



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Management práce všeobecné sestry v ordinaci
praktického lékaře**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Romana Vaňhová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová PhD.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Management práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře*“ jsem vypracoval/a 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/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.8.2020

Bc. Romana Vaňhová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní doktorce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za vedení, připomínky a podporu při psaní mé diplomové práce.

Management práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře

Abstrakt

Součástí zdravotnického systému ve všech vyspělých zemích je primární zdravotní péče. Účelem primární péče je poskytnutí preventivní, diagnostické a léčebné péče. Primární péče vyžaduje velmi vysokou úroveň spolupráce, a to hlavně mezi lékařem a sestrou. Činnosti sestry v ordinaci praktických lékařů lze rozdělit do několika základních oblastí. První oblastí jsou úkoly, ke kterým má sestra kompetence, dále je to oblast manažerská, sociální a společenská. Sestra v primární péči je tou nejpovolanější osobou, která realizuje výchovu ke zdraví, a tím se podílí na snižování incidence onemocnění a snižování úmrtnosti na chronická onemocnění.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat management práce sestry v ordinaci praktického lékaře, zmapovat návštěvní péči u pacientů v domácím prostředí a zjistit potřeby pacientů v domácím prostředí. Empirická část výzkumu byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, a to technikou hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili sestry pracující v ordinacích praktických lékařů, pacienti, u kterých je vykonávána návštěvní péče sestry praktického lékaře, a pečující, kteří se starají o své blízké v jejich přirozeném prostředí.

Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že sestry v ordinacích praktických lékařů nemají dostatek informací o stávající legislativě potřebné k zajištění chodu ordinace. Chybí jim kvalitní odborné kurzy, jako je kurz resuscitace, kurz práce s počítačem, kurz komunikace a managementu. Uvítaly by také vzdělávání v oblasti sociální problematiky. Výzkum souboru pacientů potvrdil výhody jejich setrvání v domácím prostředí s důrazem na uspokojování jejich potřeb. Výzkumné šetření souboru pečujících odhalilo, jak vysoká je míra zátěže pro pečující, kteří se starají o své blízké v jejich domácím prostředí. Pro obě skupiny pak hraje klíčovou roli sestra praktického lékaře. Mnohdy je tím prvním, s kým pacient anebo jeho rodina hovoří. Mnohdy pacienti i rodina sdělují své pocity a prosby raději sestram než lékařům. Vzhledem k tomu, že v současné době pacienti i jejich rodiny preferují péči o pacienta v domácím prostředí, je důležité, aby o ně pečovala všestranně erudovaná sestra.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že sestry v ordinacích praktických lékařů by uvítaly možnost dalšího komplexního vzdělávání. Proto byl v rámci diplomové práce vytvořen návrh kurzu v rámci celoživotního vzdělávání pro sestry.

Klíčová slova: management v ošetrovatelství; návštěvní péče; domácí péče; potřeby

Work management for general nurses in general practitioner's office

Abstract

Primary health care is an intrinsic part of health care system in all developed countries. The purpose of primary care is to provide preventive, diagnostic and therapeutic care. Primary care requires a very high level of cooperation, especially between the doctor and the nurse. The activities of a nurse in a general practitioner's office can be divided into several basic areas. The first corresponds to tasks for which the nurse has work competence, however, other areas include managerial, social and societal responsibilities. A nurse in primary care is the most professional person responsible for implementation of health education. and contributes thus to reducing the incidence of the disease and mortality from chronic diseases.

The aim of this diploma thesis was to map the management of nurse working in the general practitioner's office, to map the visiting care for patients in the home environment and to find out the needs of patients in the home environment. The empirical part of the research was conducted using qualitative research survey, using the technique of in-depth semi-structured interview. The research group consisted of nurses working in general practitioners' surgeries, patients who are visited by general practitioner nurses and carers who take care of their loved ones in their natural environment.

The research survey showed that nurses in general practitioners' surgeries do not have enough information about the current legislation needed to ensure the operation of the surgery. They lack suitable professional courses, such as resuscitation course, computer course, communication or management course. They would also welcome education on social issues. Research on a group of patients confirmed the benefits of staying in the home environment with the emphasis on meeting their needs. A research survey of a group of carers revealed high burden for carers who care for their loved ones in their home environment. A nurse practitioner plays a key role for both groups. He/she is often the first person the patient or his family talks to. Often, patients and families communicate their feelings and pleas to nurses rather than doctors. Given that patients and their families currently prefer home, it is important that the responsible nurse has highly versatile capabilities.

The results of the research survey showed that nurses in general practitioners' surgeries would welcome the possibility of further comprehensive education. Therefore,

a proposal for courses in lifelong learning for nurses was created within the diploma thesis.

Key words: nursing management; visiting care; home care; needs

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Primární péče	10
1.1.1 Historie primární péče	11
1.1.2 Primární péče v současnosti	12
1.2 Management práce sestry v ordinaci praktického lékaře	14
1.2.1 Ošetrovatelská činnost.....	14
1.2.2 Preventivní činnost	17
1.2.3 Administrativní činnost	19
1.2.4 Telemedicína v ordinaci praktického lékaře.....	20
1.2.5 Komunikace mezi lékařem a sestrou	22
1.2.6 Manažerská činnost	23
1.3 Návštěvní péče.....	24
1.3.1 Spolupráce s agenturami domácí péče	26
1.3.2 Potřeby pacientů a pečujících v domácím prostředí.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce kvalitativního výzkumného souboru	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
2.3 Operacionalizace pojmů	31
3 Metodika	33
3.1 Metodika práce	33
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	34
4 Výsledky	36
4.1 Vyhodnocení rozhovorů – soubor A (sestry)	36
4.1.1 Identifikační údaje – soubor A (sestry)	36

4.1.2 Seznam kategorií sestry	37
4.2 Vyhodnocení rozhovorů – soubor B (pacienti)	57
4.2.1 Identifikační údaje souboru B (pacienti)	57
4.2.2 Seznam kategorií pacienti.....	58
4.3 Vyhodnocení rozhovorů – soubor C (probandi).....	63
4.3.1 Identifikační údaje souboru C (probandi).....	63
4.3.2 Seznam kategorií probandi	64
5 Diskuse.....	69
6 Závěr	78
7 Seznam použitých zdrojů.....	80
8 Seznam příloh	90
9 Seznam zkratk.....	91

Úvod

V současnosti v sobě management práce sestry v ordinaci praktického lékaře zahrnuje soubor činností jak ošetrovatelských a preventivních, tak i manažerských a administrativních. Ordinance praktických lékařů jsou vybaveny IT technikou, tudíž je předpokladem práce sestry v ordinaci praktického lékaře počítačová gramotnost. Požadavky na minimální technické vybavení ordinací praktických lékařů kladou nároky i na technickou zručnost sester. S tím souvisí i nárůst legislativních požadavků na sestry v ordinacích praktických lékařů.

V souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečí v ordinacích praktických lékařů je naprosto nezbytný profesní rozvoj sester. A to nejen po odborné stránce, ale i po stránce organizačně-technické. Sestra v ordinaci praktického lékaře je manažerkou celé ordinace, a tudíž je zapotřebí, aby zvládla chod ordinace i po stránce manažerské.

Podstatnou část své práce vykonávají sestry pracující v ordinacích praktických lékařů u pacientů v jejich vlastním sociálním prostředí tak, aby byly co nejvíce uspokojeny biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby pacientů. Předpokladem kvalitní péče o pacienty v jejich přirozeném prostředí je spolupráce, a to nejen s jejich rodinnými příslušníky, ale i dalšími subjekty podílejícími se na péči o pacienta.

Diplomovou prací *Management práce sestry v ordinaci praktického lékaře* jsem chtěla poukázat na prestiž sestry v primární péči, a to především v ordinacích praktických lékařů. V minulosti se na sestry pracující v ordinacích praktických lékařů mnohdy nahlíželo jako na ženy důchodového věku, které provádějí pouze jednoduché zdravotní výkony a razítkují formuláře. Nyní má sestra v ordinaci praktického lékaře zcela zásadní postavení v systému primární péče.

1 Současný stav

1.1 Primární péče

Nedílnou součástí zdravotnického systému ve všech vyspělých zemích je primární zdravotní péče. V systému zdravotní péče plní hlavní funkci a je zároveň místem kontaktu pacienta se zdravotním systémem (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (Seifert et al., 2012, s. 13).

Účelem primární ambulantní péče je poskytnutí preventivní, diagnostické a léčebné péče. Dále pak primární ambulantní péče koordinuje návaznost zdravotní péče jinými poskytovateli zdravotních služeb. Primární zdravotní péči poskytuje registrující poskytovatel zdravotních služeb, jak je uvedeno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) existuje medicínský obor, který každý rok ošetří největší počet pacientů, a to je právě Všeobecné praktické lékařství (Košta, 2013). Všeobecné praktické lékařství je vědeckou a akademickou disciplínou, má svou vlastní náplň vzdělávání, svůj výzkum a klinické aktivity, které jsou orientované na primární péči (Seifert et. al., 2019). Základním úkolem tohoto oboru je zabezpečit první kontakt zdravotnického systému s obyvatelstvem a citlivě a zodpovědně rozhodnout o další zdravotní péči, ať už jde o stav akutní, či chronický (Košta, 2013).

Základní zdravotní péče je vnímána jako hlavní součást zdravotnických systémů 21. století. Primární péče by měla podporovat a vytvářet partnerské prostředí a lidi motivovat k účasti na lepší péči o vlastní zdraví. Je důležité plně využívat nástrojů 21. století, jako jsou telemedicína a elektronické zdravotnictví. To vše může přispět k lepší a efektivnější péči. Důležitou zásadou je rovněž vnímání pacientů jako partnerů a jejich plné přijetí odpovědnosti za výsledky jejich léčby. Je proto velmi důležité zajistit dostupnost a funkčnost sítě poskytovatelů zdravotních služeb poskytujících zdravotní péči (MZČR, 2014).

Primární péči nejlépe charakterizuje její přímá dostupnost a otevřenost, která je bez ekonomických, kulturních a geografických bariér. Je schopná porozumět potřebám

občanů a umí na ně reagovat. Ovlivňuje a zpřehledňuje proces poskytování zdravotní péče tak, aby se občan rámcově vyznal v poskytované zdravotní péči a byl v případě onemocnění co nejméně vytrhován ze svého běžného prostředí. Klade důraz na citlivý a humánní přístup s maximálním zachováním lidské důstojnosti (Chan, 2013).

Primární péče vyžaduje velmi vysokou úroveň spolupráce, nastavení kompetencí a sdílení péče o pacienty v týmu všeobecného praktického lékařství, a to mezi lékařem a všeobecnou sestrou (Býma, © 2020). Všeobecná sestra pracující v ordinaci praktického lékaře zajišťuje plynulý chod ordinace, mezi její každodenní úkoly patří administrativní, odborná a organizační činnost. Kvalifikační nároky se budou jistě v budoucnu zvyšovat. Nicméně i charakterové a povahové vlastnosti, loajalita, empatie a flexibilita jsou u všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře velmi důležité (Seifert et al., 2019).

1.1.1 Historie primární péče

Praktické lékařství je bezpochyby jedním z nejstarších medicínských oborů. Již ve starověku se objevují první zmínky o širokém rozsahu péče o nemocné (Kubešová et al., 2002). První se zmiňuje o praktickém lékaři na konci 18. století F. A. Main, který byl zakladatelem Spolku praktických lékařů, ranhojičů a porodníků (Seifert et al., 2004).

Zásadní pro praktické lékařství bylo vydání zákona, který ustavoval obecné a městské lékaře v roce 1870 v Rakousku-Uhersku, který obsahoval nejen péči o nemocné, ale i povinnosti jako dohled nad špitály, lékárnami a školami, a i protiepidemickou činnost (Velemínský et al., 2009). Zemský zdravotní zákon z roku 1888 ustanovil obcím nad 6000 obyvatel, aby si ustanovily a také platily obecního lékaře a menší obce se sdružovaly a ustanovovaly si lékaře obecního. V období první republiky byl u nás zaveden systém rodinných lékařů, v této době byla péče na velmi vysoké úrovni a zdravotní stav populace se výrazně zlepšil. I systém nemocenského pojištění v Československé republice patřil mezi ty nejlepší v Evropě. Bohužel systém nemocenského pojištění a jeho rozvoj zničila druhá světová válka (Seifert et al., 2013).

V padesátých letech patřilo mezi stěžejní rysy péče o zdraví lidu poskytování obvodních zdravotnických služeb. V této době tvořily obvodní služby základ odborné péče, který byl nejbližší obyvatelstvu a pracujícím. Zdravotnické obvody vymezoval a stanovoval okresní národní výbor vždy na základě návrhu okresních ústavů národního zdraví. Obvodní systém tvořil v Československu kontakt první linie občana se

zdravotnickým systémem (Elterlein, 1985). Důležitost této první linie ve světovém měřítku si vynutila pozornost Světové zdravotnické organizace, která uspořádala v září 1978 v Alma-Atě mezinárodní konferenci o primární zdravotní péči. Na základě této konference byla zveřejněna deklarace o primární zdravotní péči, ve které se zdůrazňuje, že je za potřebí, aby veškerá světová veřejnost, vlády, zdravotníci a veřejní pracovníci chránili a rozvíjeli zdraví všech národů po celém světě (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Systém obvodních lékařů soustředěných do okresních ústavů národního zdraví vykazoval i některé přednosti, později se však projevily jeho závažné nedostatky. Ty byly nejčastěji dány odchodem do terénu spíše méně úspěšných lékařů, a tím klesala prestiž obvodních lékařů. Princip obvodních lékařů spíše narušil vazbu a důvěru mezi pacientem a lékařem (Seifert et al., 2004). Zásadním momentem pro obor praktické lékařství byl vznik Katedry všeobecného lékařství na Institutu pro vzdělávání lékařů a farmaceutů v roce 1978 a vznik specializace oboru Praktické lékařství (Štolfa, 2020). Česká republika naplnila jako jedna z prvních strategií WHO v evropských zemích. Počátkem devadesátých let vznikly první privatizované ambulance praktických lékařů. Zákon, který byl schválený v roce 2004, vymezuje v České republice nový obor Rodinné lékařství, v němž lékaři, kteří splnili kvalifikační nároky na péči, sdružují v jedné ordinaci jak děti, tak i dospělé, péče o ně však zůstává rozdělena. Ordinance praktického lékaře jsou základním článkem primární péče a významnou rolí se podílejí na kvalitě a charakteru primární péče (Seifert et al., 2004).

1.1.2 Primární péče v současnosti

V současné době je primární péče v České republice zajišťována několika subjekty. Těmi jsou ordinace praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, agenturami domácí péče, ambulantními stomatologickými ambulancemi, ambulancemi gynekologů, lékařskou službou první pomoci a v neposlední řadě lékárnami. Všichni tito poskytovatelé zajišťují přímou dostupnost pro občany, jak je uvedeno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování.

Ve výčtu těchto poskytovatelů primární péče mají dle Seiferta et al. (2019) ordinace praktických lékařů klíčové postavení. Je velice důležité, aby spolupracovali s ostatními poskytovateli zdravotní, ale i sociální péče a měli by znát a respektovat jejich kompetence. Všeobecné praktické lékařství má tyto základní rysy: dostupnost, kontinuitu, komplexnost, všeobecnost, orientaci nejen na rodinu, ale i na komunitu.

Ordinace praktického lékaře by měla být také kulturně citlivá a vstřícná i k pacientům jiných kultur (Seifert et al., 2019). Ordinace praktického lékaře je většinou místo, kde se pacient poprvé setkává se zdravotními službami, a proto je velmi důležité, jak se ordinace prezentuje. Lékař i sestra by měli vnímat pacienta v kontextu jeho rodinného, pracovního, sociálního a kulturního prostředí (Bednář, 2013).

Nemalou roli v tom, jak lékař i sestra své pacienty vnímají, hraje skutečnost, zda v této komunitě žijí, či nikoli. Velký vliv má i věk, zkušenosti, pohlaví a životní styl lékaře a sestry (Seifert a Beneš, 2005). V současnosti narůstá význam primární péče. Ten souvisí především s novodobým trendem v péči o zdraví, co nejlépe využít finanční prostředky, s rozvojem medicínských technologií, ale především se stárnutím populace (Býma, 2014). Klade se důraz především na prevenci. Zdravotnické služby se přesouvají do ambulantní sféry a paliativní péče nabývá nového významu. Je kladena větší zodpovědnost občanů za své zdraví (Košta, 2013). Klíčovou úlohu mají poskytovatelé primární péče i v rámci teoretického modelu Zdraví 21, a to z hlediska Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Pravidelně mohou působit na své registrované pacienty, kteří jsou přístupnější doporučením od lékařů, kteří kontinuálně pečují o jejich zdraví. Cílem preventivního programu je posilování a rozvoj zdraví a prevence nemocí. V rámci této komunity je možnost ovlivnit významně životní styl pacientů, a to jak v oblasti výživy, pohybové aktivity, tak konzumaci alkoholu a tabáku. Mohou tak motivovat pacienty a sledovat jejich aktuální zdravotní stav (MZČR, 2008).

Zdravotnické služby fungují ve spolupráci s mnoha dalšími odvětvími, která mají dopad na lidské zdraví. Oproti tomu primární péče je prvním bodem vstupu do zdravotního systému, kdy jednotlivec vyžaduje osobní lékařskou péči obvykle od všeobecného praktického lékaře. Důležité je, že primární péče je téměř vždy poskytována izolovaně od širšího rámce sociálních determinant zdraví. Hefford et al., (2005) tvrdí, že lidé potřebují více zdravotní péče, ne více lékařské péče. Primární zdravotní péče může udělat jen to, že se zaměří na řešení sociálních determinant zdraví, na zajištění přístupu lidí k teplému a suchému bydlení, výživné potravě, povolání, které platí životní mzdu, a bezpečnému životnímu prostředí (Carryer a Yarwood, 2014).

Konečným cílem primární péče je poskytnout pacientům včasnou, účinnou, a hlavně bezpečnou péči. Nutné je, aby se odstranily legislativní překážky ve zdravotnické praxi, zlepšila se tak efektivita primární péče, následně i její kvalita (Donald et al., 2010).

Primární péče nabízí obrovskou příležitost uplatnit teoretické znalosti, ale i praktické dovednosti v různých klinických situacích, a to v prostředí, které je blízké pacientovi.

Proto má primární péče velký potenciál. V ordinaci praktického lékaře se můžeme seznámit se spektrem poskytovaných služeb v rámci primární péče. Seznámit se s působením faktorů životního prostředí a způsobu života na zdraví pacienta a také s vlivem psychických a sociálních faktorů na zdraví. V ordinaci praktického lékaře jsou každý den řešeny jak pacienti s akutním onemocněním, tak pacienti s chronickými onemocněními v různých fázích rozvoje nemoci (Seifert et al., 2013).

K velmi důležitým strategickým plánům patří reforma primární péče. Je plánována její postupná proměna tak, aby se posílila primární péče, která by byla schopna poskytovat zdravotní péči v co nejširším rozsahu. A aby byla tato kvalitní, a především snadno dostupná každému pacientovi (MZČR, ©2020 a.).

1.2 Management práce sestry v ordinaci praktického lékaře

1.2.1 Ošetrovatelská činnost

Koncepce ošetrovatelství definuje ošetrovatelskou péči jako soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, které mají společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi (Metodické opatření MZČR, 2004). Ošetrovatelství jako disciplína vytváří a vykonává funkce, které napomáhají prevenci zdraví, dále pak podporují a udržují zdraví (Kutnohorská, 2010). V rámci ošetrovatelských činností je pokládán diagnostický proces za jednu ze základních činností sester (Mastiliaková, 2014).

Kompetence sester tak tvoří základ pro model reflexního klinického uvažování, ošetrovatelskou diagnostiku a algoritmus diagnostického procesu v rámci ošetrovatelství založeného na důkazech (Vörösová et al., 2015). Kompetence je kvalifikace, způsobilost, či schopnost charakterizující oblasti určitých činností (Hartl a Hartlová, 2010). Kompetence sester v České republice jsou legislativně stanoveny ve vyhlášce č. 391/2017 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. I v ordinaci praktického lékaře sestra používá ošetrovatelský proces jako základní metodu při poskytování ošetrovatelské péče jak jednotlivci, rodině či celé komunitě (Žiaková et al. 2009). Ošetrovatelská praxe má jasně nastavený právní rámec a řídí se profesními standardy, které jsou součástí legislativy o poskytování ošetrovatelské péče (Grohar-Murray, DiCrocce 2003). Činnosti všeobecné sestry lze rozdělit do několika základních oblastí. První oblastí jsou úkoly, ke kterým má sestra kompetence, dále je to

role organizační a následně rozšířené role, ke kterým je nutný dle obsahu certifikovaný kurz (McCarthy et al., 2012).

Všeobecné sestry a lékaři se mnohdy neshodují na svých rolích při poskytování primární péče. V současné době musí všeobecné sestry čelit mnoha výzvám, které souvisejí s rozvojem pracovní síly, aby byly uspokojeny potřeby služeb v primární péči (Donelan et al., 2013). Dle Karimi – Shahanjarin et al. (2019) mohou vzdělané všeobecné sestry s určitostí poskytnout stejnou, mnohdy i lepší a kvalitnější péči než mnozí lékaři primární péče.

Plevová et al. (2018) uvádí, že posouzení stavu pacienta je sběr, třídění a ověřování údajů o zdravotním stavu jednotlivých pacientů. Získaná data, která by měla být komplexní, úplná a přesná, jsou východiskem pro realizaci dalších fází ošetrovatelského procesu. Během fáze posouzení by měla sestra podrobně posuzovat pacienta v těch oblastech, v nichž se vyskytuje nějaká abnormalita či dysfunkce (Plevová et al., 2018). Další důležitou součástí práce sestry je rozhovor s pacientem, rodinou nebo komunitou, při kterém monitoruje aktuální zdravotní stav pro účely ošetrovatelské diagnózy. V rozhovoru by měly být zahrnuty biografické údaje pacienta, důvod, proč vyhledal zdravotní péči a subjektivní popis problému. Sestra by měla správně identifikovat problémy a potřeby pacienta a zjistit jejich dysfunkci. Rozhovor, který sestra s pacientem vede, by měl být veden správně, což znamená klást jednoznačné a srozumitelné otázky. Mluvit dostatečně hlasitě, přizpůsobit hlas věku, schopnostem pacienta a adekvátně reagovat na nejasné odpovědi. Rozhovor by měl být veden v prostředí důvěry s dostatečnou časovou dotací (Funnell et al., 2009).

K základním činnostem, které v rámci svých kompetencí sestry provádějí, je fyzikální vyšetření pacienta (Jelínková, 2014). Aby bylo fyzikální vyšetření správně realizováno, musí být zabezpečena intimita vyšetřovaného, správné osvětlení a klidné prostředí. U pacientů s akutním problémem nebo specifickým problémem se zaměřujeme na vyšetření pouze určitého orgánu či systému těla. Pacienta s chronickým onemocněním vyšetřujeme všeobecným cefalokaudálním postupem nebo podle jednotlivých systémů (Funnell et al., 2009). Při fyzikálním vyšetření sestra používá své smysly ke zjištění objektivních údajů o tělesném stavu pacienta (Nejedlá, 2015). Je to inspekce, při níž je pohledem možné zhodnotit stav nemocného. Palpace, při níž pohmatem pomocí rukou či prstů ruky, můžeme vyšetřit orgány. A to jejich velikost, patologické útvary nebo bolestivost. Dalším vyšetřením je perkuse, při níž poklepem zhodnotíme velikost orgánů, přítomnost tekutiny, bolest či rozdíl mezi symetricky uloženými orgány. Auskultace je

vyšetřovací metoda poslechem za pomoci fonendoskopu. K ošetrovatelským činnostem, které provádí sestra ve své každodenní praxi, se dále řadí měření fyziologických funkcí. To zahrnuje měření krevního tlaku, tepové frekvence, dechu a tělesné teploty (Jelínková, 2014).

Mezi základní vyšetřovací metody patří odběry biologického materiálu. K biologickému materiálu řadíme krev, moč, stolici, sputum a mozkomíšní mok. Laboratorně je možné vyšetřovat všechny složky krve. K odběrům krve se používají různé druhy uzavřených odběrových systémů, díky nimž vzniká při odběru minimální riziko kontaminace krví (Kelnarová et al., 2016). V ordinaci praktického lékaře sestra vyšetřuje moč pouze orientačně. Nejprve hodnotí zápach, barvu anebo případný zákal či pěnu. Chemické vyšetření provádí za pomoci indikátorových papírků, které ponoří do vzorku moči (VZP, © 2020). Moč, kterou je nutné vyšetřit bakteriologicky, sestra odesílá do laboratoře. Do laboratoře odesílá i stolici, ať už na vyšetření mikrobiologické, či biochemické a parazitologické. Také stěry z chorobných ložisek a sliznic sestra odesílá k mikrobiologickému vyšetření ke stanovení citlivosti na antibiotika (Kelnarová et al., 2016).

