



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ošetřovatelství

Bakalářská práce

Kvalita ošetřovatelské péče u klientů v domovech pro seniory v regionu Tábor

Vypracoval: Šafránková Oldřiška

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Současné demografické změny jsou výzvou pro zdravotnictví, sociální péči a pro další služby, které se touto problematikou zabývají. V souvislosti se stárnutím populace dochází ke změnám ve struktuře potřeby péče. Je možné očekávat nárůst poptávky po sociální a zdravotní péči určené pro seniory. Důležitým aspektem v poskytování ošetrovatelské péče je kvalita. Kvalita ošetrovatelské péče je v posledních letech často diskutovaným tématem nejen v kruhu zdravotních pracovníků, ale i v rámci široké veřejnosti. Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou péče, která je seniorům poskytována. Zvyšujícím se věkem se u seniorů zvyšují i nároky na péči. Dostávají se do situace, kdy si musí zvolit zařízení, které bude uspokojovat jejich potřeby. Během posledních dvaceti let oblast péče o seniory prošla velkými a určitě pozitivními změnami.

Cílem bakalářské práce na téma „Kvalita ošetrovatelské péče u klientů v domovech pro seniory v regionu Tábor“ bylo zjistit, zda sestry pracující v domovech pro seniory dodržují standardy ošetrovatelské péče, zda se vzdělávají v ošetrovatelské profesi a rovněž bylo cílem zmapovat názory klientů na kvalitu ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Byly porovnávány jednotlivé názory sester pracujících v domovech pro seniory a názory seniorů v domovech žijících. Cíl 1: Zjistit, zda sestry pracující v domovech pro seniory dodržují standardy ošetrovatelské péče. Cíl 2: Zjistit, zda se sestry pracující v domovech pro seniory kontinuálně vzdělávají v ošetrovatelské profesi. Cíl 3: Zmapovat názory klientů na kvalitu ošetrovatelské péče v domovech pro seniory.

Základní výzkumné otázky vycházející z výzkumného problému a jeho cílů výzkumu byly definovány: 1. Jaké standardy ošetrovatelské péče v domovech pro seniory jsou a jak jsou dodržovány? 2. Jakým formám vzdělávání se sestry pracující v domovech pro seniory věnují? 3. Jak sestry pečují o klienty v tomto domově pro seniory? 4. Co by se mohlo zlepšit v péči o klienty tohoto domova pro seniory?

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda rozhovoru. Rozhovory byly vedeny ve dvou domovech pro seniory, Domov pro seniory v Bechyni a G- centrum v Táboře. Rozhovory byly získány dobrovolně, osloveným respondentům byla

vysvětlena podstata a účel šetření. Předem byl získán ústní souhlas s uskutečněním rozhovoru. Předem připravené otázky na sestry byly situované na témata týkající se dodržování standardů sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče, jejich dodržování sestrami a častosti kontrol nadřízených. Dále jaké opatření budou sestry provádět v prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů a jestli provádí při příjmu pacienta hodnocení rizika vzniku dekubitů. Rozhovory situované na seniory se týkaly důvodů odchodu do domova pro seniory, jak jsou senioři soběstační a jak celkově hodnotí pobyt v domově. Jestli jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí, jak často potřebují pomoc sester a jestli jsou s něčím nespokojeni. Rozhovory s respondenty mají informativní charakter. Záměrem této práce bylo zjistit, jak sestry pohlíží na péči o klienta v domově pro seniory, zda dodržují standardy ošetrovatelské péče a jak vnímají poskytovanou péči klienti domovů.

Základní soubor byl tvořen sestrami a seniory v domovech pro seniory. Výběr respondentů byl záměrný. Ze všech pracovníků v domovech pro seniory byly oslovené pouze všeobecné sestry a senioři žijící v zařízení. Bylo osloveno 10 všeobecných sester a 10 seniorů. Přístup domovů pro seniory k mému šetření byl vstřícný, po domluvě s ředitelkami domovů jsem postupně oslovovala sestry zde pracující a seniory. Jen v domově pro seniory G- centrum v Táboře jsem musela oslovené respondentky (sestry) navštěvovat a vést rozhovory po pracovní době, což z důvodů dojíždění ze zaměstnání pro ně nebylo vždy jednoduché. Setkání se seniory proběhlo vždy bez jakýchkoli problémů, a naopak si myslím, že můj projevený zájem o ně byl vždy pozitivně přijat.

Z výsledků šetření vyplývá, že sestry pracující v domovech pro seniory mají zavedeny standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče a že je na oddělení dodržují. Kontrolu poskytování kvalitní péče provádí vedoucí pracovníci, většinou vrchní sestry nahodile anebo 1x měsíčně. V jednom ze zařízení i paní ředitelka. Sestry se v domovech pro seniory kontinuálně vzdělávají a o další vzdělávání v problematice péče o seniory mají zájem. Zabývají se četbou odborné literatury, vyhledáváním informací na internetu a dále se účastní různých školení a seminářů. Bylo také zjištěno, že z pohledu sester je o klienty v domovech pro seniory dostatečně postaráno. Nedostatky byly pouze v jednom zařízení, které nemá bezbariérové prostory. Řešení

tohoto problému je nasnadě, klienti se budou ze stávajícího zařízení stěhovat do nového domova pro seniory v Bechyni, a to již na podzim tohoto roku. Opatření v prevenci nežádoucích událostí- pádů sestry provádí. Používají protiskluzné koberečky u lůžka, protiskluzná linolea, signalizační zařízení, použití zábran do lůžka imobilních klientů a nabádání klientů k nošení vhodné obuvi. Dále upozorňují na výhody bezbariérových prostor. Při příjmu klienta do domova pro seniory sestry hodnotí riziko vzniku dekubitu zběžnou prohlídkou a podle mobility klienta i prohlídkou důkladnou. Při podezření na vznik dekubitu (anebo již při vzniklém defektu) začnou s okamžitým polohováním klienta a používáním antidekubitárních pomůcek k jeho polohování. Klienta navštíví přivolaný lékař. Z výsledků šetření ze strany seniorů vyplývá, že s péčí sester v domovech pro seniory jsou spokojeni. Nejenom s jejich přístupem, ale i komunikací s nimi. Uvádí, že sestry jsou milé, trpělivé a ochotné. Oslovení respondenti byli z velké části soběstační, ale uvedli, že kdykoli potřebují pomoc sester, je jim poskytnuta. Dotázaní respondenti neuměli odpovědět na otázku: „Co myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče?“ Většina jich uváděla, že jsou s péčí spokojeni, anebo že neví, jak odpovědět. Z toho jsem usoudila, že byla mnou otázka špatně formulovaná a klienti jí nerozuměli. Dále byli klienti dotázáni, co by se mohlo v péči o ně zlepšit. Většina klientů uvádí, že jsou s péčí spokojeni a že je nenapadá nic, co by se dalo v domově zlepšit. Jen několik klientů uvedlo, že se vždy dá něco zlepšovat, ale neuvedli příklad.

Abstract

Current demographic changes are the challenge for health care, social care and for other services which deal with this issue. In the context of an aging population there are changes in the structure of health care needs. It is possible to expect an increase in demands of social and health care for seniors. The quality of providing nursing care is very important aspect. The quality of health care has been discussed topic not only among the groups of people working in this field but also among general public too. This bachelor work deals with the quality of care which is provided to seniors. Getting older seniors increase entitled to care. They get into situations where they have to choose a unit which suits to their needs. During last twenty years the area of seniors' care has gone through big and positive changes.

The target of my bachelor work which topic was Providing Nursing Care for seniors in the Tábor district was to find if nurses working in Senior's Houses keep standards of nursing cares and if they educate themselves. My target as well as was to map the opinions of clients about the quality of nursing care in Seniors' Houses. I compared the nurses' opinions and clients' opinions who stay and work there. Target number one: To find if nurses keep right nursing standards. Target number two: To find if nurses continuously educate in their profession. Target number three: To map clients' opinions about the quality of nursing care in Seniors' Houses. Basic research questions based on the research problems and research goals were defined: What standards of nursing care are there in the Seniors' Houses and how are there kept? Which forms of education do nurses take part in? How do nurses look after clients? What could be improved in the care of clients in Seniors' Houses?

For my survey I used qualitative interview method. Interviews were led in two houses, in The House for Seniors in Bechyně and in G Center in Tábor. Interviews were voluntary, every respondent was explained the basic and the target of research. The agreement with the interview was taken in advanced. Pre – prepared questions for nurses were focused on topics concerned on keeping nursing standards, monitoring indicators of quality and the frequency of leaders' controls. Further which prevention will be provided to decrease undesirable events for example falls or if it is provided the

assessment of the risk of pressures sores when patients are taken into Seniors' Houses. Interviews focused on seniors were concerned on some reasons for leaving clients' homes and going into Seniors' Houses, how clients are self – sufficient and their assessment of being in Seniors' Houses. Other questions were focused on their satisfaction or dissatisfaction with nursing care and how often do they need nurses' help. Interviews with respondents have informative character. The target of my bachelor work was to find how nurses look at clients' care in the Seniors' Houses, how they keep nursing standards and how clients perceive their care.

Basic set consisted of nurses and seniors in Seniors' Houses. The selection of respondents was intertional. From all employees of Seniors' Houses only general nurses and clients from these Houses were addressed. I spoke to ten nurses and ten clients. First I asked the heads of Seniors' Houses for permission, then the others. Their attitude to my interviews was helpful. In the G Center in Tábor I had to speak with nurses after normal working hours which was not very easy for them, because they commute and to find some time was more complicated. To speak with seniors was easier and I think they were pleased by my interest in them.

It is clear from the results of my research that nurses have got standards of monitoring of quality indicators of nurses care and they keep them. Leader nurses control it mostly once a month or at random. In one Houses even the head of this house controlled it. Nurses continuously educate themselves and they are interested in other education on the field of care about these clients. They deal with reading of professional books, they surf on the internet to look for some information and they take part in professional seminars. Further I found that from nurses side of view it is well cared of clients. I found only some lacks in the House which has not got wheelchair access. But there is a solution for this situation. The clients will be moved into a new house which is built in Bechyně too. Precaution of prevention of adverse effects are provided by nurses. They use non – slip rug at beds, non – slip plastic floors, signalic equipment, barriers at bedsides at immobile students and persuading clients for wearing possible shoes. Futher they speak about advantages of wheelchair access. When clients are taken into a house, nurses rate the risk of pressure sores in normal check and according the mobility of

clients the thorough inspection. When there is a suspicion for pressure sores or resulting of this sore, nurses start with bed positioning and use dekubitus aids. And GP doctor attends this client.

From my research it is obvious that clients are satisfied with the care of nurses, not only with their access but also communication. Clients said that nurses are nice, patient and helpful. Respondents were mostly self – sufficient, but if they need nurses' help, they are able to provide it. Respondents could not answer only this question: What do you think influences the quality of care. They answered that they are satisfied and or that they do not know what to answer. So I inferred that my question was badly formulated and clients did not understand it. Clients were also asked about possible improvement in Seniors' Houses. Clients did not know what to improve, they are satisfied. Only some clients said that there are some things which can be improved but they did not know what.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové PhD. za její laskavé, odborné vedení a pomoc při zpracovávání této bakalářské práce.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

Obsah

| | |
|---|----|
| 1. SOUČASNÝ STAV | 14 |
| 1. 1 Ošetrovatelská péče o seniory v České republice | 14 |
| 1. 1. 1 Vývoj ošetrovatelské péče v domovech pro seniory | 14 |
| 1. 1. 2 Současná ošetrovatelská péče v domovech pro seniory | 15 |
| 1. 1. 2. 1 Potřeby seniora | 16 |
| 1. 1. 2. 2 Role sestry v péči o seniory | 18 |
| 1. 1. 2. 3 Komunikace se seniory | 20 |
| 1. 2 Kvalitní ošetrovatelská péče | 21 |
| 1. 2. 1 Co je to kvalitní ošetrovatelská péče? | 21 |
| 1. 2. 2 Posuzování kvalitní ošetrovatelské péče | 22 |
| 1. 2. 3 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče | 23 |
| 1. 2. 4 Faktory ovlivňující kvalitní ošetrovatelskou péči | 24 |
| 1. 2. 5 Vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče | 25 |
| 1. 3 Indikátory kvality | 25 |
| 1. 3. 1 Indikátory kvality zdravotnické péče | 26 |
| 1. 3. 2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče | 26 |
| 1. 3. 3 Indikátor kvality- pády | 27 |
| 1. 3. 3. 1 Klasifikace pádů a jejich rizika | 28 |
| 1. 3. 3. 2 Následky pádů | 30 |
| 1. 3. 3. 3 Cesty k bezpečné péči | 30 |
| 1. 3. 4 Indikátor kvality - dekubity | 31 |
| 1. 3. 4. 1 Výskyt a prevence dekubitů | 32 |
| 1. 3. 4. 2 Klasifikace dekubitů | 35 |
| 1. 3. 4. 3 Ošetřování dekubitů | 36 |
| 2. CÍLE PRÁCE | 38 |
| 2. 1 Cíle práce | 38 |
| 2. 2 Výzkumné otázky | 38 |
| 3. METODIKA | 39 |
| 3. 1 Použité metody | 39 |

| | |
|---|----|
| 3. 2 Charakteristika výzkumného souboru | 39 |
| 4. VÝSLEDKY | 41 |
| 5. DISKUSE | 56 |
| 6. ZÁVĚR | 61 |
| 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 63 |
| 8. KLÍČOVÁ SLOVA | 68 |
| 9. PŘÍLOHY | 69 |

Úvod

Kvalita ošetrovatelské péče je velice častým tématem, které je diskutováno nejenom ve zdravotnictví, ale i v široké veřejnosti. Veřejnost se čím dál více zajímá o kvalitu péče poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. Definovat kvalitu není jednoduché, definic na kvalitu bylo popsáno několik, záleží na tom, kdo kvalitu definuje, jak je k ní přistupováno a z jakých znalostí a zdrojů pramení.

Na zdravotnická zařízení jsou kladeny vysoké nároky, proto se snaží zkvalitňovat svoji péči, tím si zajistí spokojenost klientů a dobrou pověst. Odpovědnost za kvalitu péče nese vedení zařízení a za přímo poskytovanou péči zodpovídá pečující personál. Proto každé zařízení by mělo mít kvalitní řízení (management) a dostatečně vzdělaný tým zdravotnických pracovníků. Protože se požadavky na kvalitu ošetrovatelské péče neustále zvyšují, musí se personál nadále vzdělávat. Jedním ze základních pilířů vzdělávání je celoživotní vzdělávání sester. Jak má vypadat kvalitní služba a jakým způsobem je a bude poskytována, se odráží od zavedených standardů kvality péče v daném zařízení, které je důležité striktně dodržovat. Důležitý je také přístup ke klientům a osobnostní předpoklady pečujícího personálu.

Vzhledem k tomu, že pracuji v podobném zařízení, je mi téma, které jsem si vybrala, blízké. Chtěla bych se dozvědět, jak kvalitní život vedou starší občané v domově pro seniory. Doufám, že mé zjištění bude pozitivní a kvalita péče o klienty uspokojivá. Z minulých let mám zkušenosti, že péče nebyla dostačující a povšechně bylo míněno, že odchod do domova pro seniory je poslední cesta. Od té doby uplynulo několik let a kvalita péče je na podstatně lepší úrovni. Klienti v těchto zařízeních mohou aktivně spolupracovat s personálem a prožít kvalitní život.

