráci, trpělivost a cenné rady.

# Determinanty práce sester v Domovech pro seniory

## Abstrakt

Pracovní náplň sester v Domově pro seniory je velmi náročná a mnohem zodpovědnější než v nemocničních zařízeních. Sestra v pobytovém zařízení zastupuje lékaře, který zde není stále přítomen, a musí místo něj posoudit a rozhodnout o postupu při ošetřování seniorů. Takto náročná práce vyžaduje hodně znalostí a zkušeností. Sestra je ovlivňována různými determinanty, které mají vliv na její pracovní výkon.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit determinanty práce sester, které sestru ovlivňují v ošetrovatelské péči v Domovech pro seniory. Zaměřili jsme se na sestru, jakou ošetrovatelskou péči poskytuje seniorům, jaká je náplň její pracovní činnosti, jaké faktory ji nejvíce v této činnosti ovlivňují. Také jsme zjišťovali, jak ovlivňuje sestru péče o pacienty s demencí.

V teoretické části jsme popisovali, jakého vzdělání musí sestra dosáhnout, aby měla kompetence pro péči o seniory. Poté jsme zjišťovali, jaké jsou determinanty práce, které sestru ovlivňují při výkonu povolání, co je pro sestru motivací a zda dochází k syndromu vyhoření, (případně kdy). Dále pak, jaká péče je poskytována v Domově pro seniory, jakou pracovní roli sestra zastupuje a jak sestru ovlivňuje péče o seniory s demencí.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme použili kvalitativní metodu sběru dat. Polostrukturovaným rozhovorem jsme získávali informace od sester pracujících v daném Domově pro seniory na oddělení s volně se pohybujícími klienty a na oddělení se zvláštním režimem. Získaná data byla zpracována metodou kódování technikou tužka-papír.

Z výsledku rozhovorů vyplynulo, že většinu sester práce se seniory uspokojuje a naplňuje. Nevnímají problém ani v péči o klienty s nějakou formou demence, ba naopak. Jako nejvíce ovlivňující determinanty vnímají sestry pracovní kolektiv a prostředí, finanční ohodnocení a dostatek odpočinku. Nepocítují náznaky (známky) syndromu vyhoření, jen se cítí vyčerpané z důvodu nedostatku personálu, který poté vede k navýšení přesčasových hodin.

Získané výsledky z výzkumného šetření mapují determinanty práce sester v Domovech pro seniory. Tato zjištění mohou být určena pro vedení jednotlivých zařízení k dostatečné motivaci stávajících sester.

**Klíčová slova**

Demence; determinanty; ošetrovatelská péče; senior; sestra

## **Determinants of the work of nurses in Nursing homes**

### **Abstract**

The workload of nurses in the Home for the Elderly is very demanding and much more responsible than in hospital facilities. The nurse in the residential facility represents a doctor who is not always present here, she has to assess and decide on the procedure for treating seniors. Such demanding work requires a lot of knowledge and experience. The nurse is influenced by various determinants that affect her work performance.

The aim of the bachelor's thesis was to find out the determinants of the work of nurses that affect the nurse in nursing care in nursing homes. We focused on the nurse, what nursing care does she provide to seniors, what is the scope of her work activities, especially what factors influence her in this activity. We also looked at how the nurse affects the care of patients with dementia.

In the theoretical part, we described what education a nurse must achieve in order to have competencies for the care of the elderly. We also found out what are the determinants of work that affect the nurse in the performance of the profession, what is the motivation for the nurse and when the burnout syndrome occurs. What care is provided in the Home for the Elderly and what job role does the nurse represent. How a Setter Affects Care for Seniors with Dementia.

In the research part of the bachelor thesis we used a qualitative method of data collection. Through a semi-structured interview, we obtained information from nurses working in a given Home for the Elderly in a ward with free-moving clients and in a ward with a special regime. The obtained data were processed by the pencil-paper coding method.

The results of the interviews showed that most of the nurses are satisfied and fulfilling their work with seniors. They do not even perceive a problem in caring for clients with some form of dementia and vice versa. The most influential determinants are perceived by the work team and the environment, financial evaluation, enough rest. They do not feel any signs of burnout syndrome, they just feel exhausted due to a lack of staff, which increases overtime hours.

The results obtained from the research survey map the determinants of the work of nurses in nursing homes. These findings can be designed to guide individual facilities to sufficiently motivate existing nurses.

**Keywords**

Dementia; Determinants; Nursing Care; senior; sister

## OBSAH

ÚVOD.....	9
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1.1. Všeobecná sestra .....	10
1.1.1 Vzdělání sester .....	12
1.1.2 Role sestry v Domově pro seniory .....	13
1.1.3 Práce sestry v Domově pro seniory .....	14
1.2. Domovy pro seniory.....	14
1.2.1 Péče o seniory.....	15
1.2.2 Péče o klienta s demencí .....	17
1.2.3 Alzheimerova a Parkinsonova choroba.....	18
1.2.4 Specifikace komunikace s klientem s demencí .....	19
1.3. Determinanty práce sester .....	20
1.3.1 Pracovní prostředí a interpersonální vztahy .....	21
1.3.2 Pracovní motivace .....	21
1.3.3 Zátěž v práci .....	22
1.3.4 Syndrom vyhoření .....	23
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	25
2.1 Cíle práce .....	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
3. OPERACIONALIZACE POJMŮ .....	26
4. METODIKA .....	27
4. 1 Použité metody.....	27
4.2 Charakteristika výzkumného souboru sester.....	27
5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	30
5.1 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů sester.....	30
6. DISKUZE .....	36
7. ZÁVĚR .....	42
8. SEZNAM LITERATURY .....	44
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	49
10. SEZNAM ZKRATEK.....	51



## ÚVOD

Tématem této bakalářské práce jsou „Determinanty práce sester v Domovech pro seniory“. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, zjišťování, jakými determinanty, je všeobecná sestra (dále jen sestra) ovlivněna ve své práci. Čím je sestra motivována k pracovním výkonům. Jak je ovlivňována práce sester při péči o seniory, kteří trpí určitou formou demence.

Domov pro seniory je určen osobám, které potřebují trvalou pomoc druhé osoby z důvodu snížené soběstačnosti. Je zde poskytována služba sociální péče, která má za cíl osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je umožnit v co největší míře zapojení do běžného života; v případě, že to vyžaduje jejich zdravotní stav, domov pro seniory zajistí důstojné prostředí a zacházení. Všeobecná sestra se mimo ošetrovatelské péče podílí ve spolupráci s lékařem na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Aby mohla sestra práci v sociálních pobytových službách vykonávat dobře, musí mít dostatek odborných zdravotnických a ošetrovatelských znalostí, podrobnou orientaci v problematice geriatrického ošetrovatelství a gerontologie, psychologie, komunikace, podpůrných terapeutických metod a aktivizačních postupů vhodných pro seniory. Práce sester v domovech pro seniory se jeví daleko náročnější a odpovědnější než v nemocničním zařízení.

V první části bakalářské práce se věnujeme všeobecné sestře, její práci a specifikum v péči o klienty v domově pro seniory, dále determinantům, které tuto práci ovlivňují. A klientům domova pro seniory V druhé části je naším cílem zjistit determinanty práce sester, které ovlivňují sestru v ošetrovatelské péči v Domově pro seniory, a Domově se zvláštním režimem. Zaměřila jsme se na sestru a její pracovní náplň, dále na faktory, které její práci ovlivňují, a na ošetrovatelskou péči která je poskytována seniorům a klientům s demencí.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1. Všeobecná sestra

Ošetřovatelství muselo projít několika etapami vývoje, než se dostala profese na vyspělou úroveň, aby vznikla pozice všeobecné sestry. V začátcích si sestry nejdříve zkušenosti jen předávali z generace na generaci. Péče se prováděla v tak zvaných Hospitálech, které se postupně od poloviny 19. století začali diferencovat na Chudobince. Sem postupně pronikala racionální medicína a postupně začínala lékařská činnost a medicínské poznání. Zde začíná novodobá profese sestry (Plevová, 2011). V moderním ošetřovatelství je za zakladatelku považována Florence Nightingaleová, otevřela cestu k odbornosti, vzdělání, vědě a umění povolání. V povolání sestry došlo během historického vývoje k mnoha změnám nejen v úrovni vzdělání, roli sestry, kompetencích, ale i odborné způsobilosti (Hanzlíková, 2011). S tím souhlasí i Plevová (2011), která napsala, že povolání sestry ve velmi krátké době prodělalo velké změny. Významně se na rozvoji ošetřovatelství podílela Florence Nightingaleová a již za její ošetřovatelské činnosti byl kladen důraz na technickou stránku. Kutnohorská (2010) ještě k historii doplňuje, že s pečovatelskou a ošetřovatelskou rolí byla dříve spojována žena. Jejich postavení bylo až do roku 1948 spojováno s charitativní péčí a v roli pečovatele byli řádové sestry, díky nim se civilní ošetřovatelky oslovovali i nadále „sestro“. Postavení a role sester se za posledních desítek let výrazně změnilo.

V současné době musí mít všeobecná sestra odbornou a zdravotní způsobilost, být způsobilá k právním úkonům a být bezúhonná. Všeobecná sestra je nelékařský zdravotnický pracovník, a je podřízena vedoucí sestře a vedoucímu zařízení. Spolupracuje s celým týmem. Provádí odbornou zdravotní a ošetřovatelskou péči o seniora. Samozřejmostí je, že dodržuje platné zákony, normy a hygienické předpisy. Zná fyziologii a anatomii lidského těla a specifické změny ve stáří. Musí mít o svůj obor zájem, proto se průběžně vzdělává a plní úkoly, které má stanovené. Je cílevědomá, svědomitá a důsledná. Součástí její práce je vedení ošetřovatelské dokumentace, sledování příjmu potravy a tekutin seniorů a znalost paliativní péče (Malíková, 2011). Podle Národní soustavy povolání, vypadá charakteristika sestry v současnosti takto: *„Všeobecná sestra poskytuje ošetřovatelskou péči, jejímž cílem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických*

*a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin. Dále se ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní a neodkladné nebo dispenzární péči. Uplatnění všeobecné sestry je v mnoha specializovaných oborech nemocniční i primární péče, dále v domácí a hospicové péči“ (MPSV, 2017). Všeobecná sestra poskytuje odbornou pomoc nemocnému i zdravému člověku, cílem ošetřování je přispět a udržet, navrátit zdraví, zajistit klidné umírání. Uspokojovat biopsychosociální potřeby, které může onemocnění změnit. [PowerPoint Presentation \(muni.cz\)](#)*

Dostálová (2016) uvádí různé motivy k povolání sestry. Rozděluje je na pozitivní, kam řadí, své přesvědčení o významu této práce, zájem se vzdělávat v tomto oboru nebo si doplňovat specializace. Zařazuje sem také velmi dobré komunikační schopnosti. Převážně pozitivní jsou jako druhý motiv a patří sem stabilní zaměstnání, nápodoba v rodině, či nemoc někoho blízkého. Třetí motiv je problematický, spadá do něho volba zaměstnání podle kamarádek, studium dle předmětů, ale také syndrom pomáhajícího. Negativní motiv je jako poslední a tam řadí touhu po moci, někoho ovládat, manipulovat s ním, nebo pouze touha po titulu a diplomu. Oproti Dostálové, Kutnohorská (2010) uvádí motivy k povolání sestry pouze pozitivně. Sestru vidí jako reprezentantku ošetrovatelské profese, která může být právem hrdá na své povolání. Tento pocit může navyšovat i historickými znalostmi oboru, co vše sestry dokázali v minulosti i dnes, ale i tím, jak své povolání těžko prosazovali. Také tvrdí, že povolání sestry je jedno z těch krásných, ale zároveň také velmi náročných jak fyzicky, tak psychicky. Sestra by měla mít dostatek vědomostí, měla by umět dostatečně komunikovat a její velkou předností je být empatická, je nazýváno etickým uměním a každá sestra na něj může být právem hrdá. Plevová (2011) Kutnohorskou ještě doplňuje, že náplní ošetrovatelství je být nápomocen lidem, být moudrý a poskytovat lidem dostatek lásky. Dále uvádí, že požadavky na ošetrovatelskou péči se neustále zvyšují. Bártlová (2002) zase upozorňuje, že role sestry je spojena s určitým chováním, které souvisí s postavením člověka ve společnosti.