Sestra pracující v ordinaci praktického lékaře aplikuje ve své každodenní praxi léčiva. Aplikuje je různými způsoby na základě ordinace lékaře. Léčiva aplikuje buď perorálně, což je nejčastější a nejjednodušší způsob podání léčiva, dále pak sublingválně, inhalačně, rektálně, transdermálně a injekčně. Dle místa aplikace rozdělujeme dále na podání subkutánní, intradermální, intramuskulární a intravenózní (Jelínková, 2014). Aby bylo podání léčiva pro pacienta bezpečné, měla by sestra znát jak farmakodynamiku, tak farmakokinetiku léku. Dále pak lékové skupiny, dávkování léků, vedlejší účinky léků, kontraindikace, nežádoucí účinky léků. Velmi důležitá je i alergická anamnéza pacienta (Martínková et al., 2007).

V rámci své ošetrovatelské praxe sestra lokálně ošetřuje defekty kůže. Sestra k procesu ošetřování ran přistupuje komplexně a nesmí zapomínat na holistický přístup k pacientovi. Sestřin přímý a dlouhodobý kontakt s pacientem hraje významnou roli v managementu léčby chronických ran. Může tak pomoci lékaři nastavit na základě svých informací efektivnější způsob léčby (Pejznochová, 2010). Východiskem pro co nejefektivnější ošetřování ran je strategie evidence *based practice*. Úkolem sestry je nejen pečovat o chronickou ránu, ale zároveň musí zhodnotit jak ránu, tak i její okolí. Měla by také umět zhodnotit celkový stav pacienta, identifikovat nejen příčinu vzniku rány, ale i faktory, které by mohly vést k nepříznivému vývoji v procesu hojení

(Hlinková et al., 2019). Při popisu rány sestra vychází převážně z mezinárodní klasifikace ran WHC, která usnadňuje popis a sjednocuje i dokumentaci, která je vedena při péči o chronické rány (Pokorná a Mrázová, 2012).

Očkování patří do dalších ošetrovatelských činností sestry v ordinaci praktického lékaře. Za posledních několik let zaznamenalo velký rozvoj a došlo k mnoha změnám. Očkování dospělých představuje novou očkovací strategii a má v současné době velký význam (Chlíbek et al., 2019). Sestra by měla při očkování pacientů dodržet několik zásad. Patří sem individuální přístup k očkovanému pacientovi, pečlivě dodržet pokyny výrobce vakcíny, dodržet správnou techniku očkování (Karen et al., 2009).

Endoskopické vyšetřovací metody nejsou prováděny v ordinacích praktických lékařů, ale sestra musí vědět, o které vyšetřovací metody jde, jak se provádějí (Jelínková, 2014). Endoskopické vyšetřovací metody umožňují prohlédnout vnitřní duté orgány nebo tělesné dutiny pomocí speciálních přístrojů. Tato endoskopická vyšetření jsou prováděna nejen z důvodu terapeutického, ale i diagnostického (Slezáková et al., 2019). Sestra v ordinaci praktického lékaře musí pacienta řádně poučit o přípravě na endoskopické vyšetření. Příprava pacienta je závislá na druhu endoskopického vyšetření (Kelnarová et al., 2016). Velmi důležitou součástí přípravy pacienta je i příprava psychická (Slezáková et al., 2019).

1.2.2 Preventivní činnost

V rámci každodenního kontaktu s pacienty je prováděna výchova ke zdraví, a to zejména individuální. Je důležitou součástí léčebných postupů, zvyšuje efektivitu léčby, pomáhá pacientovi aktivně se zapojit do zvládání zdravotních obtíží a snižuje náklady na léčbu. Všeobecná sestra je tou nejpovolanější osobou, která realizuje výchovu ke zdraví. Je dostatečně vzdělaná, s pacienty je v blízkém kontaktu a měla by umět získat si jejich důvěru (Hamplová, 2019). Čeledová a Čevela (2010) uvádí, že její role ve výchově ke zdraví je nezastupitelná a jedinečná. Jako profesionál je sestra tím, kdo se podílí na výchově ke zdraví (Čeledová a Čevela, 2010). Sestra předává pacientům potřebné informace, a tím se podílí na snižování incidence onemocnění a snižování úmrtnosti na chronická onemocnění a preventabilní infekční onemocnění. Mezi hlavní témata výchovy ke zdraví patří doporučení pro kompenzaci poruch zdraví, samovyšetřovací metody, diety, rady v nemoci a rehabilitační metody v období rekonvalescence (Hamplová, 2019). Sestra, která pacienta edukuje neboli vede při výchově ke zdraví, by měla mít určité

předpoklady pro úspěšné zvládnutí této role. Jsou to vlastnosti charakterové, sociální, senzomotorické, intelektové a v neposlední řadě odborné znalosti a dovednosti (Juřeníková, 2010).

Na výchovu ke zdraví bezpochybně navazuje prevence. Prevencí nazýváme takovou činnost, která vede k podpoře zdraví, pomáhá zabránit vzniku nemocí, prodlužuje aktivní délku života jedince (Čeledová a Čevela, 2010). Prevenci lze rozdělit na primární prevenci, která se snaží předcházet vzniku nemocí, sekundární prevenci, k níž patří odhalování nemocí v jejich počátečním stadiu, a prevenci terciální, která má za úkol minimalizovat důsledky již probíhající nemoci (Janečková a Hnilicová, 2009). V současné době je výchova ke zdraví i primární péče velmi opomíjena. Je hrazena jen samotnými účastníky, a tím se stává nedostupnou pro sociálně slabé. V současnosti je hrazena ze zdravotního pojištění pouze sekundární prevence (Müllerová et al., 2014).

Sestra v ordinaci praktického lékaře je ideálním odborníkem pro poskytování krátkých intervencí a odborného poradenství, protože k tomu má dostatečnou erudici a přirozenou autoritu (Hamplová, 2019). Každá sestra, která edukuje pacienta anebo jeho rodinu, musí vědět, čeho chce v jeho postojích, dovednostech, vědomostech a návycích dosáhnout. Vše je nutné si dobře naplánovat (Juřeníková, 2010). Ať už se jedná o působení na pacienta či jeho rodinu v ordinaci nebo v domácím prostředí, je možno provést kroky nezbytné k předání srozumitelných informací, individuálních zhodnocení rizik a praktických rad, které pomohou ke změně způsobu života, k detekci asymptomatických onemocnění a k včasnému odeslání ke specialistovi. Cílem těchto působení je najít a posílit vnitřní motivaci pacienta ke změně chování. Pacient by měl nejen chtít, ale hlavně věřit, že změna v jeho chování je možná a on je schopen ji uskutečnit (Hamplová, 2019).

Primární prevence je předcházení vzniku nemocí a ovlivňování faktorů, které působí na udržení zdraví a tím snížení zdravotních rizik (MZČR, 2015). Je tedy zaměřena na zdravé osoby a jejich výchovu ke zdraví. Součástí primární prevence je vyhledávat rizikové osoby, které jsou ohroženy nějakou nemocí (Jelínková, 2014). Je cílena na podporu zdravého životního stylu, očkování a péči o zdravé pracovní prostředí (Hamplová 2019). Na primární prevenci nemocí navazují sekundární prevence nemocí, jejichž posláním je vyhledávat časná stadia poruch zdraví preventivními prohlídkami a screeningovými programy s cílem zlepšení šancí na úspěšnost léčby (MZČR, 2015). V sekundární prevenci je důležitá včasná diagnostika onemocnění a rychlé zahájení léčby, čímž lze zabránit možným komplikacím (Jelínková, 2014). Do sekundární

prevence patří jednak preventivní prohlídky, ale především screeningové programy. Mamografický screening, což je vyšetření, které je hrazené z veřejného zdravotního pojištění ve dvouletých intervalech od 45. do 69. roku věku ženy (MZČR, ©2020 b). Screening kolorektálního karcinomu je zahájen ve věku 50 let (Müllerová et al., 2014). V intervalu jednoho roku se v období od 50 do 54 let provádí test na okultní krvácení a od 55 let má pacient možnost vybrat si mezi testem na okultní krvácení ve dvouletém intervalu anebo screeningovou kolonoskopií (Falt et al., 2015). Novinkou ve screeningu kolorektálního karcinomu je screeningová kolonoskopie u pacientů od 50 let věku. Screening nádorů děložního hrdla, který provádí registrující gynekolog, je nezávislý na věku pacientky (MZČR, ©2020 b). Screening rakoviny plic je metoda, která funguje ve světě už několik let, bohužel v České republice obdobný program není. Uvažuje se o organizování plošného screeningu rakoviny plic od roku 2023, který je koncipován ve Všeobecné fakultní nemocnici společně s Plicní onkologickou radiologickou společností (Böhmová, 2019).

Terciární prevence se zaměřuje na znovunastolení zdraví, u již propuknuté nemoci, a vede tak ke zmírnění projevů nemoci nebo jejich symptomů (MZČR, 2015). Cílem terciární prevence je předcházet recidivám nemoci a zachovat kvalitu života (Hamplová, 2019).

Aktuálně hovoříme o kvartérní prevenci, která zahrnuje zdravotní péči zaměřenou na zmírnění dopadů nemoci a také na vyhnutí se následkům nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí (MZČR, 2015). Obsahuje jak oblast somatickou a psychickou, tak i oblast sociální (Hamplová, 2019). Dále lze rozdělit prevenci na specifickou, se zaměřením na konkrétní nemoc (Kukla et al., 2016). V rámci primární péče všeobecná sestra vzdělává pacienty na poli primární, sekundární i terciární prevence, zejména v oblasti zvládání chronických chorob jako je diabetes mellitus, hypertenze, chronických ran, péči o kůži (Vytejková et al., 2011). Nespecifická prevence se zaměřuje především na zvýšení zodpovědnosti člověka o jeho vlastní zdraví (Kukla et al., 2016).

1.2.3 Administrativní činnost

Sestra v ordinaci praktického lékaře působí i jako administrativní pracovnice. Registruje nové pacienty, zakládá jim kartu pacienta. Přebírá, kompletuje a archivuje zdravotnickou dokumentaci pacienta. Zakládá došlé výsledky a zprávy jednotlivých

pacientů (Seifert et al., 2019). Zdravotnická dokumentace musí být vedena čitelně, průkazně a pravdivě (Vondráček a Wirthová, 2008).

Dle zákona o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb, eviduje všeobecná sestra objednané vakcíny dodané dle státem vybraného dodavatele. Dále pak запиše do zdravotnické dokumentace provedené očkování (Zákon č. 258/2000 Sb.).

Pracovně lékařské služby, které se řídí zákonem č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, jsou službou preventivní a provádí ji praktický lékař na základě písemné smlouvy s konkrétním zaměstnavatelem. Dle Vévody et al. (2013) sestra v ordinaci praktického lékaře plánuje pracovnělékařské prohlídky, eviduje zaměstnance, kteří se pracovně lékařské prohlídky zúčastnili. Účastní se dohledu nad příslušným pracovištěm a vede o tomto dohledu zápis (Vévoda et al., 2013).

Mezi administrativní činnost sestry také patří evidence léčivých přípravků na pracovišti. Každé pracoviště má vypracovaný seznam léčivých přípravků, které se nacházejí na pracovišti. Tento seznam je pravidelně aktualizován. Dále sestra kontroluje dodržení teploty léčivých přípravků na pracovišti nejméně jednou denně a provádí o tom záznam, tak jak to ukládá zákon č. 378/ 2007 Sb., o léčivech.

V rámci administrativní činnosti vede všeobecná sestra agendu jednotlivých zdravotnických prostředků, a to zejména přístrojů podle zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích. Tyto zdravotnické prostředky jsou prokazatelně odborně udržovány a kontrolovány v souladu s pokyny výrobců těchto prostředků (Pešek a Pavlíková, 2005).

Jednou z nevyřešených rolí všeobecných sester v primární péči je absence administrativních pracovníků, kteří by umožnili všeobecným sestřám více se podílet na rozvoji ošetrovatelské péče v rámci primární zdravotní péče namísto administrativních úkonů (Dowsewelt, 2002).

1.2.4 Telemedicína v ordinaci praktického lékaře

V současné době dochází k masivnímu rozvoji telekomunikačních a informačních technologií. Jako v řadě dalších oborů, tak i ve zdravotnictví dochází k rozvoji nových disciplín, jež charakterizuje písmeno *e* na počátku. Ve zdravotnictví je tak *eHealth* novým pojmem, kterým označujeme elektronizované a informatizované zdravotnictví (Středa a Hána, 2016). Součástí *eHealth* medicíny je telemedicína, která je zakotvena v Akčním plánu k národní strategii elektronického zdravotnictví České

republiky 2016 – 2020. Tato strategie si klade za cíl vybudovat systém podpory různých programů telemedicíny v České republice společně s řízením životního cyklu, aby byl zajištěn jejich maximální pozitivní dopad na zdraví obyvatel České republiky a to efektivně a bezpečně (MZČR, 2016).

Telemedicína v sobě zahrnuje telekomunikaci, lékařskou informatiku umožňující dálkový přenos dat, konzultační činnost, ale také dálkové poskytování zdravotnických a dalších služeb (Adámková et al., 2016).

V ordinaci praktického lékaře je telemedicína využívána hlavně k přenosu a sdílení dat, přenosu výsledků a vyšetření. Je velmi důležitá při komunikaci s dalšími specializovanými pracovišti. Nepochybně také šetří čas, snižuje náklady na léčbu a vede ke zvýšení kvality poskytované péče. V rámci telemedicíny se nejčastěji využívá vedení elektronické zdravotní dokumentace, selfmonitoring (Středa a Hána, 2016). Elektronická dokumentace v ordinaci praktického lékaře má oproti papírové dokumentaci velmi mnoho výhod. Jedná se bezesporu o její dostupnost, snadnější komunikaci a konzultaci s ostatními specialisty. Dále je zde možnost využít data z této dokumentace pro statistické účely, registry, ale i účetnictví. K dalším telekomunikačním technologiím patří vystavování elektronických neschopenek. Jejich vystavování usnadní přebujelou administrativu v ordinacích praktických lékařů (Computerworld, 2014).

V rámci telemedicíny je největším přínosem selfmonitoring pacientů v domácím prostředí. Telemedicínské aplikace umožňují pacientům domácí selfmonitoring bez nutnosti návštěvy lékaře. Šetří tak čas a náklady nejen sobě, ale i lékařům. Čekárny praktických lékařů již nejsou přeplněny chronicky nemocnými pacienty, kteří přicházejí na pravidelnou kontrolu. Pravidelné domácí sledování pacientů vede ke zkvalitnění jejich vlastní péče o své zdraví, snižuje se tak počet exacerbací a tím se zmenšuje počet akutních příjmů ve zdravotnických zařízeních. Data, která odesílají pacienti prostřednictvím telekomunikačních sítí přes zabezpečený server, si může prohlédnout pouze zdravotnický personál k tomu pověřený (Středa a Hána, 2016).

Veliký potenciál má telemedicína při návštěvě všeobecné sestry u pacienta v domácím prostředí. Konzultuje aktuální stav pacienta s lékařem pomocí telekonferenčního hovoru, či prostřednictvím e-mailu (Koubová, 2014). Význam telemedicíny je především ve zvýšení komfortu pro pacienta a možné je i řešení personální situace v českém zdravotnictví (Koubová, 2019).

Jednou z důležitých novinek bylo zavedení celorepublikové elektronické žádanky v souvislosti s testováním na koronavirus. Používání této elektronické žádanky nařídil

mimořádným opatřením ministr zdravotnictví Adam Vojtěch s účinností k 26. květnu 2020 všem orgánům ochrany veřejného zdraví, zdravotnickým zařízením i laboratořím. Hlavním cílem eŽádanky bylo řízeně indikovat vyšetření na covid-19 a posléze mít přehled o výsledku vyšetření. Bylo velmi důležité vyvinout nezbytně rychle, a to během několika málo dnů, jednoduchou aplikaci tak, aby tuto funkci splnila. V terénu byla eŽádanka akceptována a během několika dnů byla rozšířena na 30 tisíc poskytovatelů zdravotnických služeb (Koubová, 2020).

1.2.5 Komunikace mezi lékařem a sestrou

Je zcela nepředstavitelné, aby ve zdravotnictví jeden člověk pečoval komplexně o zdraví lidí. K tomu, aby byla udržena co největší kvalita života a co nejlepší kvalita ošetrovatelské péče, musí být bezesporu kvalitní multidisciplinární tým (Plevová et al., 2012). Aby byla soudržnost týmu co největší, měly by být překonány individuální rozdíly, což vyjadřuje používání slova *my* namísto *já* (Vévoda et al., 2013).

Spojenectví lékaře a všeobecné sestry by mělo být součástí pracovní aktivity a být zcela přirozené. Lékař i sestra se navzájem potřebují, aby dosáhli co nejlepšího cíle při péči o pacienta. I to, jak mezi sebou lékař a sestra komunikují, vede k úspěchu celého týmu. Bohužel tato profesionální komunikace může být narušena neochotou respektovat daná pravidla ve zdravotnickém zařízení, rozdílným pohledem a názorem na danou situaci, ale i situačním tlakem (Vévoda et al. 2013). I v současnosti někteří lékaři zastávají názor, že by ošetrovatelská činnost neměla zasahovat do lékařských kompetencí. Někteří lékaři se cítí ohroženi vysokoškolsky vzdělanými sestrami (Bártlová et al., 2010).

Předpokladem pro spokojenost v práci a odvádění co nejlepšího pracovního výkonu je správná komunikace mezi lékařem a sestrou. Pokud sestra i lékař mohou v pozitivním pracovním vztahu uvolněněji komunikovat, pracovní vztah tak není ovlivněn předsudky a strachem ze selhání a pochybení (Herrmann a Zabramski, 2005). Profesní a sociální dovednost komunikace jak verbální, tak i nonverbální tvoří interpersonální vztahy. Jak ji jedinec dokáže použít, vyjadřuje jeho vztah k hodnotám, osobám a věcem (Mikuláščík et al., 2010). Velmi významné je pro dobrý pracovní tým cílená tvorba týmu a udržení pozitivních vztahů mezi lékařem a sestrou. Profesionální dovednosti a schopnosti však mají největší vliv na chování a vztah lékaře k všeobecným sestram. I vzdělání a osobní charakterové vlastnosti utváří pohled lékaře na všeobecnou sestru. Naopak věk, pohlaví a fyzická přitažlivost nehraje v tomto profesionálním vztahu žádnou

roli. Sestry ve vztahu sestra-lékař oceňují uznání kvality své práce lékařem, skutečnost, že je sestra brána lékařem jako rovnocenný partner v péči o pacienta, a postavení se lékařem za sestru v případě konfliktu, ať už s pacientem či jeho rodinou (Bártlová et al., 2010).

Při organizaci zdravotní péče jsou jasně dány vztahy nadřízenosti a podřízenosti, jejich kompetence a pracovně-právní vztahy. Vzhledem k odlišnosti a složitosti zdravotní péče a profesionální skladbě pracovníků není vůbec jednoduché, tato pravidla dodržet (D'Avanzo, 2008). V dnešní době se klade velký důraz na spolupráci. Obsah spolupráce má novou kvalitu. V požadavcích na týmovou práci najdeme schopnost naslouchat, komunikovat, spolupracovat, řešit problémy, zdůvodnit a uznat argument, mnohdy učinit kompromis. Toto vše vede ke zvýšení a efektivnosti ošetrovatelské péče a zvyšování úrovně vnitřních vztahů (Bártlová et al., 2010).

1.2.6 Manažerská činnost

Management je proces, kdy dochází k systematickému plánování, organizování, vedení lidí a kontrolování. Tento proces směřuje k dosažení cílů organizace (Bělohávek et al., 2006).

V rámci komplexnosti je třeba brát kompetence manažera jako oblasti jeho zodpovědnosti. Existují čtyři základní oblasti zodpovědnosti manažera, a to organizování zahrnující správné rozhodování, dále zajištění optimální struktury pracoviště a nakonec koordinace a delegování činností v týmu (Hekelová, 2012). Primární zdravotní péče je stále ještě často dělena na lékařskou péči a ošetrovatelskou péči, i když by obě tyto části měly být vedeny v souladu. V moderních zdravotnických zařízeních je postupně směřováno k propojení jednotlivých profesí. Vzniká tak tým, který má společný cíl. K tomu, aby tým fungoval, by měli mít všichni členové týmu odborné vědomosti, schopnost řešit problémy a pečovat o interpersonální vztahy (Venglářová et al., 2011). Znalosti a dovednosti tvoří v organizaci lidský kapitál. Ten je zároveň i rozhodující složkou, která vyjadřuje tržní hodnotu organizace (Armstrong a Taylor, 2015). Řízení především znamená dosáhnout kýžených výsledků prostřednictvím lidského kapitálu. Je-li řízení účinné, je možné vytvořit zavedenou firmu, která dosahuje vysoké výkonnosti s vytvářením potenciálu k dlouhodobému udržení dobrých výsledků (Hospodářová, 2008). Manažer nese zodpovědnost za řízení i ostatních zdrojů jako jsou zařízení, finance, informace, čas, ale také sami sebe (Plevová et al., 2012). Manažer první linie by měl mít k dispozici data adekvátní svým

schopnostem a pozici, aby měl správný rozhled (Slouka, 2017). Mezi důležité předpoklady správného manažera patří umění motivovat. Motivace patří k velmi náročným postupům a manažer musí prokázat speciální dovednosti a znalosti z praktické manažerské psychologie (Plamínek, 2011).

V dobře fungujícím malém zdravotnickém zařízení, jako je například ordinace praktického lékaře, je zapotřebí jasně si rozdělit kompetence, nastavit si jednoduchá pravidla a plynule komunikovat vertikálním i horizontálním směrem (Slouka, 2017). Organizace práce včetně plánování a vytyčení priorit je popsáno jako velmi důležitý aspekt každodenní práce všeobecné sestry. Dále se jedná o schopnost koordinovat a strukturovat práci. Schopnost vyřešit problémy má také velkou váhu, zejména ve vztahu k samotné práci. Rozhodnost všeobecné sestry je považována za nezbytnou, jako i odpovědnost, samostatnost a flexibilita (Potter et al., 2016).

Mezi základní předpoklady pro vykonávání povolání všeobecné sestry patří absolvování příslušné školy, adaptačního procesu a dalších vzdělávacích aktivit. Mimo těchto předem daných podmínek je třeba se zamyslet nad osobnostními předpoklady (Venglářová et al., 2011). Mezi osobnostní předpoklady všeobecné sestry je potřeba zařadit i současné etické principy, jakými jsou pravdomluvnost, důvěryhodnost, věrnost a poctivost (Ivanová, 2006). Sociální kompetence neboli sociální inteligence patří mezi důležitou oblast při práci sestry. K těmto kompetencím se řadí sociální percepce, přívětivost, sociabilita, komunikativnost, schopnost týmové spolupráce a řešení konfliktů (Venglářová et al., 2011). V současné době se u všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře předpokládá, že zvládá aktivně alespoň jeden cizí jazyk (Košta, 2013).

Cílem manažera v soukromém zdravotnickém zařízení je především naplnění zdravotních potřeb obyvatel. Marketing zdravotnických služeb je velmi specifický, protože se vztahuje na medicínské prostředí, a zároveň musí respektovat etické aspekty. Posláním zdravotníků je zachraňovat životy, pomáhat jiným lidem a zlepšovat kvalitu jejich života. V tomto se zdravotnické služby odlišují od služeb ekonomických. Marketing zdravotnických služeb by měl odhalit potřeby potenciálních pacientů a zároveň odhalit faktory, které mohou potřeby pacientů ovlivnit (Slouka 2017).

1.3 Návštěvní péče

Návštěvní službou označujeme zdravotní péči vykonávanou ve vlastním prostředí pacienta, který se s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do ordinace

praktického lékaře. Tuto službu mohou poskytovat všichni praktičtí lékaři v rámci svých služeb v rozsahu takových zdravotních výkonů, které nevyžadují vybavení, jež je dostupné pouze v ordinaci, a také nejsou omezeny speciálními hygienickými požadavky (Zákon č.372/2011 Sb.).

Návštěvní služba je mnohdy pro pacienta výhodnější a pro praktického lékaře i efektivnější (Arnoldová, 2012). Návštěvy pacienta v jeho domácím prostředí jsou pro praktického lékaře velmi důležitým nástrojem pro posouzení stávajících obtíží, kontrolu léčby, a slouží pro zhodnocení adaptace sociální podpory (Schuler a Oster, 2010). Návštěvní zdravotní služba patří do zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta, do níž také spadá domácí péče, ve které je zahrnuta ošetrovatelská péče poskytovaná v domácím prostředí pacienta (Arnoldová, 2012). Důležitá je i takzvaná diagnostická návštěva domova pacienta. Slouží k zhodnocení domácích podmínek a popřípadě lze rodině poradit s úpravami v bytě tak, aby co nejvíce vyhovovaly především pacientovi, ale zároveň také usnadnily péči o něj. Návštěvní péče je velmi důležitá, ale je též náročná, a to jak časově, tak i personálně (Schuler a Oster, 2010).