Touto bakalářskou prací bych chtěla zjistit, zda sestry pracující v domově pro seniory dodržují standardy kvality ošetrovatelské péče a kontinuálně se vzdělávají a jako další bych chtěla zmapovat názory klientů na kvalitu ošetrovatelské péče v domově pro seniory. Bakalářská práce bude rozdělena na dvě části, na teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřená na ošetrovatelskou péči v domovech pro seniory, její vývoj, současný stav, potřeby seniora, roli sestry v péči o seniory a komunikace s nimi. Další část je zaměřena na kvalitu péče, definice kvality péče,

posuzování kvality, faktory, které péči ovlivňují a vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče. Poslední část v teoretické oblasti je zaměřena na indikátory kvality zdravotnické péče, ošetrovatelské péče, indikátory kvality- pády a indikátory kvality- dekubity. V empirické části použiji polostandardizované rozhovory, jeden situovaný na všeobecné sestry pracující v domovech pro seniory a druhý pro seniory zde žijící.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Ošetrovatelská péče o seniory v České republice

Do konce 19. století mnoho lidí umíralo na infekční onemocnění, jako byla tuberkulóza, záškrt, chřipka, zápal plic. V této době se osvědčoval biomedicínský model nemoci. Jeho předností bylo, že se pečlivě studovaly procesy v lidském těle, ale problém, jak nemocem předcházet, řešen nebyl. Dnes statistiky ukazují, že největším nebezpečím jsou onemocnění kardiovaskulární, nádory a duševní nemoci. Nejčastěji se dnes umírá na infarkt myokardu, nádory a následky úrazů. Častým spouštěčem nemocí je stres (Štílec, 2004).

S narůstajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Dochází k situaci, kdy starý člověk není schopen vést plnohodnotný život a zůstane závislým na svém okolí a potřebuje především kvalitní a dostupnou zdravotní a ošetrovatelskou péči. Každý senior však potřebuje a vyžaduje jinou péči. Někteří senioři nepotřebují žádné úkony, a jiní naopak mohou vyžadovat trvalou komplexní péči (Venglářová, 2007). Poskytovaná ošetrovatelská péče dlouhou dobu nebyla realizována podle zásad ošetrovatelského procesu. Péči prováděly zdravotní sestry, dnes všeobecné sestry a sanitářky. Malíková (2011) uvádí, že odlidštění v poskytované péči bylo ve zdravotnictví stejně jako v sociálních ústavech na denním pořádku. Práva seniorů byla často porušována.

Starší člověk, jenž žije osaměle a je odkázán na rodinu, která ale z různých důvodů nemůže pomáhat (ať z důvodu vzdáleného bydliště anebo složitostí v zaměstnání), začne zvažovat ústavní péči. Nemá ale většinou jasno, podle kterých kritérií by měl domov pro seniory vybírat. Stejně tak jsou na tom i rodinní příslušníci a blízcí známí seniora. Ideální by bylo, kdyby si mohl senior vybrat z pestré nabídky zařízení různého zaměření (Venglářová, 2007).

1.1.1 Vývoj ošetrovatelské péče v domovech pro seniory

Když pohlédneme do minulosti a zamyslíme se nad vývojem ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory, zjistíme, že se výrazně změnila k lepšímu, což je velmi

pozitivní fakt. Dříve byli starší občané nebo lidé s různým postižením, nemocní či umírající izolováni v ústavech, převážně sociálních, ale i zdravotnických a existence této skupiny osob se tabuizovala. Společnost se tvářila, že je všechno v pořádku a že je o spoluobčany dobře postaráno. Senioři se umísťovali do jediné formy institucionální péče, a to státních domovů důchodců. Často se umísťováním seniorů do domovů řešila i bytová situace a mnohdy zde byli ubytováni i lidé soběstační a schopní dalšího bezproblémového samostatného života. Poskytovanou péči financoval stát. Nebyla ani možnost výběru a volby. Do doby, než byl senior umístěn do domova, situace se často řešila opakovanými dlouhodobými pobyty v nemocnici, na odděleních pro dlouhodobě nemocné. Nesoběstační senioři bezdůvodně pobývali na jednotlivých lůžkových odděleních a čekali na uvolnění místa v domově. Příbuzní umístili seniora bez jeho souhlasu do ústavní péče, kde se musel podřídit zavedenému režimu a chodu zařízení. Byli tím pádem nuceni trávit poslední roky svého života s několika dalšími seniory ve vícelůžkových pokojích, aby jich mohlo být v zařízení ubytováno co nejvíce. Provoz sociálních ústavů dotoval stát. Příbuzní si chodili pro důchody svých blízkých. Proto i nejvyšší návštěvnost v domovech byla v době okolo vyplácení důchodů. Tento nefunkční model postavený na vratkých základech nemohl fungovat, a tak díky změnám, které nastaly po roce 1989, pronikl tolik potřebný pokrok a vývoj i do oblasti sociálních služeb. Pro seniory a další osoby s postižením se otevřela lepší budoucnost (Malíková, 2011).

1. 1. 2 Současná ošetrovatelská péče v domovech pro seniory

„Situace v České republice se částečně změnila po roce 1989, ale výraznější proměny doznala až po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách“ (Malíková, 2011, s. 30). Došlo k zásadní transformaci sociálních služeb. Odpovědnost za sociální služby přešla z pozice státu na jednotlivce, obce, komunity, kraje, občanské společnosti a stát. Poslání sociálních služeb je specifikováno jako pomoc starším lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě a pokud nemůže senior zůstat v domácím prostředí a stane se klientem Domova pro seniory, je třeba podporovat jeho samostatnost co nejdéle. Jak uvádí Malíková (2011), více než 85%

pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji, obcemi nebo nestátními neziskovými organizacemi. Poskytované sociální služby jsou financovány vícezdrojově, podílí se na nich úhrady klientů a příspěvky na péči. Venglářová uvádí, že senior je považován za partnera a podílí se na všech rozhodováních, která nastanou a která se týkají jeho zdraví. Členové ošetřujícího týmu mu trpělivě naslouchají, jasně a šetrně ho informují o jeho zdravotních problémech, informují ho o možnostech léčby, včetně jejich možných rizik. Senior může nahlížet do své zdravotní dokumentace a může si být jist, že veškerý ošetřující personál bude vázán mlčenlivostí a že jeho stížnosti budou řádně vyšetřeny (Venglářová, 2007).

Cílovou skupinu pro umístění do domova pro seniory tvoří senioři s omezenou mobilitou a částečnou nebo úplnou závislostí. Jen malá část klientů je mobilních, chodících zcela samostatně. Převažují senioři částečně nebo úplně nesoběstační. Potřebují pomoc při všech základních činnostech: v oblasti pohybových aktivit, při osobní hygieně, vyprazdňování, příjmu potravy a nápojů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím atd. Na realizaci poskytování ošetřovatelské péče se podílejí, jak uvádí Malíková (2011), především pracovníci v přímé péči a všeobecné sestry. Náročnost ošetřovatelské péče se odvíjí od výše závislosti klienta na poskytované péči. Čím vyšší je nesamostatnost klienta, tím náročnější je ošetřovatelská péče pro personál. V těchto zařízeních kde jsou převážně klienti částečně nebo úplně nesoběstační, tvoří ošetřovatelská péče stěžejní část v péči o klienty.

Mastiliáková se ve své publikaci (2003) zabývá činností sester, jež plní celou řadu úkolů a zabývají se prevencí, péčí, podporou a edukací v diagnostice a terapii, v administrativě a předávání informací. Profesionální výkonnost sestry lze stanovit standardem, který obsahuje všechny aspekty individuální výkonnosti: kvalitu péče, kolegalitu, spolupráci, sebehodnocení, dodržování etických zásad, další vzdělávání, využívání zdrojů, poznatků.

1. 1. 2. 1 Potřeby seniora

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Něco, co živá bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Pobízí k vyhledání

určité podmínky nezbytné k životu, případně vede k vyhýbání se určité podmínce“ (Jarošová, 2006, s. 32). Všichni lidé na světě mají potřeby a potřebují je uspokojovat a výjimkou nejsou ani staří lidé. Na rozdíl od mladých jsou odkázáni na pomoc svého okolí. Dvořáčková uvádí, že v souvislosti s vymezením potřeb seniorů je významné uvést koncept sociálního fungování. Nesmí dojít k poruše rovnováhy mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto požadavky zvládat. Pokud k tomu dojde, nastávají problémy. *„Dle slovníku vydaného americkou Národní asociací sociálních pracovníků je sociální fungování „naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému“* (Dvořáčková, 2012, s. 38).

Každý jedinec má svůj individualizovaný hierarchicky uspořádaný systém motivů, který se mění v závislosti na životních situacích a osobnostním vývoji. Nejvíce používaná je hierarchie potřeb podle názorů představitele humanistické psychologie Maslowa.

- Fyziologické potřeby - vyjadřují potřeby organismu (potřeba osobní hygieny, výživy, dýchání, vylučování apod.)
- Potřeba bezpečí - při ztrátě pocitu životní jistoty, potřeby ekonomického, fyzického a sociálního bezpečí
- Potřeby sociální - objevují se v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být chtěný a někam patřit, potřeba informovanosti, lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut
- Potřeba uznání a sebeúcty - objeví se ve spojení se ztrátou respektu, důvěry a projevují se snahou získat ztracené sociální hodnoty
- Potřeba sebeaktualizace - projevuje se touhou nalézt smysl života (Jarošová, 2006)

Stárnutí člověka mimo jiné ovlivňuje i intelektuální funkce. Bártlová (2010) upozorňuje na to, že starší lidé tedy potřebují více času na vyhodnocení situace a na vstřebání podané informace. Mají totiž sníženou krátkodobou paměť, na rozdíl od

dlouhodobé, a proces komunikace je často ztížen smyslovými poruchami (porucha sluchu, zraku).

Je tedy nutné:

- Respektovat zpomalené reakce - senioři potřebují více času na zpracování informací, které jsou jim poddány a více času na odpovědi.
- Vnímat jejich úzkosti - staří lidé si dobře uvědomují svá omezení a chyby, kterých se dopouští a nesou je velice těžce. Je třeba s nimi pracovat velice trpělivě a pomoci jim odstranit strach a úzkost z nezdaru, pochválit je a motivovat k další činnosti.
- Vnímat známky únavy a bolesti - důležité je se domluvit se seniorem na denní době, která mu bude nejvíce vyhovovat, a k tomu přizpůsobíme výuku.
- Respektovat životní styl - respektujeme dosavadní životní styl seniora a nenutíme ho násilím do změn, spíše vysvětlujeme výhody navrhovaných změn.
- Zapojit rodinu - rodinu bereme jako důležitou součást výuky. Vyhodnocujeme vztahy mezi seniorem a rodinou, protože dobrý vztah je základem pro dobrou spolupráci.

1. 1. 2. 2 Role sestry v péči o seniory

Sestry, podílející se na ošetrovatelském procesu, zastávají řadu rolí. Jak uvádí Svěráková, sestry mimo svojí roli ošetrovatelky zastávají úlohu asistentky lékaře a nemůžeme opomenout působení v oblasti výchovy a vzdělávání pacientů i široké veřejnosti (Svěráková, 2012).

V ošetrovatelství se sestra potkává s lidským utrpením a je důležité, aby s tímto uměla pracovat. Svojí přítomností, pomocí a soucitem pomáhá pacientovi se vyrovnat s utrpením a vede ho k poznání, že není sám a opuštěný. Soucit sestry a projevy podpory mohou kladně ovlivnit vztah sestra a pacient (Heřmanová, 2012). *„Vztah sestra- pacient je základem celé profesionální ošetrovatelské činnosti. Povinnosti sester vůči pacientům vždy tvořily součást profesního Kodexu sestry, ale postupem času*

nabývají stále většího významu“ (Grohar- Murray, 2003, s. 116). Již zmíněný autor Grohar-Murray (2003) nadále dodává, že k povinnostem sester vůči pacientům patří upřednostňovat zájmy pacientů před svými vlastními. Dále musí respektovat právo pacienta se rozhodnout, zachovávat jeho důstojnost a soukromí, udržovat profesionální schopnosti a dovednosti a vykonávat je tak, aby byla zajištěna co nejkvalitnější péče o pacienty.

Bártlová (2010) se ve své publikaci zabývá psychologickým přístupem ke starším nemocným.

- Respektovat individuality osobnosti starého- nemocného člověka
- Rozlišovat a vnímat změny v psychických funkcích v průběhu stárnutí a nemoci
- Zvolit správnou formu komunikace k získání důvěry pacienta a vytvořit příznivé klima pro rozhovor
- Uplatňovat nedirektivní přístup k nemocnému a jeho rodině
- Poskytovat pravdivé informace nemocnému a rodině
- Poskytnout pomoc při řešení náročné životní situace v době nemoci i umírání
- Ponechat naději na možnost zlepšení zdravotního stavu, nebo na úplné vyléčení
- Umožnit pravidelný kontakt s rodinnými příslušníky a respektovat soukromí
- Snížit pocit strachu a úzkosti z nemoci poskytnutím psychologické podpory a pomoci pacientovi
- Udržet nebo zlepšit kvalitu života pacienta (Bártlová, 2010)

Vzdělávání sester

„Florence Nightingal dala podnět ke změně a pokračování modernizace naší profese. Ošetřovatelství je dnes důležitou součástí nastupujících změn ve zdravotnictví ČR. Sestry zajišťují stále náročnější péči, starají se o více seniorů a handicapovaných občanů v populaci“ (Chrzová, 2006, s. 62). Povolání sestry je regulováno zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních, který stanovuje, které osoby lze na území České republiky považovat jako všeobecné sestry. Vévoda (2013) připomíná, že konkrétně v zákoně o zdravotnických službách se stanovuje, kdo zdravotní péči může poskytovat. Jsou to poskytovatelé zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních

a kvalifikovaní a odborní pracovníci. Ošetrovatelská péče sester a poskytování péče obecně patří mezi regulované činnosti, které jsou zabezpečeny právními předpisy. Určují, kdo, kde a za jakých podmínek ji bude vykonávat. Kilíková (2006) dodává, že sestra je v pracovním procesu také vystavena mnoha vlivům, mezi něž patří nároky ze strany nadřízeného, nároky ze strany stejně postavených spolupracovníků, nároky vedené zvenčí, systémové nároky, nároky ze stran podřízených a nároky kladené na vlastní osobu. Sestra manažerka musí být připravena se s tím vypořádat a zachovat si profesionální charakter.

Pro pracovníky ve zdravotnictví je velice důležitá otázka dalšího vzdělávání a možnosti získat specializaci v oboru. „*Pod pojem prohlubování kvalifikace lze zařadit veškeré činnosti spojené s upevňováním a prohlubováním odbornosti, ale ne však získávání formálně vyššího stupně vzdělání. Příkladem může být účast na kurzech manažerských, komunikačních či prezentačních dovedností hrazených z fondů rozvoje konkurenceschopnosti*“ (Sovová, 2011, s. 141). Získávání další kvalifikace je náročné nejenom na čas, ale i na finanční prostředky. Proto každý zaměstnavatel, který investuje do vzdělání svých zaměstnanců, nadále usiluje o to, aby pracovník setrval v zaměstnání co nejdéle (Sovová, 2011).

1. 1. 2. 3 Komunikace se seniory

Základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče je dobrá komunikace s klientem. Komunikace je předávání informací, pocitů a citů druhým. Předávání informací cestou verbální a cestou neverbální. Mnoho informací se přenáší nejenom mluveným slovem, ale i tónem hlasu, gesty či mimikou. Kdo umí dobře naslouchat druhým, sleduje i mimořечové signály. Předpokladem příjemné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení. Známkou profesionality je používat slova a termíny, které náš klient přijímá a rozumí jim. (Venglářová, 2007). Minibergerová (2006) připomíná, že při komunikaci se starým člověkem se mohou objevit potíže. Například senior může trpět poruchou smyslového vnímání, neurologickým onemocněním, kognitivními poruchami, psychickými chorobami apod. Důležitá součást komunikace se starým člověkem je naslouchání.

Odmítání kontaktu a komunikace

Jedním z častých problémů je navázat kontakt se seniorem, který o komunikaci nestojí. Důvody, které stojí za odmítáním komunikace, mohou vyplývat ze situace, ve které se klient nachází. Stažení se do sebe je známkou změny nálad, reakce na změnu v životě seniora, smutek po blízkých apod. Některým seniorům trvá déle, než prolomí bariéru komunikace s ostatními klienty a s personálem. Je vhodné, aby personál taktně seniora ke spolupráci vyzval. Téma připravíme a klienta zapojíme do rozhovoru. Můžeme reagovat na každodenní události v zařízení, kde se senior nachází nebo pohovořit o klientově rodině a známých. Vyhýbáme se konfliktním a smutným tématům. Respektujeme přání klienta, když chce být sám (Venglářová, 2007).