### **1.1.1 Vzdělání sester**

Pro kvalifikaci a vzdělávání sester byla radou Evropy vypracována základní směrnice. Od roku 1989 bylo doporučeno, aby se sestry vzdělávaly na vysokoškolské úrovni a tím se od roku 2004/2005 začali sestry kvalifikačně vzdělávat na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách či univerzitách podle příslušných směrnic. Již zmíněný zákon č.96/2004 sb., o získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání k poskytování zdravotní péče, který podmiňuje jak pregraduální, tak postgraduální vzdělávání sester. Tento zákon poukazuje na velmi důležitou změnu ve vymezení výkonu zdravotnického povolání, které je rozděleno na výkon bez přímého vedení nebo odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením (Plevová, 2011). Podobně se vyjadřuje Malíková (2011), která upřesňuje, že odbornou způsobilostí v případě zdravotní sestry je podle zákona myšleno buď vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, nebo vyšší odborné vzdělání na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaná sestra. Náplní práce zdravotní sestry je primárně poskytování ošetrovatelské péče. Podle Proškové in Vévoda (2013), by dnešní sestra měla být vzdělaná a poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči podle regulovaných činností, u nichž právní předpisy určují, kdo, kde a za jakých podmínek ji vykonává. Uvádí také, že povolání sestry je regulováno specifickým zákonem č.96/2004 sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který stanovuje, jaké osoby na území České republiky můžeme považovat za všeobecné sestry. Po absolvování střední zdravotnické školy je způsobilost pouze jako praktická sestra, můžeme je považovat za sestry druhé úrovně. Odborná způsobilost všeobecné sestry se na území České republiky získává absolvováním zdravotnických akreditovaných oborů vysokých škol a oborů vyšších zdravotnických škol. Dnem 1. září 2017 byl zákon č.96/2004 sb. pozměněn zákonem č.201/2017 sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. Tento zákon mimo jiné ruší povolání Zdravotnického asistenta a mění ho na titul Praktická sestra (Zákon č. 201/2017 Sb.). Plevová (2018) upozorňuje, že ošetrovatelství muselo projít několika etapami vývoje, než se dostala profese na vyspělou úroveň, aby vznikla pozice všeobecné sestry a Kutnohorská (2010) dodává, že zdravotnické povolání je v dnešní době velmi psychicky i odborně náročné, proto jsou budoucí zdravotničtí pracovníci vzdělávání v bakalářských a magisterských studijních oborech.

### ***1.1.2 Role sestry v Domově pro seniory***

Definice specifických rolí, každé profese je definována v legislativních normách, dané pro každou zemi. Samotné povolání sestry prodělalo během krátké doby velké změny, od formování ošetrovatelství až po profesionální činnost v ošetrování nemocných. Úloha sester se výrazně změnila z ošetrovatelek/sester a pomocnic lékaře přes jeho asistentku až po samostatnou profesi s přesně definovanými kompetencemi a zodpovědností. Každá zdravotní sestra by se měla držet Etickým kodexem sester, který v úvodu říká „*Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti*“ (Kutnohorská, 2010, str. 154). Kutnohorská (2009) vidí, profese sestry v několika rolích. Ve své práci se uplatňuje jako ošetrovatelka, komunikátora a advokátka klienta a na pozici zdravotně výchovného působení je edukátorkou, poradkyní. Stává se nositelkou změn, působí v manažerské pozici i jako výzkumný pracovník. Podobně se vyjadřuje i Plevová (2018), která uvádí šest rolí sester. Pečovatelka – plánuje, řeší a poskytuje ošetrovatelskou péči u klienta, výzkumnice – získává nejnovější informace ze svého oboru, asistentka – spolupracuje s lékaři, kterým asistuje při diagnostice a následné terapeutické léčbě, koordinátorka – plánuje ošetrovatelskou péči u klienta a dohlíží na její rehabilitaci, obhájkyně a edukátorka – učí klienty, jak se chovat ke svému onemocnění. Všechny role jsou navzájem propojeny a jsou stejně důležité. Malíková (2020) k rolím sestry ještě podotýká, že tyto role jsou v domovech pro seniory nezastupitelné z pohledu komplexnosti poskytovaných služeb. Dále uvádí, že sestry v pobytových zařízeních mají práci mnohem náročnější a zodpovědnější, protože se musejí spoléhat sami na sebe, oproti sestřám, které poskytují péči ve zdravotnických zařízeních. Sestry hrají klíčovou roli v bezpečnostních opatřeních týkajících se seniora (Dupree, 2014). Jako hlavní příčinu uvádí nepřítomnost lékaře 24 hodin. Z nepřítomnosti lékaře vyplývá, že sestra je nucena samostatně rozhodovat při změně zdravotního stavu klienta a za vše má veškerou zodpovědnost. Velmi důležité jsou pro ni, zkušenosti a vědomosti. Dalším problémem je například nedostupnost laboratorního vyšetření, které bez indikace lékaře je nemožné (Malíková, 2020). Sestra seniora za každé situace podporuje v co možná nejvyšší míře nezávislosti a pravidelně předává informace lékaři (Cress, 2012). Na další důležité role sester jako role sestry v managementu a edukační rovině v základní péči v pobytových službách upozorňuje Procházková (2019) a také poukazuje na důležitost pozice sestry v týmu pečujících

v sociálním zařízení, kdy sestra vyvažuje kvalitu sociální péče v rovině poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče.

### ***1.1.3 Práce sestry v Domově pro seniory***

Práce sester v DpS se jeví daleko náročnější a odpovědnější než v nemocnici, kde sestra pracuje společně s lékaři, kteří jsou v případě potřeby ihned k dispozici. V domově pro seniory není lékař přítomen trvale, v případě jakékoliv změny zdravotního stavu klienta musí sestra sama rozhodnout o nejvhodnějším postupu řešení náhle vzniklé situace. Sestra má své kompetence, jejichž náplní není sdělování diagnózy a prognózy, ale může doplnit či pomoci objasnit informace sdělené lékařem, informace týkající se podávání léčiv či postup jednotlivých ošetrovatelských úkonů (Burkhardt, 2008). Při práci sestry v domově pro seniory velmi záleží na osobnosti sestry, která nese zodpovědnost nejen za klienty, za svá rozhodnutí, ale také za chod celého zařízení v době nepřítomnosti nadřízených pracovníků. Je proto velmi důležité, aby byla sestra pracující v DpS silnou a vyrovnanou osobností po stránce psychické a fyzické, zároveň je nutné, aby oplývala také vyzrálostí sociální (Burgetová, 2013). Od sestry v domově pro seniory se očekává provádění zdravotnických kvalifikovaných výkonů, podávání léků, aplikace injekcí, odebírání krve, sledování zdravotního stavu klienta a současně změn v soběstačnosti. Současně musí být sestry schopné samostatného a předběžné posuzování zdravotního stavu u klientů v terminálních stavech, také poukazují na důležitost sestry ve vedení zdravotní dokumentace, a v případě nedostatku méně kvalifikovaných pracovníků nebo pečovatелů zajišťování hygienických potřeb klienta (Musil et al., 2006).

### ***1.2 Domov pro seniory***

Domov pro seniory pod zkratkou „DpS“ je jedním ze zařízení sociálních služeb. Poskytovatel sociálních služeb zde uzavírá smlouvu s uživatelem na tom je postaven systém sociálních služeb (Dvořáčková, 2012). Domov je s pobytovou službou s celoročním provozem je určen pro seniory se sníženou soběstačností s potřebou pravidelné pomoci a komplexní péči. Domovi jsou určeny především pro osoby, které se vzhledem k tomu nemoci se o sebe postarat nemohou nadále setrvávat ve svém

přirozeném sociálním prostředí. Můžeme sem zařadit i Domovy se zvláštním režimem jedná se o další pobytovou službu s celoročním provozem. Je obdobná jako Domovy pro seniory. Odlišnost tohoto zařízení je v tom, že je to pro osoby s duševními nemocemi, které zohledňují jejich zvláštní potřeby. Řada pobytových sociálních zařízení má lůžkovou kapacitu vyčleněnou část pro domov pro seniory a část pro domov se zvláštním režimem. Tak v jednom pobytovém zařízení jsou k dispozici dva druhy pobytových služeb (Malíková, 2011). Gullová (2011) ještě dodává, že do života sociálně znevýhodněných skupin je v rámci sociální práce prakticky aplikována proto, aby prostřednictvím aktivity nebo služby pomáhala klientům, aby byli schopni si pomoci sami.

Domovy pro seniory zahrnují poskytování ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně a zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, nebo poskytnutí podmínek, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zajištění aktivizačních a sociálně terapeutických činností, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon 108/2006 Sb.) Jako další povinnost domova pro seniory je zajistit zdravotní péči dle zákona č. 108/2006 Sb. upozorňuje (Malíková, 2011). Dále upřesňuje, že tato péče je většinou poskytována zvláštní ambulantní péčí, kterou vykonává praktický lékař jako zaměstnanec zařízení. Domovy také spolupracují s jinými odbornými lékaři jako psychiatry a ostatními klinickými pracovníky jako fyzioterapeuty, ergoterapeuty a všeobecnými sestrami na základě smluvního vztahu. Ošetřovatelská a rehabilitační péče je poskytována na základě indikace ošetřujícího lékaře.