Mezi základní determinanty přínosu návštěvní péče pro pacienty patří pohodlí a klid domova, přítomnost příbuzných, rychlost poskytované péče, loajalita a také kvalita ošetrovatelské péče. Pro mnoho pacientů je to i jediný sociální kontakt, tudíž jsou návštěvní službou uspokojeny nejen fyzické potřeby pacienta, ale i potřeby sociální a rodinné (Šuplerová a Machová, 2013). To, že sestra zná rodinné zázemí pacienta, hraje důležitou roli při kontaktu s pacientem. Sestra tak při rozhovoru s pacientem může navodit vztah důvěry, pokud má dostatek informací o členech rodiny. Pokud je vztah k příbuzným kladný, lze tyto informace využít ke spolupráci například při rehabilitaci kognitivních funkcí (Válková, 2015).

Návštěvní službu mnohdy potřebují pacienti, které destabilizovala závažná změna jako je kalamita, epidemie chorob, letní vlna veder, zimní vlna mrazů, propuštění z hospitalizace k rekonvalescenci nebo snížená soběstačnost (Čevela et al., 2012).

Strategie stárnutí a života v dosavadním prostředí, na které je člověk zvyklý, je bezesporu nejvíce chtěnou institucí. Možnost setrvat pacientovi v prostředí, na které je zvyklý a v němž je obklopen rodinou nebo komunitou, vede ke zlepšení kvality života (Holmerová et al., 2014).

Mezi specifickou návštěvní službu lze zařadit tu, kterou provozuje Ordinance pro chudé v Ostravě pod záštitou Armády spásy. Jednou týdně je poskytována návštěvní

služba pacientům v terénu, a to převážně pacientům bez domova (Armáda spásy, © 2016).

1.3.1 Spolupráce s agenturami domácí péče

Domácí péče hraje v systému zdravotní péče České republiky velmi důležitou roli. Většina agentur domácí péče funguje v režimu 7 dní v týdnu a 24 hodin denně. Domácí péče je poskytována na základě žádosti praktického lékaře, který vystaví pro pacienta poukaz na odbornost 925 - domácí zdravotní péče na tiskopis 06. Na tomto tiskopisu jsou uvedeny veškeré zdravotní údaje o pacientovi i stupeň jeho mobility. Dále je zde uveden rozsah poskytované péče, kterou stanoví praktický lékař (Asociace domácí péče, ©2020).

Domácí péči rozdělujeme do čtyř základních oblastí. Ošetrovatelská péče v domácím prostředí se týká především pacientů, kteří se zotavují po různých úrazech nebo chirurgických zákrocích, vlivem nichž byli hospitalizováni v nemocnici (Misconiová, 2011). K ošetrovatelské péči v domácím prostředí se přistupuje, pokud už pacient nepotřebuje intenzivní lékařskou péči, a další ošetření může zajistit všeobecná sestra nebo ošetrovatelský personál s potřebnou kvalifikací pro ošetrovatelskou péči v domácím prostředí pacienta (Jarošová, 2007).

Dalším typem domácí péče je dlouhodobá domácí péče při chronických onemocněních pacienta, při níž pacient volí možnost pobytu v domácích podmínkách. Při péči o dlouhodobě nemocné pomáhají specializované agentury domácí péče, jejichž kvalifikovaný personál pomáhá při běžných domácích činnostech a hygienické péči prostřednictvím pravidelných návštěv až čtyřikrát denně (Misconiová, 2011). Dlouhodobá domácí péče je důležitá pro udržení psychické pohody pacientů a naplnění potřeb pacienta (Jarošová, 2007).

Preventivní domácí péči indikuje především praktický lékař. Sleduje tak pravidelně zdravotní stav pacienta, a to krevní tlak, výživu, laboratorní údaje, chronické rány a podobně. Tuto péči indikuje v různých časových intervalech a je prováděna agenturami domácí péče (Misconiová, 2011).

Paliativní péče je péčí na sklonku života. Je určena pacientům v preterminálním nebo terminálním stádiu nemoci. Jejím hlavním cílem je zmírnit utrpení pacientů a zajistit jim důstojný odchod v kruhu rodiny za pomoci kvalifikovaných pracovníků (Jarošová, 2007).

1.3.2 Potřeby pacientů a pečujících v domácím prostředí

Moderní ošetřovatelství charakterizuje systematické hodnocení a plánování uspokojení potřeb jak zdravého, tak především nemocného člověka. Realizace probíhá prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Ke správnému hodnocení je potřeba dívat se na pacienta jako na holistickou bytost, tudíž na osobu jako celek (Trachtová et al., 2013).

Lidské potřeby lze hodnotit dle několika teorií. Jednou z nich je Maslowova hierarchie potřeb, která je rozdělena na nižší potřeby, a to potřeby fyziologické a potřeby bezpečí. Potřeby vyšší jsou pak potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a potřeby seberealizace (Atkinsonová et al., 1995). Coveyova teorie rozděluje lidské potřeby do čtyř forem, a to fyzické, sociální, mentální a duchovní. Další teorií je Vroomova teorie očekávání, která lidskou bytost především motivuje ve třech našich přesvědčeních. V přesvědčení o přitažlivosti cíle, v přesvědčení, že správným chováním dosáhneme cíle, a v přesvědčení, že se tak budeme umět chovat. V McClellandově teorii získaných potřeb je uváděno, že lidé mají potřebu moci, potřebu někam patřit a potřebu něčeho dosáhnout. Stejně tak Murray rozdělil potřeby do tří kategorií. Kategorie viscerogenních, kategorie psychogenních a kategorie skrytých potřeb. Je třeba zmínit i Frommovu teorii potřeb. Ta kromě základních fyziologických potřeb zmiňuje i lidské potřeby, které odpovídají sociálnímu statusu jedince (Šamánková et al., 2011).

Zdravotní postižení a těžká nemoc mohou některou potřebu člověka postavit do popředí a některou, která byla v popředí, odsunout stranou. Vždy je nutno přihlédnout k tomu, v jaké situaci se člověk nachází, a ne se striktně držet hierarchií potřeb. Můžeme tak identifikovat základní závažné priority k naplnění potřeby, a tou je potřeba být a zůstat někým (Kalvach et al., 2011). Je nutno si uvědomit, že člověk je neobyčejně křehká nádoba i v době, kdy není nikterak zdravotně omezen. Při nemoci pak mnohdy strádá nejen tělesně, ale i duševně. Proto péče o pacienta zahrnuje nejen péči o tělo a duši pacienta, ale i o jeho rodinu a životní situaci (Hořejší, 2015). Důležité je ctít každého člověka a akceptovat nejen jeho silné stránky, ale i jeho slabé stránky (Schuler a Oster, 2010).

Potřeby pacienta hodnotíme zejména proto, abychom rozpoznali oblasti, které pacient a jeho rodina považují za důležité a sestra tak mohla vymezit oblasti, ve kterých může jak pacientovi, tak jeho rodině pomoci. Potřeby a jejich prioritizace se nemocí mění, mohou vznikat i nové potřeby (Bužgová, 2015). Důležité je obnovit či udržet si schopnost plnit dřívější sociální funkce, anebo se připravit na funkce nové (Bártlová, 2005).

Jak specifické jsou potřeby pacienta, závisí dle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) převážně na samotném pacientovi, na charakteru jeho onemocnění a na sociálním zázemí. Potřeby pacientů s jakýmkoli onemocněním lze dle Bártlové (2005) rozdělit do tří obecných rovin. Tou základní je potřeba navrácení zdraví, následuje potřeba zmírnění anebo zbavení se bolesti (Bártlová, 2005). Bolest je vnímána jako nepříjemný pocit, a většina z nás se tohoto pocitu snaží velmi rychle zbavit. Bolest nám často znemožní prožít štěstí, ale také se může stát, že ji silnější pocity mohou přebít. Přítomnost bolesti se významnou měrou podílí na snižování kvality života pacienta (Pokorná et al., 2013). Je důležité si uvědomit, že akutní bolest negativně ovlivňuje celou řadu fyziologických funkcí a její nedostatečná léčba zvyšuje riziko, že se bolest stane bolestí chronickou (Kolektiv autorů, 2006). Správná léčba akutní bolesti je nejenom etickým apelem kladeným na lékaře, ale je také nezbytnou součástí správného léčebného postupu. Nedostatečná léčba bolesti je veřejný zdravotnický problém, který má dopad zejména na kvalitu života chronicky nemocného pacienta. Všichni lékaři, a nejen specialisté pro léčbu bolesti, by si měli uvědomit, že pacient má základní lidské právo, a to netrpět bolestí, z toho vyplývající právo, aby tato bolest byla včas a odborně léčena (Rokyta et al., 2009). Léčba bolesti sestrou se skládá z nezávislých i kooperativních činností. Neinvazivní postupy lze provádět nezávisle jako ošetrovatelské výkony, ale podávání analgetik je dovolené pouze po ordinaci lékaře (Kolektiv autorů, 2006). Pro pacienta s bolestmi je nejvhodnější kombinace terapeutických strategií. Jednotlivé postupy se ověřují a mění do té doby, dokud pacient nepocítí zmírnění bolesti. Je třeba si uvědomit, že bolest vnímá každý člověk jinak, vnímání bolesti je velmi osobní záležitostí. Jak člověk vnímá bolest, je dáno nejen věkem, pohlavím, ale rozdíl vnímání bolesti je i etnicky podmíněn (Rokyta et al., 2018).

Jsou určité potřeby, které se nemocí nemění a jsou totožné jako u zdravého člověka. U nemocného ale může docházet k posunu pořadí jejich důležitosti. Jedná se především o nižší potřeby. Patří sem potřeba spánku, výživy, vyprazdňování, odpočinku a aktivity denního života, ale také pocit bezpečí a jistoty (Zacharová, 2017). Aktivity denního života dle Trachtové et al. (2013) vykonává zdravý člověk zcela samostatně bez pomoci druhé osoby. Z toho vyplývá, že soběstačnost je specifická vlastnost, která je závislá na mnoha faktorech a souvisí se zdravotním stavem (Holmerová et al., 2014). Základním kritériem pro posouzení a hodnocení soběstačnosti a sebepečce je schopnost člověka pohybovat se a být aktivní. Snížená schopnost pohybu může vést ke snížení sebeúcty a k poruše sebekoncepcce (Trachtová et al., 2013). Často tak dochází u pacientů k přesunutí potřeby

bezpečí a jistoty do samého popředí potřeb, je pro ně nutné vědět, že nezůstanou sami (Šamánková et al., 2011). Důležitým faktorem pro zachování duševního a tělesného zdraví je odpočinek a spánek. Poruchy spánku udávají nemocní nejčastěji. To může být zapříčiněno obavami, nejistotou, stresem, nedostatkem soukromí a klidu (Trachtová et al., 2013). K dalším biologickým potřebám patří vyprazdňování. S touto potřebou souvisí potřeba zachovat intimitu a soukromí (Šamánková et al., 2011). Při neuspokojení potřeby vyprazdňování se mohou projevit negativní emoce, mezi které patří úzkost, strach, napětí a nervozita (Trachtová et al., 2013). Sexualita bývá mnohdy tabuizována, a to především u lidí vyššího věku. Překážkou v rozvoji sexuálního života nemusí být tělesný stav, ale především psychické bariéry, názory, zábrany a postoje jedince (Čeledová et al., 2017).

Další skupinou jsou potřeby, které spolu s nemocí zanikají. Patří sem vyšší potřeby jako je seberealizace. Naopak vyšší potřeba sebeúcta a sounáležitost se dostává do popředí. Nemocný musí vědět, že mu dáváme najevo naši úctu a zájem. A i v těžké nemoci respektujeme jeho intimitu a tolerujeme ho (Šamánková et al., 2011). Mezi pocity, které umožňují člověku získat důvěru, spolehlivost, nezávislost a životní hodnoty, patří bezpečí a jistota. Neuspokojení těchto potřeb se nezřídka kdy projevuje zlostí, hněvem a agresí. (Trachtová et al., 2013). Duchovní potřeby jsou důležité pro člověka s duchovním zaměřením (Šamánková et al., 2011). Často se setkáváme s nemocnými, kteří hlavně na sklonku života objevují náboženskou dimenzi, anebo se k ní po mnoha letech vrací (Marková, 2010).

Nezbytná je dobrá komunikace rodiny, pečujícího, lékaře a všeobecné sestry s pacientem. Získat si jeho důvěru je základním stavebním kamenem při řešení složitých životních situací, které se vyskytly v rámci zvládnání složité životní situace při příchodu nemoci (Holmerová et al., 2014).

Roli pečujícího může plnit nejenom nejbližší příbuzný, ale i přítel, který spolupracuje při poskytování individuální domácí péči. Tito pečující jsou neprofesionální osoby, které pomáhají nemocným v domácích podmínkách při činnostech běžného denního života i v základní ošetrovatelské péči. Tito pečovatelé mnohdy péči poskytují na úkor svého fyzického i psychického zdraví (Kurucová, 2016).

Často dochází k situaci, že se rodina, která pečuje o pacienta v domácím prostředí, vzdá pečovatelské role. Důvodem bývá nezřídka nedostatečná podpora od ostatních příbuzných anebo nedostatek návazných služeb v komunitě (Hudáková a Majerníková, 2013).

Pečovateľská role s sebou prináša i mnoho rizik. Jde o zvýšený výskyt agrese, úzkosti, deprese, mnohdy jsou narušeny osobní vztahy, a to vše vede k celkové nemocnosti a úmrtnosti pečovateli (Novák, 2013). Osoba, která pečuje o svého blízkého, si mnohdy dostatečně neodpočine, má nedostatek spánku, je i fyzicky vyčerpaná (Čeledová et al., 2017). Z tohoto důvodu vznikly baterie testů, které hodnotí jednak zátěž pečovatele, dále možné konflikty pečování s ostatními sociálními rolemi či rodinné konflikty. V rámci pomoci pečujícím vznikly respitní pobyty v rámci některých sociálních zařízení (Kalvach et al., 2004). Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek (Čeledová et al., 2017). Neméně důležité je navázat co nejdříve kontakt jak s praktickým lékařem, tak se sociálním pracovníkem a plánovat společně péči o nemocného v domácím prostředí (Kuzníková, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce kvalitativního výzkumného souboru

Cíl 1. Zmapovat management práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře

Cíl 2. Zmapovat návštěvní péči u pacientů v domácím prostředí

Cíl 3. Zjistit potřeby pacientů v domácí péči

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké činnosti vykonávají sestry v rámci náplně práce?

Výzkumná otázka 2: Jaké činnosti vykonávají sestry v rámci návštěvní péče u pacientů?

Výzkumná otázka 3: Které ošetrovatelské výkony postrádají pacienti v domácím prostředí?

Výzkumná otázka 4. Jaké jsou potřeby rodinných příslušníků, kteří pečují o pacienta v domácím prostředí?

2.3 Operacionalizace pojmů

Management v ošetrovatelství

Každá všeobecná sestra, která vede, plánuje, organizuje a kontroluje jak pacienta, jeho rodinu nebo celou komunitu, může být managerem v ošetrovatelství (Plevová et al., 2012).

Potřeby

Potřeba je projevem buď nadbytku, anebo naopak nedostatku, a to v oblasti psychické, sociální a biologické. Můžeme tak definovat stav člověka, který se nějakým způsobem odchyluje od svého životního standardu. Potřeby jsou zdrojem lidského chování, zároveň však také klíčem k jeho pochopení (Krátká, 2018).

Návštěvní péče

Je poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, zejména u pacientů, kteří se pro svůj zdravotní stav nemohou dostavit do zdravotnického zařízení (Arnoldová, 2012).

Domácí péče

Je ošetrovatelská, léčebně rehabilitační a paliativní péče poskytování v domácím prostředí pacienta (Arnoldová, 2012).

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Empirická část práce je realizována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, při němž byla použita metoda dotazování technikou polostrukturovaného rozhovoru. Vytvořili jsme tři výzkumné soubory, které byly rozděleny na sestry, pacienty a pečující. Výzkumné soubory byly rozděleny a označeny písmeny A, B, C.

V prvním výzkumném souboru A bylo osloveno deset sester pracujících v ordinacích praktických lékařů v Libereckém a Ústeckém kraji. Otázky pro sestry u praktických lékařů byly rozděleny do dvou základních částí. První část otázek se týkala ošetrovatelské činnosti, kterou sestry vykonávají v rámci své náplně práce. Dále to byly otázky, ve kterých jsme se ptali na preventivní činnosti, kterým se sestry ve svých ordinacích věnují. Dotazovali jsme se na administrativní zátěž. Jakých manažerských postupů využívají k řízení chodu ordinace. Položili jsme jim otázku o využití telemedicíny v ordinaci praktického lékaře. Zajímala nás i vzájemná komunikace mezi lékařem a sestrou. Ptali jsme se na možnosti jejich dalšího vzdělávání. Aktuálně byly do rozhovoru zařazeny otázky týkající se vlivu pandemie covidu-19 na chod ordinace praktických lékařů (viz příloha 1). Druhá část otázek byla věnována návštěvní službě u pacientů v jejich přirozeném prostředí. Tázali jsme se, zda sestry návštěvní službu u pacientů vykonávají. Zda a jak jim pomáhá v plánování ošetrovatelské péče vidět přirozené prostředí pacienta. Jedna z otázek byla věnována ošetrovatelským činnostem, které v rámci návštěvní péče vykonávají a zda některou činnost při vykonávání návštěvní služby postrádají. Dále nás zajímalo, jak spolupracují s agenturami domácí péče. I do druhé části otázek byla zařazena otázka pandemie covidu-19, ptali jsme se, zda sestry v době pandemie vykonávaly návštěvní službu u pacientů a jakým způsobem to tuto službu ovlivnilo (viz příloha 1).

Ve druhém výzkumném souboru B bylo osloveno deset pacientů, kterým byla poskytována návštěvní služba, a to jak v Libereckém, tak i Ústeckém kraji. Nejprve jsme kladením identifikačních a společenských otázek navázali kontakt s pacientem a překonali počáteční komunikační bariéru pacientů. Poté jsme již otázky směřovali ke zjištění toho, jak zvládají běžné aktivity denního života. Zda mají problém při vykonávání hygienické péče. Dotkli jsme se i citlivého tématu o zachování jejich intimity. Jestli používají imobilizační pomůcky a zda vědí, jak je správně používat. Zajímala nás

i spánková hygiena a dostatek odpočinku. Tázali jsme se, zda se o ně pečující starají celý den, či za nimi jen docházejí. Důležitá byla i otázka, jestli a jak si mohou přivolat pomoc. Dále jsme se zajímali o možnost návštěvy duchovního a o to, zda nemoc narušila jejich partnerské soužití. Zda postrádají v rámci návštěvní služby nějakou ošetrovatelskou intervenci (viz příloha 2).

Ve třetím výzkumném vzorku C bylo osloveno deset probandů, kteří pečují o pacienta v domácím prostředí. Zajímalo nás, o jaké pacienty, s kterou diagnózou doma pečují a jak dlouho. Co je vedlo k tomu, že zvolili péči v domácím prostředí. Zda měli dostatek času připravit vhodné prostředí pro domácí péči. Zda mají dostatek informací o péči o pacienty a jak je získávají. Které komunikační kanály používají ke komunikaci s praktickým lékařem. Jestli je pro ně péče o pacienta v domácím prostředí náročná. Zda měli v době pandemie covidu-19 dostatečnou podporu ze strany praktického lékaře a zda měla tato pandemie nějaký vliv na jejich blízké, o které pečují (viz příloha 3).

Všichni účastníci výzkumu byli předem informováni o tom, jak bude rozhovor probíhat. Jejich odpovědi byly doslovně přepsány. Otázky k rozhovorům jsme si předem písemně připravili, některé jen rámcově. Během rozhovoru byly subjektům výzkumu kladeny také doplňující otázky, abychom zjistili více informací, nebo jsme danou informaci lépe pochopili. Zpracování získaných dat probíhalo formou kódování, metodou tužka a papír. U každého výzkumného souboru jsme si vytvořili kategorie a podkategorie. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou pak detailně popsány v další části práce.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

První výzkumný soubor A tvořilo 10 sester pracujících v ordinacích praktických lékařů Libereckého a Ústeckého kraje. Výzkumný vzorek tvořily dvě praktické sestry, sedm všeobecných sester a jedna diplomovaná sestra. Rozhovory probíhaly během měsíce června, a to jak v ordinacích praktických lékařů, tak i mimo ordinaci.

Druhý výzkumný soubor B tvořilo deset pacientů, u kterých byla vykonávána návštěvní služba v rámci Libereckého a Ústeckého kraje. Tvořili ho pacienti různého věku jak s chronickými chorobami, tak po úrazu. Rozhovory probíhaly během měsíce června v přirozeném prostředí pacientů. I tak jsem měla problém sehnat dostatečné množství subjektů, hlavně výzkumného souboru B. Pacienti, o které je pečováno v jejich

přirozeném prostředí, jsou bohužel především pacienti trpící demencí, proto by rozhovory výzkumného souboru B nebyly validní.

Třetí výzkumný soubor C tvořilo deset probandů, jak z Libereckého, tak Ústeckého kraje. Probandi byli jak přímými příbuznými pacientů, tak i kamarádi či sousedé pacientů. Rozhovory probíhaly během měsíce června mimo domácí prostředí.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení rozhovorů – soubor A (sestry)

4.1.1 Identifikační údaje – soubor A (sestry)

Tabulka 1 Identifikační údaje souboru A (sestry)

sestra	pohlaví	věk	vzdělání	délka praxe v ordinaci
A1	žena	41	všeobecná sestra	11 let
A2	žena	30	praktická sestra	3 roky
A3	žena	43	všeobecná sestra	8 let
A4	žena	48	všeobecná sestra	5 let
A5	žena	45	všeobecná sestra	10 let
A6	žena	47	všeobecná sestra	4 roky
A7	žena	46	všeobecná sestra	6 let
A8	žena	45	všeobecná sestra	19 let
A9	žena	32	praktická sestra	1 ½ roku
A10	žena	31	díplomovaná sestra	½ roku

(zdroj vlastní)

Sestra A 1 je všeobecná sestra, která pracuje v ordinaci praktického lékaře 11 let. Sestra A2 je praktická sestra pracující v ordinaci praktické lékařky 3 roky. Sestra A3 je všeobecná sestra pracující v ordinaci praktického lékaře 8 let. Sestra A4 je všeobecná sestra pracující v ordinaci praktické lékařky 5 let. Sestra A5 je všeobecná sestra, která pracuje u praktické lékařky 10 let. Sestra A6 je všeobecná sestra pracující v ordinaci praktické lékařky 4 roky. Sestra A7 je všeobecná sestra pracující v ordinaci praktické lékařky 6 let. Sestra A8 je všeobecná sestra, která pracuje v ordinaci praktické lékařky v malé obci již 19 let. Sestra A9 je praktická sestra pracující v ordinaci praktické lékařky 1 ½ roku. Sestra A10 je diplomovaná sestra, která před půl rokem nastoupila po mateřské dovolené do ordinace praktické lékařky.