1. 2 Kvalitní ošetrovatelská péče

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína a má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka, neboť si vytvořilo vlastní pole působnosti jak v nemocniční, tak i v terénní péči. Hlavním cílem je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby, vzniklé či pozměněné onemocnění“ (Kozierová, 2005, s. 319). Termín ošetrovatelská péče se používá v ošetrovatelské praxi více jak sto let, dlouhou dobu však pojmy péče a ošetřování nebyly jasně definovány. Jak uvádí Jarošová, teprve až v posledních padesáti letech systematické výzkumy včlenily do ošetrovatelského vzdělávání a praxe zjištěnou poznatkovou základnu (znaky a hodnoty péče, praktické ošetrovatelské přístupy). Mezi nejčastěji používané definice a popisy termínů péče a ošetřování patří definování podle Leinigerové z roku 1984. *„Leinigerová považuje za péči pomoc, podporu a ulehčování na jednotlivce nebo skupiny za účelem naplnění potřeby zlepšení jejich lidských podmínek nebo života“* (Jarošová, 2006, s. 70).

1. 2. 1 Co je to kvalitní ošetrovatelská péče?

„Kvalita je dle WHO (1982) stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. Jako první se kvalitou zabýval prof.

Avedise Donabedián, podle kterého je kvalitní zdravotní péče takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek ve srovnání s náklady je vyšší ve všech fázích léčebného procesu“ (Malinková, 2010, s.60). Madar uvádí, že „Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je bezpochyby zajímavým a citlivým tématem, který nezajímá jen provozovatele zdravotnických zařízení. Zajímá státní správu, plátce zdravotního pojištění, a hlavně širokou veřejnost, tedy naše pacienty“ (Madar, 2004, s. 34).

1. 2. 2 Posuzování kvalitní ošetrovatelské péče

Na kvalitu ošetrovatelské péče se můžeme dívat z různých úhlů pohledu.

- Bezpečnost - možná rizika nebo prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena
- Kompetence - znalosti a dovednosti jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky
- Přijatelnost- veškerá péče a služby jsou přijatelné pro zákazníky a odpovídají jejich požadavkům
- Efektivnost - péče, služby, zákroky mají za účel dosažení očekávaných výsledků
- Vhodnost - veškerá péče a služby jsou přizpůsobené potřebám klientů a jsou založeny na uznávaných standardech
- Ekonomičnost - očekávaných výsledků je dosaženo s neekonomičtějším využitím zdrojů
- Dostupnost - možnost klienta získat přiměřené služby v co nejlepší čas, na správném místě a skutečným odborníkem
- Kontinuita - schopnost nabízet služby, které nejsou ničím omezované a dokáží dodávat stále stejnou kvalitní péči
- Včasnost - péče je poskytována klientům v době, kdy jí nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější
- Přiměřenost - poskytování péče na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám klienta
- Úcta a vnímavost - možnost zapojení samotných klientů a rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví. Způsob, jakým

zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti klientů (Mastiliáková, 2006).

Problematika kvality péče zajišťuje rovnováhu ve vztahu péče-léčba a v současnosti se jí začíná věnovat mimořádná pozornost na národní i mezinárodní úrovni. Zvýšenou pozornost vyžaduje ošetrovatelská péče, kterou realizují profese všeobecné sestry, porodní asistentky, ergoterapeuti, fyzioterapeuti apod. Mezi metody zajišťování kvality péče patří i standardní plány péče (např. všeobecné ošetrovatelské péče, péče o klienty s konkrétními klinickými stavy, péče o klienty se speciálními potřebami). Pro tuto problematiku je třeba vytvořit standardní terminologii, proto vznikl projekt Mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe-ICNP.

1. 2. 3 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče

„Kvalita je dána standardem. Standardy jsou dohodnutá pravidla kvality, zavedené normy, stanovují minimální úroveň přijatelného provedení péče či jejího výsledku, nejsou fixní. Součástí každého standardu má být audit. Pro měření kvality potřebujeme zdroje, nástroje a techniky KZK (Kontinuálního zvyšování kvality). Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnici nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo standardu dosaženo“ (Bártlová, 2010, s. 65). Grohar- Murray (2003) k tomu dodává, že komise pro ošetrovatelské služby (ANA) Americká asociace sester vypracovala pro sestry a vedoucí pracovníky standardy organizovaných ošetrovatelských služeb. Tyto standardy vytvářejí v praxi příznivé a profesionální prostředí.

Druhy standardů:

- Standardy výkonu ošetrovatelské profese- rozdělení ošetrovatelského personálu, kompetence a ujednocení pracovní náplně
- Standardy ošetrovatelské péče- určují kvalitu ošetrovatelské péče pro specifické ošetrovatelské činnosti v rámci ošetrovatelského procesu
- Standardy ošetrovatelské dokumentace- povinné vedení základní ošetrovatelské dokumentace daného zdravotnického zařízení (např. plán ošetrovatelské péče, ošetrovatelský záznam)

- Standardy vybavení pracoviště- udává normu pro minimální vybavení pracoviště (např. signalizační zařízení, typy lůžek)
- Standardy personálního obsazení- norma pro personální obsazení (např. počet sester, specializace)
- Standardy pracovních postupů - normy pro dané ošetrovatelské výkony
- Standardy pro vzdělání ošetrovatelských pracovníků a sester- normy pro vzdělání (viz. Zákon 96/2004 a vyhlášky)
- Centrální standardy- ministerstvo zdravotnictví vydává standardy jako zákonné nebo podzákonné normy anebo rámcové standardy (např. cíle oboru, strukturální a procesuální kritéria pro jeho realizaci)
- Lokální standardy- rozpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení, vycházejí z rámcových standardů

Plnění standardů je objektivně hodnoceno pomocí auditů. Ošetrovatelský audit je vyhodnocení ošetrovatelské praxe za účelem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Zaměřuje se na objektivně měřitelné stránky kvality ošetrovatelské péče (Ralbovská, 2010).

1. 2. 4 Faktory ovlivňující kvalitní ošetrovatelskou péči

Potřeba ošetrovatelské péče je společností prohlašována za naprostou zákonnou službu. Ošetrovatelská praxe je řízena profesními standardy, které si do určité míry konkrétní organizace upravují. Existuje právní rámec, který prostřednictvím zákonů o poskytování ošetrovatelské péče uděluje sestřám právo vykonávat ošetrovatelskou praxi.

Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče: společnost, vláda, právo, etika, profese. Uvedené faktory vytvářejí hranice odborné praxe, a tím i hodnocení kvality (Groha r- Murray, 2003).

1. 2. 5 Vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče

Účel hodnocení kvality ošetrovatelské péče v určité organizaci by měl být jasně stanoven a všichni by mu měli rozumět. Kompetentní osoba k předání těchto informací je vedoucí určitého úseku. Dobře informovaný jedinec je schopný ovlivňovat systém a napomáhat tomu, aby organizaci dobře sloužil. Požadavky na výkon sester, které definuje organizace, lze najít v pracovní náplni. Povinností oddělení je formulovat pracovní náplň sester, která odráží profesní standardy. Je prezentován jako ošetrovatelský proces. Grohar- Murray zdůrazňuje význam zahrnutí těchto postojů do hodnotícího procesu, jelikož spojují kvantitativní požadavky a kvalitativní faktory prostředí. Výsledky hodnocení se považují za důležité pro udržení standardů ve všech odděleních organizace (Grohar- Murray, 2003).

1. 3 Indikátory kvality

Indikátory kvality jsou vymezená měřitelná kritéria, která jsou porovnána s předem stanoveným standardem nebo jinou danou normou. Výsledky takto provedených srovnání nám poskytují informace o tom, zda bylo standardu či jiné normy dosaženo, nebo nebylo. Jsou to číselné údaje, které mají význam a smysl jen při porovnání s něčím. Indikátory kvality jsou stanoveny pro strukturu, proces nebo výsledek poskytovaného druhu péče (Malíkové, 2011).

- Indikátory struktury - zahrnují technické vybavení pracoviště, kvalifikační a personální obsazení
- Indikátory procesu - měří se úroveň, efektivita poskytované péče a dodržování stanovených standardů
- Indikátory výstupů - počet stížností, náklady na pobyt aj.

Indikátor má být smysluplný, měřitelný, zaměřený na negativní nebo pozitivní jevy.

Výsledek musí porovnat něco s něčím (Bártlová, 2010). Indikátory kvality můžeme dělit podle zaměření na indikátory léčebné, ošetrovatelské péče a indikátory manažerských činností.

1. 3. 1 Indikátory kvality zdravotnické péče

V zařízeních, která se snaží zvýšit kvalitu svých služeb, probíhá sběr a analýza dat o kvalitě (indikátorů kvality). Je na rozhodnutí řídicích a vedoucích pracovníků, které oblasti kvality se rozhodnou sledovat pomocí objektivních dat. Nemocnice by měla jasně vysvětlit a zdůvodnit, proč zvolila konkrétní spektrum sledovaných indikátorů, případně proč některé oblasti nepokládá za důležité ke sledování. Pokud chceme, aby se sledování objektivních dat stalo skutečně účinným nástrojem zvyšování kvality, musí se získané informace použít pro další zlepšování. Zdravotnické zařízení pak informuje o rozhodnutích, která byla přijata na základě sledování dat, týkajících se kvality a jakým způsobem budou předány výsledky těm pracovníkům, kterých se sledovaná dat týkají.

Některé sledované indikátory ve zdravotnických zařízeních:

- Pády a zranění pacientů při hospitalizaci
- Ošetření dekubitů na národní úrovni
- Flebitidy spojené se zavedením PŽK
- Infekce vzniklé v souvislosti s invazivními vstupy
- Výskyt nozokomiálních infekcí
- Čekací doby pacientů na ambulantní ošetření
- Pochybení v medikacích
- Záměna pacientů
- Neplánované operační zákroky
- Zdravotnická dokumentace
- Nežádoucí události apod. (Plevová, 2012)

Informace o kvalitě zdravotní péče získáváme přímo od pacientů a jiných interních nebo externích klientů, z indikátorů kvality, z výsledků auditů a od externích odborníků (Somrová, Bártlová, 2012).

1. 3. 2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče neznamena pouze schopnost zabezpečit pacientovi nejlepší péči, znamená to především schopnost uspokojovat všechny potřeby, které pacient očekává. Pacient má pro kvalitu ošetrovatelské péče nejen objektivní, ale

i subjektivní kritéria. Můžeme je rozdělit na několik oblastí indikátorů, například spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, s tlumením bolesti, počet nehod, úrazů, pády pacientů, výskyt dekubitů, s množstvím a kvalitou poskytnutých informací, pracovní spokojenost sester, počet hodin věnovaných ošetrovatelské péči o pacienta sestrami (Ondriová, 2013).

Spokojenost pacientů s kvalitou ošetrovatelské péče, jak uvádí Škrlovi (2003), musí patřit mezi priority každého zařízení. Personál by měl znát klienty natolik, aby jim byl schopný zajistit ošetrovatelskou péči v plné míře. Jejich vlastní zájem by měl být podřízený nejenom zájmům a potřebám celé organizace, ale také klientům.

Indikátory kvality jsou podle Ó Learyho (The Point Comission's Primer) nástrojem základním:

- Nabízejí nám efektivní možnosti monitorování výkonu- šetří čas
- Indikátory můžeme lehce porovnávat s minulým měsícem, rokem, nebo také s jinými zdravotnickými zařízeními
- Měly by být podkladem pro další šetření a zlepšování
- Indikátory kvality péče jsou slučitelné s rizikovými indikátory a utilizačním managementem, tj. řízením zdrojů- dvěma strategiemi, které jsou neoddělitelnými složkami vysoké kvality ošetrovatelské péče
- Smysluplné sledování indikátorů kvality je součástí všech systémových modelů, které se zabývají rozvojem a řízením kvality, jako jsou akreditace, ISO nebo EFQM

Bez účelového využívání výsledků indikátorů kvality si dnes kvalitní ošetrovatelskou a léčebnou péči neumíme ani představit (Škrlovi, 2003). Mezi nejčastější jevy, které jsou pro zdravotnická zařízení v ošetrovatelské péči podstatné a kterými se nejvíce zabývají, jsou pády pacientů a výskyt dekubitů.

1. 3. 3 Indikátor kvality- pády

Pády lze definovat následovně: „*Pacienti neplánovaně klesnou na zem. Událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta, nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient.*“ (Resources, 2007, s. 21)

S přibývajícím věkem stoupá riziko pádu a samotný pohyb se stává obtížnějším. Proto je třeba hledat příčinu. Mnoho příčin je léčitelných. V případě zhoršování hybnosti či přibývání pádů u seniora je třeba doporučit vyšetření specializovaným týmem odborníků, zapůjčení kompenzačních pomůcek a dále udělat taková opatření, aby seniorovi byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích (Venglářová, 2007). Pokračuje se vyšetřením kloubů a svalů, které patří mezi základní vyšetření v oboru rehabilitace. Jak uvádí Kociánová, mezi jiné se posuzují změny a deformity, ztuhlost a omezená pohyblivost. Důležité je posoudit omezení rozsahu pohyblivosti, patří totiž mezi časté překážky při vykonávání běžných denních činností (Kociánová, 2003). Svalová síla se vyšetřuje testem podle Jandy. Klevetová (2008) připomíná, že ztráta pohybových činností u seniora vede k atrofii svalů, degenerativním změnám hyalinních chrupavek, kloubních pouzder i vaziva. Vlivem dlouhodobého ležení na lůžku praskají kolagenní vlákna a přestávají plnit svoji funkci. Zhruba po 4 - 6 týdnech úplného omezení činnosti se snižuje objem svalstva o 10 - 60%. Je to důsledek atrofie svalových vláken. Počet svalových buněk se nemění. Uvolňováním většího množství vápníku ve stáří vede ke zlomeninám a osteoporóze. Osteoporóza se projevuje nejčastěji v oblasti přetížení páteře, kyčlí, kolen a chodidel. U seniora v důsledku mobility dochází během dvou dnů ke zkrácení extenzorů a vaziva, nejčastěji u dolních končetin. Pokud se senior pokusí postavit, není schopen se udržet a ani se již postavit. Změny, které nastanou, jsou nenávratné. Vznikají kontraktury a ankylóza. Velice důležité je polohování a aktivně i pasivně cvičit. Jen tak je možné zabránit nenávratným změnám.

1. 3. 3. 1 Klasifikace pádů a jejich rizika

Aby bylo možné lépe pochopit příčiny pádů, mnohá zdravotnická zařízení založila svou klasifikaci, která stojí na faktorech fyziologických a na faktorech prostředí. Pády můžeme rozdělit na náhodné, fyziologické předvídatelné a nepředvídatelné, tak jak je popisuje Resources (2007).

- **Náhodné pády** - dochází k neúmyslnému upadnutí pacienta. Pacient může uklouznout, zakopnout a upadnout díky faktorům prostředí anebo v důsledku selhání pomůcek

- **Předvídané fyziologické pády** se stávají u pacientů, kteří jsou pro pád riziková. Podle stupnice pádů J. Morse se dají pacienti popsat následujícími charakteristikami: pád v anamnéze, i.v. kanyla, zhoršená chůze, užívání pomůcek k chůzi, porucha duševních funkcí
- **K nepředvídatelným fyziologickým pádům** dochází u pacientů, kteří nejsou pro pád riziková. Pád je způsoben fyzickým stavem, který bychom mohli do doby pádu jenom předvídat - například epileptický záchvat, mdloba, nebo patologická zlomenina krčku

Pády mohou být zapříčiněny četnými faktory. Faktory, které zdatelně zvyšují riziko pádu u seniorů, jsou pády v anamnéze, porucha rovnováhy a hybnosti, porucha kognitivních funkcí, chronická onemocnění, problémy ve výživě a polypragmázie.

Riziko pádů a pochybení zdravotníků

„Pády jsou pokládány ve zdravotnických zařízeních za mimořádné události a mohou mít nejen pro geriatrické pacienty tragické následky. Pády pacientů jsou často zaviněny pochybením zdravotníků- nedostatečnou supervizí pacientů, nesprávným vyhodnocením rizika pádu nebo nesprávnou diagnózou“ (Škrla, 2005, s. 111).