### ***1.2.1 Péče o seniory***

Péčí a problematikou seniorského věku se zabývá obor gerontologie, je to věda o stárnutí a stáří (Malíková, 2011). „Název je odvozen od řeckého slova gerón, což je starý člověk a logos-nauka. Zahrnuje tři oblasti. Jedna je experimentální gerontologie, která studuje proces stárnutí buněk a organismů, další je sociální s cílem udržení praktické soběstačnosti starých lidí a klinická, která se zabývá nemocemi ve stáří, bývá též nazývána geriatrií“ (Haškovcová 2006, s. 9) „Nová gerontologie“ jejímž cílem není jen se zabývat degenerativními onemocněními ve stáří, ale především

*základními fyziologickými, mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince“ (Weber, 2000, s. 11).*

Ve vyšším věku je organismus vystaven mnoho změnám, nelze se jim vyhnout. Nástup je rozdílný a projevuje se individuálně, záleží na životním stylu a genetické dispozici. Je těmito změnami ovlivněn a souvisejí spolu (Mlýnková, 2011). Stáří nemusí úplně nezbytně znamenat nemoc, nesoběstačnost a odkázání na druhou osobu, pravdou ale je, že u větší části seniorů tomu tak je. Haškovcová (2012) označuje seniory za křehké pacienty, upozorňuje, že onemocnění, které seniory postihují, bývají současně sdruženy s jinými onemocněními a mají i různé zvláštnosti. Těmito onemocněními se věnují geriatři, kteří jsou odborníky na péči o seniory. Péče o seniory musí být organizačně dobře a kvalitně zajištěná, musí být odborná, profesionální a bezpečná. Také zmiňuje, že komunikace se seniory je velmi komplikovaná, ať již z důvodu špatných komunikačních schopností pacienta, tak i malá ochota personálu přizpůsobit komunikaci seniorovi. Dvořáčková (2012) uvádí, že v dnešní době je kladen důraz na tradiční pojetí péče o seniory, kdy se rodiny snaží zajistit péči o seniora v domácím prostředí. V případech, kdy to rodina nezvládá a neformální péče již není dostačující, nastupuje péče formální. Pokud je to možné, i formální péče se snaží o podporu seniora v přirozeném prostředí. Když je senior nesoběstačný na tolik, že ve svém prostředí nemůže zůstat, je možnost využít pobytové služby S Dvořáčkovou souhlasí i (Zavázalová, 2007), která uvádí, že skoro pětina osob upřednostňuje pečovatelské služby v domácím prostředí a postupně s věkem a ztrátou soběstačnosti teprve stoupá zájem o domovy důchodců. Zahraniční odborná literatura uvádí, že pouze několik studií zkoumalo účinky seniorského bydlení na konkrétní výsledky zdravotní péče, jako je snížený počet: hospitalizací, naléhavých návštěv a pobytu v pečovatelském domě mezi staršími se středními a nízkými příjmy (Spillman, Biess, & MacDonald, 2012).

Již zmiňovanou pobytovou službou zaměřenou na poskytování péče o seniory je i domov důchodců, který je určený jedincům se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, vyžadujících pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a zajištění zdravotní péče upozorňuje (Malíková, 2011) a dále upřesňuje, že tato péče je většinou poskytována zvláštní ambulantní péčí, kterou vykonává praktický lékař jako zaměstnanec zařízení. Domovy také spolupracují s jinými odbornými lékaři a ostatními klinickými pracovníky jako fyzioterapeuty, ergoterapeuty a všeobecnými



sestrami na základě smluvního vztahu. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je poskytována na základě indikace ošetřujícího lékaře. Malíkovou doplňuje Kalvach et al. (2011), který píše, že Domovy seniorů také poskytují sociální péči, kterou zajišťují pracovníci v sociálních službách a dělí ji na základní, která je poskytována zdarma, tedy v rámci měsíčního paušálu a fakultativní, kterou si klient hradí sám. Malíková (2011) ještě dodává, že z kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků pracují v domovech pro seniory vrchní sestry či vedoucí ošetrovatelské péče, všeobecné sestry, fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Co se týká ošetrovatelské péče o seniory, Šamanová et al. (2011) zdůrazňuje, že musí být zaměřena na naplnění všech primárních i sekundárních potřeb, a to v plném rozsahu tak, jak je senior prezentuje a akceptuje. Vždy je velmi dobré, pokud je současně možná i spolupráce s rodinou seniora. Základní a velmi důležitou složkou péče o seniory je komunikace a správná informovanost. Díky správné komunikaci a informovanosti zbavujeme seniora strachu a nejistoty. Další neméně důležitou součástí ošetrovatelské péče o seniory je respektování autonomie člověka, která umožňuje seniorovi zachování schopnosti vést život podle svého.

### ***1.2.2 Péče o klienta s demencí***

Termín demence vznikl spojením dvou latinských slov a to *de-bez mens*-mysl což doslovně znamená bez mysli (Vavrušová, 2012). Pidrman (2007) zase demenci charakterizuje jako syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku. Má zásadní vliv na život pacienta a na další jeho funkce. Vnímáme ji jako získanou poruchu kognitivních funkcí, jsou různé příznaky, dochází ke zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti, dále také k narušení abstraktního myšlení, soudnosti, ostatních kognitivních funkcí a ke změně osobnosti. Tyto změny jsou podle Duška a Večeřové – Procházkové (2015) doprovázeny výskytem ostatních psychopatologických projevů. Jak je postižena mozková hmota dochází k pozvolnému rozvíjení syndromu. K rychlému rozvoji syndromu dochází při náhlém poškození mozku. S nárůstem počtu seniorů přibývá také více klientů nemocných syndromem demence. Starost o klienta s poruchami paměti, orientace, pozornosti, učení a zachování vědomí je velmi složitá (Fertal'ová, Ondriová, 2020). A podle Pidrmana (2007) je pro vhodnou léčbu demence velmi důležitá diagnostika a až potom následně určit etiologii. Podle příčiny můžeme demence dělit do dvou skupin na ty, které mají podklad atroficko-degenerativní proces mozku

a symptomatické (sekundární), které mají podklad celkové onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek (Jiráček, Holmerová et.al., 2009).

Jak se mění osobnost člověka s demencí v průběhu nemoci natolik, že postupně dojde až celkovému úpadku a dezintegraci. Některé osobnostní rysy se mohou na počátku vyhranovat. Příkladem je, že šetrný člověk se stává lakomým, extrovert se může stát vlezlým a dotěrným. Postupně se pro nemocné stávají základní a běžné sociální situace nesrozumitelné. Je pro ně obtížné a nepochopitelné respektovat běžné normy chování a dochází ke ztrátě návyků. Vytrácí se schopnost empatie, stávají se sobeckými, bezohlednými a hrubými. Také se stávají, nesnášenlivými, konfliktními až agresivními. Vymizí u nich pocity viny a později mizí i pocity studu. Zanedbávají vlastní hygienu a nedbají o čistotu. Demence může dojít až do fáze postižení frontálního laloku a poté dojde ke ztrátě sebekontroly a tyto nemocní pak ve svém chování nemají žádné zábrany a ani vzhled na to, zda jejich projevy jsou vhodné či nevhodné, takže se např. obnažují na veřejnosti, obtěžují personál nebo močí na podlahu (Vágnerová, 2008)

Vzhledem k velké závislosti osob s kognitivními poruchami na svém prostředí, má každé setkání s pracovníkem velký vliv na to, jak se bude klient chovat nebo cítit. Základním principem úspěšné péče je navázání vztahu s klientem, ve kterém hraje hlavní roli důvěra. *Podle Zgoly (2003 s. 86) „to nejdůležitější, co může pečovatel osobě s kognitivní poruchou nabídnout, je pocit, že zvládá své věci.“ Pokud klient pracovníkovi nedůvěřuje, cítí se sám a zranitelný. Může potom odmítat jakoukoliv péči, obviňovat personál nebo chtít odejít pryč. Zgola (2003, s. 86) upozorňuje na to, že „problematiké chování je vlastně často výsledkem hledání bezpečí, identity, moci a smysluplné činnosti.“ Fyzické prostředí může v některých případech problematickému jednání zabránit, a to tím, že zajistíme bezpečí (emocionální i fyzické), budeme správně reflektovat identitu jedince a podporovat jeho sebevědomí a nabízet příležitosti k smysluplným činnostem a k nezávislosti.*

### ***1.2.3 Alzheimerova a Parkinsonova choroba***

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující forma demence, řadí se mezi první pětici nejčastějších příčin úmrtí. Je to závažné progresivní a ireverzibilní

neurodegenerativní onemocnění zasahující do života i celé klientovo rodiny. Onemocnění je v počátku pomalé nenápadné a prvních příznaků si všimne spíše okolí nežli sám klient. Onemocnění patří mezi infaustní, včasnou diagnostikou a následně léčbou je možné průběh onemocnění zpomalit a udržet klienta v lehčí formě demence (Zvěřová,2017). Doposud nebylo zjištěno, z jakého důvodu se u někoho tato demence projeví. Až po smrti nemocného se zjistí definitivní onemocnění. K diagnostice Alzheimerovi demence může dojít v jakémkoliv věku, u osob mezi 30 a 60 rokem věku dochází k rannému nástupu, pozdní je u osob nad 60 let věku. Pro klidnější život všech, je lepší přiznat si onemocnění a naplánovat si budoucnost, to zajistí nemocnému, že jeho životní potřeby budou respektovány (Callone, Kudlaček et.al.,2008). Parkinsonova choroba je chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění mozku. Základním podkladem pro vznik Parkinsonovy nemoci je nedostatek dopaminu. Dopamin je látka, která funguje jako přenašeč nervových vzruchů a která se tvoří ve středním mozku, v tzv. černém jádru zvaném substantia nigra. Odtud je dopamin pomocí nervových vláken transportován do struktur bazálních ganglií. Důvodem nedostatku dopaminu je odumírání buněk, které mají za úkol dopamin vyrábět. (Roth et al., 2009).

#### ***1.2.4 Specifika komunikace s klientem s demencí***

Bez neurologických a psychiatrických onemocnění dochází v mozku k normálnímu stárnutí. U demence dochází k vyřazení některých kognitivních funkcí. Volíme vhodný přístup s ohledem na projevy stupně demence. Silné emoční zážitky jsou uloženy jako vzpomínka hluboko v paměti a stále se přehrávají. Klientovo chování se může měnit nám z neznámého důvodu je to způsobeno tím, že podobná životní situace může vyvolat určitou emoci, kterou již jednou prožil. Nějakou známou činností, zvukem, vůní může být probuzena uložená informace. Při počínající demenci se snažíme klienta vrátit pomalými kroky zpět do reality tím, že mu sdělíme skutečnost. Snažíme se v klientovi uchovat informace o něm samém, prostředí, kde se nalézá a o lidech se kterými žije. Snažíme se mu udržet pojem o místě, čase, situaci a procvičujeme krátkodobou paměť. Využíváme různých pomůcek jako je nástěnka na, které má klient datum, den v týdnu, rok, roční období a aktuální události. U pokročilé demence nikdy klientovi nevyvracíme prožitky ze života (Kleťetová, Dlabalová, 2008). Podle Malíkové (2011)

je v komunikaci s gerontologickým klientem několik možností. Reminiscence je technika zaměřená na vyvolávání vzpomínek a jejich rozvoj. Využívá se především u klientů s demencí, ale je i prospěšná pro klienty imobilní, dlouhodobě ležící a nesoběstačné. Klient by měl mít zachovalé kognitivní funkce, aby se u něho dala vybavit minulost a jeho zážitky. Validační terapie se využívá hlavně u klientů s demencí. Je to validace-hodnocení, potvrzení platnosti. Metodu vypracovala sociální pracovnice Naomi Feilová na základě svých zkušeností. Chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených a nezpracovaných emočních prožitcích a situacích z minulosti z toho vychází podstata validační terapie.