4.1.2 Seznam kategorií sestry

Kategorie 1: Náplň práce sestry

- A. Odběr biologického materiálu
- B. Měření fyziologických funkcí
- C. Aplikace injekcí a infuzí
- D. Očkování
- E. Převoz ran
- F. Poučení na vyšetření

Kategorie 2: Preventivní péče

- A. Dispenzární prohlídky pacientů s diabetem mellitem
- B. Dispenzární prohlídky pacientů s hypertenzí
- C. Prevence obezity
- D. Škola zad
- E. Screening kolorektálního karcinomu

Kategorie 3: Administrativní činnost

- A. Dokumentace pacientů
- B. Evidence pracovně-lékařských služeb
- C. Provozní deníky přístrojů
- D. Evidence očkovacích látek
- E. Evidence střídání dezinfekce

Kategorie 4: Manažerské postupy

- A. Plánování chodu ordinace
- B. Objednávání zdravotnického a spotřebního materiálu
- C. Objednávání léků pro potřebu ordinace

Kategorie 5: Telemedicína

- A. E-mailová a telefonická komunikace
- B. eRecept
- C. eNeschopenka

Kategorie 6: Komunikace s lékařem

Kategorie 7: Vzdělávání

- A. Resuscitace
- B. Vzdělávací akce

Kategorie 8: Pandemie covid-19

Kategorie 9: Návštěvní péče u pacientů

- A. Prostředí pacienta a plánování ošetrovatelské péče
- B. Nejčastější diagnózy pacienta
- C. Ošetrovatelské výkony
- D. Iniciátor návštěvní péče
- E. Spolupráce s agenturami domácí péče
- F. Pandemie covidu-19

Kategorie 1: Náplň práce sestry

A. Odběr biologického materiálu

Devět sester se shodlo, že odběr biologického materiálu patří k jejich každodenním činnostem. Sestra A8 uvedla: *„Bez ranních odběrů bych si nedokázala představit chod ordinace.“* A jak souhlasně uvedla sestra A2: *„Odběr biologického materiálu patří k mým základním pracovním úkonům.“* Téměř všechny sestry uvedly, že nejčastěji odebírají krev. Sestra A5 k tomu dodává: *„Dále je to odběr moči na kultivaci.“* Pouze sestra A9 uvedla, že odběr biologického materiálu, který by odesílala do laboratoře, neprovádí: *„Ordinaci máme hned vedle nemocnice, kde je odběrová místnost, a tam odesílám své pacienty.“* Vzápětí ale dodává: *„V rámci náplně své práce provádím mnoho vyšetření (point-of-care-testing), což znamená provádění laboratorních vyšetření přímo v ordinaci.“* Sestra A9 vysvětluje: *„Mám několik přístrojů, na kterých mohu analyzovat krev, moč, stolici i provést analýzu výtěru z krku.“* Ostatní sestry také uvádějí, že tyto přístroje v ordinaci mají. Dokonce sestry A2, A5 a A9 uvádí, že mají tyto přístroje i přenosné. Sestra A2 vysvětluje: *„Je to výhoda, když potřebuji vyšetřit pacienta doma.“* Jen sestra A8 podotýká: *„Kromě glukometru žádný jiný přístroj k dispozici nemám, ale moc bych ho chtěla.“* Ptali jsme se sester, jestli vždy vědí, jak daný odběr provést a jak složité je zjistit správný postup. Všechny sestry se shodly na tom, že když se vyskytne speciální vyšetření krve, nevědí, do které zkumavky se odběr provádí. *„Když nevím, do jaké zkumavky mám krev odebrat, většinou si zavolám do laboratoře, kde mi poradí,“* vysvětluje sestra A6. Sestra A1 dodává: *„Většinou mi poradí, ale mám pocit, že je obtěžují.“* Rozhovorem jsme zjistili, že všechny sestry si odběry biologického materiálu plánují. *„Samozřejmě, když někdo potřebuje akutně odběr, nikdy ho neodmítnu,“* dodává sestra A7. To, že si pacienty před plánovanými odběry náležitě poučí, uvedla pouze sestra A3: *„Určitě je důležité vysvětlit přípravu na odběry krve, i na výtěr z krku.“*

B. Měření fyziologických funkcí

To, že měří pacientům fyziologické funkce odpovědělo osm sester shodně, že ano. Teprve když pacientovi změří krevní tlak a zváží ho, odesílají ho k lékaři. Sestra A4 doplnila: *„I když pacient přijde s jakýmkoli problémem, vždy mu změřím tlak a zvážím si ho.“* *„Má to i psychologický efekt, když pacient sedí se mnou u stolu, mám možnost s ním navázat lepší kontakt. Mnohdy jsem to já, komu řekne, co ho trápí, ať už to souvisí s jeho zdravím, či nikoli,“* upozorňuje většina sester. Oproti tomu sestra A1 si myslí, že *měření*

tlaku patří k činnostem lékaře, který si hodnoty umí i vyhodnotit. Sestra A8 podotýká, že se s lékařkou v měření krevního tlaku střídají: „Kdo má momentálně čas, tak pacienta změří, sedíme s paní doktorkou v jedné místnosti.“ Zvážit pacienta, změřit mu výšku a obvod pasu, je základní činnost při vstupní prohlídce pacienta, jak uvedla většina sester. To, že mají v ordinaci praktického lékaře přístroj na natočení EKG, uvedly jen tři sestry-A2, A6 a A9. Ostatní sestry uvedly, že posílají pacienty na příslušné interní ambulance. A10 vysvětluje: „Natočit EKG potřebujeme hlavně v rámci předoperačního vyšetření, a to stejně probíhá na interní ambulanci.“ Sestra A1 dodává: „Když je někomu špatně, tak stejně volám záchrannou službu.“ Oxymetr nepoužívá, ani ho v ordinaci nemá sedm sester. Tři sestry-A2, A6 a A9 oxymetr v ordinaci mají. „Myslím, že se v ordinaci hodí, zvláště, když je pacient dušný,“ upřesňuje sestra A9.

C. Aplikace injekcí a infuzí

Aplikaci injekcí v rámci své ošetrovatelských výkonů uvedlo všech deset sester. Sestra A4 dodává: „Většinou aplikuji intramuskulární injekce.“ Sestra A1 upřesňuje: „Injekce aplikujeme hlavně pacientům s bolestí zad, těchto pacientů je poslední dobou mnoho.“ Sestru A10 překvapilo, kolik pacientů chodí k praktickému lékaři na aplikaci injekcí: „Jsem v ordinaci teprve krátce, ale už jsem aplikovala hodně intramuskulárních injekcí, a to hlavně pacientům s bolestí zad.“ Dále jsme zjišťovali, zda sestry v ordinaci praktického lékaře aplikují infúze. Dozvěděli jsme se, že infúze neaplikuje sedm sester. Sestra A8 si myslí, že aplikace infúze patří na jiná pracoviště: „Mají na to jak vybavení, tak čas.“ Sestry A2, A6 a A9 oponují: „Třeba když volám záchrannou službu, tak si myslím, že napíchnout pacientovi flexilu je základní povinnost.“ Sestra A2 ještě dodává: „Dostupnost, jak odborných ordinací, tak nemocnic, je komplikovaná, tak nevím, proč bych nemohla aplikovat pacientovi analgetickou infuzi.“ Sestra A3 říká: „Pan doktor mi pořídil polohovací křeslo, abych mohla podávat hlavně analgetické infúze, abychom zajistili pacientům veškerý komfort.“

D. Očkování

Všech deset sester shodně odpovědělo na otázku, zda očkují v rámci náplně své práce pacienty, že ano. Sestra A7 uvedla „Očkuji pravidelně podle očkovacího schématu. Ještě očkuji běžná komerční očkování na přání pacienta,“ upřesňuje sestra A7 a ostatní sestry souhlasí. Také jsme zjišťovali, zda se sestry setkaly při své praxi s alergickou reakcí po

aplikaci očkovací látky. Devět sester se nikdy s alergickou reakcí nesetkalo. Jen sestra A4 se s alergickou reakcí po aplikaci očkovací látky setkala: „*Paní byla hypotenzní, tak jsme si ji v ordinaci nechali o něco déle na pozorování.*“ Pouze čtyři sestry si připouští možnost nějaké alergické reakce. „*Nikdy se mi nic takového nestalo, tak se snad ani nic nestane,*“ reaguje na otázku sestry A1. Ale všechny sestry se shodují v tom, že musí pacienti po očkovaní vždy sedět v čekárně. „*Alespoň 20 minut si je pohlidám,*“ říká sestra A8.

E. Převozby ran

„*Ano, ošetřuji jak drobné akutní rány, tak především rány chronické,*“ říká shodně osm sester. Uvádějí zároveň, že praktický lékař nechává léčbu chronických ran plně v jejich kompetenci. „*Absolvovala jsem přeci několik kurzů na léčbu chronických ran, tak vím, jak se která rána hojí,*“ vysvětluje sestra A8. Ale pak sestra A8 doplňuje: „*Když vidím, že je rána horší, anebo dlouho nedochází ke zlepšení, tak kontaktuji většinou chirurga.*“ Sestry upozornily i na to, že je občas překvapí, jak pacienti svou ránu zanedbají a k návštěvě je donutí buď velká bolest, či nesnesitelný zápach. „*Několikrát se mi udělalo nevolno, když jsem sundala pacientovi obvaz a vyvalil se příšerný zápach,*“ konstatuje sestra A4 a ostatní s ní souhlasí. Naopak sestry A9 a A10 odpověděly, že drobnou akutní ránu ošetří, ale na chronické rány si zatím netroufnou: „*Ještě nemám s chronickými ranami tolik zkušeností.*“ A shodují se, že po absolvování pouze jediného kurzu moc zkušeností nezískají. Všechny deset sester považuje pravidelnou účast na kurzech léčby chronických ran za stěžejní. „*Vždy se na tomto kurzu dozvím něco nového, ale zároveň si zopakuji i to, co jsem už znala z minula,*“ říká sestra A2. „*Na těchto kurzech si hlavně vyměníme s ostatními kolegyněmi svoje zkušenosti,*“ doplňuje sestra A5. Téměř všechny sestry se shodly, že používají k převazům ran vlhké hojení. „*Žádnou firmu neupřednostňuji, používám to, co je pro danou ránu nejlepší,*“ říká sestra A2. Jen sestry A7 a A10 si shodně povzdechly: „*Paní doktorka není moc přítelem moderních materiálů k léčbě ran.*“ Když jsme se zeptali, které chronické rány nejčastěji ošetřují, všechny sestry se shodly, že *hlavně bércáky.*

F. Poučení na vyšetření

Že své pacienty poučují o přípravě na vyšetření uvádí v rozhovoru všech deset sester. Jejich odpovědi se liší v tom, na jaká vyšetření pacienty poučují. Dále se jejich odpovědi

lišily v rozsahu poučení. Všech deset sester shodně říká, že na běžná vyšetření by byly schopny pacienty poučit, ale na žádná speciální vyšetření by si netroufily. Devět sester uvádí: „*Nejčastěji to je ultrazvuk břicha.*“ Jen sestra A9 říká: „*Ani na sono břicha pacienty nepoučuji, vše jim vysvětlí sestřička, když se jdou objednat.*“ Dalším vyšetřením, na které sestry pacienty připravují, je gastroscopie a kolonoskopie. Například sestra A2 podotkla: „*Já mám třeba domluveno s gastroenterologickou ambulancí, že si pacienty z naší ordinace budu připravovat sama. Pro pacienty by bylo obtížné dojíždět tak daleko jen kvůli poučení. A i kolegyním ušetřím čas.*“ Naopak sestra A1 říká: „*Gastroenterologická ambulance v naší nemocnici si nepřeje, abych si pacienty edukovala sama.*“ Sestra A7 odpověděla: „*Mám pro své pacienty připravené poučení o bezsezbytkové dietě a mám i rozepsané přípravy různými druhy vyprazdňovacích roztoků. Všechno jim náležitě vysvětlím.*“ Sestry A1 až A9 přiznaly, že by si přípravy na jiná vyšetření musely nastudovat, a to buď na internetu, nebo v odborné literatuře. „*Vždyt nedávno jsem si musela zopakovat, co obnáší Jícnové ECHO a jestli je na toto vyšetření nějaká příprava,*“ přiznává sestra A6. Většina sester si myslí, že o přípravě na vyšetření by měla informovat odborná ambulance, v níž bude vyšetření provedeno. Naopak sestra A10 se pochlubila: „*Zatím jsem se nesečkala s žádným vyšetřením, kde bych tápala, jak pacienta poučím.*“ „*Mám kolegyni na telefonu, když si nevím rady,*“ přiznala sestra A9.

Kategorie 2: Preventivní péče

A. Dispenzarizace pacientů s diabetem mellitem

Všech deset sester nám uvedlo, že si pravidelně zvou na prohlídky do ordinace praktického lékaře pacienty s diabetem mellitem. Jejich odpovědi se lišily, a to jak frekvencí prohlídek, tak náplní prohlídek. Sestra A1 uvádí: „*Pacienty s diabetem si zvou alespoň jedenkrát ročně, někdy i dvakrát ročně.*“ To sestry A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 a A9 říkají: „*Diabetiky si sledujeme pravidelně každé 3 měsíce.*“ Sestra A10 k tomu podotýká: „*Diabetiky si hlídá sama paní doktorka a i rozhoduje, kdy si je pozve.*“ Sestra A2 upřesňuje, jak tyto prohlídky probíhají: „*Při každé návštěvě diabetika mu změřím krevní tlak, zvážím si ho a změřím mu obvod pasu.*“ Sestra A9 k tomu dodává: „*Jednou za půl roku odebírám krevní testy i s glykovaným hemoglobinem.*“ Sestra A5 říká: „*Každému pacientovi s diabetem při každé návštěvě kontroluji dolní končetiny.*“ Poslední dobou stoupá počet pacientů s diabetem mellitem. Na tom se shodly všechny sestry. Sestra A1 říká: „*Zatím jsem nikdy neměla záchyt diabetika prvního typu, vždy jsou*

to pacienti s diabetem 2. typu.“ Naopak sestra A3 uvádí: *„Vzhledem k tomu, že máme i hodně pacientů od sedmnácti let, již jsem záchyt pacienta s diabetem mellitu 1. typu měla několikrát. Vždycky jsme tyto pacienty předali na vyšší pracoviště.“* Dále nás zajímalo, o čem poučují pacienta s diabetem. Všechny sestry se shodly, že hlavně o racionální dietě a pohybu. Sestra A9 říká: *„Pacientům vždycky dám jenom brožurku, ať si to sami nastudují.“* Sestry A3 a A8 uvádějí: *„Pacientům s diabetem se hodně věnuji, mimo preventivní prohlídky si je zvu na edukační pohovory, hlavně o správné stravě a pohybovém režimu. Také se mi osvědčilo opakovaně diabetikům vysvětlit, jak mají pečovat o dolní končetiny.“* Sestra A10 podotkla: *„V budoucnu bych si chtěla edukovat pacienty s diabetem já, moc by mě to bavilo.“*

B. Dispenzarizace pacientů s hypertenzí

Dispenzarizaci pacientů s hypertenzí uvedlo ve své odpovědi také všech deset sester. Všech deset sester se shodlo na tom, že alespoň jedenkrát za rok si pacienta s hypertenzí pozvou na kontrolu. Shodly se také na tom, že jak často má pacient přijít na kontrolu, rozhoduje vždy lékař. Sestra A2 k tomu podotýká: *„Hodně pacientů chodí na pravidelné kontroly krevního tlaku každého půl roku.“* Dále nás zajímalo, co je náplní dispenzární prohlídky hypertonika. K tomu uvádí sestra A8: *„Pokud se pacienti léčí i s dyslipidemií, tak jim pravidelně kontrolují v půlročních intervalech laboratoř, moč a měřím jim krevní tlak. Paní doktorka jednou ročně požaduje, abych natočila EKG.“* Sestra A1 říká: *„Jednou za rok jim pan doktor změří krevní tlak.“* Sestra A3, A5, A6, A7 mají stejnou zkušenost jako sestra A8 a upřesňují: *„Většinou dostávají léky na tři měsíce, a tak je při dalším předpisu upozorňuji na to, že příště nejdřív absolvují odběr krve a kontrolu tlaku, pak teprve dostanou recept na léky.“* Sestra A4 řekla: *„Osvědčilo se mi dávat pacientům při návštěvě v ordinaci už další termín na příští kontrolu.“* Naopak sestra A6 pacientům říká, *„ať se nezapomenou za tři měsíce objednat.“*

C. Prevence obezity

Sestry A5, A7, A8 a A10 se prevenci obezity nevěnují vůbec. Sestra A1 říká: *„Máme v ordinaci mnoho obézních pacientů, a tak se snažím s nimi promluvit o tom, co jí.“* Sestra A9 upozorňuje na to, že se snaží s pacienty mluvit o prevenci obezity a o nutnosti pohybu, ale že pacienti nic nechtějí slyšet. *„Nemám čas sportovat a zelenina je drahá,*

slyším v ordinaci každý den,“ doplňuje sestra A4. Sestry se shodly, že pacienti, až na drobné výjimky, o správném stravování a pohybovém režimu nechtějí slyšet.

D. Škola zad

Při rozhovoru o aplikaci injekcí všechny sestry uvedly *„injekce aplikujeme hlavně pacientům s bolestí zad a těchto pacientů je poslední dobou mnoho.“* Tak jsme se sestry ptali, jak se věnují prevenci této civilizační nemoci. Osm sester řeklo, že se této prevenci věnují velmi povrchně. *„Když přijde někdo, koho bolí záda, tak mu dám letáček s nějakými cviky, aby si mohl doma cvičit,“* říká sestra A1. Sestra A6 doplňuje: *„Ještě jim zdůrazním, ať cvičí pravidelně.“* To sestry A2 a A9 reagovaly na tuto otázku takto: *„Nás to s paní doktorkou zdravě naštválo, absolvovaly jsme tedy kurz školy zad, a teď samy pacientům v ordinaci ukazujeme, jak mají cvičit a správně při cvičení dýchat.“* *„Dost našich pacientů to ocenilo, myslím že i trochu poklesl počet těch, co si chodí pro analgetické injekce,“* dodává sestra A9.

E. Screening kolorektálního karcinomu

Sestra A9 jednoznačně uvedla screening kolorektálního karcinomu, jako jeden z nejdůležitějších a snaží se své pacienty v rámci prevence řádně poučit. Tázali jsme se, jaké screeningové metody u kolorektálního karcinomu využívají. Sestra A4 uvedla: *„Od 50 let věku pacientům dávám test na okultní krvácení.“* Sestra A6 doplňuje: *„Ptám se na zažívání, jestli trpí nadýmáním, mají často větry anebo mají problémy s vyprazdňováním.“* Další sedm sester také uvedlo, že jako screeningové vyšetření provádějí test na okultní krvácení a pacientům pokládají podobné otázky. *„K vyhodnocení vzorku používám v ordinaci takovou chytrou mašinku a výsledek mám do několika minut,“* upřesňuje sestra A2. Sestra A7 sdělila, že screeningové metody provádí obvykle lékař. Sestra A2 uvedla: *„Screeningové vyšetření kolorektálního karcinomu provádí především lékařka, která při fyzikálním vyšetření buď při vstupní prohlídce anebo při preventivní prohlídce vyšetřuje pacienta per rektum.“* Dále se devět sester shodlo na tom, že pokud je výsledek testu na okultní krvácení negativní, mohou pacientovi výsledek sdělit. *„Jen pokud je výsledek pozitivní, tak ho oznamuje pacientovi lékař,“* dodává sestra A5. Pak už plánuje další postup jen lékař. Všechny sestry se shodly na tom, že pacienti velmi neradi hovoří o potížích s vyprazdňováním. *„Tady cítím, jak je důležité zachovávat intimitu pacienta,“* doplňuje sestra A3.

Kategorie 3: Administrativní činnost

A. Dokumentace pacientů

Když přijdu ráno do práce, tak mezi první věci, které udělám je to, že zapnu počítač s naší lékařským programem. S tímto programem pracuji celý den“ říká sestra A4. A sní souhlasí i dalších osm sester. Jen sestra A8 konstatuje: *„Počítač má jen paní doktorka a vše si do počítače zapisuje sama. Když třeba registruji nového pacienta, vypíšu mu registrační lístek ručně, udělám mu papírovou kartu a vše předám paní doktorce.“* *„Nedokážu si představit, že bych neměla v práci počítač. Moje práce spočívá v tom, že každého nového pacienta zaregistruji, vytisknu mu registrační lístek a zapíšu další údaje, třeba informaci, kdy přijde na kontrolu,“* vysvětluje sestra A3. Další sestry se shodují se sestrou A5: *„Mojí důležitou činností je registrace nových pacientů. Pokud je pacient zaregistrován, pak musím všechny informace o něm do počítače vždy pečlivě zapsat.“* Sestra A9 říká: *„Paní doktorka mě naučila, že mám všechno vždy zapsat do počítače, mám tak o všem přehled, třeba kdy pacient přijde na další kontrolu.“* *„To, že budu i sekretářka, jsem při nástupu do ordinace vůbec nevěděla,“* přiznává sestra A9. Sestry A4, A5, A7 se přidávají: *„Po skončení ordinace třídím došlé výsledky z laboratoře a různých vyšetření, připravuji podklady pro vyplnění pojistek a příspěvků na péči, třídím došlou poštu.“* Naopak sestra A8 říká: *„Paní doktorka si výsledky i poštu třídí sama.“* Velmi překvapivá byla odpověď sestry A1, která přiznává: *„To já za pana doktora vyplňuju pojistky, dlouho mu vyplnění pojistky trvá, tak to raději udělám sama.“*

B. Evidence pracovních-lékařských služeb

Sestry A1, A2, A3, A4, A5, A8 a A9 říkají: *„Pracovně lékařské služby vykonáváme pro několik firem.“* Sestry A6, A7 a A10 uvedly, že pracovně lékařské služby nevykonávají. Sestry A1 a A2 zmiňují velkou administrativní zátěž spojenou s pracovně lékařskými službami. Sestra A2 dodává: *„Každá firma má svůj speciální sešit, kam pod evidenčním číslem zapisuji každou pracovně lékařskou prohlídku. K tomu má ještě každá firma svůj šanon, do kterého vkládám protokoly o pracovně lékařských službách.“* Sestra A9 říká: *„Kvůli pracovně lékařským službám paní doktorka do ordinace pořídila přístroj k měření spirometrie, tak můžu dělat prohlídky i hasičům, kteří nosí dýchací techniku. Ale je to další šanon, kde eviduji další vyšetření spirometrie.“* Sestry A4 a A5 řekly, že vykonávají pracovně lékařské prohlídky jen pro pacienty, kteří jsou u nich zaregistrovaní

a firma, u které pracují, nemá smluvního lékaře na pracovně lékařské služby. „*Paní doktorka nechce žádné smlouvy s firmami na pracovně lékařské služby,*“ upřesňuje sestra A4.

C. Provozní deníky přístrojů

„*V ordinaci praktického lékaře v současné době využívám ke své práci mnoho přístrojů, které nám pomáhají s diagnostikou nemocí u pacientů. Ať je to tonometr, bezkontaktní teploměr, váha, EKG přístroj ale i nejrůznější analyzátoři,*“ říká sestra A2. Proto otázka v této podkategorii směřovala k evidenci těchto přístrojů a jejich pravidelných kontrol. Informaci o nutnosti vést ke každému přístroji provozní deník a provádět bezpečnostně technickou kontrolu neměla při nástupu do ordinace praktického lékaře žádná sestra. Sestra A8 k tomu říká: „*V ordinaci žádné přístroje nemám, a tak žádné provozní deníky také nemám. Jestli nechává paní doktorka kalibrovat tonometr ani nevím.*“ Sestry A2 a A9 říkají, že provozní deníky všech přístrojů si vedou ony a termíny jak externích hodnot kvality, tak i bezpečnostně technické kontroly si musí hlídat ony samy. „*Vůbec jsem nevěděla, že je nutná evidence přístrojů v ordinaci a to, že se musí pravidelně kontrolovat, jsem také nevěděla. Dozvěděla jsem se to náhodou při rozhovoru s kolegyní z jiné ordinace. Když jsem o tom řekla paní doktorce, tak mi řekla, že to mám na starosti,*“ prozrazuje sestra A2. Sestry A1, A3 a A6 říkají, že mají seznam přístrojů zapsán v sešitě: „*Děláme si jen naše vnitřní hodnocení přístrojů, když si vzpomeneme.*“ Sestra A10 k tomu podotýká: „*S paní doktorkou se teprve domlouváme, kdo bude mít vše na starosti.*“

D. Evidence očkovacích látek

„*To, že sestry v ordinacích praktických lékařů provádějí očkování pacientů, je zcela běžná věc. Málokdo ale ví, že s očkováním souvisí i pečlivá evidence očkovacích látek a kontrola jejich uskladnění,*“ konstatuje sestra A2. Směřovali jsme tedy otázky v této kategorii na tuto problematiku. Sestra A8 k tomu říká: „*Žádnou evidenci očkovacích látek si v ordinaci nevedeme. Očkovací látky proti tetanu mám běžně v lednici. Když chce pacient nějaké komerční očkování, tak od nás dostane recept.*“ Sestry A1, A3, A4, A5, A6, A7, A9 a A10 říkají, že sice každého očkováného pacienta vykáží, ale přesnou

evidenci očkovacích látek nemají, nevědí, kde by tuto informaci měly hledat. „Pan doktor říká, že je zbytečné evidovat každou vakcínu,“ vysvětluje sestra A1.