Recources (2007) rozděluje rizikové faktory pádů na vnitřní a vnější.

Vnitřní rizikové faktory závisí na typu poskytované péče a věku pacientů. Ovlivňují je:

Předchozí pád - například úrazy v anamnéze

Porucha zraku - zhoršené vidění za tmy a šera

Nejistá chůze - způsob a typ chůze

Pohybový aparát - zvýšené zakřivení páteře a svalová atrofie

Duševní stav- stavy zmatenosti, deprese

Akutní onemocnění - rychlý nástup obtíží spojených s cévní mozkovou příhodou

Chronická onemocnění - šedý nebo zelený zákal, záněty kloubů

Vnější rizikové faktory se netýkají přímo zdravotního stavu, mají vztah k prostředí, ve kterém pacient žije. Ovlivňují je:

Užívání léků - sedativa, anxiolytika

Vybavení koupelen - vany a toalety, nepřítomnost madel

Tvar a umístění nábytku - výška židlí a lůžek

Kvalita povrchu - malé neupevněné koberce, vlhké povrchy

Kvalita osvětlení - nesprávná intenzita nebo odrazy světla

Nevyhovující typ obuvi - nevhodná obuv, malé nebo velké boty

Nesprávné používání různých zařízení

Nevhodné pomůcky - invalidní vozíky, chodítka

1. 3. 3. 2 Následky pádů

Pády jsou nejčastější příčinou úrazu nebo smrti u lidí nad 65 let věku. Doba hospitalizace seniorů po pádech je téměř dvojnásobná než při jiných onemocnění. Senioři, kteří pád přežijí, pak trpí zvýšenou nemocností. Jak uvádí Resources (2007), mezi nejzávažnější problémy, týkající se problematiky pádů, které musí zdravotnická zařízení řešit, je morbidita, mortalita a pak samozřejmě finanční náklady spojené s následky vzniklé situace. Pacient pak přímo čelí důsledkům pádu, jsou to například: zlomeniny, poranění hlavy, poranění měkkých tkání, úzkost, deprese a strach z dalšího pádu.

1. 3. 3. 3 Cesty k bezpečné péči

Je nutné pátrat po základních příčinách pádů, které jsou evidovány a hlášeny jako mimořádná událost. Resources (2007) poukazuje na základní příčiny pádů, mezi které patří: špatná komunikace mezi pracovníky, nedostatečné zaučení a školení, neúplné procesy hodnocení a přehodnocování stavu pacientů, otázky prostředí (dveřní zámky, umístění sesterny), nedostupná péče, nedostatečná organizační kultura. Všichni zdravotníci musí být způsobilí a musí flexibilně reagovat na individuální požadavky pacientů. Pokud je zařízení vybaveno programem na redukci pádů, musí se všichni zaměstnanci dostatečně proškolit, než začnou s rizikovými pacienty pracovat. Musí

umět pochopit fyziologii pádu, znát rizikové faktory pádu, poznat rizikové pacienty a musí bezpodmínečně informovat nadřízeného o nebezpečí.

Výběr ze strategií k zajištění bezpečného prostředí

Osvětlení - zabezpečit odpovídající kvalitní osvětlení. Pořídit vypínače, které sníží nebo zvýší intenzitu světla. Osvětlit okolí lůžka, dále cesty na toaletu a do koupelny. Dobré je noční podlahové osvětlení.

Podlaha - vyhýbat se naleštěným mokřým podlahám. Používat protiskluzové povrchy.

Chodby - neumisťovat zbytečné věci, jako je nábytek, vozíky s jídlem nebo s prádlem. Zřídit odpočinková místa (židle a stolky) do dlouhých chodeb.

Madla - pořídit madla se správnou výškou (66- 91 cm od podlahy) a designem (například kulatý průřez pro lepší uchopení).

Výška lůžka, podpěry a matrace - kde je to možné, nechat lůžka v nejnižší poloze, s nastavitelnou výškou. Poskytnutí stupátek. Matrace dostatečné tvrdosti, aby umožnily bezpečné přesouvání na lůžku.

Zábrany na lůžku (postranice) a kolečka – používat postranní zábrany u lůžek. Zajistit dobrý systém brzd a koleček u lůžek.

Lůžkové alarmy - upozorní sestry, kdy pacient bez dohledu opouští lůžko a snaží se dostat dolů.

1. 3. 4 Indikátor kvality - dekubity

Dekubit se definuje jako proleženina (dekubitus, tlaková léze, vřed), je to oblast buněčného poškození způsobena poruchou mikrocirkulace (proudění krve v tkáních), jejímž následkem je hypoxie (nedostatek kyslíku v tkáních) vyvolaná tlakem. Pokud je intenzita tlaku vyšší než normální krevní tlak v kapilárách, dochází k zástavě krevního řečiště. Již po dvou hodinách poruchy dochází k ireverzibilním změnám v buňkách a tkáních. Nejčastěji dochází k poškození tkáně mezi kostí a pokožkou s minimální vrstvou svalové hmoty, např. tkáň v oblasti křížové, lopatkou, v týlní oblasti apod. Dekubity komplikují zdravotní stav nemocného, znepríjemňují život a prodlužují pobyt

v nemocničních zařízeních. Mohou být dokonce i příčinou smrti. Proleženiny se v pokročilém věku snáze tvoří a hůře hojí. Kůže je více náchylná k poranění. Věkem dochází ke snížení aktivity mazových žláz a neschopnosti kůže zadržovat vodu. Snižuje se počet elastických vláken a mizí podkožní tuk (Mikšová, 2006). Dekubity patří mezi nejčastější ošetrovatelské problémy, které postihují všechny věkové skupiny pacientů. Způsobují pacientovi utrpení a zvyšují zdravotnickým zařízením náklady na léčbu, spojenou s prodlouženou hospitalizací. Mikula upozorňuje, že se objevují názory, že ve většině případů vzniká dekubitus nedostatečnou péčí o pacienta a že personál, který o nemocného pečuje, nepodniká všechna možná opatření, která by tvorbě dekubitů mohla zabránit (Mikula, 2008).

1. 3. 4. 1 Výskyt a prevence dekubitů

Proleženiny mohou vzniknout na jakémkoli místě na těle. Nejčastěji se vyskytují na místech kostních vyvýšenin a na místech, kde je oslabená tuková a svalová vrstva (Mikula, 2008). Nejčastější (predilekční) místa výskytu jsou následující:

Poloha na zádech - týlová část hlavy, sakrální oblast, lopatky, trn 7. obratle, lokty, paty.

Poloha na boku - oblast spánková, vnitřní a vnější strana kolen, hřeben kosti kyčelní, kotníky.

Poloha na břiše- brada, ramena, přední strana kolen.

Dlouhodobý tlak cizího tělesa - způsobuje poškození sliznice, například sonda a cévka (Klevelandová, 2008)

Faktory ovlivňující vznik dekubitů:

„Dekubity mohou vzniknout po krátkém působení vysokých kontaktních tlaků nebo po delší době působení nízkého kontaktního tlaku. Normální kapilární tlak nepřevyšuje 32 mm Hg. Jakékoli vnější tlaky, překračující tuto hranici, způsobí kapilární poruchy.“
(Mikula, 2008, s. 12).

Faktory ovlivňující vznik dekubitu mohou být zevní a vnitřní:

Zevní faktory- na straně vlivů zevního prostředí

Přímý tlak

Přímý tlak na stejné místo způsobí uzávěr kapilár, zpomalí, až úplně zastaví krevní proudění. Kůže a tkáň je nedostatečně zásobována krví, trpí nedostatkem kyslíku a živin. Již po dvou hodinách dochází k nezvratnému poškození kůže a tkáně. Významná je délka a intenzita působení.

Tření

Pokud je stále stejné místo zatěžováno třením pokožky, dochází k poškození povrchové vrstvy kůže. Snižuje se obranyschopnost a místo se stává náchylnějším ke vzniku infekce.

Střížná síla

Vzniká kombinací tření a tlaku. Stříhový efekt způsobuje vliv gravitace, pacient se sesouvá do nohou lůžka a kůže nad kostí křížovou je třena o podložku. Poškozuje tkáň v dané lokalitě.

Vlhkost

Dekubity se snadněji utváří na vlhké kůži než na suché. Vlhkost bývá způsobena zvýšeným pocením, únikem moči a stolice. Čím vlhko působí déle, tím se riziko vzniku dekubitu zvyšuje.

Vnitřní faktory- ze strany klienta

Mobilita

Pokud klient nemůže dle potřeby měnit svoji polohu, dochází ke zvýšenému riziku vzniku proleženiny. Týká se to hlavně nemocných s poruchami vědomí, ochrnutými končetinami a podobně.

Věk

S vyšším věkem je regenerační schopnost organismu značně omezena. Elasticita a pevnost kůže se snižuje, pokožka je tenčí a snadno zranitelná.

Tělesná hmotnost a stav výživy

Nepravidelnost a snížená kvalita stravování vede ke vzniku dekubitu. Ubývání na váze přispívá ke zmenšování vrstvy podkožního tuku, podkožního vaziva a ke svalové atrofii. Snížení odolnosti k infekcím způsobuje nedostatek vitamínů a minerálů.

Souběžné nemoci

Jakékoli onemocnění narušuje obranyschopnost organismu, jako například Diabetes Mellitus, anémie, zhoubné nádory, úrazy a poruchy míchy a nemoci cév.

Vliv léků

U starších osob snižuje užívání léků obranyschopnost organismu, například protizánětlivé léky snižují schopnost hojení pokožky (Mlýnková, 2010).

Preventivní opatření vzniku dekubitů

Vzhledem k tomu, že známe dobře příčiny vzniku proleženin, známe dobře i způsoby, jak jim předejít. Dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam při předcházení vzniku, tak i léčbě dekubitů (Mikula, 2008). Při ošetrování klienta musíme vycházet z jeho celkového stavu, vyhodnotit rizika vzniku dekubitů z plánu ošetrovatelské péče. Mezi preventivní opatření zahrnujeme: snížení tlaku na tkáň klienta, odstranění zevních mechanismů, omezení vlhkosti kůže, hygienickou péči a ošetrování kůže (Mlýnková 2010).

Snížení tlaku na tkáň klienta - polohování

Tlak patří mezi nejrizikovější faktory. Jedno z nejúčinnějších a nejčastěji používaných preventivních opatření je polohování. Je důležité dodržovat pravidelnost a časové intervaly, které musíme přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta. Nejčastější způsoby snižování tlaku na tkáň jsou: polohování, molitanová podložka, antidekubitní matrace, podložka ze syntetického rouna a další polohovací pomůcky.

Odstranění zevních mechanismů - úprava lůžka

Pokud máme odstranit zjevné příčiny vzniku dekubitů, musíme dbát na důkladně ustlané lůžko s vypnutým prostěradlem a podložkou. V lůžku nesmí být žádné nečistoty, například ze stravování a musí být naprosto suché.

Omezení vlhkosti kůže

Zvýšené pocení, inkontinence moče nebo stolice může podporovat vznik dekubitů. Pokud je vlhkost v častém kontaktu s kůží, dochází k narušení integrity kůže a k zanícení postiženého místa. Proto při ošetrování inkontinentních nemocných dbáme na vyrovnané a suché lůžko, na čisté prádlo a jeho častou výměnu.

Ošetření kůže

Hygiena má v prevenci dekubitů své nezastupitelné místo. Kůži je důležité často kontrolovat. Kontrolujeme ji nejen v době pravidelné hygieny, ale i několikrát během dne. Provádíme sprchování a omývání znečištěných míst a přitom kůži masírujeme a používáme vhodné ochranné přípravky, které zvýší prokrvení kůže.

1. 3. 4. 2 Klasifikace dekubitů

Podle *Torrancovy klasifikace* rozlišujeme 5 stadií proleženiny:

1. stupeň: Erytém (překrvení) se zblednutím

Kůže je zarudlá při mírném stlačení prsty, místo postižení bledne, nedošlo ale k poruše prokrvení.

Příznaky: zarudnutí kůže, otok.

2. stupeň: neblednoucí překrvení

Kůže je zarudlá, při stlačení erytém nebledne.

Příznaky: místní zarudnutí, zduření postižené části, možná je i přítomnost puchýře.

3. stupeň: zvředovatění kůže

Zvředovatění postihuje kůži a prostupuje až na rozhraní subkutánní fascie.

Příznaky: integrita kůže je porušena a vzhled rány se podobá hluboké oděrci.

4. stupeň: zvředovatění subkutánní facie

Zvředovatění postihuje kůži i podkoží, dochází k narušení svalů, vzniká otok, zanícení a zvyšuje se bolestivost.

Příznaky: tkáň se rozpadá, rána je hluboká a otevřená.

5. stupeň: nekróza svalů = odumrtí

V ráně vzniká infekce, povrch rány kryje suchá nebo vlhká nekróza.

Příznaky: tkáň je rozbředlá, mezi svaly vznikají hluboké choboty vyplněné hnisem a rána hnilobně páchne (Mikšová, 2006).

1. 3. 4. 3 Ošetřování dekubitů

K vyhodnocení rizikových klientů používáme hodnotící škály, které napomáhají určit riziko vzniku dekubitu. Nejznámější a nejčastěji používaný je systém dle Nortonové.

| Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – tabulka dle Nortonové (modifikovaná) 1 bod | 2 body | 3 body | 4 body | body |
|---|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Schopnost spolupráce (motivace) | Žádná | Velmi omezená | Omezená | Plná |
| Věk (let) | nad 60 | pod 60 | pod 30 | pod 10 |
| Stav pokožky | Rány, alergické rozedření kůže | Vlhká | Suchá, šupinatá | Normální |
| Přidružené onemocnění | Trombóza, onemocnění tepen, nádory | Roztroušená skleróza, obezita | Poškozená imunita, horečky, cukrovka | Žádné |
| Fyzický stav | Velmi špatný | Špatný | Zhoršený | Dobrý |
| Psychický stav | Bezvědomí | Zmatený | Apatický | Bdělý |
| Aktivita | Ležící | Upoután na vozík | Chodící s doprovodem | Chodící |
| Pohyblivost | Žádná | Velmi omezená | Mírně omezená | Neomezená |
| Inkontinence | Moč a stolice | Obvykle moč | Občas | Není |
| Riziko dekubitů dle Nortonové | | Celkem body | | |

| | |
|--|--|
| Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: | |
| žádné (více než 26 bodů) | |
| nízké (25-24 bodů) | |
| střední (23-19 bodů) | |
| vysoké (18-14 bodů) | |
| velmi vysoké (13-9 bodů) | |
| Počet získaných bodů: | |

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Jestliže již došlo k výskytu dekubitu, musíme zahájit co nejrychleji léčbu. Jak uvádí Kelnarová (2009), je to složitý komplex opatření týkajících se celkového stavu a postižených míst. Jako první musíme přistoupit k terapii základního onemocnění a ke zlepšení celkového stavu pacienta. Dále vyhodnotíme ránu (lokalizace, velikost, hloubka), určení a v jaké fázi se rána nachází nebo jaký má charakter. Zvolíme vhodný postup a prostředky k ošetřování dekubitu. Mikula (2008) dodává, že je možné zvolit jiný způsob léčby, a to léčbu konzervativní nebo operační. Předem se posuzuje stupeň dekubitu, infekce a základní onemocnění pacienta. Léčba spočívá ve zmírnění tlaku, odstranění nekrózy, boji proti infekci, obvazování postiženého místa a v minimalizaci rizikových faktorů.

2. CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda sestry pracující v domově pro seniory dodržují standardy kvality oš. péče.
2. Zjistit, zda sestry pracující v domově pro seniory se kontinuálně vzdělávají.
3. Zmapovat názory klientů na kvalitu ošetřovatelské péče v domově pro seniory.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké standardy ošetřovatelské péče v domově pro seniory jsou a jak jsou dodržovány?

Jakým formám vzdělávání se sestry pracující v domově pro seniory věnují?

Jak sestry pečují o klienty v tomto domově pro seniory?