### ***1.3 Determinanty práce sester***

Zdravotnické povolání klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost. Neustálé zrychlování biomedicínského, farmaceutického a lékařského výzkumu přináší nové medicínské technologie a následně se tak péče o pacienty a jejich potřeby stává stále složitější. Je proto logické, že i na sestry jako na poskytovatelky ošetrovatelské péče jsou kladeny čím dál tím vyšší nároky. A to nejen na osobnostní rysy, ale zejména na profesní přípravu a v dnešní době i na soustavné zdokonalování (Zacharová, 2007). S tím souhlasí i Vévoda (2013) a poukazuje na to, že povolání sestry je v dnešní době velmi náročné a je ovlivňováno velkým množstvím faktorů, podnětů, činitelů takzvaných determinantů. Některé determinanty působí kladně jiné záporně. Determinanty práce sester ovlivňují pracovní proces a jeho výsledky. Řadí se tam činitelé, co sestru ovlivňují v její práci, její výkon, nasazení, vztah k práci. Práce sester je ovlivněna pracovní spokojeností, jejich motivací, podstatnou roli hraje také organizační struktura různých oddělení, kvalitní komunikace a týmová spolupráce. Pro odvedení kvalitní péče je také nezbytné zajistit zdravé a bezpečné pracovní prostředí. Zacharová (2007) ještě dodává, že v reálu znamená sesterská práce především fyzickou zátěž při manipulaci s imobilními nemocnými, práci s moderní technikou, bezchybně vedenou ošetrovatelskou dokumentací, empatický a trpělivý přístup a jednání s nemocnými a zajištění příjemné a především bezpečné prostředí pro péči. Sestra musí být schopna naplňovat mnoho dílčích rolí v komplikovaném pracovním prostředí a zároveň ve svém rodinném prostředí.

### ***1.3.1 Pracovní prostředí a interpersonální vztahy***

Pracovní prostředí Venglářová (2011) definuje jako lidi kolem nás, nadřízení, kolegové ovlivňuje nás tempo práce a její organizace, vzhled a uzpůsobení prostor. Venglářovou upřesňuje Nakládalová (2013), která charakterizuje ideální pracovní prostředí. Tvrdí, že ideální pracovní prostředí je místo, kde se sestra cítí bezpečně. Kde sestře nehrozí žádné poškození zdraví, tedy nedochází k poruše pohody tělesné, duševní a sociální, ale naopak tuto pohodu podporuje. Ideální bezpečné pracovní prostředí pro sestry je nejen základem pro jejich pracovní spokojenost, ale i spokojenost jejich spolupracovníků a klientů. Důležité je také dodržování bezpečnosti a ochrany zdraví, kdy pojetí bezpečnosti a ochrany zdraví (BOZP) při práci plně odpovídá Usnesení vlády ČR č.475 z r. 2003, kde se uvádí *„Péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci přispívá ke zvyšování kvality života, udržení pracovní schopnosti pracovníků, pohody při práci, k sociální a právní ochraně zaměstnanců i dalších osob, které se účastní a podílejí na pracovním procesu, např. formou poskytování služeb, případně mohou být pracovním procesem ovlivněni. Usiluje přitom o omezení všech negativních aspektů souvisejících s prací, včetně stresu, mobbingu, obtěžování, nerovného zacházení na pracovišti, dětské práce atd. se záměrem naplnit pojem zdraví jako stav fyzické, psychické a sociální pohody člověka“* Do pracovního prostředí se může zařadit i pracovní kolektiv, který je pro pracovní nasazení a výkon také dost důležitý. Bez týmové spolupráce není možná kvalita současné zdravotní péče (Bártlová, 2002). S tím se ztotožňuje i Křivohlavý (2010), který uvádí, že při průzkumu, kdy se sestry ptali na to, co jim přináší v současnosti v životě radost, klid a pohodu v zaměstnání byla na prvním místě nejčastější odpověď dobrý kolektiv, dobrá atmosféra na pracovišti, že je jejich práce dobře odvedená a také oceněná hlavně nadřízenými, ale i kolektivem.

### ***1.3.2 Pracovní motivace***

Důležitým faktorem úspěchu je chápána v současnosti motivace, lidově ji chápeme jako ochotu něco dělat. Někdo je opravdu uspokojen finanční odměnou, pro jiného je větší motivace harmonické vztahy na pracovišti, i když finance jsou pro něho také důležitou odměnou za jeho odvedenou práci (Hekelová, 2012). Důležitost být dobře sám motivovaný a motivovat druhé k vyšším výkonům uvádí Vévoda (2013), který vidí motivaci jako jeden z hlavních úkolů vedoucích pracovníků. Upozorňuje také na určité

faktory, které se dají označit za příčiny, kdy sestry odcházejí ze zaměstnání. V první řadě je to stres, který vzniká náročností práce, dále je to směnný provoz, řadíme sem i finanční ohodnocení, mít více možností postupu a v neposlední řadě čas věnovat se rodinně. Podle Hekelové (2012) má motivace základní dělení, a to na finanční motivaci, která je jednou z klíčových motivací k rozlišení mezi nadprůměrnými a podprůměrnými pracovními výkony. Dále nefinanční motivace, která je daleko důležitější než finanční motivace a bývá často opomíjena a podceňována. Patří sem pochvala v pracovním výkonu, která působí jako zpětná vazba na pracovní výkon a jako motivační nástroj. Něco více je uznání a ocenění to patří těm, kteří si to zaslouží a je potřeba to dávat dlouhodobě najevo. Další je vnitřní motivace, která je podle Tomana (2010) definována jako „nespokojenost se současným stavem a spojená s aktivním odstraňováním příčin nespokojenosti“. Toman také uvádí, že lidé, kteří mají dostatek vnitřní motivace, jsou aktivnější v životě a snaží se dosáhnout svých cílů. A jako poslední je vnější motivace, kterou Hekelová (2012) charakterizuje jako protipól vnitřní motivace, kdy dochází k minimálnímu uspokojení vyšších potřeb.

### ***1.3.3 Zátěž v práci***

Každá práce obnáší určitou zátěž, rizikovým faktorem práce sester je hlavně psychická zátěž. Ta při dlouhodobém působení může vyústit v poruchy zdraví, jako jsou některá psychosomatická onemocnění nebo poruchy mentálního zdraví. Provádí se různá hodnocení psychické pracovní zátěže. Některé faktory práce jsou jednoznačně spojeny s psychickou pracovní zátěží. Jde zejména o přetížení, ale i nevytížení, vysoká náročnost práce, kdy si sami nemůžeme kontrolovat svou práci, časový tlak, monotonii, vnučené pracovní tempo, konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti, vysoká odpovědnost, směňová a trvalá noční práce, riziko ohrožení zdraví vlastního nebo jiných osob, dlouhodobá sociální izolace (Šváblová, 2012). Vévoda (2013) dodává, že k zátěži fyzické dochází většinou u sester, které pracují na lůžkové části oddělení. Záleží na druhu oddělení, skladbě pacientů a jejich zdravotním stavu. Fyzickou zátěž způsobuje zejména manipulace s pacientem v rámci léčebné a ošetrovatelské péče. Na psychickou zátěž sester poukazuje Marková (2010), která již v roce 2010 například upozorňovala, že připravit sestry na praxi, a ne pouze na teorii, je velice důležité. Jako příklad uvádí setkání se smrtí v profesním životě a umět si nastavit správnou míru

optimálního odstupu. Zároveň potvrzuje, že tu má každý zdravotník jiné hranice. Důležité je umět prožít smutek, což je normální reakce na ztrátu. I mezi profesionály smutek prožívá každý jinak a jinou intenzitou. Je důležité si jako sestra uvědomit, pokud si smutek dovolíme, nesmí nás ochromit, naopak je to předpoklad nabrat nové síly. Prožitý smutek by měl napomáhat jít dál. Uvádí, že je doporučováno vytvořit si vlastní rituál rozloučení s umírajícím.

### ***1.3.4 Syndrom vyhoření***

Vévoda (2013) uvádí, že v dnešní době je povolání sestry velmi náročné a je ovlivňováno velkým množstvím determinantů. Tyto determinanty práce sester ovlivňují pracovní proces a jeho výsledky. Jde o faktory, co sestru ovlivňují v její práci. Tyto faktory se dají označit za příčiny, kdy jsou sestry v práci spokojené, či odcházejí ze zaměstnání. Mezi negativní faktory je v první řadě stres, směnný provoz, finanční ohodnocení, nemožná kariéerní růst a v neposlední řadě soukromí a osobní život. Mezi pozitivní patří hlavně zajištění zdravého a bezpečného prostředí. Když dojde k narušení pozitivních faktorů a trvá dlouhodobě, může dojít k tak zvanému syndromu vyhoření. Ve zdravotnictví téma vyhoření není neznámým pojmem. Je mu u nás věnována pozornost posledních deset let v zahraničí ještě o něco déle. V současnosti je tomuto tématu věnováno mnoho článků, studií, velmi často je to téma různých článků v časopisech a studentských prací. (Bartošíková, 2006). Myšáková in Venglářová (2011) uvádí, že termín burn-out neboli syndrom vyhoření, vypálení, vyprahlosti je v souvislosti s pomáhajícími profesemi, kdy se pracovníci setkávají s lidmi, jejich bolestmi a těžkými osudy. Podle Janáčkové (2008) díky tomu dochází k profesionálnímu selhávání na základě vyčerpání, vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo samotného jedince. Jde o nezáměr a ztrátu potěšení, ideálů, energie, smyslu, negativní sebeocenení a postoj k povolání. Podobně Syndrom vyhoření charakterizuje Šupšáková (2017), která uvádí, že syndrom vyhoření je následek psychického vyčerpání a stresu, který vzniká důsledkem dlouhodobě opakovaných negativních zkušeností. Dále upozorňuje, že syndrom vyhoření následně negativně ovlivňuje zdravotní i ošetrovatelskou péči. Může dojít i k poškození pacienta, což následně může vrhat negativní pohled na zdravotnické zařízení. Vojtíšková (2020) zase syndrom vyhoření popisuje jako stav chronického stresu, který vede k fyzickému

a emocionálnímu vyčerpání. Člověk je cynický, může trpět pocity méněcennosti a chybí mu úspěch. Vojtíšková upozorňuje, že syndrom vyhoření přichází pomalu, je velmi důležité ho poznat v počátku. Šauerová (2018) zase vidí důležitost v prevenci předcházení syndromu vyhoření. Na první místo radí psychohygienu, ujasnění svých pocitů a myšlenkových pochodů. Dále je důležitý odpočinek, spánek, zdravá strava, humor, pohybové aktivity, koníčky, ale i mezilidské vztahy. Podobně se vyjadřuje Vojtíšková (2020) a ještě poznamenává, že syndrom vyhoření není obyčejná chřipka, která za pár dní odezní. Je to onemocnění, díky kterému musíme v životě udělat určité změny a počítat s tím, že je to na dlouhodobou léčbu.



## **2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

V této kapitole jsme popsali předpokládané cíle a výzkumné otázky. Cílem naší bakalářské práce bylo zjistit, Determinanty práce sester v Domovech pro seniory.

### ***2.1 Cíle práce***

Cílem práce je nalézt nejčastější determinanty práce sester v Domovech pro seniory.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jak ovlivňují interpersonální vztahy na pracovišti sestru při práci?
2. Jaké je uspokojení z práce pro sestru?
3. Jak ovlivňuje uznání a pochvala od klientů, sestru v její práci?
4. Jak ovlivňuje pracovní prostředí práci sestry v Domovech pro seniory?