E. Evidence střídání dezinfekcí

Devět sester odpovídalo stejně „nevím proč bych si měla nějak psát kdy a jakou dezinfekci použiji, byl by to jen další zbytečný sešit. Hlavní je, že pravidelně v ordinaci vše dezinfikuji.“ říká za všechny sestra A7. Naopak sestra A2 tvrdí, že si jednak vede evidenci dezinfekčních prostředků a dále má vypracovanou tabulku, do níž si zapisuje jejich střídání. „Mám na to vypracovanou tabulku a každý měsíc si vše pečlivě eviduji. Myslím, že mám i větší přehled o tom, jaké mám zásoby dezinfekce.“

Kategorie 4: Manažerské postupy

A. Plánování chodu ordinace

Osm sester (kromě sester A1 a A10) nám řeklo: „Z devadesáti procent plánuji chod ordinace já, lékař se řídí mými plány.“ „Jsem manažerem času v ordinaci,“ říká sestra A8. Sestry A2, A3, A4, A5, A6 a A7 shodně uvádějí, že plánují všechny věci týkající se provozu ordinace. „Objednávání pacientů, návštěvy pacientů a pracovní lékařské služby,“ upřesňuje sestra A5. Sestra A4 vysvětluje: „V počítačovém programu mám plánovač, a co naplánuji ihned, vidí na svém počítači i paní doktorka, takže se můžeme synchronizovat.“ Sestra A5 ještě říká: „Samozřejmě, že mám i plánovač v papírové podobě, je lepší mít vše na dvou místech.“ Sestra A10 vypověděla: „Zatím si vše plánuje paní doktorka sama, dává mi prostor, abych se mohla ve všem zorientovat.“ Sester jsme se ptali, kdo a jak plánuje návštěvní službu v případě, že je vykonávána. Sestry A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 a A9 návštěvní službu vykonávají. Sestra A8 vysvětluje: „Máme několik stálých pacientů, u kterých pravidelně každý měsíc návštěvní službu vykonáváme.“ Sestra A4 k tomu dodává: „Vždy do toho musím operativně zařadit návštěvu u pacienta, který to potřebuje.“ Sestry A3 a A5 uvedly, že pacienty navštěvují pravidelně každých 14 dní a návštěvní službu mají naplánovanou dlouho dopředu. „Samozřejmě, že když je potřeba, musím přeobjednat pacienty a navštívit buď já, nebo paní doktorka pacienta doma, když to mimořádně potřebuje,“ říká sestra A5.

B. Objednávání zdravotnického a spotřebního materiálu

Všech deset sester uvedlo, že má v ordinaci ty nezákladnější léky, především analgetika, antihistaminika, sedativa, kortikoidy. Sestra A8 říká: „*Paní doktorka chce mít o všem přehled, tak jí napíšu každý měsíc soupis jak zdravotnického, tak i ostatního materiálu. Ona si to zkontroluje. Když je vše v pořádku, tak vše objedná.*“ Sestry A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7 a A9 uvádějí, že si jak zdravotnický, tak spotřební materiál objednávají samy. Sestra A4 k tomu dodává: „*Mám několik firem, od kterých jsem zvyklá zdravotnický materiál objednávat, a vím, že mi ho rychle doručí.*“ Sestra A9 upřesňuje: „*Spotřební materiál si nakupuji sama, paní doktorce jen přinesu fakturu.*“ Sestra A10 říká: „*Zatím mi paní doktorka vysvětluje, jak se zdravotnický materiál objednává a postupně to zkusím objednat i sama.*“

C. Objednávání léků pro potřebu ordinace

Bohužel osm sester uvedlo, že si žádnou přesnou evidenci léků v ordinaci nevedou. Jen sestry A2 a A9 říkají: „*Vedeme si přesnou evidenci léků v ordinaci. Na krabičkách máme označenou dobu expirace. Máme tak přehled, kdy nám daný lék bude procházet.*“ Sestry A1, A3, A4, A5, A6, A7 a A10 se shodují, za všechny citují sestru A1: „*Soupis léků, které chce mít pan doktor v ordinaci, mi sepsal on sám. Já všechny léky objednávám hromadně v lékárně a lékárna mi vystaví fakturu.*“ Sestra A5 k tomu dodává: „*Na všechny faktury z lékárny mám speciální šanon, kam si je zakládám.*“ Pouze sestra A8 se zmiňuje: „*Paní doktorka si objednává léky sama a vůbec nevím, zda si vede nějakou evidenci.*“ Dále jsme se ptali na evidenci teplot jak v lékárně, tak i v lednici, kde jsou uskladněny léky a očkovací látky. Sestra A2 říká: „*Každý den zapisuji do notýsku teplotu jak v lékárně, tak i v lednici.*“ Ostatní sestry evidenci teplot nedělají.

Kategorie 5: Telemedicína

A. E-mailová a telefonická komunikace

Bohužel žádná z deseti oslovených sester nevěděla, co si pod pojmem telemedicína může představit. Až když jsme jim pojem upřesnili, tak devět sester zjistilo, že telemedicínu vlastně každý den ve své praxi využívají. Všechny sestry kromě sestry A8 uvedly totéž, citují sestru A5: „*Téměř každý den mi přijde od pacienta do ordinace e-mail, kde mi posílá třeba hodnoty krevního tlaku nebo fotky vyrážky.*“ Sestra A8

vysvětluje: „*Vůbec nemám k dispozici počítač. Paní doktorka si myslí, že posílat fotky vyrážky může být hodně riskantní, nikdy nemůžeme vědět, kdo nám to poslal.*“ Sestra A9 říká: „*Fotografie přes e-mail moc neřeším, radši vše vidím osobně.*“ Sestra A2 k tomu dodává: „*Vše máme vyřešeno tím, že se pacient i v e-mailu přihlašuje smluveným heslem, abychom s paní doktorkou měly jistotu, že komunikujeme s určeným pacientem.*“ S tímto souhlasí i sestry A5, A6 a A10. Všechny sestry dále shodně uvádějí, že si pacienti přes e-mail objednávají léky a domlouvají si návštěvu lékaře. K tomu sestra A1 dodává: „*E-ailovou komunikaci mám dost v oblibě, alespoň mi stále nezvoní telefon.*“ Zajímalo nás tedy, jak moc pacienti využívají ke komunikaci s nimi nebo s lékařem telefon. Sestry A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 a A10 uvádějí, že pacienti telefonickou komunikaci využívají hojně, telefony neustále zvoní. Vyzvánění telefonu je pro sestry silně stresující záležitostí. Sestry A1, A2 a A5 k tomu doplnily: „*V ordinaci máme pevnou linku i mobilní telefon, které neustále vyzvánějí. Mnohdy se chtějí pacienti jenom ujistit, zda ordinujeme.*“ Sestra A9 říká: „*Je pro mě daleko lepší, když pacient napíše, že potřebuje například léky, SMS zprávou.*“ Sestra A2 dodává: „*Na mobilní telefon jsme pro pacienty nainstalovali WhatsApp, a pacienti s námi mohou komunikovat i touto bezplatnou komunikační technologií.*“ Sestra A8 si jenom povzdechla: „*Každý telefonát paní doktorce zapíše na papírek a ona, když má čas, tak vše vyřeší.*“

B. eRecept

Sestra A8 nemá moc zkušeností s elektronickým receptem. Nikdy ho nevystavovala, pouze ví, jak vypadá. Dalších devět sester odpovědělo jednoznačně „*je to super.*“ Sestry A2, A3, A4, A5 a A6 říkají: „*Od samého začátku spuštění eReceptu jsme ho používaly, a musíme ocenit jeho přednosti.*“ Sestra A4 vyzdvihuje tyto přednosti: „*Vidíme, kdy byl pacientovi recept naposledy vystaven, vidíme, jestli si ho pacient i vyzvedl v lékárně a nyní s nástupem lékového záznamu vidíme, jestli už ho nepředepsal někdo jiný.*“ Sestra A9 ještě podotkla: „*Zatím se nám nestalo, že by nešel internet a eRecept nefungoval.*“

C. eNeschopenka

Všech deset sester souhlasně přikyvuje, že od ledna 2020 používá elektronickou neschopenku a nemají s jejím používáním žádná negativní zkušenosti. „*Elektronickou neschopenku v ordinaci používám a od samého začátku si myslím, že je dobře vymyšlená.*“

Usnadňuje mně i paní doktorce spoustu práce. Hlavně na konci měsíce nemusím vypisovat spoustu lístků na peníze,” říká za všechny sestry A6. Ptali jsme se, zda sestry absolvovaly školení o práci s elektronickou neschopenkou. Sestry A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7 a A9 potvrdily absolvování několika seminářů ohledně práce s elektronickou neschopenkou. Sestra A4 říká: *„Okresní správa sociálního zabezpečení uspořádala tři semináře, aby nás seznámila s prací s elektronickou neschopenkou.“* Sestra A7 doplňuje: *„Dali nám prostor, abychom mohly klást dotazy.“* Naopak sestra A8 dodala: *„S elektronickou neschopenkou pracuje jen paní doktorka, vím jen, jak to funguje, ale nikdy jsem nedostala prostor si tuto neschopenku vyzkoušet.“* Sestra A10 vysvětluje: *„Zatím se s elektronickou neschopenkou učím pracovat, ale i po tak krátké době si troufám říct, že usnadňuje paní doktorce práci.“* Sestra A8 ještě doplňuje: *„Kdybych dostala možnost s elektronickou neschopenkou pracovat, určitě by paní doktorce ubyla spousta práce.“* Nejvíce elektronickou neschopenku ocenily sestry v době pandemie covid-19. Na tom se shodly všechny sestry. Sestra A2 říká: *„Ještě nám do počítačového programu vložili eKaranténu, a tak jsme mohli ordinovat pouze elektronicky.“* Sestra A3 říká: *„Elektronická neschopenka přišla v pravou chvíli.“*

Kategorie 6: Komunikace s lékařem

Nejprve všech deset oslovených sester odpovídalo stejně, což shrnula sestra A2: *„S paní doktorkou si fakt dobře rozumíme.“* Posléze sestra A2 přiznává: *„Paní doktorka je velmi náladová, někdy je jako sluníčko, jindy dělám vše špatně. Paní doktorka nedodrží nastavené postupy a není přístupná mým argumentům. Komunikace s ní je velmi chaotická.“* *„Pan doktor rád pacientům něco slíbí, a mně to neřekne, vypadám pak před pacientem jako trdlo, vážne to v domluvě,”* dodává sestra A1. Sestra A8 ještě doplnila: *„I když jsem s paní doktorkou už devět let a komunikace mezi námi je velmi dobrá, mám stále pocit takového odstupu ode mě. Nemám ani svůj počítač v ordinaci. Vše si zapisuji na papírky a paní doktorka si pak vše sama zapisuje do počítače. Myslím si, že mi nedůvěřuje.“* Naopak sestra A9 říká: *„S paní doktorkou máme velmi přátelský vztah i pacienti říkají, že z nás vyzařuje taková pohoda.“* Všech deset sester souhlasí s tím, že pacienti poznají, že je v ordinaci dusno. Z odpovědí vyplynulo, že vzájemná komunikace má vliv na atmosféru v ordinaci. Zároveň jsme zjistili, že i přes občasné komunikační problémy sestry vědí, že mají v lékaři podporu v krizových situacích. Osm sester potvrdilo, že i přes občasné komunikační potíže vědí, že lékař stojí za nimi jako

jejich podpora. „Vím, že mám v paní doktorce oporu, když je nějaký problém,“ upřesňuje sestra A2. Sestry A1 a A6 říkají: „Když je nějaký problém, je potřeba ho řešit hned a nechodit naštvaně kolem sebe.“ Sestra A3 k tomu dodala: „To já mám pocit, že pan doktor za mnou nestojí. Při nějaké stížnosti vyslechne jenom pacienta, a mě se nikdy neptá, jestli k tomu chci něco dodat.“

Kategorie 7: Vzdělávání

A. Kardiopulmonální resuscitace

Sestry A2, A4, A7, A8 a A9 se kurzů KPR účastní každý rok pravidelně. Sestra A4 řekla: „Každý rok nás paní doktorka na kurz KPR přihlásí.“ Sestra A2 upřesňuje: „Vybíráme si kurzy, kde je i praktický nácvik resuscitace, jen teorie nestačí.“ „Já jsem v ordinaci jen krátce, ale určitě se budu chtít takového kurzu zúčastnit,“ dodává sestra A10. Naopak sestra A1 říká: „Nikdy jsem na takovém kurzu nebyla, a to jsem v ordinaci jedenáct let.“ I sestry A5 a A6 se přidávají, slyšely, že kurzy existují, ale zatím na žádném nebyly. „Myslím si, že takový kurz ani nepotřebuji, vždyť v ordinaci se nic nestane, je tam doktor,“ doplňuje sestra A1. Sestra A2 si kurzy KPZ naopak velmi pochvaluje: „V ordinaci jsem tři roky, a co jsem se v kurzu resuscitace naučila, jsem už dvakrát použila. I to, že jsme tam byly s paní doktorkou, bylo fajn, dobře jsme se doplňovaly.“ I sestra A9 si myslí, že pravidelná účast na kurzech KPR má smysl: „Několikrát se mi zkušenosti z kurzu hodily, a to nejen v ordinaci, ale i v mém soukromí.“ Sestra A8 vysvětluje: „Vzhledem k tomu, že naše ordinace je daleko od města, a i dojezd záchranné služby je dost komplikovaný, tak je fakt důležité, abychom s paní doktorkou dobře zvládaly resuscitaci. Proto si vybíráme kurzy, kde si všechno můžeme i vyzkoušet a dostaneme to takzvaně jak do hlavy, tak i do ruky.“

B. Vzdělávacích akcí

Sestra A9 se nám svěřila: „Od září budu chodit do školy, pokud to zvládnou, bude ze mě diplomovaná sestra.“ Všechny sestry uvedly, že se nějakých školicích akcí účastní. „Alespoň dvakrát do roka jedu na nějaký seminář. Vybírám si spíše podle dostupnosti než podle obsahu,“ říká sestra A1. Sestry A2 až A9 se nejméně jednou do roka účastní seminářů Hojení ran. „Pokud na seminář Hojení ran v kalendáři vzdělávacích akcí narazím, tak se do něj přihlásím, paní doktorka s tím souhlasí,“ říká sestra A9. „Paní

doktorka mě sama přihlašuje na různé kurzy a semináře, a ani se mě neptá,“ dodává sestra A2. *„Více se mi líbí takové semináře, kde si mohu vše vyzkoušet,*“ přiznává sestra A3. Sestra A6 vypovídá: *„Snažím se vybírat hlavně podle obsahu semináře, aby mě to tam bavilo.“* Sestry A3, A4, A5, A6, A7, A8 ještě doplnily, že by uvítaly seminář, který by se týkal sociálního systému. Sestra A5 upřesňuje: *„Stále více pacientů se nás obrací s dotazy ohledně nemocenské, ale i třeba dlouhodobého ošetrového a příspěvku na péči. Připadám si hloupě, když nevím, jak odpovědět.“*

Kategorie 8: Pandemie Covid-19

Sestra A1 hned reaguje: *„Vůbec jsem nevěděla, co mám dělat, měla jsem strach o rodinu, o sebe, o pana doktora, je mu 69 let. Netušila jsem, jak by měla fungovat ordinace, tak jsme okamžitě ordinaci uzavřeli.“* I sestra A3 říká: *„Paní doktorka už není nejmladší, hlavně jsme neměli skoro žádné ústenky a rukavice, tak jsme ordinaci po dobu pandemie zavřely.“* Sestra A1 a A3 společně přiznávají: *„Hodně mě ovlivnila média.“* To, že pandemie změnila chod ordinace, říkají všichni probandi. Sestra A5 nám řekla: *„Už když se objevila pandemie v Číně, objednala jsem do ordinace více ochranných pomůcek a dezinfekce. Upravily jsme s paní doktorkou chod ordinace, a to hlavně tím, že jsme striktně oddělily pacienty s respiračním onemocněním.“* Sestra A8 říká: *„Nechali jsme obecním rozhlasem vyhlásit, že ordinace v době této pandemie funguje v omezeném režimu a aby pacienti nejprve do ordinace zavolali a domluvili se na případné návštěvě. Abychom měli jistotu, že se tato informace dostane všem pacientům, otiskli ji i obecní noviny. Já sama jsem v době pandemie vozila recepty pacientům na kole domů.“* I ostatní sestry nám objasnily, jak fungovala ordinace v době pandemie, za všechny uvádím sestru A9: *„Fungovali jsme více méně jen na telefonu, pouze, když to bylo nezbytné, tak přišel pacient do ordinace, ale vždy se musel nejprve telefonicky domluvit. Více začali volat příbuzní pacientů, hlavně seniorů a nechávali si posílat recepty na jejich telefony a vyzvednuté léky svým příbuzným vozili.“* Sestra A7 k tomu ještě dodala: *„Když už někdo po telefonické domluvě do ordinace přišel, celou ordinaci jsme po jeho odchodu důkladně vydezinfikovali.“* Všechny sestry byly zajedno v tom, že po odeznění nouzového stavu začaly postupně chod ordinace vracet do normálního režimu. *„Jen jsme si všechny pacienty objednali na určitý čas, aby se nestalo, že by se pacienti hromadili v čekárně,*“ doplnila sestra A2.

Všech deset sester shodně uvádí, že i po skončení pandemie si nadále objednávají své pacienty na přesný čas. Pouze sestra A8 říká: *„Naše ordinace se vrátila do*

normálního chodu jako před pandemií. Starší lidé chodí do ordinace, když potřebují, prostě chtějí kontakt s lékařem.“ Sestry se shodují v tom, že mnozí pacienti mají stále strach do ordinací chodit. Mnohé sestry podotkly, že když už se pacienti k návštěvě ordinace odhodlají přijít, nechtějí sedět v čekárně s jinými pacienty. Sestry se snaží proto stále vymýšlet způsob, jak uzpůsobit chod ordinace, aby zmírnily obavy některých pacientů. Sestry A2, A4, A9 a A10 se svěřily: *„Objednali jsme do ordinace elektronický objednávací systém, aby nám i pacientům ulehčil odbavování pacientů.*“ Sestry A4 a A6 ještě upřesnily: *„Snažím se teď ordinaci více dezinfikovat. A v čekárně jsme doplnili dávkovač na dezinfekci, který tam před pandemií nebyl.*“

Kategorie 9: Návštěvní péče u pacientů

Sestry A1 a A10 hned reagovaly: *„Návštěvní péči u pacientů doma neděláme, když někdo nemůže přijít sám, tak pro něj pošlu sanitu. Ordinaci máme bezbariérovou, tak to není problém.*“ Naopak sestry A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 a A9 říkají: *„Na návštěvy k pacientům chodíme, určitě to má smysl.*“ Sestra A4 dodává: *„Návštěvní péče je důležitá z psychologického hlediska. Mnohdy to pomůže překonat bariéru mezi pacientem, rodinou, lékařem a sestrou.*“ Sestry A2, A8 a A9 doplnily, že mají pouze jednu agenturu domácí péče, a tak je návštěvní péče u nich naprosto nezbytná.

A. Prostředí pacienta a vliv na plánování ošetrovatelské péče

Na důležitosti vidět prostředí, ve kterém pacient žije, se shodlo osm sester. Všech osm sester, které vykonávají návštěvní službu, uvedly, co všechno je při návštěvě pacienta zajímavá. U ležících pacientů především lůžko, na kterém pacient leží. Dále je to koupelna, v níž bude prováděna hygienická péče. Následně pak, zda bude pacient potřebovat imobilizační pomůcky. Sestra A6 k tomu říká: *„Je to fajn vidět, v jakém prostředí pacient žije. Mohu s rodinou probrat třeba kompenzační pomůcky, které bude pacient doma potřebovat.*“ *„Když přijedu za pacientem domů, mohu i posoudit, jak je schopný se o sebe sám postarat,*“ dodává sestra A4. Sestry A2, A3, A5 a A6 říkají: *„I komunikace mezi pacientem a rodinou, která je u mého vyšetření, mi mnohdy napoví, v jakém prostředí bude o pacienta pečováno.*“ Sestry A3 a A7 uvádějí: *„Mnohdy se nám stalo, že když jsme přijeli na první návštěvu k pacientovi, zjistili jsme, že podmínky, v jakých žije, se neshodují s tím, aby mohl být v domácím ošetřování.*“ Sestra A2 vzpomíná: *„Přijela jsem na návštěvu k pacientovi, kde byl opilý syn, který byl značně*

agresivní jak na mě, tak i na svého otce, o kterého pečoval. Bohužel jsem byla nucena vše oznámit paní doktorce, a pacient byl převezen do pobytového zařízení.“

B. Nejčastější diagnózy pacienta

K tomu uvedly sestry A2, A8, A9: *„Jezdíme ke všem pacientům, kteří nemohou dojít do ordinace, tu máme bohužel v prvním patře.“* Sestra A9 ještě upřesňuje: *„Už doprava k nám do ordinace je pro některé velmi složitá, když nemají pacienti příbuzného nebo známého, který by je k nám dovezl, tak se k nám nedostanou. Sanitky u nás ve výběžku jsou téměř nedostupné.“* Sestra A8 s úsměvem říká: *„Když je potřeba, vezmu kolo, batoh na záda, a během odpoledne udělám několik návštěv, hlavně u pacientů s nějakou chronickou ránou.“* Sestra A2 k tomu dodává: *„Nejčastěji jezdím na návštěvu k ležícím pacientům, hlavně po cévní mozkové příhodě, či amputaci dolní končetiny.“*

C. Ošetrovatelské výkony u pacientů

Všech osm sester shodně uvedlo, že nejčastěji měří fyziologické funkce, a to krevní tlak, pulz a saturaci kyslíkem. Sestry A2 a A9 dodaly: *„Nemáme možnost spolupráce s agenturou domácí péče, a tak jezdíme pacientům odebírat biologický materiál.“* Sestra A8 doplňuje: *„Nejčastěji převazují chronické rány nebo dekubity.“* Sestry A3 a A5 vypovídají: *„Když jedu k imobilnímu pacientovi na návštěvu, tak se věnuji i rehabilitačnímu ošetrovatelství, a pokud to jde, zkouším zacvičit i rodinu.“* Sestry ještě zmínily výměnu permanentního katetru u žen, péči o kolostomii a epicystostomii, péči o tracheostomii, péči PEG. Zajímalo nás, zda jsou nějaké ošetrovatelské intervence, které v návštěvní péči postrádají. Všechny sestry odpověděly, že postrádají možnost psát inkontinenční pomůcky. Sestra A4 vysvětluje: *„Já jsem ten, kdo pacientovi ukazuje druhy inkontinenčních pomůcek a způsob, jak je používat. Jsem ten, kdo rodinu či pacienta poučuje, jak vyplnit mikční kartu. Ale pak musím vše předat paní doktorce, a ona vypíše poukaz na pacientem zvolenou inkontinenční pomůcku.“* To sestře A6 chybí možnost provádět výměnu permanentního katetru u mužů.

D. Iniciátor návštěvní péče

„Každého pacienta, který je propuštěný z hospitalizace a není schopný návštěvy v ordinaci, si jedeme s panem doktorem zkontrolovat,“ říká sestra A3. Všech osm sester

se shodlo, že hlavním iniciátorem návštěvy u pacienta je praktický lékař. Lékař vždy zváží, zda je pacient schopen návštěvy v ordinaci, či nikoli. Sestry také uvedly, že i když by pacient návštěvu v ordinaci zvládl, je návštěva u něho doma jakousi psychologickou podporou. Pokud návštěvu iniciuje rodina, lékař sám zváží, zda je návštěva u pacienta indikována, či ne. Sestra A5 k tomu říká: *„Mnohdy rodina nechápe, že i návštěva lékaře v ordinaci je pro pacienta důležitá, protože mnohdy je to jediný sociální kontakt.“* Pacienti návštěvu lékaře sami většinou nechtějí. Sestra A8 uvedla: *„Mají pocit, že nic nepotřebují a že vše zvládnou sami.“*

E. Spolupráce s agenturami domácí péče

Sestry A2, A8, a A9 jsou z jednoho regionu, vysvětlují tedy, jaká je v něm situace: *„V našem regionu je bohužel pouze jediná agentura domácí péče, a tak nestačí vyhovět všem požadavkům od praktických lékařů.“* Sestra A2 ještě dodává: *„Paní doktorka dokonce zaměstnala ještě jednu sestřičku a ta mi pomáhá jezdit na návštěvy k pacientům. Jinak to prostě tady nejde.“* Ostatní sestry, které vykonávají návštěvní péči, se s námi podělily o informace ohledně spolupráce s agenturami domácí péče. Mají možnost spolupracovat se třemi agenturami domácí péče. Sestry nám zároveň vysvětlily, že se mnohdy s agenturami domácí péče dělí o péči o pacienta. Mají nastavené ošetrovatelské intervence, které vykonává sestra při návštěvní péči a které pak agentura domácí péče. Sestra A4 uvádí: *„Agentura domácí péče vždy provádí odběr biologického materiálu, střídáme se především v měření fyziologických funkcí. Převazy chronických ran a výměnu permanentního močového katetru u pacientek si provádím já.“* Sestra A5 říká: *„Žádnou z agentur nepreferuji. Oslovím je všechny a ta agentura, která má možnost dle svých kapacit zareagovat nejrychleji, tak za daným pacientem jede.“* O zajímavou zkušenost se podělila sestra A6, která vykonává návštěvní péči u pacienta na domácí umělé plicní ventilaci: *„Pro pacienta na domácí plicní ventilaci jsme musely hledat s paní doktorkou nejprve certifikovanou agenturu domácí péče, která má certifikát k poskytování domácí umělé plicní ventilace, a ještě lékaře intenzivistu, který byl ochotný za pacientem dojíždět dle pravidelného plánu. Vše se podařilo zajistit a nyní se o péči tohoto pacienta dělíme, jak je potřeba.“*

F. Pandemie covidu-19

Devět sester odpovědělo záporně. K pacientům na návštěvy v době pandemie nejezdily. Snažily se co nejvíce komunikovat s příbuznými pečující o pacientů, tak aby zamezily přímému kontaktu s pacienty doma. Pouze sestra A8 říká: *„Jezdila jsem k pacientům na návštěvy i v době pandemie. Vždy jsem byla náležitě vybavena ochrannými pomůckami.“* Sestry A3, A4, A5, A6 a A7 shodně uvedly: *„Domluviyi jsme se s agenturami domácí péče a v době pandemie jezdily na návštěvní péči tyto agentury.“* Sestra A5 vše ještě upřesnila: *„K našim pacientům jezdily pouze dvě sestry z agentury domácí péče, které byly řádně otestované a samozřejmě vybavené ochrannými pomůckami.“* Sestra A4 k tomu ještě dodala: *„Rodiny pacientů byly upozorněny, že v případě zhoršení zdravotního stavu mají neprodleně volat záchrannou službu.“*

4.2 Vyhodnocení rozhovorů – soubor B (pacienti)

4.2.1 Identifikační údaje souboru B (pacienti)

Tabulka 2: Identifikační údaje souboru B (pacienti)

pacient	pohlaví	věk	vzdělání	Diagnóza
B 1	muž	53	vysokoškolské	zlomenina obratle
B2	žena	99	střední vzdělání s výučním listem	po operaci zlomeniny krčku
B3	žena	83	střední vzdělání s výučním listem	chronická obstrukční plicní nemoc
B4	muž	46	střední vzdělání s výučním listem	domácí umělá plicní ventilace
B5	žena	74	střední vzdělání s výučním listem	diabetička na inzulínu
B6	muž	76	střední vzdělání s výučním listem	cévní mozková příhoda
B7	muž	75	střední vzdělání s výučním listem	vysoká amputace dolních končetin
B8	muž	83	střední vzdělání s výučním listem	bércový vřed na pravé dolní končetině
B9	žena	49	vysokoškolské	karcinom plic
B10	muž	65	středoškolské s maturitou	karcinom rekta

(zdroj vlastní)

Pacient B1 je muž ve věku 53 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako projektant, upoután na lůžko po zlomenině dvou bederních obratlů. Pacient B2 je žena ve věku 99 let po operaci zlomeniny krčku. Pacient B3 je žena, 83 let, s chronickou obstrukční plicní nemocí. Pacient B4 je muž, 46 let, na domácí umělé plicní ventilaci. Pacient B5 je žena, 74 let, diabetička na inzulínu. Pacient B6 je muž, 76 let, pacient po cévní mozkové příhodě. Pacient B7 je muž, 75 let, po vysoké amputaci obou dolních končetin. Pacient B8 je muž, 83 let, s bércovým vředem na pravé dolní končetině. Pacient B9 je žena, 49 let, v terminálním stadiu karcinomu plic. Pacient B10 je muž, 65 let, s karcinomem rekta.