Co by se mohlo zlepšit v péči o klienty tohoto domově pro seniory?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Ke zpracování výzkumné části byla použita metoda kvalitativního šetření. Sběr dat byl prováděn metodou polostandardizovaných rozhovorů, které byly předem připraveny. Rozhovory byly vedeny ve dvou domovech pro seniory, a to G- centrum v Táboře a Domov pro seniory v Bechyni. Rozhovory situované na sestry měly 11 oblastí, z toho bylo položeno 13 otázek a rozhovory na seniory měly 10 oblastí a z toho 14 otázek. Otázky 1- 3 zjišťují údaje o respondentovi, věk sester, nejvyšší dosažené vzdělání a délku odpracovaných let v oboru. Otázky 4- 7 zjišťují, jak se sestry vzdělávají, jestli mají zájem o další vzdělávání a odkud získávají informace. Jestli mají vypracovány standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče a jestli jsou tyto standardy dodržovány na jejich oddělení. Kdo a jak často provádí kontrolu dodržování standardů kvality. Otázky 8- 9 se zabývají nežádoucími událostmi- pády a dekubity. Otázky 10- 11 zjišťují, jestli je péče o seniory v domově dostačující a jestli rodiny seniorů spolupracují s personálem na péči. Otázky situované na seniory 1- 2 mají informativní údaje o předchozím pobytu a péči před nástupem do domova pro seniory. Otázky 3- 6 zjišťují nynější pobyt v domově a jeho délku, kontakt s rodinou a vztah s ostatními klienty v domově. Poslední část rozhovorů 8- 10 se soustředí na kvalitu péče poskytovanou seniorům, co jí ovlivňuje a dále, co by se mohlo zlepšit ze strany sester. Jak často péči sester klienti potřebují, jaká je komunikace se sestrami a jestli mají k péči nějaké výhrady. Poslední otázka se týká informace, zda by se dalo něco zlepšit. Rozhovor s respondenty (sestrami a seniory) v jednotlivých domovech má informativní charakter.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v Domově pro seniory v Táboře a v Domově pro seniory v Bechyni. Dále jej tvořili senioři žijící v domovech pro

seniory již zmíněných oblastí. Šetření se účastnilo 10 všeobecných sester a 10 seniorů, z toho 7 žen a 3 muži. Z důvodu navození příjemného prostředí a získání důvěry klientů žijících v domovech byl s dotázanými osobami nejprve navázán kontakt a po něm následovalo položení výzkumných otázek. Všichni oslovení respondenti na mé otázky odpovídali klidně a ochotně.

4. VÝSLEDKY

Kvalitativní šetření – všeobecné sestry v Domovech pro seniory

| Oblast | Klíčová otázka |
|--|---|
| 1. Věk sester. | Kolik Vám je let? |
| 2. Nejvyšší dosažené vzdělání. | Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, specializace? |
| 3. Délka odpracovaných let v oboru. | Jak dlouho pracujete v oboru? |
| 4. Vzdělávání. | Máte zájem a zúčastnila byste se dalšího vzdělávání týkající se problematiky péče o seniory? |
| 5. Informovanost. | Odkud získáváte nové informace o problematice stáří? |
| 6. Standardy kvality. | Máte vypracovány: „Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče?“ Jsou tyto standardy kvality na vašem oddělení dodržovány? |
| 7. Kontrolní mechanismy. | Kdo a jak často kontroluje dodržování těchto standardů? |
| 8. Nežádoucí události- pády. | Jaká opatření provádíte v prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů? |
| 9. Dekubity. | Provádíte při příjmu pacienta hodnocení rizika vzniku dekubitů? Co uděláte, zjistíte- li u nemocného rizika vzniku dekubitů? |
| 10. Péče o seniory | Myslíte si, že úroveň péče o seniory je na vašem pracovišti dostačující? |
| 11. Spolupráce s rodinou. | Spolupracuje na péči o seniora jeho rodina, jestli ano, jakým způsobem? |

Kvalitativní šetření – senioři v domovech pro seniory

| Oblast | Klíčová otázka |
|---|---|
| 1. Předchozí pobyt | Odkud jste do domova pro seniory přišel/šla? Jak jste přišel/šla na myšlenku nástupu do domova pro seniory? |
| 2. Péče o seniora | Kdo se o vás staral před nástupem do domova pro seniory? |
| 3. Nynější pobyt | Jak dlouho žijete v domově pro seniory? |
| 4. Soběstačnost | Jaká je vaše soběstačnost? |
| 5. Kontakt s rodinou | Navštěvují vás rodinní příslušníci zde v domově pro seniory, pokud ano, jak častý je kontakt? |
| 6. Vztah s ostatními klienty | Jak hodnotíte své vztahy s ostatními lidmi? |
| 7. Ošetřovatelská péče v domově pro seniory | Jste spokojeni s ošetřovatelskou péčí v domově? |
| 8. Kvalita péče | Co myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče? |
| 9. Péče sester o seniora | Co by se mohlo zlepšit v péči ze strany sester? Jak často potřebujete pomoc sestry? Jaká je komunikace se sestrou? Jste s něčím nespokojen/á v péči o vás ze strany sester? |
| 10. Možnosti zkvalitnění péče | Domníváte se, že by se dalo něco zlepšit? |

Kategorizace sestry:

1. Věk sester

Po oslovení všech sester z domovů pro seniory jsem zjistila, že průměrný věk sester je 49 let. Na otázku „Kolik vám je let?“ sestry uvedly 2x 39 let, 1x 40 let, 1x 43 let, 2x 51 let, 1x 53 let, 1x 54 let, 1x 55 let, 1x 57 let.

2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Co se týká nejvyššího vzdělání, všechny sestry mají dokončené středoškolské vzdělání s maturitou. Čtyři sestry uvedly, že posléze vystudovaly specializaci v Brně, tři sestry specializaci v gerontologii a jedna sestra specializaci v interních oborech.

3. Délka odpracovaných let v oboru

Většina sester pracuje v oboru více jak 20 let, průměrně 24 let (3x 20 let, 1x 30 let, 1x 32 let, 1 x 35 let, 1x 13 let, 1x 23 let, 1x 16 let, 1x 33 let).

4. Vzdělávání

O další vzdělávání v oboru má zájem 100% sester, jezdí na semináře, různá školení, přednášky, odebírají odborné časopisy a další záležitosti týkající se problematiky seniorů vyhledávají na internetových stránkách.

5. Informovanost

VS 1 - další informace týkající se problematiky stáří získává z časopisů a podobné literatury.

VS 2 - Nové informace získává z časopisu Sociální péče, internetových stránek, školení, kurzů a podobně.

VS 3 - další informace a užitečné rady získává ze školení, literatury a odborného časopisu Sestra.

VS 4 - další informace vyhledává na internetových stránkách, v odborné literatuře a dále z různých školení, kurzů a také z vlastního pracoviště.

VS 5 - informace o problematice stáří nachází v odborných časopisech, na internetových stránkách a z jiné odborné literatury.

VS 6 - další informace o problematice stáří získává z odborných časopisů a knih, které domov odebírá a nakupuje pro vzdělávání svých zaměstnanců, dále z internetových stránek a jiných zdrojů.

VS 7 - další informace získává z internetových stránek a účastní se pravidelných školení a seminářů.

VS 8 – další informace a novinky týkající se tohoto zaměření získává z odborných časopisů, internetových stránek a další dostupné literatury.

VS 9 – další informace získává z odborné literatury a seminářů. Vědomosti, které získá, uplatní v zaměstnání a tím je péče o klienty kvalitnější.

VS 10 – jako další informační zdroje slouží odborné časopisy Sestra a Ošetrovatelská péče. Na internetových stránkách vyhledává informace, které jí zaujmou a při hledání řešení nějakého problému.

6. Standardy kvality

Standardy kvality mají vypracovány na všech pracovištích, jsou s nimi seznámeny a dodržují je.

7. Kontrolní mechanismy

Kontroly probíhají na všech odděleních, kontroly provádí vrchní sestra a na některých pracovištích i paní ředitelka. V jednom domově paní ředitelka kontaktuje dokonce i klienty a ptá se jich na spokojenost s ošetrovatelskou péčí. Častost kontrola bývá namátková nebo 1x do měsíce.

8. Nežádoucí události- pády

VS 1 – v prevenci snížení nežádoucích událostí provádějí opatření, jako jsou například protiskluzové koberečky u lůžka, signalizační zařízení, u ležících jsou to postranice na klientovu žádost a ordinaci lékaře, dále chodítka.

VS 2 – opatření v prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů používají signalizaci u lůžka klienta, vhodnou obuv, protiskluzové linoleum, pro ležící klienty postranice. Souhlas s užíváním postranic je založen v dokumentaci. Dále používají různé zvedáky a pomůcky k polohování klienta.

VS 3 – opatření k prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů používají protiskluzová linolea, koberečky u lůžka klienta, u imobilních klientů postranice u lůžka.

VS 4 - V prevenci snížení nežádoucích událostí - pádů používají signalizační zařízení, různé protiskluzové podložky a dále postranice u imobilních klientů. Důležité je znát aktuální stav klienta.

VS 5 - Do opatření k prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů spadá signalizace u lůžka, vhodná obuv, kompenzační pomůcky, hole, chodítka a zábrany u lůžka, která jsou podmíněna souhlasem klienta. Někteří klienti vyloženě vyžadují zábrany u lůžka na celý den, někteří jenom na noc z obavy pádu na zem.

VS 6 - Do opatření k prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů patří správná obuv, protiskluzové podložky, přechody z bytu na chodbu bez prahů a dalších nerovností, zábrany, které musí být do lůžka dávány se souhlasem klienta. V domově jsou k dispozici nízké zábrany, které mohou být použity i bez souhlasu klienta.

VS 7 - V prevenci snížení nežádoucích událostí - pádů mají zavedené například signalizační zařízení u lůžek, doporučují kvalitní obutí, kompenzační pomůcky, hole, chodítka, zábrany u lůžka, ty mohou být dány pouze se souhlasem klienta a po indikaci lékaře. Toto všechno je evidováno v dokumentaci klienta.

VS 8 - V prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů používají protiskluzné koberečky, vhodnou obuv, chodítka a signalizace u lůžka.

VS 9 - V prevenci snížení nežádoucích událostí - pádů používají protiskluzné koberečky, bezprahové vchody do místností, zábrany u lůžka klientů a doporučují nošení vhodné obuvi.

VS 10 - V prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů, používají protiskluzná lina, koberečky, klienta upozorňují na vhodné obutí, dále používají zábrany a signalizace u lůžka.

9. Dekubity

VS 1 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů se provádí při příjmu a následně každý půl rok nebo při změně stavu klienta. Při podezření vzniku dekubitu, klienta polohujeme a použijeme antidekubitární matrace a pomůcky.

VS 2 - Při příjmu klienta je možnost vzniku dekubitů zhodnocována. Klient je prohlédnut a je provedena fotodokumentace možných rizikových míst nebo vzniklých dekubitů. Pokud jsou zaregistrováni rizikovní klienti, obézní nebo naopak příliš hubení, prevenci dekubitů se věnuje více času a péče.

VS 3 - Při příjmu do domova klienta zběžně prohlédnou, pokud je imobilní o to s větší pečlivostí, aby nedošlo k přehlédnutí začínajícího nebo již vzniklého defektu (dekubitu). Pokud zjistí u klienta během pobytu možný vznik dekubitu, nahlásí tuto informaci lékaři a ihned začnou s polohováním a použitím antidekubitárních pomůcek.

VS 4 - Při příjmu každého imobilního nebo rizikového klienta prohlédnou a stanoví další postup. Pokud zjistí, že má klient proleženinu, ihned začnou s polohováním, do lůžka vloží antidekubitární matraci a použijí další pomůcky k polohování klienta. Nejlepší je, pokud k ničemu takovému vůbec nedojde a funguje prevence.

VS 5 - Při příjmu, klienta důkladně prohlédnou a zaevidují případné defekty. Pokud se zjistí nově vzniklý dekubit během pobytu v Domově pro seniory, okamžitě se začne s léčbou. Informují lékaře, který klienta prohlédne a naordinuje léčbu. Samozřejmě se ihned začne s pravidelným polohováním klienta a do lůžka se vloží antidekubitární matrace.

VS 6 - Při příjmu provádíme hodnocení rizika vzniku dekubitů pouze u rizikových klientů, kteří jsou imobilní. Dále provádí celkovou prohlídku imobilního klienta při návratu z nemocnice do zařízení. Během pobytu monitorují každého rizikového imobilního klienta, aby se předešlo vzniku dekubitů, takže prevence je na prvním místě.

VS 7 - Při příjmu klienta do zařízení provádějí hodnocení rizika vzniku dekubitů. Týká se to pouze rizikových klientů, překlady z hospitalizací v nemocnici nebo u imobilních klientů. Během pobytu se soustředí na rizikové klienty a při jakémkoli podezření začnou klienta polohovat, použijí antidekubitární pomůcky a při větším postižení dané oblasti klienta navštíví přivolaný lékař.

VS 8 - Při příjmu klienta do zařízení provádí zběžnou kontrolu zrakem a pouze u rizikových klientů udělají celkovou prohlídku. Je to například u imobilních klientů nebo při příjmu klientů s nadváhou. Během pobytu v zařízení jsou v trvalém kontaktu s klientem, takže jsou schopni vznik dekubitu včas podchytit a včas začít s léčbou.

VS 9 - Pokud přijímají nového klienta, provádí jen zběžnou prohlídku, a to nejčastěji pouze pohledem. Je-li klient rizikový, například imobilní, prohlídka je důkladnější a zjištěný defekt zaznamenají do dokumentace. Podle toho se pak s klientem pracuje. Používají antidekubitární matrace a další pomůcky, často se pak klienti polohují a masírují riziková místa, aby se zabránilo vzniku dalším dekubitům. Pokud se vyskytne proleženina, informuje se lékař a ten zahájí léčbu. Dále se pokračuje v intenzivním odlehčování postižených míst.

VS 10 - Při příjmu klienta udělají zběžnou prohlídku, důkladněji ji provádí pouze, když patří mezi rizikové klienty. Pokud se objeví možnost vzniku dekubitu, začne se okamžitě s polohováním a do lůžka se vloží antidekubitární matrace.

10. Péče o seniory

Péče o seniory je v domovech pro seniory dostačující. Všechny sestry uvádí, že je o klienty dostatečně postaráno, jen sestra č. 5 uvádí, že za velký problém v péči považuje úzké chodby a malé prostory a s tím je spojená i špatná manipulace s imobilními klienty. Ani pro chodící klienty to není úplně ideální, stačí hole nebo berle a chůze po chodbě je omezená nebo možná jenom s velkou opatrností.

11. Spolupráce s rodinou

VS 1 - Rodiny klientů většinou spolupracují, ale je to zcela individuální, některé z rodin dostatečně komunikují a podílí se na péči, a jiné se nestarají celý rok.

VS 2 - Spolupráce rodin se různí, některé rodiny spolupracují s personálem velmi dobře a jsou stále v kontaktu, a některé počítají s tím, že předaly seniora do domova a tím jejich veškerá péče končí. Je to velice individuální.

VS 3 - Přístup rodiny je individuální, některá plně spolupracuje, a některá nespolupracuje celý rok a nejeví o rodiče zájem.

VS 4 - Rodiny klientů většinou spolupracují, ale někteří bohužel o seniora zájem nemají.

VS 5 - Spolupráce s rodinami klientů je individuální, někteří přicházejí velmi často a někteří se nestarají vůbec. Nejeví zájem o zdravotní stav klienta, ani o klienta jako takového.

VS 6 - Rodiny klientů dochází často, samozřejmě je to velice individuální. Sestra uvedla za příklad jednu rodinu, která pečuje o seniora ukázkově. Je to syn jedné klientky, který dochází během týdne a každý den mamince podává stravu a na víkend si ji bere k sobě domů a poskytuje jí celkovou péči. Do toho spadá i ošetřování proleženin, které se u dané klientky nehojí.

VS 7 - Se spoluprací rodiny o klienta zase až tak spokojená není, někteří nejeví vůbec žádný zájem a tento nezájem je na klientech zřetelný. Jsou pasivní a nespolupracují. Ke zlepšení dochází po případné návštěvě. Myslí si, že by kvalita péče byla o poznání lepší, kdyby se rodiny klientů více zajímaly.