### 3. OPERACIONALIZACE POJMŮ

K operacionalizaci byly vybrány hlavní pojmy, které se vyskytují jak v teoretické, tak empirické části a které jsou důležité pro náležité pochopení textu práce.

Determinanty – V dnešní době je povolání sestry velmi náročné a je ovlivňováno velkým množstvím faktorů, podnětů, činitelů takzvaných determinantů. Některé determinanty působí kladně jiné záporně. Determinanty práce sester ovlivňují pracovní proces a jeho výsledky. Řadí se tam činitelé, co sestru ovlivňují v její práci, její výkon, nasazení, vztah k práci (Vévoda, 2013).

Domov pro seniory – Domov pro seniory pod zkratkou „DpS“ je jedním ze zařízení sociálních služeb. Domov je s pobytovou službou s celoročním provozem je určen pro seniory se sníženou soběstačností s potřebou pravidelné pomoci a komplexní péče (Dvořáčková, 2012).

Domov se zvláštním režimem – jedná se o další pobytovou službu s celoročním provozem. Je obdobná jako Domovy pro seniory. Odlišnost tohoto zařízení je v tom, že je to pro osoby s duševními nemocemi, které zohledňují jejich zvláštní potřeby (Plevová, 2011).

Senior – Dle WHO je to člověk po 60. roce života. V tomto období života dochází nejen k různým biologickým změnám, ale i k změnám psychickým a sociálním, na které by se nemělo zapomínat (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Sestra – Sestra je nedílnou součástí ošetrovatelského týmu a poskytuje přímou péči pacientům či klientům. Musí spolupracovat s lékařem, ale i s jinými pracovníky ošetrovatelského týmu. Dle jejího rozsahu vzdělání pracuje buď pod dohledem, nebo samostatně, kdy vykonává různé činnosti (Plevová et al., 2018).

## **4. METODIKA**

K zodpovězení výzkumných otázek a získávání informací potřebných k mé práci jsme zvolily kvalitativní metodu sběru dat.

### ***4.1 Použité metody***

Odpovědi a informace jsme získávaly pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory probíhaly v měsících květen a červen 2020. Výběr respondentek byl záměrný. Sběr dat byl písemně schválen vrchní sestrou osloveného zařízení a dále před každým započatým rozhovorem proběhlo i ústní schválení každou respondentkou.

Bylo položeno 14 otázek. Rozhovory s respondentkami byly zaznamenávány na digitální záznamník. Respondentky byly seznámeny s využitím získaných dat a anonymitou. Nejsou v práci uvedeny jména respondentek. Pro rozhovor s respondentkami jsem záměrně vybrala Domov pro seniory v Jihočeském kraji, tento domov je pro seniory a domov se zvláštním režimem.

### ***4.1 Charakteristika výzkumného souboru sester***

Výzkumný soubor byl tvořen 10 respondentkami, které pracují v daném DpS. Z toho 5 respondentek pracuje v domově se zvláštním režimem a 5 respondentek v domově pro seniory. Dotazované respondentky byly označeny písmeny S1 až S10.

V tabulce č.1 jsou o respondentkách zaznamenány základní informace. Nejvyšší dosažené vzdělání v našem výzkumném souboru bylo vysokoškolské s titulem Mgr., které má 1 respondentka, další 3 vystudovaly bakalářský (Bc) obor a 2 respondentky mají vyšší odborné (Dis) vzdělání. Dvě respondentky mají specializaci jedna v oboru anesteziologicky resuscitační (ARIP) a druhá psychiatrii v Brně. Devět respondentek má vystudovanou střední zdravotnickou školu (SZŠ) jen jedna má střední školu a až následně Bakalářský obor (Bc). Co se týká délky praxe se seniory, pohybuje se v rozmezí od 1 do 34 let, průměrně kolem 17 let. V tabulce č.2 uvádíme věk respondentek je v rozmezí od 22 do 61 let v průměru 30 let.

**Tabulka č. 1 Vzdělání a praxe respondentek**

<b>Respondentka</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Délka praxe u seniorů</b>
S1	SZŠ, Bc	15 let
S2	SZŠ	34 let
S3	SZŠ, Bc	7 let
S4	SZŠ, ARIP	8 let
S5	SZŠ, psych. Brno	24 let
S6	SZŠ, Dis	14 let
S7	SZŠ, Bc	1 rok
S8	SŠ, Bc	6 let
S9	SZŠ	25 let
S10	SZŠ, Mgr	11 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

V tabulce číslo jedna je znázorněn počet respondentek z Domova pro seniory, kde byly prováděné rozhovory s respondentkami. Výzkumné šetření bylo prováděno na patrech domova pro seniory kde jedno patro, je vyčleněno pro seniory se zvláštním režimem. Bylo osloveno 10 respondentek z daného Domova pro seniory, z toho 5 respondentek pracovalo na oddělení se zvláštním režimem.

**Tabulka č. 2 Věk respondentek**

<b>RESPONDENTKY</b>	<b>VĚK</b>
S1	37 let
S2	61 let
S3	41 let
S4	31 let
S5	50 let
S6	36 let
S7	22 let
S8	31 let
S9	55 let
S10	34 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

V tabulce číslo dvě je znázorněn věk respondentek z výzkumného souboru. Kdy se jejich věk pohybuje v rozmezí od 22 do 61 let, kdy průměrný věk je 30 let. Bylo zjištěno, že některé respondentky po celý svůj profesní život pracovali v DpS se seniory a některé mají zkušenost i z nemocničního zařízení.

## 5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů sester

V této kapitole jsou popsány výsledky výzkumného šetření, ke kterému jsme dospěli analýzou získaných z rozhovorů se sestrami z domova se zvláštním režimem a domova pro seniory. Výzkumné šetření bylo rozděleno do 4 kategorií a 12 podkategorií.

#### Kategorie 1 - Interpersonální vztahy

- Podkategorie 1.1 - Nejčastější interpersonální problémy na pracovišti
- Podkategorie 1.2 - Vliv na odvedenou práci
- Podkategorie 1.3 – Nejčastější faktory, které ovlivňují práci sestry

#### Kategorie 2 - Uspokojení pro sestru z práce se seniory

- Podkategorie 2.1 – Uspokojení z péče o seniora
- Podkategorie 2.2 – Vliv na práci při péči o klienta s počínající a pokročilou demencí
- Podkategorie 2.3 – Pojem syndrom vyhoření
- Podkategorie 2.4 – Syndrom vyhoření v praxi

#### Kategorie 3 - Uznání a pochvala od klienta

- Podkategorie 3.1 - Motivace za odvedenou práci
- Podkategorie 3.2 – Vliv uznání od klienta na práci sestry

#### Kategorie 4 – Vliv pracovního prostředí na práci sestry

- Podkategorie 4.1 – Spokojenost s pracovním prostředím
- Podkategorie 4.2 – Změna pracovního prostředí
- Podkategorie 4.3 – Vliv pracovního prostředí na odvedenou práci

## Kategorie 1 - Interpersonální vztahy

První kategorie se zabývá nejčastějšími interpersonálními problémy na pracovišti, vliv těchto problémů na pracovní výkon sester a nejčastější faktory, které celkově ovlivňují sestry při její práci.

Zajímalo nás, které interpersonální problémy na pracovišti sestry nejvíce pociťují, všechny respondentky se shodly, že je pro ně důležitá sestava kolektivu ve směně, ať se to týká sester nebo ošetřujícího personálu. S10 uvedla „*Hodně často se koukám na rozpis služeb, s kým sloužím i od toho se odvíjí chuť jít do práce a pracovní nasazení*“. Dále se respondentky shodly na tom, že s některými kolegyněmi se jim pracuje lépe a zde záleží na věku a odvedené práci. S1 „*Jde o vzájemné sympatie, někdo si je s někým bližší v osobním životě, a tak jim to spolu více vyhovuje i po té pracovní stránce*“. Většina respondentek poukazovala na pomluvy mezi personálem některé uvedly S5 „*Nejsme špatný kolektiv i, když někdy vyplyne, že se navzájem pomlouváme ohledně odvedené práce, kdo co neudělal anebo udělal, ale špatně*“ a S8 „*Byla bych ráda za upřímnost kolegyně než pomluvy, které vám někdo jiný donese*“. Dále nás v rozhovorech zajímalo, zda je dostatečná komunikace mezi personálem, a to mezi sestrami, ale i mezi sestrami a ošetřujícím personálem všechny respondentky se k dané otázce vyjádřily, S2, S4, S5, S6, S8 uvedli, že „*Velký problém je v nepředávání informací mezi sestrami při předávání směny, ohledně péče o klienty*“. Respondentka S1 uvedla „*Ošetřující personál nesděluje určitá zjištění u klientů ohledně ošetrovatelské péče, někdy se na to přichází celkem pozdě*“ a další respondentky se k otázce vyjádřily S3, S7, S9, S10 „*Komunikace je dost důležitá mezi celou skupinou ve směně, bohužel někdo má problém s kolektivní spoluprací*“. Při otázce na vedení domova a vzájemné vztahy se zaměstnanci respondentky S9 a S10 byly jediné, které se vyjádřily i na stranu vedení domova, že nedochází k pochopení zaměstnanců ze strany přetěžování navýšením směn z důvodu nedostatku personálu, kdy dochází k velkému navyšování přesčasových hodin. Respondentky k tomu uvedly S9 „*Práce v domově se seniory je velmi náročná je zde důležitý odpočinek, vzhledem k věku potřebuji takzvanou psychickou očistu*“ a „*Přijde mi, že vedení nedostatečně motivuje své zaměstnance*“. S10 „*Pracovní náplň sester v domově je jiná než v nemocničním zařízení, o práci v domově tak není takový zájem a je zde nedostatek personálu*“. Respondentka S7 k tomuto jen uvedla „*Ke konfliktům na pracovišti dochází z důvodu častých směn a přepracovanosti personálu*“ k rozhovoru ohledně vedení domova se nechtěla

vyjadřovat. Ostatní respondentky nepocitovaly přepracovanost, i když pracovní vytíženost je větší. Na otázku ohledně interpersonálních vztahů s lékaři, kteří do domova dochází, se respondentky shodly, že komunikace a spolupráce s lékaři je v pořádku, lékař je zde jen na určitou dobu, kdy řeší určité situace ohledně klientů. Spolupráce je vstřícná, rychlá a komunikace převážně na pracovní úrovni.

Při otázce, zda sestry ovlivňují interpersonální vztahy na pracovišti, se respondentky shodly na tom, že na kvalitě a výkonu je to nijak neovlivňuje, že i přes občasné neshody na pracovišti se snaží odvádět svou práci, jak nejlépe umí. Respondentka S10 uvedla *„Někdy je při směně velmi napjatá atmosféra, pracuji stejně jako jindy, ale těším se na konec směny“*. S9 k dané otázce uvedla *„Jsem v práci ráda, ale při napjaté situaci se necítím dobře, ráda pracuji v klidu“*. S7 uvedla, že *„V takovéto atmosféře je někdy práce od některých kolegyně i špatně odvedená, není příjemné pracovat ve stresové situaci“*. Při zjišťování, jak sestry ovlivňují interpersonální vztahy, jsme zjistili, že pro sestry je nedorozumění, nepochopení a vzájemné nesympatie v kolektivu, jeden z hlavních důvodů odchodu na jiné oddělení daného domova pro seniory nebo úplný odchod na jiné pracoviště.