4.2.2 Seznam kategorií pacientů

Kategorie 1: Potřeby pacientů v domácím prostředí

- A. Aktivity denního života
- B. Hygienická péče
- C. Problémy s intimitou
- D. Spánková hygiena
- E. Kompenzační pomůcky
- F. Partnerské soužití
- G. Spiritualita

Kategorie 2: Kontakt s pečujícími

- A. Četnost návštěv pečujících
- B. Možnost přivolat si pomoc

Kategorie 1: Potřeby pacientů v domácím prostředí

A. Aktivity denního života

Pacienti B1 a B4 nám řekli, že zatím žádnou běžnou aktivitu nezvládají, což pochopitelně vyplývá z jejich diagnózy. Pacient B2 dodává: „*Než jsem upadl, zvládl jsem se obléknout a ohřát si oběd. Ale uklidit už jsem nemohl ani před úrazem.*“ Naopak pacient B7 pyšně říká: „*Když mě syn vyveze na dvorek, tak štípu dříví a můžu i nakrmit králíky.*“ Ostatní pacienti uvedli, že se sami dokážou obléknout a jsou schopni si ohřát oběd. Ale už si nezvládnout oběd uvařit. Co se týče léků, pacienti si nejsou schopni léky sami dávkovat. Pacientka B5 uvedla: „*Špatně vidím, a tak nevidím, kolik inzulínu si mám nastavit na tom peru, musí mi to nastavit dcera.*“ Vykonávat běžné domácí práce byl problém pro většinu pacientů. Pacient B10 říká: „*Někdy chci manželce pomoci, ale jsem tak pomalý, všechno mi dlouho trvá a jsem brzy unavený.*“

B. Hygienická péče

Všech deset pacientů přiznalo, že hygienická péče byla pro ně velkým oříškem. A to nejen, co se týká koupelny, ale především hygienické péče na lůžku. Pacienti se shodli na tom, že mají koupelnu přestavěnou pouze na bezbariérový sprchový kout. Pouze pacient B1 uvedl, že hygienická péče je vykonávána na lůžku: „*Musím jen ležet, a tak mě myje manželka na lůžku. Zpočátku to pro ni byl problém, bála se, že mi nějak ublíží. Ale sestřička od praktického lékaře jí všechno při návštěvě u nás ukázala. Teď už to zvládá hravě.*“ Pacient B4 také ještě nemá úplně vyřešený problém s hygienou: „*Zatím sedím v koupelně na židli a manželka mě sprchuje, do koupelny jezdím tak jedenkrát týdně, ostatní dny mě myje na posteli.*“ Jak pečovat o kůži a předejít tak opruzeninám a proleženinám, vysvětlila pacientům vždy sestra od praktického lékaře. „*Při propuštění z nemocnice mi nikdo nic neřekl, nebyl na nějaké vysvětlování čas,*“ říká pacient B7.

C. Problémy s intimitou

V této otázce jsme se dotkli velice citlivého tématu, a tím je intimita. Navázat s pacienty v tak krátkém čase vztah, aby se nám chtěli svěřit s tak důvěrným tématem, bylo náročné. I přesto se nám podařilo získat několik odpovědí. Pocity studu pocítovali především pacienti B2, B3, B5, B6, B7, B8 a B9. Největší problém pacienti viděli v pomoci při vyprazdňování. Pacient B1 se studem dodává: „*Nahého mě manželka viděla mnohokrát, ale aby mně musela udělat očistu po vykonání potřeby, a ještě odnést podložní*

mísu, bylo pro mě potupné.“ Většina pacientů měla podobný problém s hygienou po vykonání potřeby. Ale i skutečnost, že je jejich pečující viděl nahé, představovala pro mnohé velký problém. Pro pacientku B3 bylo obtížné svléknout se před svou snachou: *„Když mě Dana přišla poprvé umýt, hrozně jsem se styděla, ale nyní už to беру docela s klidem.*“ Pacienti ale dále uvádějí, že s postupem času stud částečně překonali. Shodně však dodávají, že by si těžko zvykali na jiného pečujícího.

D. Spánková hygiena

Pacienti, kteří žijí se svým pečujícím ve společné domácnosti, uvedli, že mají svou vlastní místnost na odpočinek. Pouze pacient B4 říká, že spí s manželkou v jedné místnosti: *„Je to proto, že mám zatím strach být sám.*“ Dále pacienti B2, B7 a B9 oceňují přístup svých pečovatelů k respektování jejich spánkových zvyklostí i to, že respektují potřebu spánku během dne. *„Pro mě je důležité se prospat i během dne a syn už ví, kdy je ten čas a dává mi dost prostoru, aby mě nerušil,*“ dodává pacient B7.

Ptali jsme se pacientů, zda trpí nespavostí a co jim pomáhá se s nespavostí vypořádat. Pacienti téměř shodně uvedli, že nespavostí netrpí. Pouze pacient B3 dodává: *„Jen když mám potíže s dýcháním, tak hůře spím, dávám si víc polštářů pod hlavu.*“ Pacient B4 se přidává: *„Nejdříve jsem si nemohl zvyknout na zvuk přístroje, hodně mě to rušilo, teď je to lepší.*“

E. Kompenzační pomůcky

Všech deset pacientů v domácím prostředí využívá nějakou kompenzační pomůcku. Pacienti nejčastěji uváděli invalidní vozík jako kompenzační pomůcku, kterou doma vlastní. Většinou si ji pořídili sami bez poukazu lékaře. Jako důvod uvádějí fakt, že pojišťovna hradí pouze jednu kompenzační pomůcku, ale důležitější je polohovací lůžko, které by mohli v budoucnosti potřebovat. Pacient B6 vysvětluje: *„Zatím to vše zvládám bez polohovací postele, ale můžu na tom být brzy hůř, pak budu postel potřebovat, a peníze na ni nemám.*“ Pacienti také uvádějí, že postupně zjišťují, které pomůcky existují a jak je mohou získat. Shodli na tom, že nejvíce informací mají od praktického lékaře a jeho sestřičky. *„Sestřička od praktického lékaře mi po propuštění z nemocnice domluvila návštěvu stomické sestřičky u nás doma. Přivezla s sebou i různé druhy*

pomůcek na vyzkoušení a prakticky mně i manželce vše ukázala. Domluvili jsme se na pravidelných návštěvách u mě doma,“ vysvětluje pacient B10.

F. Partnerské soužití

Všech deset pacientů se shodlo na výhodě být ve vlastním domácím prostředí. Skutečnost, že jsou doma se svými blízkými, jim dodává sílu překonávat nesnáze, které jim jejich nemoc připravila. Pacient B4 dodává: *„První dny jsem nevěděl, jestli to byla dobrá volba. Na jednu stranu jsem byl rád, že jsem doma, ale zároveň jsem se bál, jestli to všechno doma zvládnou, především kdyby byl problém s ventilátorem.“* Pacienti, kteří žijí ve svazku, ať už manželském (B1, B4, B7, B10), nebo partnerském (B6), uvádějí, že jim jejich nemoc nijak partnerský vztah nenarušila. Pouze pacientka B9 říká: *„Moje nemoc mě bohužel o partnera připravila. Neunesl především to, že s ním už nemohu žít běžný život. Třeba chodit na výlety, do restaurace. I po intimní stránce už to prostě nešlo. Raději jsme se rozešli.“* Naopak pacient B4 si myslí: *„Moje nemoc nás snad ještě více spojila, mám v manželce velikou oporu.“*

G. Spiritualita

Pouze pacient B4 uvedl: *„Já v nic nevěřím, natož v nějakého boha.“* Další pacienti nám řekli, že nevěří přímo v Boha, ale že věří v „něco“. Pro názornost si ukážeme odpovědi několika z nich. *„Já věřím, že existuje nějaká síla, která na mě v životě dává pozor,“* vypověděl pacient B6. *„Nevěřím v žádného konkrétního boha, ale věřím v nějakou vyšší moc,“* uvedli pacienti B1, B3, B5, B8 a B10. Jen pacienti B2, B7 a B9 se svěřili, že jsou věřící. Pacienti B2 a B7 řekli, že si s paní farářkou pravidelně telefonují. Mají domluvený termín, kdy si spolu po telefonu pohovoří. *„Paní farářka za mnou byla i doma hned po tom, co mě pustili z nemocnice. Přišla mě podpořit a popřát hodně sil. Domluvili jsme se na pravidelných telefonátech, ale kdybych chtěla, přišla by zase za mnou. Její slova mě vždy tak pohladí,“* uvedla pacientka B2. Pacientku B9 pravidelně navštěvuje farář, dokonce dříve chodila do kostela na mši každý týden a pravidelně ke zpovědi. *„Když jsem onemocněla, tak jsem plakala, že na mě Bůh zapomněl, ale pan farář mně dal zase sílu v našeho Pána věřit. Každý týden za mnou chodí domů a vím, že až přijde konec, přijde mi dát sbohem.“*

Kategorie 2: Kontakt s pečujícími

A. Četnost návštěv pečujících

Většina pacientů odpověděla, že s nimi pečující žijí ve společné domácnosti. Pokud šlo o manželské páry, bylo to bráno jako samozřejmost. Pacienti B2, B3, B4, B6 B7 nám řekli, že považovali za samozřejmé se ke svým blízkým přestěhovat. Představovalo to pro ně méně stresu než několikrát denně dojíždět. Zároveň však pacient B6 dodal: „*Nemám ale rodinu, která by mě postrádala, jsem rozvedený a děti už jsou dospělé.*“ Pacient B5 uvedl: „*Nejdřív dcera jen dojížděla, ale už měsíc u mě bydlí, je to pro mě lepší, hodně mi pomáhá, a asi i pro ni není tak hektické obstarávat dvě domácnosti.*“ Že k nim pečující pouze docházejí, uvedli pouze pacienti B8 a B9. Pacient B9 k tomu dodává: „*Zatím kamarádka pouze dochází, a to i třikrát denně, jsme ale domluveni, že když bude potřeba, tak se ke mně na čas přestěhuje.*“

B. Možnost přivolat si pomoc

Všech deset pacientů uvedlo, že nejčastěji využívají mobilní telefon. A využívají ho zároveň i jako signalizační zařízení. Ale pacient B3 říká: „*Syn mi pořídil takovou chytrou krabičku, na které jen zmáčknu knoflík a snacha ví, že něco potřebuji. Mám tam i knoflík na přivolání záchranky, kdyby mi bylo hodně špatně.*“ Pacient B7 má jinou možnost přivolat si pomoc: „*Mám u sebe nejen mobilní telefon, když bych něco potřeboval a nikdo nebyl doma, ale i bezdrátový zvonek, abych si syna přivolal, když je v jiné místnosti.*“ Pacient B4 se svěřil: „*Problém signalizace bohužel nemám ještě úplně vyřešený, mám sice k dispozici bezdrátový zvonek, ale ten mohu použít, jen když je manželka doma. Pokud odejde mimo byt, tak sice mohu použít mobilní telefon, ale už nezvládám říct, co potřebuji.*“

4.3 Vyhodnocení rozhovorů – soubor C (probandi)

4.3.1 Identifikační údaje souboru C (probandi)

Tabulka 3: Identifikační údaje souboru C (probandi)

Subjekt	Pohlaví	Věk	Vztah	Délka péče
C1	žena	47	manželka	1 měsíc
C2	žena	69	dcera	10 let
C3	žena	65	snacha	8 let
C4	žena	43	manželka	5 měsíců
C5	žena	50	dcera	2 roky
C6	muž	51	syn	4 roky
C7	muž	50	syn	1rok
C8	žena	49	sousedka	7 měsíců
C9	žena	52	kamarádka	2 roky
C10	žena	59	manželka	9 měsíců

(zdroj vlastní)

Proband 1 je žena, 47 let, která pečuje o svého manžela. Proband 2 je žena, 69 let, která pečuje o svou maminku. Proband 3 je žena, 65 let, pečuje o svou tchýni. Proband 4 je 43letá žena pečující o svého manžela. Proband 5 je žena, 50 let, pečuje o svou maminku. Proband 6 je syn, 51 let, pečuje o svého otce. Proband 7 je muž, 50 let, pečuje o svého otce. Proband 8 je žena, 49 let, pečuje o svého souseda. Proband 9 je žena, 52 let, a pečuje o svou kamarádku. Proband 10 je žena, 59 let, pečující o svého manžela.

4.3.2 Seznam kategorií probandi

Kategorie 1: Probandi a jejich péče

- A. Diagnóza Vašeho blízkého
- B. Důvod volby péče v domácím prostředí
- C. Délka trvání péče o svého blízkého
- D. Příprava vhodného domácího prostředí

Kategorie 2: Zátěž pečovatele

- A. Náročnost péče o blízkého
- B. Informace a rady v péči o blízkého
- C. Komunikace s lékařem
- D. Pandemie covid-19
- E. Vliv pandemie covid-19

Kategorie 1: Pečující a jejich péče

A. Diagnóza Vašeho blízkého

Proband C1 uvádí: „*Starám se o manžela po úrazu páteře.*“ Dále pak pečující uvedli jako nečastější zdravotní komplikaci polymorbiditu svého blízkého. Proband C5 říká: „*Maminka má problémy se srdíčkem, má cukrovku a píchá si inzulín, protože je obézní, tak má velké problémy se pohybovat. Navíc začala zapomínat.*“ Počínající demenci jako důvod péče o svého blízkého uvedli i probandi C2, C3, C6 a C7. Za všechny uvádím odpověď probanda C7: „*Tatínek byl i po amputaci obou nohou dost samostatný, potřeboval pomoci spíše jen při přesunu z vozíku na lůžko a při hygieně. Poslední dva měsíce ale pozoruji, jak se mu zhoršuje paměť. Začalo to tím, že si nevezl prášky, pak si je zase vzal dvakrát. Vidím, že se to zhoršuje. A občas je i počůraný.*“

B. Důvod volby péče v domácím prostředí

Pouze proband C8 uvedl, že byl vlastně přesvědčen sousedem, aby se o něj postaral: „*Soused mi zavolal, že ho pouští z nemocnice a jestli bych mu doma občas nepomohl, nikoho jiného neměl, a tak jsem souhlasil, vlastně mi ho bylo líto.*“ Ostatní probandi shodně uvádí, že by je ani nenapadlo nechat svého blízkého v nějakém zařízení. Za všechny uvádím odpověď probanda C5: „*Vnitřně bych to nedala, jsem přeci dcera, a jediná dcera, nemohla bych je někam strčit.*“ I ostatní probandi se shodli, že umístit svého blízkého do zařízení je až ta úplně poslední možnost, na kterou pomýšleli. „*Snad jen, když už bych sám nemohl o tatínka pečovat, uvažoval bych o nějakém sociálním zařízení,*“ uvedl proband C6. Proband C9 k tomu dodává: „*Jsme obě věřící a mám to tak nastavené, pomáhat. A hlavně, jsme kamarádky od dětství a nemohl bych ji nechat samotnou s cizími lidmi, potřebujeme se navzájem.*“ Důvodem, proč pečovat o blízkého v domácím prostředí, je dle probanda C3 také skutečnost, že svého blízkého znají a vědí, co potřebuje, citují: „*Já vím přeci lépe, co maminka potřebuje, cizí člověk to neví, ale nemám to nikomu za zlé.*“ Proband C2 dodává: „*Maminka teď hlavně potřebuje, a bych byla s ní.*“

C. Délka trvání péče o svého blízkého

Proband C1 uvedl, že pečuje o manžela jeden měsíc, proband C2 pečuje o maminku již 10 let, ale půl roku je maminka upoutána pouze na lůžko. Proband C3 pečuje o maminku 8 let, proband C 4 pečuje o manžela zatím jen 5 měsíců. Proband C5 pečuje

o maminku 2 roky a před tím pečoval o tatínka také 2 roky. Proband C6 pečuje o tatínka 4 roky, proband C7 pečuje o otce jeden rok. Proband C8 pečuje o souseda 7 měsíců, proband C9 pečuje o kamarádku 2 roky a proband C10 pečuje o manžela 9 měsíců.

D. Příprava vhodného domácího prostředí

Všech deset probandů shodně uvedlo, že možnost připravit se na příchod svého blízkého neměli. Když byli jejich blízcí hospitalizováni, bylo jim řečeno den před propuštěním, že jejich blízký půjde domů. Například proband C2 uvedl: *„Když jsem se ptal, kdy půjde maminka domů, pan doktor mi řekl, že zítra. Na dotaz, jak to mám doma připravit, co vše budeme potřebovat, mě odkázal na praktického lékaře.“* Nejen připravit vhodné prostředí představovalo pro mnohé pečující problém. Například předepsat inkontinenční pomůcky bylo velmi problematické. Za hospitalizace je to nemožné a při propuštění už je pacienti potřebují mít doma. Proband C2 uvádí svou zkušenost: *„Věděla jsem, že maminka neudrží moč, a tak když mi paní doktorka řekla, že půjde maminka domů, ptala jsem se na možnost dostat poukaz na pleny. Odbyla mě, ať si je koupím sama. Bohužel jsem nevěděla jaké. Kontaktovala jsem sestřičku u praktického lékaře maminky, a ta mi dala různé vzorky na vyzkoušení. Pak jsem jen ukázala panu doktorovi ty nevhodnější a ten mi napsal na ně poukaz.“* Jen proband C4 říká: *„Na oddělení, kde manžel ležel, mi lékař postupně vysvětloval, co všechno budeme potřebovat a co je třeba zařídit. Dal mi kontakt na organizaci, která pomáhá pacientům s tracheostomií a jejich rodinám.“*

Kategorie 2: Zátěž pečovatele

A. Náročnost péče o blízkého

Náročnost péče o své blízké si dokážeme představit všichni. Že pečujícího dokáže vyčerpat úplně, nám prozradil proband C5: *„Před dvěma lety jsem pečovala o oba rodiče, tři čtvrtě roku jsem pečovala o oba dva. Vyčerpalo mě to tak, že jsem si opravdu sáhla na dno. Někdy jsem se přistihla, jak jsem ně byla zlá. Bohužel jsem neměla nikoho, kdo by mě v péči o rodiče vystřídal. Mám sice dva bratry, ale ti se báli pomoci, nevěděli, jak.“* I proband C6 uvedl, jak je péče o blízkého náročná: *„Péče o tatínka mě bohužel stála vztah. Neměl jsem čas sám na sebe, natož na manželku. Partnerský život nebyl dobrý, následoval rozchod.“* Proband C2 naopak říká: *„V péči o maminku se střídám se svým mužem. Už za těch deset let poznám, kdy potřebuji vypnout. Mám báječného muže, který*

mě zastoupí.“ O možnosti odpočinout si, načerpat sílu a využít možnosti respitní péče věděli pouze tři probandi (C2, C3 a C6) od praktického lékaře, který ošetřuje jejich blízké, ale nikdy neuvažovali o využití této služby. Ostatní probandi o této možnosti vůbec neslyšeli. Proband C4 uvedl: „Péče o manžela je pro mě náročná i po stránce technické. Mám však velkou oporu ve všech zdravotnících, kteří za manželem jezdí a stále mi trpělivě vysvětlují, co mám dělat.“

B. Informace a rady v péči o blízkého

Všech deset probandů se vzájemně shodlo na tom, že nejvíce cenných rad se jim dostává od praktických lékařů jejich blízkých a od sestřiček, které u nich pracují. Proband C5 k tomu říká: *„Musela jsem změnit praktického lékaře obou svých rodičů, předchozí paní doktorka mě odbývala, že nemá čas. Když jsem pak požádala současnou paní doktorku, bylo pro mě hodně pozitivní, že o péči rozhodovala paní doktorka společně se sestřičkou. Vzájemně se doplňují, poradí mně i ohledně věci, jako je příspěvek na péči. Proband C4 dodává: „Dost informací jsem zjistila od lidí v té organizaci pro pacienty, kteří mají tracheostomii.“ Proband C1, C6, a C8 ještě dodali, že i na internetu lze zjistit mnoho informací. Proband C6 doplňuje: „Našel jsem na internetu kurz, jak manipulovat s člověkem, o kterého pečujeme doma. Byl pro mě dost přínosný.“ „Hodně jsem odkoukala od sestřiček, když byla maminka v nemocnici, hlavně jak jí mohu vyměnit plínky,“ dodává proband C2. Od probandů jsme se dozvěděli, že by uvítali nějaký informační leták, ohledně sociální pomoci. O této problematice mají velmi málo informací.*

C. Komunikace s lékařem

Všech deset probandů se shodlo na telefonické komunikaci jako nejčastějším komunikačním kanálem. Pouze dva probandi (C2 a C9) uvedli: *„Paní doktorka funguje na telefonu i o víkend. Vím, že když je nějaký problém, můžu zavolat, a pokud je to v jejích silách, pomůže mi. Jinak bych musela volat záchranou službu, a někdy i asi zbytečně.“* Proband C6 říká: *„Paní doktorce stačí poslat zprávu na telefon s žádostí o recept pro tatínka a vím, že mi ho pošle.“* Mezi další hojně využívané komunikační prostředky patří e-mailová komunikace. Probandi, kteří tuto komunikaci využívají, nejčastěji posílají žádosti o recept. Proband C10 uvádí: *„Poslala jsem paní doktorce obrázek té stomie, co má táta, připadalo mi to okolo nějak červené, a tak jsem to paní doktorce vyfotila a poslala, ať se raději podívá. Určitě to ušetřilo čas hlavně paní doktorce, ale i mně.“*

Proband C5 přidal také zkušenost s e-mailovou komunikací: *„Když nebylo mamce dobře a byla nachlazená, posílala jsem paní doktorce hodnoty cukru a ona upravovala, kolik mám píchnout inzulínu.“*