VS 8 - Spolupráce s rodinami je v průměru docela dobrá, někteří se starají více a někteří méně. Bohužel jsou i rodiny, které svého příbuzného nenavštíví vůbec.

VS 9 - Rodiny většinou na péči o seniora spolupracují, ale najdou se i takoví, kteří bydlí v místě domova pro seniory a své staré rodiče nenavštíví.

VS 10 - Komunikace s rodinnými příslušníky je docela dobrá, dochází za svými rodiči a berou si je i na víkendy. Někteří bohužel nemají vůbec žádný zájem.

Kategorizace seniorů:

1. Předchozí pobyt

S 1 - Do domova přišla z domova pro seniory z Volyně, kam šli nejprve se svým manželem, ale po jeho úmrtí její děti chtěly, aby se přestěhovala blíže za nimi. Pro pobyt v domově se s manželem rozhodla kvůli velkému domu, který si zamlada postavili a na stáří v něm zůstali osamoceni. Jejich děti se odstěhovaly za práci, a tak na všechny starosti kolem domu zůstali sami. Manžel onemocněl a byl hospitalizován v nemocnici a z nemocnice už přešel rovnou do domova pro seniory.

S 2 - Seniorka pochází z rodinného domku ze Sezimova Ústí a když péči o sebe přestala zvládat, rozhodla se pro odchod do domova pro seniory. Nebyla schopná si v zimě zatopit a starat se o dům, hlavně když onemocněla.

S 3. - Seniorka přišla do domova pro seniory z domova s pečovatelskou službou. Péče, která tam byla poskytována, byla nedostačující. Syn a pečovatelky se o ni společně starali dobře, ale přesto se rozhodla odejít do Domova pro seniory.

S 4 - Do domova pro seniory šel z rodinného domku z Radimovic u Tábora, kde bydlel 40 let. Dnes mu je 80 let a na svůj věk je ve slušné fyzické a psychické kondici. Do domova pro seniory ho „dotlačila“ rodina, prý aby doma nezmrznul.

S 5 - Pán přišel do domova z rodinného domu z vesnice Řepeč. Na myšlenku odejít do domova přišel velice jednoduše, rodiče mu zemřeli, ženu neměl, a tak rozhodnutí bylo jednoduché. Nevládal život na vesnici a potřeboval trvalou péči.

S 6 - Paní do domova pro seniory přišla ze Sezimova Ústí, kde bydlela s manželem. Manžel byl těžce nemocný, a tak si zažádali o ubytování do domova pro seniory. Než se nastěhovali, manžel zemřel.

S 7 - Pán pochází z Prahy a do domova pro seniory odešel po úmrtí manželky. K rozhodnutí k odchodu do domova pro seniory mu pomohl fakt, že není schopný sám o sebe pečovat v domácích podmínkách.

S 8 - Klientka přišla do domova pro seniory z rodinného domu z Tábora. Pobyt v domově jí doporučila známá a je ráda, že jí poslechla.

S 9 - Klientka do domova pro seniory přišla z panelového domu z Tábora. Žila s matkou v jedné domácnosti, a když zemřela, nezbylo jí nic jiného než odejít do domova pro seniory, kde o ní bude postaráno.

S 10 - Do domova pro seniory přišla z bytu v Táboře. Manžel jí zemřel a na všechno tak zůstala sama. Má dva syny, jeden bydlí blízko domova pro seniory a druhý pracuje a žije s rodinou v Rakousku. Do domova se přestěhovala po úvaze, že už nechce být doma sama a že nechce být na obtíž synovi a jeho rodině. Zde se jí líbí a je ráda, že se tak rozhodla.

2. Péče o seniora

S 1 - Než se rozhodli jít do domova, pečovali o sebe společně. Občas, když přijely děti na víkend, s něčím jim pomohly.

S 2 - Před nástupem do domova pro seniory se o ni nikdo nestaral.

S 3 - Syn a pečovatelky.

S 4 - Staral se o sebe vždycky sám, sám o sobě říká: „Žiji jako Robinson, všechno jsem tam vydržel a ještě se staral o osm koček“.

S 5 - Dříve se staral o sebe sám, nikoho jiného neměl.

S 6 - Péči o sebe zvládali společně, bez cizí pomoci.

S 7 - Do té doby se ale musel o sebe postarat sám.

S 8 - Dříve se o sebe musela starat sama nebo požádat o pomoc příbuzné. Ti mohli pomoci jen občas, a tak zvolila odchod do domova pro seniory.

S 9 - Celý dosavadní život se o ni starala matka, poté se nebyla schopná osamostatnit a potřebovala celodenní péči.

S 10 - Do té doby se o sebe starala sama.

3. Nynější pobyt

Na otázku: „Jak dlouho žijete v Domově pro seniory?“, senioři odpovídají: senior č. 1-2 roky, S 2 - necelý 1 rok, S 3 - 2 roky, S 4 - necelý 1 rok, S 5 - 9 let, S 6 - 6 let, S 7 - 5 let, S 8 - 1 rok, S 9 - 15 let, S 10 - více jak 10 let.

4. Soběstačnost

S 1 - Zde v domově se, pokud je to možné, stará sama o sebe. Sama se umyje, vyčistí si zuby, dojde si na toaletu a stravuje se také zcela bez pomoci.

S 2 – Je soběstačná, většinu péče o svoji osobu zvládá sama.

S 3 - Soběstačná zatím je, dojde si do jídelny na jídlo, umyje se, je schopná si uklidit pokoj a ustlat postel, když ráno vstane.

S 4 - Péči o sebe zvládá sám, umyje se, nají a udělá si všechny základní potřeby.

S 5 - Samostatný už moc není, je závislý na péči sestřiček.

S 6 - Péči o sebe zvládá s lehkou pomocí personálu. Po domově se pohybuje s jednou hůlkou a ven na procházky chodí raději o dvou holích.

S 7 - V domově pro seniory péči o sebe zvládá sám, někdy s lehkou dopomocí sestřiček. Když sestry osloví a požádá o pomoc, sestry mu pomohou.

S 8 - O svoji osobu se stará sama a s lehkou dopomocí sester.

S 9 - Základní péči o sebe provádí sama, pomoc potřebuje pouze s organizací záležitostí týkajících se financí a celého zázemí. Jinak je samostatná.

S 10 - Péči o sebe zatím zvládá sama, ale váží si možnosti využít poskytovaných služeb, které jsou v tomto domě nabízeny.

5. Kontakt s rodinou

S 1 - Rodina za dotázanou chodí pravidelně. Dcera chodí jeden den v týdnu a v neděli si ji berou domů na oběd. Syn dochází také velice často, bydlí totiž v místě domova a s matkou mají hezký vztah. Vnučka ji navštěvuje jednou za 14 dní.

S 2 - Má jednu dceru, 4 vnučky a 2 pravnučky. Žijí v Praze, a tak návštěvy nejsou tak časté, jak by si představovala. Přijedou za ní na návštěvu zhruba jednou za 14 dní, a to si, jak uvádí „mají stále co povídat“, potěší se s pravnučkami a hned má lepší náladu.

S 3 - Návštěvy má často, dochází za ní syn, zrovna ji před chvílí navštívil. Všichni z rodiny za ní ale nechodí tak často, bydlí daleko a není to pro ně jednoduché dojíždět.

S 4 – Návštěvy za ním chodí, ale ne tak často, jak by si představoval. Má zde v domově i bratra, vídají se spolu každý den.

S 5 - Návštěv moc nemá. Jelikož nemá svoji vlastní rodinu, navštěvuje ho pouze neteř. Chodí za ním na návštěvu občas, podle toho, jak má čas.

S 6 - Rodina na návštěvy chodí každý týden, ale jsou v neustálém telefonickém kontaktu.

S 7 - Syn žije v Praze a navštěvuje otce 1x za dva měsíce. Byl by ale rád, kdyby jezdil častěji, ale je si vědom toho, že hodně pracuje, a nemá času nazbyt.

S 8 - Rodinu má daleko, a tak chodí na návštěvu spíše známí a přátelé z města, kde pobývala, než se ubytovala v domově pro seniory.

S 9 - Z rodiny ji navštěvuje švagr, a to poměrně často.

S 10 - Navštěvují ji oba synové a jejich rodiny. Syn z ciziny dojíždí podstatně méně, než ten, co bydlí v místě pobytu seniorky.

6. Vztah s ostatními klienty

S 1 - Vztah se spolubydlícími hodnotí velice dobře - "Ještě jsme se pořádně nerafli."
A směje se u toho.

S 2 - Vztahy s ostatními seniory hodnotí kladně, uvádí, že každý je jiný, ale soužití je zde ucházející. Mohlo by to být i horší.

S 3 - S ostatními klienty vychází docela dobře, jen někteří jsou nepříjemní, tak se jim snaží vyhýbat.

S 4 - S ostatními klienty vychází, ale jak sám upozorňuje, tím že hodně cestoval, získal vědomosti světoběžníka a s ostatními klienty si nemá co říct, nerozumí mu.

S 5 - Vztahy s ostatními hodnotí kladně. Záleží na povahách, ale na pokoji s ostatními klienty vychází dobře.

S 6 - Soužití zde v domě hodnotí dobře, i když musí uznat, že se poslední dobou straní společnosti. Navštěvuje se zde s jednou klientkou, tu má ráda, ale jinak se sousedům vyhýbá. Je raději sama na pokoji. Ráda sleduje televizi a vzdělávací pořady.

S 7 - Je rád, že má v domově kamarády, se kterými se denně setkává, a tak mu není smutno. Posedávají po chodbách a povídají si.

S 8 - S ostatními seniory vychází dobře a má zde i partu přátel, se kterými se denně stýká, vzpomínají a povídají si spolu o běžném životě.

S 9 - Vztahy s ostatními lidmi hodnotí jako ucházející.

S 10 - S ostatními klienty vychází dobře a s některými má přátelský vztah.

7. Ošetrovatelská péče v domově pro seniory

Všech deset seniorů uvádí, že je s ošetrovatelskou péčí spokojeno. Seniorka č. 1 k tomu dodává, že je s ošetrovatelskou péčí v domově spokojená a že zatím nic nepotřebuje. Jen jednou byla nemocná a to byla poskytnutá péče dostačující. Seniorka č. 2 je s ošetrovatelskou péčí spokojená. Dodává, že když je nemocná a nemohou jí pomoci v domově pro seniory, zařídí jí vyšetření u specialisty. Uvádí, že právě byla v Českých

Budějovicích a vyšetřovali jí oči - začíná se jí zhoršovat zrak. Senior č. 4 uvádí, že s ošetrovatelskou péčí je spokojen a nic mu zde nechybí.

8. Kvalita péče

Většina klientů otázce nerozuměla, i když jsem se jí snažila vysvětlit.

S 1 - Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“ seniorka odpověděla, že vychází se všemi dobře.

S 2 - Na tutéž otázku odpověděla: „Sestřičky musí být k lidem, aby pomohly, a také každá to dělat nemůže, hlavně to přebalování.“

S 3 - Na otázku „Co ovlivňuje kvalitu péče“, odpověděla, že to nemůže posuzovat.

S 4 - Kvalitu péče ovlivňují samy sestry a paní ředitelka.

S 5 - Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpovídá: „Sestry si váží starého člověka a jejich pracovitost je vysoká“.

S 6 - Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpověděla, že se sestřičky snaží.

S 7 - Na otázku „Co ovlivňuje kvalitu péče“, neumí odpovědět. Nerozumí otázce.

S 8 - Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, nebyla schopná odpovědět. Nerozuměla otázce.

S 9 - Na otázku „Co si myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpovídá, že neví.

S 10 - Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpovídá, že je spokojená.

9. Péče sester o seniora

S 1 - Pomoc sester téměř nepotřebuje, takže nemůže uvést, jak často vyhledává jejich pomoc. Se sestřičkami je komunikace výborná, vyposlechnou její potřeby a vyhoví. Jinak jsou milé a přívětivé. S péčí je spokojená.

S 2 - S péčí sestřiček je spokojená, nestěžuje si na nic. Sestřičky moc nepotřebuje, jenom když má někam jet, tak potřebuje, aby jí to zařídily, například vyšetření nebo kontrolu u specialisty. Dále jí každý den podávají léky. Sestry k některým klientům chodí velice často, námi oslovená klientka tuto zvýšenou péčí zatím nepotřebuje. Na

otázku „Jaká je komunikace se sestrou“ odpověděla: „Jsou ochotný.“ S péčí je spokojená, u některých je péče náročnější a u některých méně.

S 3 - Na otázku „Co by se mohlo zlepšit ze strany sester“, řekla, že to nemůže kritizovat. Sestry příliš často nepotřebuje, je samostatná. Ale když je zavolá, jsou ochotny jí pomoci. Komunikace je dobrá, jen s jednou sestrou si nerozumí, a proto od ní nic nežádá. K péčí ze strany sester se nechtěla vyjadřovat.

S 4 - Na otázku „Co by se mohlo zlepšit ze strany sester“, odpověděl: „Nevím, nepřemýšlel jsem nad tím.“ Sestřičky potřebuje každý den několikrát. Je diabetik, chodí mu aplikovat inzulín a podávají mu léky. Komunikace se sestrami je dobrá, sám o sobě uvádí, že je „klaun“.

S 5 - Péči sester potřebuje hlavně, když je nemocný. Komunikace se sestrami je výborná, vždy se s nimi domluví. S péčí ze strany sestřiček je spokojený, mají prý hodně práce.

S 6 - S péčí je spokojená a nemyslí si, že by se něco mělo měnit. Péči sester využívá při sprchování, kdy ocení pomoc při vstupu do sprchového koutu a pomůžou jí umýt vlasy. Bojí se si dát ruce nad hlavu, kvůli možné závratí a pádu. Komunikace se sestrami je slušná, vycházejí jí vstříc a jsou příjemné. Na otázku „Jestli je s něčím nespokojená“ odpovídá, že není nespokojená.

S 7 - S péčí sestřiček je spokojený, tudíž ho nenapadá nic, co by se zde dalo zlepšit. Na tuto otázku říká: „Sestry se snaží dělat svojí práci dobře.“ Kdykoli sestry potřebuje a zavolá, přijdou a pomůžou. Komunikace je s nimi výborná, jsou příjemné a pozorné.

S 8 - S péčí sester je spokojená a nic by na tom neměnila. Pomoc sester potřebuje málokdy, ale jak říká: „Když zazvoním, tak přijdou a pomůžou.“ Komunikace je výborná, sestry jsou milé a trpělivé.

S 9 - S péčí sestřiček je spokojená a jak již uvedla, potřebuje spíše péči sociální a ekonomickou, nežli pomoc fyzickou a psychickou. V komunikaci se sestrami problém nevidí.

S 10 - S péčí sestřiček je spokojená a nemá k nim žádné výtky, komunikace s nimi je výborná a pokud seniorka něco potřebuje, zařídí to.

10. Možnosti zkvalitnění péče

S 1 – Ke zlepšení péče ze strany sester žádné připomínky neměla. Nemyslí si, že by se dalo něco zlepšit, není odborník a nevyzná se v tom. Nedostatky nepocítuje.

S 2 - Domnívá se, že vždycky je co zlepšovat. Těší se do nového domova pro seniory, který se v místě toho stávajícího staví a na podzim by se do něj měli přestěhovat. Myslí si, že tam bude více soukromí, díky pokojům s menším počtem klientů.

S 3 - Nemyslí si, že by se zde něco dalo zlepšit.

S 4 - Na otázku „Jestli by se dalo něco zlepšit“, odpovídá, že neví, že by musel na sobě začít pracovat, aby mohl něco kritizovat.

S 5 - Na otázku „Co by se dalo zlepšit“, odpovídá, že by se měly odstranit schody a že se těší do nového domova, kde bude všechno bez schodů a budou moci kdykoli ven do parku. Na možnost zlepšení péče ze strany sester odpověděl, že ho nic nenapadá.

S 6 - Vždy je co zlepšovat, takže i v tomto domově.

S 7 - Žádné výhrady k péči nemá.

S 8 - Nenapadá ji nic, co by se zde v domově dalo zlepšit, nebo spíše o tom nikdy nepřemýšlela.