Během rozhovorů s respondentkami jsme zjišťovali, jaké faktory nejvíce ovlivňují práci sester v domovech pro seniory. Všechny respondentky se shodly, že je pro ně důležité složení kolektivu ve směně, kdy S5 uvedla *„Je hodně důležité, s kým sloužím, odvíjí se od toho nálada na oddělení“* i pro respondentky S4, S6, S8, *„Je také velmi důležitý kolektiv ve směně, ale také finanční ohodnocení a dostatek odpočinku mezi směny“*. Dalším zjištěným faktorem, který sestry může ovlivnit v jejich práci je zpětná vazba od klienta a vedení domova. S9 a S10 uvedli *„Pro mou dobře odvedenou práci je i dostatečná komunikace s vedením domova a konfrontace, zda naše pracovní postupy jsou adekvátní k požadavkům vedení domova“*

## **Kategorie 2 - Uspokojení pro sestru z práce se seniory**

Druhá kategorie se zabývá, jaké uspokojení přináší sestře péče o seniora a jestli má nějaký vliv na její pracovní výkon péče o seniora s demencí. Dále jsme se zajímali o znalost pojmu syndrom vyhoření a jeho vliv v praxi.



V rozhovorech jsme se respondentek dotazovali na uspokojení z péče o seniora. Všechny respondentky starost o seniora naplňuje, zvláště pohled na spokojeného klienta. S1 uvádí *„Péče o seniora pro mě byla důležitá při rozhodování kde pracovat po škole, u seniorů pracuji po celou svou dosavadní praxi, tato práce mě naplňuje a uspokojuje“*. S2 uvádí *„Práce se seniory mě uspokojuje více jak péče o pacienty v nemocnici, tato práce je klidnější, a ne tak stresující“*. Dále jsme se respondentek dotazovali na péči o seniora s počínající anebo pokročilou demencí. Zkušenost v péči o takového klienta měli všechny dotazované, nikdo se necítil špatně při kontaktu s takovým to klientem. Většina respondentek je přesvědčena, že péče o takto nemocného klienta je velmi důležitá. S1, S2, S3, S4, S9 uvádí *„Péče o tyto klienty je velmi náročná, ale zároveň je uspokojuje, zvláště při pohledu na spokojeného klienta a jeho slovní pochvalu“*. S5, S6, S7, S8, S10 uvádějí *„Práce s takovými klienty je velice psychicky náročná, hlavně je stížená komunikace s takovými klienty a pochopení co po nich personál požaduje“*. V další části rozhovoru jsme zjišťovali, zda sestrám něco říká pojem syndrom vyhoření, všechny respondentky se shodly, že pojem znají a většina, se s ním setkala i v praxi. S4 uvedla *„Vlastně nevím, protože za pojmem syndrom vyhoření se schovává chování zlých lidí“*. S5 uvedla *„V bývalém zaměstnání jsem měla sama problémy, kdy jsem zjistila, že práce, kterou jsem dělala, mě neuspokojuje a nedělám jí ráda, upozornili mě na problém i kolegyně, které si všimli změny v mém chování. Situaci jsem vyřešila změnou zaměstnání“* S8 uvedla *„Zatím jsem se se syndromem v praxi nesetkala, spíše jen z vyprávění od kolegyně“*

### **Kategorie 3 - Uznání a pochvala od klienta**

Třetí kategorie se zabývá tím, jaké uznání a pochvala přichází od klienta pro sestru za její odvedenou práci. Jestli je pro sestru důležitá motivace pro dobře odvedenou práci.

V rozhovorech s respondentkami jsme se zajímali, zda je pro ně důležitá motivace za odvedenou práci a jaká motivace je pro sestry ta zásadní. Všechny respondentky se shodly, že je pro ně motivace důležitá pro každého v jiné podobě. S2, S3, S10 uvádějí *„Nejčastější motivací pro dobře odvedenou práci je pro ně pochvala od klienta a jsou rády i za uznání nadřízených. Také je pro ně důležitá pohoda při práci a vidina dobře odvedené práce“*. S4, S5, S6, S7, S8, S9 uvádějí *„Důležitou motivací je pro ně lepší*

*finanční ohodnocení, také dostatek volných dní na důležitou relaxaci to, ale z důvodu nedostatku personálu v domovech pro seniory není možné“.* S1 uvádí *„Lepší finanční ohodnocení, úsměv klienta, ale svou práci dělám ráda či nerada i bez motivace“*

Všechny respondentky se shodly, že je pro ně důležitá a příjemná pochvala a uznání od klienta a jeho rodiny. S3 uvádí *„Pochvala od klienta není tak častá, ale je o to více příjemná. Častěji pochvala přijde od rodiny klienta“*.

#### **Kategorie 4 – Vliv pracovního prostředí na práci sestry**

Čtvrtá kategorie se zabývá spokojeností sester s pracovním prostředím, jestli je vhodné pro péči o klienty a je potřebná a možná nějaká jeho změna. Jestli má dané prostředí vliv na odvedenou práci.

V rozhovorech se většina respondentek shodla na nevhodnosti pracovního prostředí v rámci péče o klienty. Prostor je často nevyhovující, stísněné a špatně vybavené. Pro manipulaci s ležícími klienty zcela nedostatečné i co se týče vybavení pokojů. Respondentky také poukázaly na nedostatečné zázemí pro ošetřující personál. S7 uvedla *„S pracovním prostředím jsem celkem spokojená, je rozhodně příjemnější než nemocniční“*. S9 uvedla *„Myslím si, že v rámci potřeb klienta je vyhovující“*

Respondentky se shodly, že domov pro seniory by potřeboval radikálnější změnu, která vzhledem ke stáří domova není zcela možná. S1, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10 uvedli *„Pracovní prostředí je pro klienty a personál zcela nevhodný, většina respondentek by si přála prostory radikálněji změnit, aby práce a manipulace s klienty byla snazší a příjemnější, ale toto řešení bohužel není v jejich kompetenci“*. S2 uvádí *„Spíše sami a za pomoci rodiny se snažíme vylepšovat pokoje klientů, tak aby jim alespoň něčím připomínal domácí prostředí“*. S7 uvádí *„Prostředí bych zásadně neměnila, ale uvítala bych více sester na směny“*.

Dále jsme se respondentek ptali, jestli pracovní prostředí nějak ovlivňuje jejich odvedenou práci. Většina respondentek uvádí *„Práce v daném prostředí je nijak neovlivňuje v jejich odvedené práci a prostředí se snažili přizpůsobit, na péči o klienta to nemá žádný vliv, důležitá je spokojenost klienta“*. S1 uvádí *„Pracovní prostředí mě z počátku velmi ovlivňovalo, postupem se během mé praxe měnilo. Myslím*

*si, že nejdůležitější jsou pomůcky na péči o klienta“. S3 uvádí „V tomto prostředí není možné někdy odvádět stoprocentní práci v péči o klienta, spíše v rámci možností“. S4 uvedla „V úplně novém prostředí by se pracovalo jistě lépe, myslím si, že by to přivítali i rodiny klientů“.*

## 6 DISKUZE

Domov pro seniory je Domov s pobytovou službou s celoročním provozem, jelikož se věk neustále prodlužuje a seniorů neustále přibývá, přibývá i takových to domovů, o seniory se zde starají všeobecné sestry, které jsou vzdělané, empatické, hlavně se musí umět samostatně rozhodovat. Sestra je zde tím nejdůležitějším článkem pro seniora, který potřebuje nejen dostatečnou ošetrovatelskou, ale i zdravotní péči. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké determinanty sestru při odvádění práce ovlivňují a jaké jsou pro ni zásadní a motivující, odvádět svou práci co nejlépe nebo naopak, které jí v její práci demotivují.

Výzkumné šetření probíhalo v Domově pro seniory v Jihočeském kraji a bylo použito kvalitativního šetření. V domově je poskytována péče seniorům, součástí domova je oddělení, kde je poskytována péče seniorům s určitou formou demence je to oddělení se zvláštním režimem. Výzkumný vzorek tvořilo 10 sester, z nichž 5 pracuje na daném oddělení. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů jsme od sester zjišťovali informace. Zjišťovali jsme obecné informace jako, jaké mají sestry vzdělání a kolik je jim let a kolik let pracují se seniory, také nás zajímalo, zda mají nějakou specializaci pro péči o seniory s demencí. Nejvyšší dosažené vzdělání je Magisterské – vysokoškolské, nejnižší středoškolské s maturitou. Odpracované roky se seniory mají od 1 do 34 let. Specializaci měla jediná sestra, která prodělala školení psychiatrie v Brně. Sestry také v rámci zaměstnání chodí na různá školení některá se specializují na ošetrovatelskou péči seniorům a péči o seniory s demencí.

V první části nás zajímalo, jak ovlivňují interpersonální vztahy na pracovišti sestru v práci. Většina respondentek se shodla, že je pro ně důležitý dobrý kolektiv na oddělení, bohužel někdy se najde sestra, se kterou je problém vyjít ve směně, podle toho se jim i během té směny pracuje, respondentka S10 uvedla „Hodně často se koukám na rozpis služeb, s kým sloužím i od toho se odvíjí chuť jít do práce a pracovní nasazení“ s tím se ztotožňuje i Křivohlavý (2010), který uvádí, že při průzkumu, kdy se sestry ptali na to, co jim přináší v současnosti v životě radost, klid a pohodu v zaměstnání byla na prvním místě nejčastější odpověď dobrý kolektiv. Pro sestry je důležitá pohoda a klid v kolektivu pro dobře odvedenou práci k tomu neodmyslitelně patří pomluvy v kolektivu a tím napjatá situace některé uvedli S5 „Nejsme špatný kolektiv i, když někdy vyplyne, že se navzájem pomlouváme ohledně

odvedené práce, kdo co neudělal anebo udělal, ale špatně“ a S8 „Byla bych ráda za upřímnost kolegyně než pomluvy, které vám někdo jiný donese“. Jak uvádí Mlýnková (2010) do ošetrovatelské etiky patří kolegiální vztahy jedné sestry k druhé, ale i sestra a lékař a další ošetřující personál a jde tedy o interpersonální vztahy, které ovlivňují pracovní výkonost, spokojenost a atmosféru na pracovišti. Dalším kolektivním problémem je špatná komunikace, zde nejde o vzájemné sympatie mezi kolegyněmi, ale velmi důležité předávání informací ohledně klientů i s tímto stylem komunikace mají některé sestry problém jak uvádí respondentka S1 „Ošetřující personál nesdíluje určitá zjištění u klientů ohledně ošetrovatelské péče, někdy se na to přichází celkem pozdě“ a další respondentky se k otázce vyjádřily S3, S7, S9, S10 „Komunikace je dost důležitá mezi celou skupinou ve směně, bohužel někdo má problém s kolektivní spoluprací“. Vyhnálek (2007) uvedl, že zásadní pro dobře odvedenou péči je dostatečná komunikace mezi zdravotním personálem, napomáhá mu revidovat odpovídajícím způsobem plán péče a tím snižovat rizika. Důkladná komunikace mezi sestrami i jiným zdravotnickým personálem napomáhá koordinovanému poskytování zdravotní péče. Dále sestry uvedli, že některé konflikty na pracovišti vznikají z důvodu přepracovanosti personálu, je to z důvodu nízkého počtu zaměstnanců. Přímo k tomu uvedli S9 „Práce v domově se seniory je velmi náročná je zde důležitý odpočinek, vzhledem k věku potřebuji takzvanou psychickou očistu“ a S10 „Pracovní náplň sester v domově je jiná než v nemocničním zařízení, o práci v domově tak není takový zájem a je zde nedostatek personálu“. Respondentka S7 k tomuto uvedla „Ke konfliktům na pracovišti dochází z důvodu častých směn a přepracovanosti personálu“. Kutnohorská (2010) popisuje, že povolání sestry je velmi krásné, ale náročné, sestra musí být osobnost s velkou dávkou empatie, se sociálním cítěním a chutí nezištně pomáhat. Dále nás zajímalo, zda sestry interpersonální vztahy na pracovišti ovlivňují v odvádění práce. Většina se shodla, že vztahy na pracovišti, vzájemné sympatie, pomluvy v kolektivu, špatná komunikace a s tím spojené nepředávání informací, problémy spojené s přepracovaností kolektivu je to, co spadá do interpersonálních vztahů a sestry to při práci někdy ovlivňuje. „Interpersonální vztahy jsou ve zdravotnictví skutečně velkým tématem“ uvedla Špirudová (2015).