D. Pandemie covidu-19

V době pandemie covidu-19 mnohé ordinace praktických lékařů fungovaly velmi omezeně a mnohde i vůbec, praktičtí lékaři se vzájemně zastupovali. Ptali jsme se tedy probandů, zda byl v době pandemie praktický lékař dostupný a jestli vnímají podporu praktického lékaře jako dostatečnou. Proband C7 uvedl: *„Tatínkův doktor ordinaci v době pandemie zavřel, nic jsem ohledně táty nepotřeboval, tak ani nevím, jestli ho někdo zastupoval.“* Proband C9 se podělil se zcela opačnou zkušeností: *„V době té pandemie mi buď paní doktorka anebo sestřička několikrát volaly, jestli něco nepotřebuji, jestli mám dost léků. Kdo se o mě stará, že by zařídily někoho jako náhradu, kdyby bylo potřeba.“* Ostatní probandi nám potvrdili, že praktičtí lékaři fungovali buď na telefonu anebo přes e-mail. Na začátku pandemie se dohodli, že pacienty doma navštěvovat nebudou, aby je případně neohrozili. Proband C5 dodává: *„Paní doktorka mi řekla, že kdyby bylo potřeba, ať zavolám záchranku, že teď k pacientům domů nejezdí.“*

E. Vliv pandemie covidu-19

V této podkategorii jsme se zajímali, zda měla pandemie covidu-19 vliv na ty, o které probandi pečují. Zda je nějak ohrozila. Probandi se shodli ve svých odpovědích především na tom, že je pandemie neohrozila po zdravotní stránce, ale po stránce psychické. Proband C3 k tomu říká: *„Zakázala jsem návštěvy u maminky, a to byl pro ni velký problém. Byla zvyklá na pravidelné návštěvy svých třech kamarádek a posezení u kávičky. I když si s nimi telefonovala, bylo znát, jak jí kontakt s nimi chybí.“* Naopak proband C10 uvedl: *„Manžel je spíše samotář, proto uvítal, že k nám nikdo nechodí. I děti, které nám chodily nakoupit, nám nákup jen pověsily na kliku a odešly.“* Proband C5 dodává: *„Mamince se líbily ty reklamy v televizi, ve kterých vystupovali ti starší lidé. Měla pocit, že jí to vše umí srozumitelně vysvětlit, přestala se pak bát toho, co říkali ve zprávách.“* Jestli péče o blízké v době pandemie nějak poznamenala i probandy, byla naše další otázka. I v této otázce byly odpovědi totožné. Pro názornost uvádím jednu z nich: *„Bylo to dost náročné, být celé dny doma, ale mám pocit, že nás to i tak trochu víc sblížilo. To, že jsem byla jen s maminkou a snažila se ji rozptýlit, maminka ocenila.“*

5 Diskuse

Diplomová práce je zaměřena na management práce sestry v ordinaci praktického lékaře. Touto prací jsme chtěli poukázat na komplexnost práce sestry v ordinaci praktického lékaře. Jak uvádí Seifert et al. (2019), momentálně neexistuje žádná definice, která by definovala sestru v ordinaci praktického lékaře. Sestra, která pracuje v ordinaci praktického lékaře, zde uplatní nejen všeobecné sesterské vzdělání, ale i chirurgickou zkušenost, má jak manažerské, tak i administrativní schopnosti. Nároky na sestru u praktického lékaře jsou vysoké. Naprosto nezbytná je znalost práce s počítačem, znalost cizího jazyka je výhodou. Je velmi důležité, aby se sestra neustále vzdělávala. Seifert et al. (2019) upřesňuje, že všeobecná sestra pracující v ordinaci praktického lékaře zajišťuje plynulý chod ordinace a mezi její každodenní úkoly patří administrativní, odborná a organizační činnost. Kvalifikační nároky se budou jistě v budoucnu zvyšovat (Seifert et al., 2019). Cílem této výzkumné práce bylo zmapovat management práce sestry v ordinaci praktického lékaře. Zmapovali jsme nejen práci sestry v ordinaci, ale i práci sestry v rámci návštěvní péče u pacientů v jejich přirozeném prostředí. Gesenhues a Ziesché (2007) uvádí, že právě primární péče poskytovaná praktickými lékaři je základem kvalitního zdravotního systému. Součástí tohoto systému je i kvalifikovaná všeobecná sestra. Je to především sestra, která je tím prvním, s kým se pacient setká při návštěvě zdravotnického zařízení (Gesenhues a Ziesché, 2007). A právě tento první kontakt je pro mnohé pacienty velmi důležitý. Svou komunikací, ať už je to komunikace verbální či neverbální, mnohdy sestra pacientovi ukáže, jak k němu bude při dalších návštěvách přistupováno.

V ordinaci praktického lékaře v mnoha případech pracují pouze lékař a sestra. Aby byla zajištěna kvalitní péče o pacienty, je nutné klást důraz na komunikaci mezi lékařem a sestrou. Dle Mikuláščíka (2010) je komunikace mezi lékařem a sestrou velmi důležitou aktivitou. Má také mnoho úrovní, odbornou, lidskou, etickou, kompetentní, emoční, technickou, ale i přímou a nepřímou. Předpokladem kvalitní komunikace je vzájemná důvěra ve vztahu mezi lékařem a sestrou (Mikuláščík, 2010). Lékař je v mnoha činnostech závislý pouze na sestře. Sestra je naopak v některých činnostech zcela závislá na lékaři. Lékař musí vědět, že informace, které mu sestra předává, jsou správné, ověřené a kompletní. Zamčením důležité informace o pacientovi může sestra pacienta poškodit a ohrozit jeho zdravotní stav. Ale i sestra musí mít důvěru v lékaře, se kterým pracuje. Vědět, že se na něho může spolehnout v situacích, kdy je ohrožen zdravotní stav pacienta

anebo jeho život. Dobrá komunikace mezi lékařem a sestrou je základem týmové práce. Pacient při vstupu do ordinace leckdy pozná, že v ní vládne vypjatá atmosféra. To potvrdilo i všech deset dotázaných sester. Chybí pak i návaznost jednotlivých úkonů, které jsou jindy jak pro lékaře, tak i sestru pouhou rutinou. Skutečnost, že sestra vykonává kvalitně svoji práci, se zcela jistě projeví i na efektivitě práce lékaře, a to jak lékaře praktického, tak lékaře specialisty. Pro příklad můžeme uvést přípravu pacienta na endoskopické vyšetření. Když sestra důsledně poučí pacienta o přípravě na toto vyšetření, lékař poté může provést vyšetření hned napoprvé a ušetří i pacientovi další nepříjemné vyšetření. I když v ordinaci pracuje pouze sestra a lékař, tvoří spolu zdravotnický tým. Ten charakterizuje silná soudržnost, týmový duch a intenzivní vzájemné vztahy. Dle Kuzníkové et al. (2011) mají členové týmu vymezeny specifické úkoly, které plní. Z rozhovorů se sestrami z ordinací praktických lékařů vyplynulo, že v těchto malých týmech plní funkci manažera. Kromě sestry A1 a A10 se sestry shodly, že veškerý chod ordinace plánují ony. Jsou vlastně organizátory času lékařů. Sestry plánují nejen chod ordinace, ale i návštěvní péči u pacientů v jejich přirozeném prostředí, a také plánují prohlídky pacientů v rámci pracovních lékařských služeb. Je nutné, aby byl chod ordinace veden co nejefektivněji a pacientům zajistil dostupnost a kontinuitu péče. Tuto roli zvládají námi oslovené sestry velmi dobře. Oslovené sestry se také starají o vybavení ordinace nejen zdravotnickým a spotřebním materiálem, ale i léky. Sestry uvedly, že mají své oblíbené firmy, které jim zmíněný materiál dodávají. Tyto firmy si vybírají hlavně podle rychlosti dodání zboží, ale samozřejmě zde hraje roli i stránka finanční. Zásoby zdravotnického materiálu se v jednotlivých ordinacích dle odpovědí sester značně lišily. V některých ordinacích mají sestry zásoby zdravotnického materiálu na tři měsíce. A to jim pomohlo v době pandemie. Ale některé ordinace mají zásoby zdravotnického materiálu na jeden měsíc. To byl třeba v době pandemie problém. Léky do ordinace si sestry objednávají také samy a to v lékárně, se kterou má jejich lékař uzavřenou smlouvu. Pouze sestra A8 léky do ordinace neobjednává. Evidenci léků a jejich expiraci si vedou pouze sestry A2 a A9. Pouze jedna sestra si zakládá faktury za léky do šanonu. V rozhovorech mě velmi překvapila skutečnost, že kromě sestry A2 nemají sestry ani v lékárně a ani v lednici teploměr a nevidují tak teploty.

Práce sestry v ordinace praktického lékaře je soubor komplexních činností, které sestra vykonává. Jde především o ošetrovatelské výkony, které může v rámci svých kompetencí vykonávat dle vyhlášky č. 391/2017 Sb. Rozsah činností sestry se může lišit i v tom, v jaké lokalitě se ordinace praktického lékaře nachází. Rozdíly jsou především mezi

ordinacemi ve městech a v malých obcích. V základních činnostech ale rozdíl není. Odběr biologického materiálu je každodenní práce v ordinaci praktického lékaře. Na tom se shodlo devět sester. Zajímalo nás, zda si odběr biologického materiálu provádějí samy sestry, nebo pacienty posílají do odběrových místností. Sestry si bez ranních odběrů biologického materiálu neumí představit svoji práci. Téměř všechny sestry uvedly, že nejčastěji odebírají krev. Pouze sestra A9 uvedla, že odběr biologického materiálu, který by odesílala do laboratoře, neprovádí. Posílá své pacienty do odběrové místnosti v nemocnici, která je naproti ordinaci. Všechny sestry se shodly na tom, že když se vyskytne speciální vyšetření krve, nevědí, do které zkumavky se odběr provádí. K dalším činnostem patří měření fyziologických funkcí. Všechny sestry se shodly, že pacientům měří fyziologické funkce. Jedna sestra si myslí, že fyziologické funkce si má měřit lékař sám, protože si je může zároveň i vyhodnotit. Na tom, že aplikují v rámci své náplně práce injekce, se shodly všechny sestry. Naopak infúze neaplikuje sedm sester. Sestra A8 si myslí, že aplikace infúze patří na jiná pracoviště. Všem deseti sestrám jsme položili otázku, zda v rámci své náplně práce očkují své pacienty. Všech deset sester shodně odpovědělo, že ano. Sestry očkují podle očkovacího schématu, ale očkují i běžná komerční očkování, která si hradí pacient. Podívovali jsme se nad tím, jak si sestry nepřipouští možnost alergické reakce po aplikaci očkovací látky. Ale všechny sestry se shodují v tom, že musí pacienti po očkování vždy sedět v čekárně. Péče o chronické rány ukazuje na všestrannost práce sestry. Uvádějí zároveň, že praktický lékař nechává léčbu chronických ran plně v jejich kompetenci. Všech deset sester považuje pravidelnou účast na kurzech léčby chronických ran za stěžejní. Sestry také shodně uvedly, že k léčbě chronických ran preferují vlhké hojení ran.

Mezi činnostmi, které pravidelně provádí sestra v ordinaci praktického lékaře, patří poučení pacientů na různá vyšetření. Zde jsme zjistili, že sestry často nevědí, jak pacienta poučit na některá vyšetření samy nevědí, jak dané vyšetření probíhá. Že své pacienty poučují o přípravě na vyšetření, uvádějí v rozhovoru všechny sestry. Jejich odpovědi se liší v tom, na jaká vyšetření pacienty poučují. Dále se jejich odpovědi lišily v rozsahu poučení. Všech deset sester shodně říká, že na běžná vyšetření by byly schopny pacienty poučit, ale na žádná speciální vyšetření by si netroufily. Sestry A1 až A9 přiznaly, že by si přípravy na jiná vyšetření musely nastudovat, a to buď na internetu, nebo v odborné literatuře.

Krátká (2019) ve svém výzkumu uvádí, že devět z deseti dotazovaných zdravých probandů odpovědělo, že sestra u praktického lékaře s nimi o primární prevenci nehovoří.

Pro nás bylo velmi příjemným překvapením zjištění, kolik času věnují sestry v ordinaci praktických lékařů preventivní činnosti. Působí hlavně v rámci prevence kolorektálního karcinomu. Sestry v rámci prevence kolorektálního karcinomu dávají pacientům domů test na okultní krvácení. Pokládají pacientům otázky ohledně zažívání, zda netrpí nadýmáním a zda nemají problémy s vyprazdňováním. Dalších sedm sester také uvedlo, že jako screeningové vyšetření provádějí test na okultní krvácení a pacientům pokládají podobné otázky. Dále se pravidelně věnují dispenzarizaci pacientů s diabetem mellitem, většina sester si v tříměsíčních intervalech zve pacienty na kontroly glykemie, váhy, krevního tlaku a kontrolu dolních končetin. I dispenzarizace pacientů hypertenzí probíhá ve většině ordinací se stejnou frekvencí každé tři měsíce. Kontrola krevního tlaku a váhy je samozřejmostí. Vždy po půl roce jsou pacientům kontrolovány ledvinné funkce. Zásadní problém viděly sestry v prevenci obezity. Většina pacientů totiž o správném stravování nechce slyšet a pohyb je nezajímá. Vzhledem k počtu pacientů, kteří umírají na kardiovaskulární onemocnění, je toto zjištění alarmující.

Praktičtí lékaři jistě předpokládají, že sestry zvládají práci s počítačem. Vždyť podstatná část jejich práce spočívá právě v práci ve speciálním programu pro praktické lékaře. Pouze jedna sestra nepracuje s počítačem, protože si do počítače chce zapisovat vše paní doktorka sama. Práce se speciálním programem pro praktické lékaře sestra zvládá, ale běžné činnosti jako práce s internetem, skenování nebo objednávání zboží přes internet některé sestry nezvládají. Z rozhovorů se sestrami jsme se dozvěděli, jak velká administrativní zátěž je na ně kladena. Pracovní doba pro ně odchodem posledního pacienta nekončí. Jejich administrativní činnost by se dala rozdělit na zdravotnickou a nezdravotnickou. Do zdravotnické administrativní činnosti lze zařadit vyplnění, převzetí a evidence pracovních neschopností, vyplnění a evidence ošetřování členů rodiny a nově i formulářů karantény. Do nezdravotnické administrativní činnosti patří roztřídit a zaevidovat došlou poštu, připravit podklady pro vyplnění pojistek pacientů, evidovat nepřeborné množství potvrzení pro pacienty, vybírat poplatky za administrativní činnost lékaře a komerční očkování. Dále existují administrativní činnosti, které souvisí s externím hodnocením kvality a bezpečnostně technickou kontrolou dle zákona o zdravotnických prostředcích č. 268/2014 Sb. Že tento zákon existuje a že z něj pro zdravotnická zařízení vyplývají určité povinnosti, většina sester vůbec nevěděla. Sestry A2 a A9 říkají, že provozní deníky všech přístrojů si vedou ony a termíny jak externích hodnot kvality, tak bezpečnostně technické kontroly si musí hlídat ony samy. Pozastavili jsme se nad informací, že si sestry nevedou evidenci přístrojů v ordinaci a ani nevěděly,

že by tyto přístroje měli procházet pravidelnou kontrolou. Sestry A1, A3 a A6 říkají, že mají seznam přístrojů zapsán v sešitě. Zde vidíme značné mezery.

Telemedicínu lze chápat jako medicínu bez kontaktu. Slovo Telemedicína bylo pro všechny oslovené sestry zcela cizí. Až když jsme sestrám vysvětlili, co telemedicína vlastně znamená, zjistily, že ji vlastně všechny používají každý den. Telemedicína slouží k usnadnění komunikace, a to jak mezi sestrou a lékařem, tak i mezi lékařem a pacientem. Například když sestra při návštěvní péči zjistí defekt na dolní končetině pacienta, může ho vyfotit a prostřednictvím telefonu či e-mailu konzultovat vhodnou léčbu s lékařem. Z výsledků studie European Commission (2018) vyplynulo, že telemedicína nachází mnoho uplatnění jak v primární, tak i v domácí péči. Také sestry uvedly, že telemedicínu ocenily hlavně v ordinacích praktických lékařů v době pandemie covidu-19. Ordinace ve většině případů fungovaly v omezeném provozu, a to formou distanční péče. Společnost praktického lékařství poukazuje na to, že právě končící koronavirová pandemie jednoznačně ukázala, jak významnou roli hraje distanční péče v ordinacích praktických lékařů. Přestože ordinace praktických lékařů využívají elektronickou komunikaci již mnoho let, v době pandemie si vystačily pouze s distanční péčí.

Jak už jsme zmínili, nároky na sestru v ordinaci praktického lékaře jsou veliké a kvalifikační nároky se budou v budoucnu ještě zvyšovat. K tomu, aby sestra pracovala samostatně a svou práci vykonávala dle nejnovějších ošetrovatelských postupů, je zcela nezbytné další její vzdělávání. Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že sestry se celkem pravidelně vzdělávají. Všechny sestry uvedly, že se nějakých školicích akcí účastní. Sestry A2 až A9 se nejméně jednou do roka účastní seminářů Hojení ran. Dále mají možnost přihlásit se na semináře, které si samy vyberou. A to především semináře, na nichž si mohou vše i prakticky vyzkoušet. Zajímalo nás, které vzdělávací akce by ještě uvítaly. Na to nám odpověděly sestry A3, A4, A5, A6, A7, A8, že by uvítali nějaký kurz, který by se týkal sociálního systému. Obrací se na ně s žádostí o radu stále více pacientů a jejich rodin. Další otázkou byla účast sester na kurzech kardiopulmonální resuscitace. Že se pravidelně účastní těchto kurzů odpověděly sestry A2, A4, A7, A8 a A9. Opět zdůraznily, že si vybírají kurzy jak s teoretickou, tak i praktickou výukou. Byli jsme ale zděšeni odpověďmi některých sester na dotazy ohledně kardiopulmonální resuscitace. Za jedenáct let praxe v ordinaci praktického lékaře nebyla sestra A1 na žádném kurzu kardiopulmonální resuscitace a další sestry se přidávají. O kurzech sice slyšely, ale zatím neměly potřebu ho navštívit. Nedokážeme si vůbec představit, že vzdělaná sestra neumí poskytnout v ordinaci první pomoc a hlavně nepředpokládá, že taková situace v ordinaci

může nastat. Význam znalosti řešení neodkladných stavů je zakotven jako základní požadavek kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ve Věstníku č. 16/2015. Co se týká kardiopulmonální resuscitace, zde vidíme velké mezery ve vzdělávání sester.

Rozměr práce sestry v ordinaci praktického lékaře jde jak cestou horizontální, napříč obory, a to včetně paliativní péče, tak i cestou vertikální, napříč generacemi. To znamená péči o adolescenty od patnácti let věku, těhotné, kojící, až po křehké seniory. Sestra v ordinaci praktického lékaře nahrazuje komunitní sestru. Dle Čechové (2010) komunitní sestra analyzuje zdravotní a sociální status jedince nebo skupin ve vlastním sociálním prostředí. Koordinuje poskytování jak zdravotní péče včetně té ošetrovatelské, tak i sociální službu u osob v jejich přirozeném prostředí (Čechová, 2010). Zjišťovali jsme tedy, zda sestry vykonávají návštěvní péči u pacientů. Zajímalo nás, u kterých pacientů návštěvní péči vykonávají. Zda jim návštěva pacienta v přirozeném prostředí pomůže v plánování ošetrovatelské péče. Sestry, které návštěvní službu vykonávají se shodly na tom, že určitě ano. Mnohdy jim to pomohlo překonat bariéru mezi pacientem, rodinou, lékařem a sestrou. Velmi pozitivně vnímáme skutečnost, že sestry vykonávají návštěvní péči. Utvrdila nás v tom i odpověď, na které se shodla většina sester, a sice že je důležité vidět prostředí, ve kterém pacient žije. Všechny sestry, které vykonávají návštěvní službu, uvedly, co všechno je při návštěvě pacienta zajímavé. U ležících pacientů především lůžko, na kterém pacient leží. Dále je to koupelna, v níž bude prováděna hygienická péče. Následně pak, zda bude pacient potřebovat kompenzační pomůcky. Dozvěděli jsme se také, jak důležitá je návštěvní péče i z psychologického hlediska. Pomáhá odbourat komunikační bariéru mezi sestrou, pacientem a rodinou. Sestry konají návštěvní péči především u pacientů s chronickými defekty, pacientů po amputaci dolní končetiny, pacientů po cévní mozkové příhodě, geriatrických pacientů i u pacientů, kteří potřebují paliativní péči. V rámci návštěvní péče sestry především měří fyziologické funkce, a to krevní tlak, pulz a saturaci kyslíkem. Ne všechny sestry mají možnost spolupracovat s agenturami domácí péče. V jedné lokalitě je pouze jedna agentura domácí péče a ta nedokáže uspokojit všechny ordinace. Sestry se také věnují v rámci návštěvní péče rehabilitačnímu ošetrovatelství a do cvičení se snaží zapojit i rodinu. Sestry edukují rodinu i další pečující o hygienické péči, péči o kůži. Seznamují rodiny s imobilizačními pomůckami, které by jejich blízcí mohli potřebovat v domácím prostředí a jim jako pečujícím usnadnit péči o jejich blízké. Sestry ještě zmínily výměnu permanentního močového katetru u žen, péči o kolostomii a epicystostomii, péči o tracheostomii, péči PEG. Některé ordinace jsou již vybaveny přístroji k odběru biologického materiálu

formou POCT, sestry tak mohou odebrat u pacienta doma INR, výsledek mají ihned k dispozici a mohou ho konzultovat s lékařem po telefonu. Zajímalo nás, jestli jim při návštěvní péči chybí nějaká ošetrovatelská intervence. Zde byly sestry zajedno, chybí jim možnost předepisovat pacientů inkontinenční pomůcky. Vždyť především sestry ukazují pacientům druhy inkontinenčních pomůcek, a vysvětlují, jak je mají pacienti používat. Jedna sestra se zeptala, zda by nebyla možnost rozšířit kompetenci o katetrizaci močového měchýře mužů.

Aby sestra nebyla na péči o pacienta v přirozeném prostředí sama, spolupracuje s různými agenturami domácí péče. Nemožnost spolupráce s agenturou domácí péče uvedly pouze tři sestry z jednoho regionu. V tomto regionu operuje pouze jedna agentura domácí péče, a ta nezvládá uspokojit požadavky všech praktických lékařů. Proto si sestry návštěvní péči vykonávají samy. V jedné ordinaci jsme se dověděli, že mají v kolektivu sestřičku, která vykonává pouze návštěvní péči. Ostatní sestry se s agenturami domácí péče dělí o ošetrovatelské výkony, mají k dispozici tři agentury domácí péče a spolupracuje se jim s nimi dobře. O zajímavou zkušenost se podělila sestra A6, která vykonává návštěvní péči u pacienta na domácí umělé plicní ventilaci. Pro pacienta na domácí plicní ventilaci museli hledat s paní doktorkou nejprve certifikovanou agenturu domácí péče, která má certifikát k poskytování domácí umělé plicní ventilace a ještě lékaře se specializací v intenzivní péči, který byl ochotný za pacientem dojíždět dle pravidelného plánu. Vše se podařilo zajistit a nyní se o péči tohoto pacienta dělí, jak je potřeba. Iniciátorem návštěvy v pacientově přirozeném prostředí je především lékař. Většinou bývá důvodem návštěvy pacienta propuštění z hospitalizace a jeho následné kontrola, když nezvládne přijít do ordinace. Další návštěvy iniciují rodiny pacientů při zhoršení zdravotního stavu jejich blízkého. Dozvěděli jsme se také, že sami pacienti iniciují návštěvní péči zřídka. Skutečnost, že ani sestra a ani lékař nevykonávali návštěvní péči u pacientů v jejich přirozeném prostředí v době pandemie, byla překvapivá, ale dle mého názoru zcela oprávněná. Zdravotníci nechtěli ohrozit pacienta a jeho rodinu. Pacienti i jejich rodiny byli poučeni, jak postupovat v případě zhoršení zdravotního stavu. Pouze jedna sestra uvedla, že návštěvní péči v době pandemie vykonávala, samozřejmě vybavená ochrannými pomůckami. Důvodem byla nemožnost spolupráce s žádnou agenturou domácí péče. Pacienti mohli kontaktovat v případě potřeby praktického lékaře anebo sestru. Mnohdy jak lékař, tak sestra iniciativně kontaktovali pacienty či jejich rodiny sami.

Trachtová et al. (2013) uvádí, že pro moderní ošetrovatelství je charakteristické systematické hodnocení a plánování uspokojení potřeb nejen zdravého, ale především nemocného člověka. Aby bylo hodnocení správné, je nutné dívat na pacienta jako na holistickou bytost, tudíž na osobu jako celek (Trachtová et al., 2013). Zjišťovali jsme potřeby pacientů v jejich přirozeném prostředí. Myslíme si, že pacienti ve svém přirozeném prostředí mají jednu výhodu oproti pacientům hospitalizovaných v nemocnicích, či pobývajících v zařízeních sociální péče. Je možnost být obklopeni svými rodinami a blízkými. Možnost být doma se svými blízkými jim dodává sílu překonávat nesnáze, které jim jejich nemoc připravila. Dozvěděli jsme se také, že někteří partneři neunesli nemoc svého blízkého a také skutečnost, že s nimi jejich blízcí nemohou chodit na výlety anebo vést intimní život, a tak je raději opustili. Naopak od jednoho pacienta jsme se dozvěděli, že je nemoc s manželkou ještě více spojila a nyní má v manželce velkou oporu.