S 9 - Nemyslí si, že by toto zařízení mělo nějaké nedostatky.

S 10 - Na otázku „Co by se zde v domově dalo zlepšit“, odpovídá, že ji nic nenapadá a že nad tím nikdy nepřemýšlela.

5. DISKUSE

V rámci kvalitativního šetření byly použity polostandardizované rozhovory se sestrami a klienty, sloužící ke zjištění, zda sestry dodržují standardy ošetrovatelské péče a zda se kontinuálně vzdělávají. Dále jsem se pokusila zmapovat názory klientů na kvalitu ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Z šetření vyplývá, že se sestry chtějí vzdělávat a vzdělávají. Čtyři sestry mají specializaci v Brně, tři sestry v gerontologii a jedna v interních oborech. Jak uvádí Vévoda (2013), povinnost celoživotního vzdělávání je jak pro zdravotnické pracovníky, tak i pro jiné odborné pracovníky. Většina z nich v rámci samostudia čte odbornou literaturu, vyhledává informace na internetových stránkách, jezdí na semináře a různá školení. Vévoda (2013) dodává, že speciálně zákon o zdravotních službách stanovuje, že péči o seniory může provádět pouze kvalifikovaný zdravotnický pracovník. U sester je systém plnění celoživotního vzdělávání založen na kreditním systému, který je kontrolován v rámci vydávání osvědčení k výkonu povolání bez dohledu kvalifikované sestry. Počty kreditů určuje vyhláška č. 423/2004 Sb. Je v zájmu zařízení, aby sestry tyto kurzy navštěvovaly a kredity získávaly. Sestry jsou pak zkušenější a jejich práce odbornější. Co se týče standardů sledování indikátorů kvality, zařízení je mají většinou vypracovány, sestry jsou s nimi seznámeny a také je dodržují. Kontroly dodržování standardů kvality probíhají na všech odděleních. Kontroly provádí vrchní sestra a na některých pracovištích i ředitelka. Četnost kontrol bývá namátková nebo 1x do měsíce. Klient na kvalitu ošetrovatelské péče pohlíží nejen objektivně, ale i subjektivně. Jak uvádí Ondřiová (2013), kritéria ošetrovatelské péče můžeme rozdělit na několik oblastí indikátorů, například spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí, s množstvím a kvalitou poskytnutých informací, tlumením bolesti, výskyt dekubitů, pády klientů, počet nehod, pracovní spokojenost sester atd. Nežádoucí události - pády, jsou zaznamenávány ve všech zařízeních. Proto se všude snaží o prevenci, aby k pádům docházelo co nejméně. Na otázku: „Jaká opatření provádíte v prevenci snížení nežádoucích událostí - pádů?“, respondentka 1 odpověděla, že používají protiskluzné koberečky u lůžka, signalizační zařízení, u ležících klientů používají postranice pouze na klientovu žádost a ordinaci

lékaře. Sestra 2 uvedla, že mimo zmíněné pomůcky používají protiskluzná linolea, různé zvedáky, pomůcky k polohování klienta a nabádají klienty k nošení vhodné obuvi. Sestra 4 poukazuje na důležitost znát dobře aktuální stav klientů. Sestra 5 doplňuje, že používají kompenzační pomůcky, hole a zábrany. Sestry 6, 7 a 9 upozorňují na výhody bezbariérových prostorů. U otázky: „Provádíte při příjmu pacienta hodnocení rizika vzniku dekubitů?“, všechny sestry shodně uvedly, že provádí. Uvedly, že klienta zběžně prohlédnou, pokud je u klienta riziko vzniku dekubitu vyšší, prohlédnutí klienta je důkladnější. V některých zařízeních vedou fotodokumentaci rizikových míst a vzniklých dekubitů. Sestra 1 dodává, že hodnocení rizika vzniku dekubitů provádí ještě každý půl rok anebo při změně stavu klienta. Sestra 6 upozorňuje, že provádí celkovou prohlídku u imobilních klientů při návratu z nemocnice zpět do zařízení. Jen sestry 8 a 9 připomíná, že provádí prohlídku u přijímaných klientů, pouze pokud je klient rizikový. Jinak prohlídka probíhá pouze pohledem. Při podezření na vznik dekubitu a při vzniku dekubitu ve většině zařízení začnou klienta polohovat, použijí antidekubitární matrace do lůžka a další pomůcky k polohování klienta. Sestry 3, 5, 7 a 9 uvádí, že pokud se projeví proleženina, klienta navštíví přivolaný lékař. Lékař zahájí léčbu. U sester 4, 6 a 8 je důležitá prevence. Jsou přesvědčeny o tom, že pokud jsou v neustálém kontaktu s klientem, jsou schopny vznik dekubitu včas odhalit a podchytit. Mikula (2008) upřesňuje, že dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam jak při předcházení vzniku, tak i léčbě dekubitů. Na otázku číslo 10: „Myslíte si, že úroveň péče o seniory je na vašem pracovišti dostačující?“, všechny sestry odpověděly, že je péče o klienty dostačující. Sestra 5 dodává, že jako velký problém vidí úzké chodby a malé prostory, které zabraňují jak mobilním, tak i imobilním klientům v pohybu po zařízení. Spolupráce s rodinou na péči o seniora je velice individuální. Většina oslovených respondentek uvádí, že některé rodiny spolupracují, a jiné ne. Lze konstatovat, že zhruba polovina rodin klientů se o seniory zajímá, navštěvuje je a s personálem spolupracuje. Sestra 6 uvedla za příklad jednu rodinu, která o svého blízkého pečuje přímo ukázkově. Denně klientku navštěvuje v domově a na víkendy ji bere do domácího ošetřování. Druhá polovina se nezajímá ani o klienta ani o spolupráci s personálem. U sestry 7 musím

upozornit na to, že s péčí rodin o klienty moc spokojená není. Někteří nejeví vůbec žádný zájem a to se projevuje na klientech samotných, jejich pasivním přístupem.

V podobné formě jsem přistoupila k rozhovorům se seniory, žijícími v domovech pro seniory v regionu Tábor. Otázky na ně směřované se týkaly předchozího pobytu, péče o ně před nástupem do domova pro seniory a spokojenosti s péčí v nynějším domově. Většina klientů před odchodem do domova pro seniory přetrvávala v domácím prostředí, kde veškerou péčí o sebe zvládali sami nebo s pomocí příbuzných. Jak dodává Venglářová (2007), starší člověk, který žije osaměle a je závislý na péči rodiny, začne zvažovat ústavní péči, až když péče rodiny nestačí anebo rodina z různých důvodů již pomáhat nemůže. Například seniorka č. 1 do domova pro seniory přišla z jiného domova, chtěla být svým dětem blíže. Do té doby se musela o vše postarat sama. Seniorka č. 3 před nástupem do domova žila v domově s pečovatelskou službou, kde již poskytovaná péče nestačila, a tak se rozhodla pro odchod do domova pro seniory. Do té doby se o ni staral syn a pečovatelky. Seniorka č. 9 byla v jiné životní situaci, celý život o ni pečovala matka a po jejím úmrtí se musela rozhodnout co dál, protože bydlet a starat se sama o sebe by nezvládla. Proto se rozhodla jít do domova pro seniory, kde o ni bude postaráno. Délka pobytu v zařízeních se pohybuje od necelého 1 roku až do 15 let. Na otázku: „Jaká je vaše soběstačnost?“, většina seniorů uvedla, že se z velké části o sebe starají sami. Je pravdou, že vybraní klienti byli chodící a poměrně mladšího seniorského věku. Tudíž z velké části základní péči a hygienické návyky o sebe zvládají sami. Jen senior č. 5 uvedl, že už moc samostatný není a že je závislý na péči sester. Seniorka č. 1 uvedla, že se sama umyje, vyčistí zuby a použije bez pomoci toaletu. Stravování je také bez obtíží. Seniorka č. 3 uvedla, že mimo hygienu a stravování zvládá také úklid pokoje s ustláním lůžka. Výjimku tvoří senior č. 5, který uvedl, že už moc samostatný není a že je závislý na péči sester. Senioři č. 6, 7 a 8 uvedli, že potřebují k zvládnutí všech činností lehkou dopomoc sester. Seniorka č. 9 uvádí, že péči o sebe zvládá sama, ale potřebuje pomoc s organizací finančních záležitostí, jinak je samostatná. Seniorka č. 10 péči zvládá sama, ale váží si nabízené pomoci ze strany personálu. Jak dodává Malíková (2011), náročnost poskytované ošetrovatelské péče se odvíjí od závislosti klienta na péči. Čím vyšší je nesamostatnost klienta, tím je pro

personál náročnější péče. Na otázku: „Navštěvují vás rodinní příslušníci zde v domově pro seniory, pokud ano, jak často?“, většina klientů uvedla, že za nimi rodinní příslušníci dochází. U některých pravidelně, podle možností a u některých nedochází příbuzní tak často, jak by si představovali. Jak uvádí senior č. 3, část rodiny bydlí daleko a mají problémy s dojížděním, proto nechodí na návštěvy tak často, jak by si představoval. Seniorka č. 6 sděluje, že ji navštěvují nejenom každý týden, ale jsou s ní i v neustálém telefonickém kontaktu. Výjimku tvoří seniorka č. 8, která má svoji rodinu a příbuzné daleko, a tak za ní přijíždějí málo. Navštěvují ji spíše přátelé a známí z města, kde dříve žila. Většina seniorů svůj vztah se spolubydlíci hodnotí velice dobře, vychází spolu a navštěvují se. Mají zde kamarády a tráví spolu volný čas. Senior č. 3 s ostatními klienty vychází dobře, jen s některými si nevyhovují, tak se s nimi nestýká nebo spíše se jim snaží vyhýbat. Senior č. 4 upozorňuje na to, že tím, že celý život cestoval a pohyboval se v jiné společnosti, snaha navázat řeč se seniory v domově není vždy lehká, a tak si s nimi někdy nemá co říct. Seniorka č. 6 soužití v domově hodnotí dobře, ale sama na sobě pozoruje, že se poslední dobou straní společnosti a se seniory v domově se nestýká. Navštěvuje se pouze s jednou klientkou, kterou má ráda. Na další otázku: „Jste spokojeni s ošetrovatelskou péčí v domově?“, všichni senioři odpověděli, že jsou s péčí spokojeni. Otázce číslo 8: „Co myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče?“ klienti nerozuměli, nebo nevěděli co odpovědět. Zde jsem si uvědomila, že otázka byla pro klienty z mé strany špatně formulovaná. Spíše se vyjadřovali k péči ze stran sester, jestli s nimi vycházejí, jestli o ně dobře pečují a seniorka č. 10 na to uvedla, že je spokojená. Klientka č. 3 dodala, že toto nemůže posuzovat, zatímco klient č. 4 uvedl, že kvalitu péče ovlivňují samy sestry a paní ředitelka. Další oblast se týkala péče o seniora a tuto oblast péče jsem rozvinula na tři podotázky: „Co by se mohlo zlepšit v péči ze strany sester?“, „Jak často potřebujete pomoc sestry?“ a „Jste s něčím nespokojen/á v péči o vás ze strany sester?“ Klienti jsou převážně spokojeni a uvádí, že buď péči sester skoro nepotřebují, a když něco potřebují, je jim vyhověno. Sestry jsou milé a trpělivé. Klient č. 4 uvádí, že péči sester potřebuje několikrát denně, je diabetik, a tak mu chodí aplikovat inzulín a podávat léky. Klient č. 5 dodává, že péči potřebuje hlavně, když je nemocný. Klientka č. 6 péči sester potřebuje při sprchování. Má obavy

z pádu, a tak jejich pomoc ocení. Klientka č. 9 sestry spíše potřebuje při zabezpečení po stránce sociální. Na další otázku: „Jaká je komunikace se sestrou?“ většina respondentů odpověděla, že komunikace se sestrami je dobrá, že jsou pozorné, milé a ochotné. Vždy se s nimi domluví. Jen jedna respondentka uvedla, že komunikace se sestrami je dobrá, jen s jednou sestrou si nerozumí, tudíž od ní nic neřádá. Jak dodává Venglářová (2007), základem vztahu mezi sestrou a seniorem je dobrá komunikace. Sestra musí umět naslouchat a sledovat mimořechové signály. Některým seniorům trvá déle, než naváží kontakt s personálem a prolomí komunikační bariéru, proto je vhodné, aby personál seniora ke spolupráci vyzval. Na otázku: „Domníváte se, že by se dalo něco zlepšit?“, většina respondentů odpověděla, že si nemyslí, že by se v domově dalo něco zlepšit, nebo že naopak nad tím nikdy nepřemýšleli. Nedostatky nepocitují, anebo neví, co by se zde dalo zlepšit. Senior č. 5 vytýkal množství schodů v zařízení, které znemožňují pohyb po domově a bariérový výstup na zahradu. Těší se do nového domova, do kterého by se měli nastěhovat na podzim. Někteří senioři upozorňovali na to, že se vždy nechá něco zlepšovat, ale nevedli příklad.

6. ZÁVĚR

Problematika kvality ošetrovatelské péče v domovech pro seniory je v dnešní době často diskutované téma. V teoretické části byla popsána ošetrovatelská péče, její vývoj a současnost a dále potřeby seniora, role sestry v péči a jejich komunikace se seniory. Cílem empirické části bylo zjistit, zda sestry pracující v domovech pro seniory dodržují standardy ošetrovatelské péče a kontinuálně se vzdělávají v ošetrovatelské profesi a dále zmapovat názory klientů na kvalitu ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Pro účely této práce byly zvoleny sestry pracující v domovech pro seniory a klienti zde žijící. Metodou šetření byl polostandardizovaný rozhovor. Respondentky pracující v domovech pro seniory jsou středoškolsky vzdělané a některé mají i specializace v jiných oborech. V oboru pracují více jak 20 let a o další vzdělávání mají zájem. Informace získávají z odborných časopisů, ze školení, seminářů a internetových stránek. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče mají vypracovány na všech odděleních a dodržují je. Kontrolu dodržování standardů kvality provádí vrchní sestry a paní ředitelka zařízení. V prevenci nežádoucích událostí- pádů sestry používají dostupné pomůcky a vybavení, jako jsou protiskluzná linolea, různé zvedáky, u ležících nemocných postranice do lůžka, nabádají nemocné k nošení vhodné obuvi a upozorňují i na výhodu bezbariérových prostor. Všechny sestry provádí hodnocení rizika vzniku dekubitů, a to při příjmu a během hospitalizace. Při podezření nebo při vyskytnutí dekubitu začnou sestry klienta polohovat a použijí antidekubitární matrace. Ke klientovi zavolají lékaře a ten zahájí léčbu. U některých sester je důležitá prevence. Péče o seniory v domovech pro seniory je dostačující, jen jedna uvedla, že problémy vidí v úzkých chodbách a schodech. Spolupráce s rodinami klientů je uspokojivá, některé rodiny spolupracují ukázkově, jiné bohužel nejeví o klienta zájem. Dotázaní respondenti žijící v domovech pro seniory uvedli, že do domova přišli z různých důvodů, nejčastěji uváděli zhoršení zdravotního stavu a neschopnost se o sebe postarat v domácím prostředí. Délka pobytu v zařízení se pohybuje od necelého roku až do 15 let. Většina z dotázaných klientů je schopna se o sebe postarat sama, jen menší část je nějakým způsobem závislá na sestře. Návštěvnost u klientů je uspokojivá, většina oslovených klientů uvádí, že za nimi rodinní příslušníci dochází, jen malá část si

posteskla, že by chtěla, aby chodili častěji. Většina klientů hodnotí vztahy s ostatními klienty dobře, soužití v domově je ucházející. Hodnocení kvality péče v domově pro seniory nebyli senioři schopni komentovat, většina klientů otázce nerozuměla a odpovídala spíše na spokojenost s péčí sester. S péčí sester jsou klienti převážně spokojeni, sestry jsou milé a trpělivé. Pokud klient potřebuje pomoc, sestry mu jí rádi poskytnou. Klienti si nemyslí, že by se v domově nechalo něco vylepšit.