V druhé části rozhovorů jsme se respondentek zeptali na uspokojení z práce se seniory pro sestru. Zajímalo nás, kolik let sestry pracují se seniory a jestli mají nějakou specializaci pro péči o seniory s demencí. Většina sester má letitou praxi, specializaci

měla jediná sestra, a to na psychiatrické klienty. I pro tuto práci je potřeba dostatek vzdělání, ale hlavně vysoká míra empatie pečovat o seniory obnáší mít dostatek vstřícnosti a pochopení. S1 uvádí „Péče o seniora pro mě byla důležitá při rozhodování kde pracovat po škole, u seniorů pracuji po celou svou dosavadní praxi, tato práce mě naplňuje a uspokojuje“, S2 „Práce se seniory mě uspokojuje více jak péče o pacienty v nemocnici, tato práce je klidnější, a ne tak stresující“. Sestrám vyhovuje domácí prostředí, jsou na klienty zvyklé jejich pobyt v domově je dlouhodobý, není tu tolik odborné péče, ale i to si některé sestry pochvalují. Burgetová (2013) k tomuto uvádí je proto velmi důležité, aby byla sestra pracující v domově pro seniory silnou a vyrovnanou osobností po stránce psychické a fyzické, zároveň je nutné, aby oplývala také vyzrálostí sociální. Musil et al. (2006) k tomu, ale dodává, že i od sestry v domově pro seniory se očekává provádění zdravotnických kvalifikovaných výkonů, podávání léků, aplikace injekcí, odebírání krve, sledování zdravotního stavu klienta a současně změn v soběstačnosti. Současně musí být sestry schopné samostatného a předběžné posuzování zdravotního stavu u klientů v terminálních stavech, také poukazují na důležitost sestry ve vedení zdravotní dokumentace, a v případě nedostatku méně kvalifikovaných pracovníků nebo pečovatelů zajišťování hygienických potřeb klienta. Sestry dále poukázali na potřebu komunikovat se seniory, kdy vidí, že klienty tato potřeba uspokojuje a je pro ně velmi důležitá a potřebná i je samé uspokojuje, vidět spokojeného klienta. Bohužel z nedostatku personálu není na uspokojení této potřeby dostatek času. V další otázce jsme se sester ptali na péči o seniory s demencí, jak je tato práce ovlivňuje. Zkušenost v péči o takového klienta měly všechny sestry, žádná se necítila špatně při kontaktu s takovým to klientem, jsou přesvědčené, že péče o takto nemocného klienta je velmi důležitá. S1, S2, S3, S4, S9 uvedli „*Péče o tyto klienty je velmi náročná, ale zároveň je uspokojuje, zvláště při pohledu na spokojeného klienta a jeho slovní pochvalu*“, S5, S6, S7, S8, S10 uvedli „*Práce s takovými klienty je velice psychicky náročná, hlavně je stížená komunikace s takovými klienty a pochopení co po nich personál požaduje*“. Setkání s pracovníkem má velký vliv na to, jak se bude klient chovat nebo cítit. Základním principem úspěšné péče je navázání vztahu s klientem, ve kterém hraje hlavní roli důvěra. Jako k tomu uvedl Zgoly (2003 s. 86) „to nejdůležitější, co může pečovatel osobě s kognitivní poruchou nabídnout, je pocit, že zvládá své věci.“ Pokud klient pracovníkovi nedůvěřuje, cítí se sám a zranitelný. Může potom odmítat jakoukoliv péči, obviňovat personál nebo chtít odejít pryč. Péče o klienty obnáší velkou část empatie, pochopení a taktu k tomu, aby takovouto práci

sestra zvládala je potřeba určité psychické stability, je ovlivňována mnoho faktory, které na ní mohou působit a může dojít až k tak zvanému syndromu vyhoření na znalost tohoto syndromu a setkáním se s ním v praxi jsme se zeptali sester v dalších otázkách rozhovoru. S5 k tomu uvedla „V bývalém zaměstnání jsem měla sama problémy, kdy jsem zjistila, že práce, kterou jsem dělala, mě neuspokojuje, a nedělám jí ráda, upozornili mě na problém i kolegyně, které si všimli změny v mém chování. Situaci jsem vyřešila změnou zaměstnání“. Syndromu vyhoření uvedla Šupšáková (2017), že je následek psychického vyčerpání a stresu, který vzniká důsledkem dlouhodobě opakovaných negativních zkušeností. Dále upozorňuje, že syndrom vyhoření následně negativně ovlivňuje zdravotní i ošetrovatelskou péči. Může dojít i k poškození pacienta, což následně může vrhat negativní pohled na zdravotnické zařízení. Při rozhovoru, zda znají sestry pojem syndrom vyhoření, jedna ze sester uvedla S4 „Vlastně nevím, protože za pojmem syndrom vyhoření se schovává chování zlých lidí“. Všechny sestry pojem znají, většina se s ním setkala u svých kolegyň S8 uvedla „Zatím jsem se syndromem v praxi nesetkala, spíše jen z vyprávění od kolegyň“

Dalšími otázkami v rozhovoru nám sestry odpovídali na vliv pracovního prostředí pro sestry. Pracovní prostředí Venglářová (2011) definuje jako lidi kolem nás, nadřízení, kolegové ovlivňuje nás tempo práce a její organizace, vzhled a uzpůsobení prostor, Nakládalová (2013) jí upřesňuje, že ideální pracovní prostředí je místo, kde se sestra cítí bezpečně, pracovní prostředí pro sestry je nejen základem pro jejich pracovní spokojenost, ale i spokojenost jejich spolupracovníků a klientů. My jsme sestry oslovili, zda jejich pracovní prostředí je uspokojuje a na odvedení jejich práce má nějaký vliv. Většina sester se shodla na nevhodnosti pracovního prostředí, stísněné a špatně vybavené. Pro manipulaci s ležícími klienty zcela nedostatečné i co se týče vybavení pokojů. Také poukázali na nedostatečné zázemí pro ošetroující personál, ale zároveň uvedli S7 „S pracovním prostředím jsem celkem spokojená, je rozhodně příjemnější než nemocniční“ a S1, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10 uvedli „Pracovní prostředí je pro klienty a personál zcela nevhodný, většina respondentek by si přála prostory radikálněji změnit, aby práce a manipulace s klienty byla snazší a příjemnější, ale toto řešení bohužel není v jejich kompetenci“, kdy S9 dodala „Myslím si, že v rámci potřeb klienta je vyhovující“. Při otázce, zda by chtěly na pracovním prostředí sestry něco změnit, se shodly, že ano, ale není vzhledem ke stáří budovy, ve které se domov nachází možnost něčeho radikálnějšího. Hlavně to není v jejich kompetencích. Některé

sestry uvedli S2 „Spíše sami a za pomoci rodiny se snažíme vylepšovat pokoje klientů, tak aby jim alespoň něčím připomínal domácí prostředí“ a S7 „Prostředí bych zásadně neměnila, ale uvítala bych více sester na směny“. Také jsme se sester ptali, jestli pracovní prostředí nějak ovlivňuje jejich odvedenou práci. Většina sester uvedla „Práce v daném prostředí je nijak neovlivňuje v jejich odvedené práci a prostředí se snažili přizpůsobit, na péči o klienta to nemá žádný vliv, důležitá je spokojenost klienta“. S1 uvedla „Pracovní prostředí mě z počátku velmi ovlivňovalo, postupem se během mé praxe měnilo. S4 uvedla „V úplně novém prostředí by se pracovalo jistě lépe, myslím si, že by to přivítali i rodiny klientů“.

Dalšími otázkami jsme zjišťovali, jak ovlivňuje uznání a pochvala sestru v její práci. Hekelová (2012) uvádí, že důležitým faktorem úspěchu je chápána v současnosti motivace, lidově ji chápeme jako ochotu něco dělat. Někdo má uspokojení z finanční odměny, pro jiného je větší motivace harmonické vztahy na pracovišti. Dále sem patří nefinanční motivace je daleko důležitější než finanční motivace a bývá často opomíjena a podceňována. Řadíme sem pochvalu za pracovní výkon, působí jako zpětná vazba na pracovní výkon a jako motivační nástroj. Něco více je uznání a ocenění to patří těm, kteří si to zaslouží a je potřeba to dávat dlouhodobě najevo. Sestry se s tímto shodují, všechny uvedly, že pochvala a uznání je pro ně velkou odměnou, tedy i motivací za jejich odvedenou práci. Sestry uvedli S2, S3, S10 „Nejčastější motivací pro dobře odvedenou práci je pro ně pochvala od klienta a jsou rády i za uznání nadřízených. Je to pro ně vidina dobře odvedené práce. Samozřejmě sestry vnímají motivaci i jiným způsobem S4, S5, S6, S7, S8, S9 uvedli „Důležitou motivací je pro ně lepší finanční ohodnocení, také dostatek volných dní na důležitou relaxaci to, ale z důvodu nedostatku personálu v domovech pro seniory není možné“. Sestra S1 také uvedla „Lepší finanční ohodnocení, úsměv klienta, ale svou práci dělám ráda či nerada i bez motivace“. Všichni respondenti se shodli, že je pro ně důležitá a příjemná pochvala a uznání od klienta a jeho rodiny. S3 dodala „Pochvala od klienta není tak častá, ale je o to více příjemná. Častěji pochvala přijde od rodiny klienta“.