Pacienti ve svém přirozeném prostředí mají problémy se zvládnutím běžných denních aktivit. Sedm pacientů uvedlo, že se sami dokážou obléknout a jsou schopni si ohrát oběd. Ale už si neovládou oběd uvařit. Co se týče léků, pacienti si nejsou schopni léky sami dávkovat. Pacienti v domácím prostředí si pochvalovali, že mohou za pomoci svých blízkých třeba i krmit králíky. Zde vidíme kladný vliv domácího prostředí na psychiku pacientů – i když omezeně, mohou se věnovat svým předchozím aktivitám.

Intimita pacienta je velmi důležitá i v jeho přirozeném prostředí. Ztotožňujeme se s Ptáčkem et al. (2014) v tom, že je potřeba maximálně citlivý přístup k zachování lidské důstojnosti. Hovořit s pacienty na toto téma bylo velice obtížné, neboť se jedná o hodně citlivé téma. Především skutečnost, že je jejich pečující viděl nahé, představovala pro mnohé pacienty velký problém. Pro většinu pacientů byla stejně problematická hygiena po vykonání potřeby. Že je hygienická péče pro všechny pacienty velmi náročná, jsme se dozvěděli od všech pacientů. A to nejen, co se týká koupelny, ale především hygienická péče na lůžku. Pacienti se potýkali především s tím, že nikdo nevysvětlil ani jim a ani pečujícím, jak hygienickou péči provádět a jak mají pečovat o pokožku. O tom je informovala ve většině případů až sestra při návštěvní péči. Jako důležitou součást osobnosti sestry vidíme umění komunikovat, navázat vztah důvěry a odhalit tak potřeby pacientů, které nejsou uspokojeny. A to nejen potřeby nižší, ale i vyšší potřeby jako je například spiritualita. Jak uvádí Šamánková et al. (2011), spiritualita nám mnohdy pomáhá bojovat s nemocí a problémy, jež nemoc přináší. Tento fakt nám potvrdila trojice

pacientů B2, B7 a B9, kteří jsou věřící. Další pacienti sice nevěří v Boha, ale v sílu jakési vyšší moci. Pacienti se především stydí přiznat svou víru, a to i před svou rodinou.

Souhlasíme se Šamánkovou et al. (2011), že kvalitní ošetrovatelskou péčí pacienta a uspokojení jeho potřeb nemůžeme zajistit bez spolupráce s blízkými pacientů. Většina pacientů uvedla, že se svými pečujícími bydlí v jedné domácnost. Záměrně uvádíme výraz pečující, protože ne vždy pečuje o pacienta jeho rodina. Může to být i kamarádka, jak uvedl pacient B9 anebo sousedka, jak uvedl pacient B8. K péči o svého blízkého motivuje pečující především jejich vnitřní přesvědčení a též přesvědčení, že vědí, co jejich blízký potřebuje. Pečující téměř všichni shodně uvedli, že možnost připravit se na příchod svého blízkého neměli. Když byli jejich blízcí hospitalizováni, bylo jim řečeno den před propuštěním, že jejich blízký půjde domů. Nezbyvá než souhlasit s Holmerovou (2014), že lékař v nemocnici neví o možnosti indikovat domácí péči na dva týdny, zajistit tak kontinuitu péče a pomoci tak pečujícím s překonáním prvních těžkostí s návratem jejich blízkých. Oproti tomu se pečující vzájemně shodli na tom, že nejvíce cenných rad se jim dostává od praktických lékařů jejich blízkých a od sestřiček, které u nich pracují. Nejedná se pouze o rady ohledně lékařské a ošetrovatelské péče, dostává se jim i mnoho rad ohledně možnosti předepsání kompenzačních pomůcek a názorné ukázky jejich použití, ale i rad ohledně příspěvků na péči, či možnosti využít pečovatelskou službu.

Velké rezervy vidíme v péči o pečující pacientů. Stejného názoru je i Kurucová (2016), která uvádí, že v našem systému zdravotní péče je minimální pozornost věnována neformálním pečovatelům. I přestože jsou na tyto pečovatele kladeny obrovské nároky, které jim mnohdy přináší problémy jak v oblasti fyzické, psychické, ale i finanční a sociální. O možnosti odpočinout si, načerpat sílu a využít možnosti respitní péče věděli pouze tři probandi (C2, C3 a C6), a to od praktického lékaře, který ošetřuje jejich blízké. Zatím ale neuvažovali o využití této služby.

Na závěr své práce bych chtěla připomenout, že ve světě je vzdělávání sester zaměřeno výhradně všeobecně. Teprve po získání kvalifikace se dle Topinkové (2016) sestry zaměřují na získání kvalifikace formou specializačního vzdělávání v některých oborech, jako je akutní medicína, onkologická péče a péče geriatrická, které sestra absolvuje až po nabytí určitých praktických zkušeností (Topinková, 2016).

6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat management práce sestry v ordinaci praktického lékaře a dále zmapovat návštěvní péči u pacientů v domácím prostředí. Naším dalším cílem bylo zjistit potřeby pacientů v domácí péči. Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvalitativního šetření.

V empirické části práci jsme dospěli k mnoha zajímavým výsledkům, jak pozitivním, tak negativním. Z výzkumného šetření A (sestry), kterého se zúčastnilo deset sester, jsme dospěli k závěru, že práce sestry v ordinaci praktického lékaře je skutečně rozmanitá. Jsou na ně kladeny požadavky nejen v rámci ošetrovatelských činností, ale také administrativní. Mají za úkol manažersky nastavit chod celé ordinace, zajistit dostatek zdravotnického a spotřebního materiálu potřebného k udržení chodu ordinace. Potýkají se s nedostatkem informací ohledně legislativy potřebné k zajištění chodu ordinace. Kladně hodnotíme skutečnost, že se sestry ve své práci zaměřují na preventivní péči o pacienty. Pozitivně vnímáme i snahu sester pravidelně se vzdělávat, i když zaměření jejich vzdělávání je bohužel poměrně jednostranné, a uvítaly by možnost více se vzdělávat po odborné stránce. Sestry by chtěly rozvíjet své počítačové dovednosti. Chtěly by se orientovat v sociální problematice. Uvítaly by kurz komunikace. Zajímala by je i legislativa týkající se ordinací praktických lékařů.

Výzkumné šetření B (pacienti) se týkalo pacientů, u kterých je vykonávána návštěvní péče v jejich domácím prostředí. Zjistili jsme, že pacienti nejvíce oceňují skutečnost, že mohli zůstat doma ve svém přirozeném prostředí a že se o ně starají jejich blízcí. Problém v uspokojování svých potřeb pacienti viděli především v oblasti intimity a hygieny. Těžko překonávali stud i před svými blízkými. Naopak jsme zjistili, že pacienti v domácím prostředí mohou vykonávat své oblíbené aktivity přirozeně s ohlednutím na jejich zdravotní stav. Mají také zajištěn dostatek odpočinku a možnost uspokojit spirituální potřeby.

Z výzkumného šetření C (pečující) vyplynula skutečnost, že pečující by si nedokázali představit umístění svého blízkého do ústavní péče. Zároveň jsme zjistili, jak náročná je péče o pacienta v domácím prostředí. Pečující si stěžovali především na nedostatek poskytovaných informací při propuštění pacienta do domácího ošetřování. Kladně hodnotíme, že především právě sestry poskytují pečujícím informace potřebné k péči o jejich blízké. Sestry také názornou ukázkou péče o pacienty pečujícím pomáhají překonat počáteční strach, například při hygienické péči. Též jsme ale zjistili, že péči o

své blízké poskytují pečující na úkor svých vlastních potřeb, a to především v oblasti partnerských vztahů, kdy se jim několikrát rozpadl vztah anebo manželství.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že sestry v ordinacích praktických lékařů nemají dostatek informací, proto byl v rámci diplomové práce vytvořen návrh kurzu v rámci celoživotního vzdělávání pro sestry (viz. Příloha 4)

7 Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, V. et al., 2016. *Hodnocení vybraných metod v kardiologii a angiologii pro praxi*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 978-80-271-9192-5.
2. Armáda spásy, © 2016. *Ordinace pro chudé*. [online]. [cit. 2020-06-01]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/pomahame-vam/zdravotni-pece/ordinace-pro-chude/>
3. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S., 2015. *Řízení lidských zdrojů - Moderní pojetí a postupy*. 13. vydání. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7.
4. ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
5. Asociace domácí péče, ©2020. *Postup při zajištění domácí zdravotní péče*. [online]. [cit. 2020-06-01]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/o-nas/dokumenty>
6. ATKINSONOVÁ, R. L., 1995. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing. 845 s. ISBN 80-85605-35-X.
7. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 188s. ISBN 8024711974.
8. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestry - lékař*. Brno: NCO. 126 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
9. BEDNÁŘ, V. et al., 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha:Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4211-3.
10. BĚLOHLÁVEK, F. et al., 2006. *Management*. Brno: Computer Press. 736 s. ISBN 802510396X.
11. BÖHMOVÁ, O., 2019. *Ročně zabije karcinom plic přes pět tisíc lidí, počet úmrtí roste u žen. Plošný screening by snížil mortalitu o čtvrtinu*. [online]. Zdravotnický deník. [cit. 2020-05-04]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/05/rocne-zabije-karcinom-plic-pres-pet-tisic-lidi-pocet-umrti-roste-u-zen-plosny-screening-by-snizil-mortalitu-ctvrtinu/>
12. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-9037-4.
13. BÝMA, S., 2014. Vztah lékaře a pacienta v primární péči. In: PTÁČEK, R. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. s. 111-118. ISBN 978-80-247-9909-4.
14. BÝMA, S. et al., © 2020. *Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018*. [online] Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. [cit. 2020-02-13]. Dostupné

- z: <https://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/>
15. CARRYER, J., YARWOOD, J., 2015. The nurse practitioner role: Solution or servant in improving primary health care service delivery. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*. 22(2), 169-174, doi: 10.1016/j.colegn.2015.02.004.
 16. ČECHOVÁ, S., 2010. *Komunitní sestra – chiméra, nebo klíčový aktér?* [online]. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunitni-sestra-chimera-nebo-klicovy-akter-451694>
 17. ČELEDOVÁ, L. et al., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-246-3809-6.
 18. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
 19. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-7995-9.
 20. CHAN, M., 2013. *The rising importance of family medicine*. [online]. [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: http://www.who.int/dg/speeches/2013/family_medicine_20130626/en/index.html
 21. CHLÍBEK, R. et al., 2019. *Očkování dospělých. 2* přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta. 656 s. ISBN 978-80-204-5304-4.
 22. Computerworld, 2014. *IT ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://data.computerworld.cz/file/specialy/IT-ve-zdravotnictvi-2014.pdf>
 23. D'AVANZO, C., 2008. *Mosby's Pocket Guide to Cultural Health Assessment*. 4 th Edt. St. Louis: Elsevier Health Sciences. 848 p. ISBN 978-0-323-04834-7.
 24. Declaration of Alma – Ata, 1978. [online]. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
 25. DONALD, F. et al., 2010. The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nurs Leadersh*. 2010(23), 88-113, doi: 10.12927/cjnl.2013.22271.
 26. DONELAN, K. et al., 2013. Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice. *The New England Journal of Medicine*. 368, 1898-906, doi: 10.1056/NEJMsa1212938.
 27. DOWSWELL, T. et al., 2002. Nurses and English primary care groups: their experiences and perceived influence on policy development. *Journal of Advanced Nursing*. 37(1), 35-42, doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02063.x.

28. ELTERLEIN, E. et al., 1985. *Sociální lékařství a organizace zdravotnictví II*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. 184 s. ISBN neuvedeno.
29. European Commission, 2018. *Market study on telemedicine*. [online]. [cit. 2020-08-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_market_study_telemedicine_en.pdf
30. HERRMANN, L. L., ZABRAMSKI, J. M., 2005. Tandem Practice Model: A Model for Physician – Nurse Practitioner Collaboration in a Specialty Practice, Neurosurgery. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 17(6), 213–218, doi: 10.1111/j.1041-2972.2005.00035.x.
31. FALT, P. et al., 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
32. FUNNELL, R., et al., 2009. *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice*. 5th ed. Saint Louise: Elsevier. 974 p. ISBN 9-780-7295-3857-2.
33. GESENHUES, S., ZIESCHÉ, R., 2007. *Vademecum lékaře, Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén. 976 s. ISBN 807262444X.
34. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R., 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 978-80-247-0267-4.
35. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
36. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
37. HEFFORD, M. et al., 2005. Reducing health disparities through primary care reform: The New Zealand experiment. *Health Policy*. 72(1), 9-23, doi: 10.1016/j.healthpol.2004.06.005.
38. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-8095-5.
39. HLINKOVÁ, E. et al., 2019. *Management chronických ran*. 232 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.
40. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 978-80-204-3119-6.

41. HOŘEJŠÍ, J., 2014. Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta. IN: PTÁČEK, R. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada. s. 31-38. ISBN 978-80-247-9909-4.
42. HOSPODÁŘOVÁ, I., 2008. *Kreativní management v praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-6122-0.
43. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
44. IVANOVÁ, K., 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: NCONZO. 240 s. ISBN 978-80-7013-442-9.
45. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-736-7592-9.
46. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
47. JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.
48. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
49. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
50. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. s. 400. ISBN 978-80-247-4026-3.
51. KAREN, I. et al., 2009. *Očkování v ordinaci praktického lékaře, profylaxe malárie a cestovních průjmů*. Praha: Společnost všeobecného lékařství čls jep centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 32 s. ISBN 978-80-86998-35-0.
52. KARIMI-SHAHANJARIN, A. et al., 2019. *Barriers and facilitators to the implementation of doctornurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons. 4(4), 107, doi: 10.1002/14651858.CD010412.pub2.
53. KELNAROVÁ, J. et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník - 2. díl*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-5330-0.
54. Kolektiv autorů, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 355 s. ISBN 978-80-247-1720-3.

55. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4422-3.
56. KOUBOVÁ, M., 2014. *Telemedicína v ordinacích praktiků: pomoci by mohla od hubnutí až k paliativní péči*. [online]. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://domaciandel.cz/2014/12/25/telemedicina-v-ordinacich-praktiku-pomoci-by-mohla-od-hubnuti-az-k-paliativni-peci/>
57. KOUBOVÁ, M., 2019. *Kulatý stůl ZD: Telemedicína může šetřit čas lékařům i pacientům. Je pro ni ale třeba najít úhradové mechanismy a smluvní rámec*. [online]. Zdravotnický deník. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/07/kulaty-stul-zd-telemedicina-muze-setrit-cas-lekarum-i-pacientum-ni-treba-najit-uhradove-mechanizmy-smluvni-ramec/>
58. KOUBOVÁ, M., 2020. *Bez eŽádanky není zvládnání pandemie možné. Elektronizace dostala s covidem silný impuls*. [online]. Zdravotnický deník. [cit. 2020-06-13]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/06/bez-ezadanky-neni-zvladani-pandemie-mozne-elektronizace-dostala-covidem-silny-impuls/>
59. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 156 s. ISBN 978-80-7454-764-5.
60. KRÁTKÁ, I., 2019. *Sestra a její role v prevenci onemocnění gastrointestinálního traktu*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
61. KUBEŠOVÁ, H. et al., 2002. *Praktické/rodinné lékařství pro magisterské studium lékařských věd*. Brno: Masarykova univerzita. 44 s. ISBN 80-210-2939-0.
62. KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-271-9223-6.
63. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatel: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
64. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
65. KUZNÍKOVÁ, I. et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
66. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

67. MARTÍNKOVÁ, J. et al., 2007. *Farmakologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
68. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
69. McCARTHY, G. et al., 2012. Practice nurses and general practitioners: perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 21(15-16), 2286-2295, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04148.x.
70. Metodické opatření MZČR, 2004. Koncepce ošetrovatelství. In: *Věstník MZČR*, částka 9. [online]. MZČR. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
71. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
72. MISCONIOVÁ, B., 2011. Domácí péče. In: KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. s. 183-187. ISBN 978-80-247-4026-3.
73. MÜLLEROVÁ, D. et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
74. MZČR, 2008. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online]. MZČR. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>
75. MZČR, 2014. *Zdraví 2020 Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Praha: MZČR. 182 s. ISBN 978-80-85047-48-6.
76. MZČR, 2015. *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. MZČR. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcni%20plany%20-%20přilohy/AP%2009_01%20AP%20KaB_20150717PT.pdf
77. MZČR, 2016. *Akcí plán k Národní strategii elektronického zdravotnictví ČR 2016–2020*. [online]. MZČR. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ma_kornal4h5a.pdf
78. MZČR, ©2020a. *Zdraví 2030*. [online]. MZČR. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/>
79. MZČR, ©2020b. *Screeningové programy*. [online]. MZČR. [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/310-screeningove-programy>

80. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
81. NOVÁK, T., 2013. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4623-4.
82. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 74 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
83. PEŠEK, J., PAVLÍKOVÁ, J., 2005. *Naše zdravotnictví a lékárenství v EU*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1392-6.
84. PLAMÍNEK, J., 2011. *Vedení lidí, týmů a firem*. 4. zcela přepracované vydání. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3664-8.
85. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
86. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
87. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici: Hodnoticí nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-8769-5.
88. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
89. POTTER, P. A. et al., 2016. *Fundamentals of Nursing*. 9 th Edt. St. Louis: Elsevier Health Sciences. 1392 p. ISBN 978-0-323-39991-3.
90. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-9909-4.
91. ROKYTA, R., et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
92. ROKYTA, R., et al., 2018. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
93. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
94. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
95. SEIFERT, B. et al., 2004. *Primární péče: Praktické lékařství*. Praha: Karolinum. 156 s. ISBN 978-80-246-0883-9.
96. SEIFERT, B. et al., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. 194 s. ISBN 978-80-246-2082-4.

97. SEIFERT, B. et al., 2013. *Všeobecné praktické lékařství*. 2. vydání. Praha: Galén. 833 s. ISBN 978-80-7262-934-3.
98. SEIFERT, B. et al., 2019. *Všeobecné praktické lékařství*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 673 s. ISBN 978-80-7492-422-4.
99. SEIFERT, B., BENEŠ, V., 2005. *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Karolinum. 292 s. ISBN 80-246-1131-7.
100. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
101. SLOUKA, D., 2017. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: Příručka pro praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0469-7.
102. ŠTOLFA, J., 2020. *Informace o pracovišti u příležitosti 65 let založení IPVZ*. [online]. IPVZ. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/vseobecne-prakticke-lekarstvi/informace-o-pracovisti-u-prilezitosti-65-let-zalozeni-ipvz>
103. STŘEDA, L., HÁNA, K., 2016. *eHealth a telemedicína*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5764-3.
104. ŠUPLEROVÁ, M., MACHOVÁ, A., 2013. Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Medicína pro praxi*. 10(10), 353–354. ISSN 1214-8687.
105. TOPINKOVÁ, E., 2016. Specializace v geriatрии a kompetence geriatra. *Geriatrie a Gerontologie*. 5(1), 5-10. ISSN 1805-4684.
106. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
107. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
108. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: JCU-ZSF. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
109. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
110. Věstník MZ č. 16/2015. *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*. [online]. MZČR. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/10927/36163/Vestnik%20MZ%20CR%202016-2015.pdf>

- 111.VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- 112.VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. 87 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
- 113.VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
- 114.Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244.
- 115.VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 116.VZP, © 2020. *Orientační chemické vyšetření moči*. [online]. VZP ČR. [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/orientacni-chemicke-vysetreni-moci>
- 117.ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-9674-6.
- 118.ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-7107-6.
- 119.Zákon č. 268/2014 Sb. o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, 2014. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 110, s. 3146-3187. ISSN 1211-1244.
- 120.Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, 2007. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 115, s. 5342-5428. ISSN 1211-1244.
- 121.Zákon č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. 2000. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 74, s. 3622-3660. ISSN 1211-1244.
- 122.Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
- 123.Zákon č.373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4802-4838. ISSN 1211-1244.

124.ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovateľstvo - teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta. 322 s. ISBN 80-806-3304-2.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovorům sestry

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovorům pacientů

Příloha 3 Seznam otázek k rozhovorům pečující

Příloha 4 Návrh osnovy kurzu v rámci celoživotního vzdělávání

9 Seznam zkratek

INR	International Normalized Ratio
IT	Informační technologie
KPR	Kardio pulmonální resuscitace
PEG	Perkutánní Endoskopická Gastrostomie
POCT	Point-of-care-testing
WHC	Wound healing continuum
WHO	World Health Organization

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovorům-sestry

1. Které ošetrovatelské činnosti vykonáváte v rámci Vaší náplně práce v ordinaci praktického lékaře?
2. Kolik času věnujete preventivní péči?
3. Jaké administrativní úkony vykonáváte v ordinaci praktického lékaře?
4. Jaké manažerské postupy používáte v rámci Vašeho pracovního výkonu v ordinaci praktického lékaře?
5. Využíváte v rámci ošetrovatelské péče telemedicínu?
6. Jak byste charakterizovala komunikaci s lékařem ve vaší ordinaci?
7. Účastníte se pravidelně vzdělávacích akcí v rámci své profese?
8. Jak ovlivnila pandemie covidu 19 chod vaší ordinace?
9. Pokud došlo v době pandemie covidu 19 k nějakým úpravám v rámci Vaší práce, budou tyto úpravy dodržovány i po odeznění pandemie?
10. Vykonáváte u pacientů návštěvní péči?
11. Pomáhá Vám v plánování péče o pacienta informace, v jakém prostředí bude o pacienta pečováno?
12. U jakých pacientů vykonáváte návštěvní péči?
13. V případě potřeby návštěvní služby Vás častěji kontaktují sami pacienti, nebo jejich pečovatelé?
14. Jaké ošetrovatelské činnosti v rámci návštěvní péče vykonáváte?
15. Které ošetrovatelské výkony postrádáte v rámci návštěvní péče?
16. Spolupracujete v rámci návštěvní péče s agenturami domácí péče?
17. Vykonávali jste v době pandemie covidu 19 návštěvní službu?

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovorům-pacienti

1. Které aktivity denního života zvládáte?
2. Jak zvládáte v domácích podmínkách hygienickou péči?
3. Máte dostatek imobilizačních pomůcek a víte, jak je používat?
4. Máte před Vašimi blízkými problém s intimitou?
5. Jak je zajištěna Vaše spánková hygiena?
6. Jsou s Vámi vaši pečující celý den, nebo k Vám pouze dochází?
7. Jak řešíte přivolání pomoci v případě potřeby pomoci?
8. Pokud jste věřící, má duchovní možnost Vás navštívit doma?
9. Jak omezila Vaše nemoc partnerské soužití?
10. Které ošetrovatelské výkony postrádáte v domácím prostředí?

Příloha 3 Seznam otázek k rozhovorům-probandi

1. O blízkého, s jakou diagnózou doma pečujete?
2. Proč jste volili péči v domácím prostředí?
3. Jak dlouho o svého blízkého pečujete?
4. Měli jste dostatek času připravit pro svého blízkého vhodné domácí prostředí?
5. Jak je pro Vás péče o Vašeho blízkého náročná?
6. Máte dostatek informací a rad o ošetrovatelské péči o vašeho blízkého v rámci domácí péče a jak je získáváte?
7. Které komunikační kanály používáte pro komunikaci s ordinací praktického lékaře?
8. Byla Vám v době pandemie covidu 19 poskytnuta dostatečná podpora a péče od praktického lékaře?
9. Jaký vliv měla pandemie covidu 19 vliv na péči o Vaše blízké?

Příloha 4 Návrh osnovy kurzu v rámci celoživotního vzdělávání

Certifikovaný kurz-Sestra v primární péči

CÍL

Cílem je připravit všeobecné a praktické sestry na specifické činnosti v primární péči.

URČENÍ

Všeobecná sestra, praktická sestra

OBSAH KURZU

Kurz je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Celková časová dotace vzdělávacího kurzu je 120 hodin, které jsou rozloženy do 6 měsíců. V rámci kurzu se účastníci naučí aplikovat teoretické znalosti a praktické dovednosti v jednotlivých specifických oblastech poskytování primární péče. Záměrem kurzu je zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče. Jednotlivé přednášky jsou řazeny tak, aby účastníci kurzu získali znalosti z oblasti práva a legislativy v primární péči, Dále jsou přednášky zaměřeny tak, aby se účastníci orientovali v oblasti sociálního zabezpečení. Účastníci kurzu si osvojí a rozvinou základy komunikace. V rámci přednášek z oblasti managementu získají účastníci dovednosti v oblasti managementu a profesní etiky. V praktické části výuky účastníci absolvují kurz práce s počítačem.

Teoretická i praktická výuka bude probíhat v určeném školícím zařízení.