S tím se shoduje i Vévoda (2013), který uvádí, že v dnešní době je povolání sestry velmi náročné a je ovlivňováno velkým množstvím determinantů. Tyto determinanty práce sester ovlivňují pracovní proces a jeho výsledky. Jde o faktory, co sestru ovlivňují v její práci. Tyto faktory se dají označit za příčiny, kdy jsou sestry v práci spokojené, či odcházejí ze zaměstnání. My jsme během rozhovorů zjišťovali, jaké faktory ovlivňují



sestru při její práci nejvíce. Všechny respondentky se shodly, že je pro ně důležité složení kolektivu ve směně, kdy S5 uvedla „Je hodně důležité, s kým sloužím, odvíjí se od toho nálada na oddělení“ i pro respondentky S4, S6, S8, „Je také velmi důležitý kolektiv ve směně, ale také finanční ohodnocení a dostatek odpočinku mezi směňami“ Dalším zjištěným faktorem, který sestry může ovlivnit v jejich práci je zpětná vazba od klienta a vedení domova. S9 a S10 uvedli „Pro mou dobře odvedenou práci je i dostatečná komunikace s vedením domova a konfrontace, zda naše pracovní postupy jsou adekvátní k požadavkům vedení domova“

## 7 ZÁVĚR

V domovech pro seniory pracují sestry s různými úrovněmi dosaženého vzdělání, hlavně jsou to sestry, které mohou pracovat samostatně. Praktické sestry zaměstnávají jen některé domovy pro seniory z důvodu, že na každém oddělení na určitý počet lidí je vždy jen jedna sestra ve službě a praktické sestry nemohou dělat samostatně veškerou ošetrovatelskou péči. V každém zařízení ať je to nemocniční zařízení, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, kde sestra pečuje o pacienty nebo klienty její práci ovlivňuje velká řada faktorů, avšak na každou sestru působí vždy něco jiného. Některé jsou spokojeny s prostředím, ve kterém pracují, některé uspokojuje kolektiv a vedení nadřízených, finanční ohodnocení, některé uspokojuje už jen ta péče o druhé. Když dojde k narušení některého z těchto faktorů nebo i více najednou dochází k tak zvanému syndromu vyhoření.

V této bakalářské práci s názvem Determinanty práce sester v Domovech pro seniory jsme zjišťovali, jaké determinanty ovlivňují sestru v její odvedené práci. Jak na její práci působí interpersonální vztahy na pracovišti. Zda sestru uspokojuje práce se seniory a jejich uznání a pochvala při dobře odvedené práci. Dále jsme zjišťovali, zda sestru ovlivňuje pracovní prostředí v domovech pro seniory.

V první teoretické části této práce jsme popisovali, jak probíhá vzdělávání všeobecných sester, co je důležité, aby sestra znala pro dostatečnou péči o seniory. Jaká je pracovní role v domově pro seniory a jaká je její pracovní náplň v péči o seniory, aby její péče byla dostatečná. Dále jsme popisovali, co poskytuje Domov pro seniory za služby, jaká je zde poskytovaná péče seniorům a v čem se liší péče o seniora s demencí. Jaká jsou specifika onemocnění Alzheimerovou a Parkinsonovou nemocí a komunikace u klienta s tímto onemocněním. Dále jsme popisovali, jaké determinanty mohou na sestru působit při její práci.

Výzkumné šetření bylo děláno kvalitativní metodou sběru dat. Data jsme získávali pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami ve zvoleném Domově pro seniory. Rozhovory byly dělány v prostorách Domova pro seniory, při rozhovoru bylo sestrám položeno 14 otázek, které byly dle potřeby rozšířeny o doplňující otázky. Zjišťovali jsme, jaké interpersonální vztahy na pracovišti sestra zaznamenává a jejich vliv na práci. Které faktory působí a motivují na kvalitní odvedení práce a jaké to jsou, jestli péče o seniory jí stále naplňuje a nedochází u ní k syndromu vyhoření. Jaké uspokojení

má sestra při péči o seniory i o ty s určitou fází demence, zda je to pochvala anebo uznání od seniorů. Dále nás zajímalo, jestli by sestra chtěla změnit pracovní prostředí, ve kterém pečuje o seniory nebo pro péči o ně jí vyhovuje.

Výzkum poukázal na to, že v Domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, kde sestra pečuje o pacienty nebo klienty její práci ovlivňuje velká řada faktorů, avšak na každou sestru působí vždy něco jiného. Některé jsou spokojeny s prostředím, ve kterém pracují, některé uspokojuje kolektiv a vedení nadřízených, finanční ohodnocení, některé uspokojuje už jen ta péče o druhé. Když dojde k narušení některého z těchto faktorů nebo i více najednou dochází k tak zvanému syndromu vyhoření. Z našeho výzkumu vyplynulo, že pro sestru v interpersonálních vztazích je důležitá pohoda, klid a možnost se spolehnout na kolektiv ve směně. Práce, která je odvedena bez stresu a s dostatečnou komunikací.

Důležitým determinanem se zjistila i pochvala od vedení domova a samozřejmě je motivující i pochvala od klientů anebo jejich rodin. Také bylo zjištěno, že pracovní prostředí domova sestrám nevyhovuje, ale na kvalitu péče o seniory nemá žádný vliv. V domovech pro seniory pracují sestry s různými úrovněmi dosaženého vzdělání, hlavně jsou to sestry, které mohou pracovat samostatně. Praktické sestry zaměstnávají jen některé domovy pro seniory z důvodu, že na každém oddělení na určitý počet lidí je vždy jen jedna sestra ve službě a praktické sestry nemohou dělat samostatně veškerou ošetrovatelskou péči. Zjištění pro tuto práci je, že sestra musí být dostatečně vzdělaná, aby mohla samostatně a dostatečně pečovat o seniory.

Tato práce by mohla být ukazatelem pro vedení zvoleného Domova pro seniory, ale i jiné Domovy, aby věděli, jaké determinanty jsou při péči o seniory pro sestru ty podstatné k tomu, aby odváděla svou práci co nejlépe a uspokojovala dostatečně potřeby klientů. Je pravdou, že když bude spokojený člověk, který péči poskytuje, bude spokojený i člověk který péči přijímá.

## 8 SEZNAM LITERATURY

1. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1 vydání. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-439-9.
2. BURKHARDT, Margaret A. 2008. *Ethics issues in contemporary nursing*. Clifton Part: Thomson/Delmar Learning. ISBN 978-1-4180-4274-5.
3. CALLONE, P.R., et al., 2008. *Alzheimerova demence-300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2320-4.
4. CRESS, Cathy, 2012. *Handbook of geriatric care management*. 3rd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-9026-4.
5. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing ,a. s. ISBN 978-80-271-9802-3.
6. DUPREE, Erin. et al., 2014. *A New Approach to Preventing Falls With Injuries*. Journal of Nursing Care Quality. roč. 29, č. 2. [cit. 2014-04-010]. ISSN 1550-5065.
7. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2 vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4826-9.
8. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 987-80-247-4138-3.
9. FERTALOVÁ, T., ONDŘIOVÁ, I., 2020. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-1462-7.
10. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3379-1.
11. HANZLÍKOVÁ, A., 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-360-8.
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2006 *Manuálek sociální gerontologie, České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry č. 10*. 1.vyd.-dotisk. Brno: NCO NZO, ISBN 80-7013-363-5.

13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie: aneb Senioři mezi námi*. 1 vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
14. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4032-4.
15. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4139-0.
16. JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 80-7013-439-9.
17. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-6629-4.
18. KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient primární péče*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4056-3.
19. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2169-9.
20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Sestra a stres příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-6557-0.
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2713-4.
22. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-6628-7.
23. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3148-3.
24. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-2030-7.
25. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3171-1.

26. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 1.díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3184-1.
27. MPSV, 2017. Národní soustava povolání. [online] 2017 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z internetu: <Všeobecná sestra| NSP.CZ >
28. MUSIL, L., et al., 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN 80-87007-41-7.
29. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-6672-0.
30. PLEVOVÁ, I. et al, 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
31. PLEVOVÁ, I., et al, 2018. *Ošetřovatelství I*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-0888-6.
32. PROCHÁZKOVÁ, E., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-1008-7.
33. ROTH, J., et al. 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. vydání. Praha: Maxdorf, 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3
34. SPILLMAN, B., BIESS, J., & MACDONALD, G., 2012. *Housing as a platform for improving outcomes for older renters*. Washington, DC: Urban Institute.
35. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3223-7.
36. ŠAUEROVÁ, Š., 2018. *Techniky osobního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-0470-3.
37. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-5710-0.
38. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotnických služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-0062-0.

39. ŠVÁBOVÁ, k., NAKLÁDALOVÁ, M., et al. 2012. *Pracovní lékařství*. 1 vydání. Praha: Dr Josef Raabe. ISBN 978-80-87553-74-9.
40. TOMAN, I., 2010. *Motivace zvenčí je jako smrad*. Praha: Taxus International. ISBN 858-6-11-22030-6
41. VAVRUŠOVÁ, L., et al., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-806-3382-0.
42. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
43. VENGLÁŘOVÁ, M., et al., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3174-2.
44. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4732-3.
45. VOJTÍŠKOVÁ, A., 2020, *Syndrom vyhoření*. [online] 2020 [cit. 2021-03-24] Dostupné z internetu: <Syndrom vyhoření (zzmv.cz) >
46. VYHNÁLEK, R. 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Vyd. 1. Praha: Grada, 171 s. ISBN 978-80-247- 1715-9
47. WEBER, P., 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-314-7.
48. ZACHAROVÁ, E., et al. 2007. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
49. ZAVÁZALOVÁ, H. a kolektiv. 2007. *Stárnout aktivně v 21. století – jak v předdůchodovém věku*. In: [online] Česká geriatrická revue: Brno: Ambit Media, a.s., 2007, roč. 2007, č. 5(4)., s. 241–246. ISSN 1801-8661. [cit. 2021-3-04]. Dostupné z: <http://www.geriatrickarevue.cz/...pdf>
50. ZÁKON 201/2017 Sb. [online]. 2017 [cit. 2021-03-21]. Dostupné z internetu: <201/2017 Sb. - Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004... | Esipa.cz> ZÁKON

96/2004 Sb. [online]. 2004. Dostupné z internetu: /[https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/zakon\\_96\\_2004\\_ve\\_zneni\\_pozdejsich\\_predpisu.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/zakon_96_2004_ve_zneni_pozdejsich_predpisu.pdf)

51. ZÁKON 108/2006 Sb. [online]. 2006. Dostupné z internetu: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon\\_108\\_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87)

52. ZGOLA, J. M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0189-9.

53. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-0561-8.



## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Otázky rozhovoru s respondenty

## Příloha 1 – Otázky rozhovoru s respondenty

1. Jaké je vaše nejvyšší vzdělání?
2. Jaké interpersonální problémy zaznamenáváte na vašem pracovišti?
3. Ovlivňuje vás to v odvedené práci?
4. Kolik let pracujete se seniory?
5. Jaké uspokojení vám přináší práce se seniory?
6. Ovlivňuje vás při práci uznání a pochvala od klientů?
7. Jste spokojena s pracovním prostředím?
8. Chtěla byste ho nějak změnit?
9. Jak ovlivňuje pracovní prostředí vaši práci?
10. Jak vaši práci ovlivňuje péče o klienty s počínající a pokročilou demencí?
11. Která motivace by pro Vás byla uspokojivá pro dobře odvedenou práci?
12. Znáte pojem syndrom vyhoření?
13. Setkala jste se někdy s tímto syndromem v praxi?
14. Jaké faktory nejvíce ovlivňují vaši práci?

(zdroj: vlastní)

## **10 SEZNAM ZKRATEK**

DpS	Domov pro Seniory
Bc.	Bakalářské studium
Mgr.	Magisterské studium
Dis.	Diplomovaný specialista
SZŠ	Střední zdravotnická škola
ARIP	Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
WHO	World Health Organization