Přestože vzorek respondentů je malý, a není tudíž možné z něho dělat závěry, bylo zjištěno, že sestry v domovech pro seniory dodržují standardy kvality ošetrovatelské péče a že se sestry kontinuálně vzdělávají. Většina oslovených klientů domova pro seniory je s péčí v domově spokojena. V praxi bych chtěla výsledky šetření prezentovat ve zmíněných domovech pro seniory. Zjištěné údaje by mohly být použity pro informovanost samotných sester a managementu zařízení.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Role sestry specialistky: Vybrané kapitoly z psychologie*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 978- 80- 7013- 488- 7.
2. CHRZOVÁ, Anna. *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí: Využívají sestry svůj profesní prostor?*. Brno: NCO NZO, 21. -22. listopad 2006. ISBN 80- 7013- 449- 6.
3. GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Překlad Jana Heřmanová, Věra Topilová. Praha: Grada, 2003, 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
4. HEŘMANOVÁ, Jana a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4734-699.
5. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 110, 12 s. ISBN 80-736-8110-2.
6. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4728-308.
7. KILÍKOVÁ, Mária. *Základy manažmentu v ošetrovatel'stve I*. Bratislava: Sapientia, 2006. ISBN 80- 89271- 01- 4.
8. KLEVETOVÁ, Dana. *Sociální péče: Péče o kůži*. Brno: Ikaria cz a.s, 2008, roč. 4. ISSN 1213- 2330.
9. KOCIÁNOVÁ, Kamila a Zuzana PEREGRINOVÁ. *Fyzioterapia v geriatrici*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80- 8063- 132- 8.

10. KOZIEROVÁ, B. *Nové trendy v ošetrovatelství IV.: Ošetrovatelství a kvalita života seniorů*. 1. vydání. České Budějovice: ZSF JU, 29. -30. září 2005. ISBN 80- 7040- 791- 3.
11. MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
12. MALINKOVÁ, Marie. *Role sestry specialistky: Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 978- 80- 7013- 488- 7.
13. MALÍKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelská péče: Náročnost a rozdílnost ošetrovatelské zátěže v domovech pro seniory a v hospicích*. Brno: Siviliana s. r. o., 2010, č. 2. ISSN 1213- 2330.
14. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80- 247- 3148- 3.
15. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství I.díl: Systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
16. MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 176 s. ISBN 978-807-2624-997.
17. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1. Aktualiz. a dopl.* vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
18. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s., viz. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-2043-2.

19. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Editor Jiří Vévoda. Praha: Grada, 2013, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
20. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-701-3436-4.
21. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 1.díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978- 80- 247- 3184- 1.
22. MLÝNKOVÁ, Jana. *Sociální péče: Příčiny a vznik dekubitů*. Brno: Ikaria cz a.s, 2010, roč. 1. ISSN 1213- 2330.
23. ONDRIOVÁ, Iveta. *Sestra: Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče*. Praha, 2013, roč. 23, č. 1. ISSN 1210- 0404.
24. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
25. POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4316-5.
26. RALBOVSKÁ, Rebeka a Renata KNEZOVIĆ. *Management*. Vyd. 1. Praha: Evropské vzdělávací centrum Praha, 2010, 119 s. ISBN 978-80-87386-04-0.
27. RESOURCES, John Commission. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-159.

- 28.** SOVOVÁ, Olga. Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka. Vyd. 1. Praha: Leges, 2011, 299 s. Praktik. ISBN 978-808-7212-721.
- 29.** SOMROVÁ, Jana a Sylva BÁRTLOVÁ. Význam indikátorů kvality v ošetrovatelské péči. *Ošetrovatelský obzor*. 2012 IX, 3-4. ISSN 1336- 5606.
- 30.** SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
- 31.** ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978- 80- 247- 2616- 8.
- 32.** ŠKRLA, Petr. Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419 - 4.
- 33.** ŠKRLOVI, Petr a Magda. Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
- 34.** ŠTILEC, Miroslav. Program aktivního stylu života pro seniory. 1. vydání. Praha: Portál s.r.o, 2004. ISBN 80- 7178- 920- 8.
- 35.** VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80- 247- 2170- 5.
- 36.** VÉVODA, Jiří. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. 1.vyd. Editor Jiří Vévoda. Praha: Grada, 2013, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

37. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 95 s. ISBN 978-802-4731-322.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

senior

péče

kvalita

ošetřovatelství

domov pro seniory

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Rozhovory se sestrami

Příloha 2 Rozhovory se seniory

Příloha 1

Odovědi na polostrukturované otázky všeobecných sester

Všeobecná sestra č. 1, věk 39

Nejvyšší dosažené vzdělání sestry je středoškolské, zakončené maturitou. V oboru pracuje 20 let. Vzdělává se průběžně, ne-li pořád. Sestra se ráda účastní jakéhokoli školení, kde se dozví nové informace. Další informace, týkající se problematiky stáří, získává z časopisů a podobné literatury. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče mají na oddělení zpracovány a dodržují je. Jejich správné dodržování kontroluje vrchní sestra a namátkově paní ředitelka Domova pro seniory. V prevenci snížení nežádoucích událostí provádějí opatření, jako jsou například protiskluzové koberečky u lůžka, signalizační zařízení, u ležících to jsou postranice na klientovu žádost a ordinaci lékaře, dále chodítka. Hodnocení rizika vzniku dekubitů se provádí při příjmu a následně každý půl rok nebo při změně stavu klienta. Při podezření vzniku dekubitu klienta polohujeme a použijeme antidekubitární matrace a pomůcky. Péče o seniory na našem oddělení je dostačující. Rodiny klientů většinou spolupracují, ale je to zcela individuální, některé z rodin dostatečně komunikují a podílí se na péči, jiné se nestarají celý rok.

Všeobecná sestra č. 2, věk 40

Nejvyšší dosažené vzdělání sestry je středoškolské. Další střední školu, kterou vystudovala, byla střední škola ekonomická. V oboru pracuje 20 let, z toho 9 let v sociálních službách. O další vzdělávání má zájem, je spokojená s různými školeními, na která jezdí. Nové informace získává z časopisu Sociální péče, internetových stránek, školení, kurzů a podobně. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na oddělení vypracovány mají a snaží se je dodržovat. Na dodržování standardů kvality dohlíží vedoucí pracovníci a namátkově paní ředitelka zařízení. Opatření v prevenci snížení nežádoucích událostí – pádů, používají signalizaci u lůžka klienta, vhodnou obuv, protiskluzové linoleum, pro ležící klienty postranice. Souhlas s užíváním postranic je založen v dokumentaci. Dále používají různé zvedáky a pomůcky

k polohování klienta. Při příjmu klienta je možnost vzniku dekubitů zhodnocována. Klient je prohlédnut a je provedena fotodokumentace možných rizikových míst nebo vzniklých dekubitů. Pokud jsou zaregistrováni riziková klienti, obézní nebo naopak příliš hubení, prevenci dekubitů se věnuje více času a péče. Z těchto i z jiných důvodů si myslí, že péče o klienty je v domově dostačující. Spolupráce rodin se různí, některé rodiny spolupracují s personálem velmi dobře a jsou stále v kontaktu, a některé naopak počítají s tím, že předaly seniora do domova a tím jejich veškerá péče končí. Je to velice individuální.

Všeobecná sestra č. 3, věk 57

Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské se specializací v geriatrii. V oboru pracuje 30 let. Co se týče vzdělávání, uvádí, že se vzdělává velmi často. Jezdí na různá školení, která se týkají seniorské problematiky. Další informace a užitečné rady získává ze školení, literatury a odborného časopisu Sestra. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na oddělení mají vypracovány a dodržují je. Kontrolu dodržování standardů provádí vrchní sestra a občas i paní ředitelka domova. Nejenom, že sleduje provedené výkony, ale namátkově si vybere klienta a zeptá se ho na spokojenost s péčí. Opatření k prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů používají protiskluzová linolea, koberečky u lůžka klienta, u imobilních klientů postranice u lůžka. Při příjmu do domova klienta zběžně prohlédnou, pokud je imobilní o to s větší pečlivostí, aby nedošlo k přehlédnutí začínajícího nebo již vzniklého defektu (dekubitu). Pokud zjistí u klienta během pobytu možný vznik dekubitu, nahlásí tuto informaci lékaři a ihned začnou s polohováním a použitím antidekubitárních pomůcek. Myslí si, že úroveň péče v domově je dostačující. Péče o seniory je podstatně citlivější, pokud spolupracuje rodina. Přístup rodiny je individuální, některá plně spolupracuje, a některá naopak nespolečně celý rok a nejeví o rodiče zájem.

Všeobecná sestra č. 4, věk 51

Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. V oboru pracuje 32 let s malými pauzami. Dalšího vzdělávání se zúčastňuje ráda, na seminářích se dozví spoustu informací

o problematice stáří. Další informace vyhledává na internetových stránkách, v odborné literatuře a dále z různých školení, kurzů a také z vlastního pracoviště. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče mají vypracovány a striktně se podle nich řídí. Kontrolovány jsou od vrchní sestry a průběžně i od paní ředitelky zařízení. V prevenci snížení nežádoucích událostí - pádů používají signalizační zařízení, různé protiskluzové podložky a dále postranice u imobilních klientů. Důležité je znát aktuální stav klienta. Při příjmu každého imobilního nebo rizikového klienta prohlédnou a stanoví další postup. Pokud zjistí, že má klient proleženinu, ihned začnou s polohováním, do lůžka vloží antidekubitární matraci a použijí další pomůcky k polohování klienta. Nejlepší je, pokud k ničemu takovému vůbec nedojde a funguje prevence. Úroveň péče o klienty je dostačující, podle srovnání s předchozím pracovištěm, kde pracovala 4 roky, je o tom dokonce přesvědčena. Rodiny klientů většinou spolupracují, ale někteří bohužel o seniora zájem nemají.

Všeobecná sestra č. 5, věk 55

Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, poté doplněno o specializaci v interních oborech v Brně. V oboru pracuje 35 let a má pocit, že pečovat o staré lidi je jí souzené. Zájem o další vzdělávání má a zúčastňuje se různých seminářů, přednášek a školení. Informace o problematice stáří nachází v odborných časopisech, na internetových stránkách a z jiné odborné literatury. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče v zařízení mají a snaží se je dodržovat. Kontrola probíhá zhruba 1x měsíčně a provádí ho vrchní sestra a namátkově paní ředitelka zařízení. Do opatření k prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů spadá signalizace u lůžka, vhodná obuv, kompenzační pomůcky, hole, chodítka a zábrany u lůžka, která jsou podmíněna souhlasem klienta. Někteří klienti vyloženě vyžadují zábrany u lůžka na celý den, někteří jenom na noc z obavy pádu na zem. Při příjmu klienta důkladně prohlédnou a zaevidují případné defekty. Pokud se zjistí nově vzniklý dekubit během pobytu v Domově pro seniory, okamžitě se začne s léčbou. Informují lékaře, který klienta prohlédne a naordinuje léčbu. Samozřejmě se ihned začne s pravidelným polohováním klienta a do lůžka se vloží antidekubitární matrace. Péče o klienty v domově je

dostačující, za velký problém považuje úzké chodby a malé prostory a s tím je spojená i špatná manipulace s imobilními klienty. Ani pro chodící klienty to není úplně ideální, stačí hole nebo berle, a chůze po chodbě je omezená nebo jenom s velkou opatrností. Doufá, že se stav zlepší po přestěhování do nového domova na podzim tohoto roku. Jinak se snaží klientům pobyt v domově zpříjemnit, jak nejvíce mohou, a to například na stanici C. Tam pracují podle biografie, tj. přizpůsobením prostorů, vybavením a výzdobou stěn z 80. - 90. let. Vše tu klientům připomíná jejich mládí a dobu, ve které žili. Spolupráce s rodinami klientů je individuální, někteří přicházejí velmi často, a někteří se naopak nestarají vůbec. Nejeví zájem o zdravotní stav klienta, ani o klienta jako takového.

Všeobecná sestra č. 6, věk 43

Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, zakončené maturitou. V oboru pracuje 13 let, tato práce je jí velice blízká a jinam by jít pracovat nechtěla. Dalšího vzdělávání s touto tematikou by se zúčastnila ráda. Jezdí na různá školení a semináře, během roku totiž musí být pravidelně proškoleny a vzdělávány. Další informace o problematice stáří získává z odborných časopisů a knih, které domov odebírá a nakupuje pro vzdělávání svých zaměstnanců, dále z internetových stránek a jiných zdrojů. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na oddělení mají a snaží se je dodržovat. Kontrolu dodržování standardů provádí zcela namátkově vrchní sestra. Jelikož se vrchní sestra pohybuje v běžném provozu na oddělení, není si provedených kontrol často ani vědoma. Do opatření k prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů patří správná obuv, protiskluzové podložky, mají bezbariérový systém. Zábrany, které se mohou do lůžka vkládat, se dávají se souhlasem klienta. V domově jsou k dispozici nízké zábrany, které mohou být použity i bez souhlasu klienta. Při příjmu provádí hodnocení rizika vzniku dekubitů pouze u rizikových klientů, kteří jsou imobilní. Dále provádí celkovou prohlídku imobilního klienta při návratu z nemocnice do zařízení. Během pobytu monitorují každého rizikového imobilního klienta, aby se předešlo vzniku dekubitů, takže prevence je na prvním místě. Péče o seniory je dostačující, je přesvědčena, že dokonce výborná. Rodiny klientů dochází často, samozřejmě je to

velice individuální. Sestra uvedla za příklad jednu rodinu, která pečuje o seniora ukázkově. Je to syn jedné klientky, který dochází během týdne a každý den mamince podává stravu a na víkend si ji bere k sobě domů a poskytuje jí celkovou péči. Do toho spadá i ošetřování proleženin, které se u dané klientky nehodí.

Všeobecná sestra, č. 7, věk 54

Nejvyšší dosažené vzdělání po absolvované střední zdravotnické škole je specializace v gerontologii v Brně. V oboru se pohybuje od roku 1991, je to již 23 let. Individuálně se vzdělává a doplňuje si vědomosti čtením odborných časopisů a další literatury a vyhledává témata věnovaná problematice seniorů. Další informace získává z internetových stránek a účastní se pravidelných školení a seminářů. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na oddělení vypracované mají a snaží se je dodržovat. Kvalitu péče kontroluje vrchní sestra, a to zhruba jednou za měsíc. V prevenci snížení nežádoucích událostí - pádů mají zavedené například signalizační zařízení u lůžek, doporučují kvalitní obutí, kompenzační pomůcky, hole, chodítka, zábrany u lůžka, ty mohou být dány pouze se souhlasem klienta a po indikaci lékaře. Toto všechno je evidováno v dokumentaci klienta. Při příjmu klienta do zařízení provádějí hodnocení rizika vzniku dekubitů. Týká se to pouze rizikových klientů, překlady z hospitalizací v nemocnici nebo u imobilních klientů. Během pobytu se soustředí na rizikové klienty a při jakémkoli podezření začnou klienta polohovat, použijí antidekubitární pomůcky a při větším postižení dané oblasti klienta navštíví přivolaný lékař. Snaží se svoji práci dělat svědomitě, proto si myslí, že je péče o seniory dostačující. Se spoluprací rodiny o klienta zase až tak spokojená není, někteří nejeví vůbec žádný zájem a tento nezájem je na klientech zřetelný. Jsou pasivní a nespolupracují. Ke zlepšení dochází po případné návštěvě. Myslí si, že by kvalita péče byla o poznání lepší, kdyby se rodiny klientů více zajímaly.

Všeobecná sestra č. 8, věk 39

Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitou. V oboru se pohybuje 16 let a nechtěla by tuto práci měnit za jinou. Práce se seniory se jí líbí a je to její

poslání. Během roku se účastní školení nejen na téma problematika seniorů, ale i školení s jiným zaměřením. Další informace a novinky týkající se tohoto zaměření získává z odborných časopisů, internetových stránek a další dostupné literatury. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na oddělení mají, snaží se je dodržovat a péči podle nich uzpůsobit. Kontrolu provádí vrchní sestra, a to zcela individuálně. V prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů používají protiskluzné koberečky, vhodnou obuv, chodítka a signalizace u lůžka. Při příjmu klienta do zařízení provádí zběžnou kontrolu zrakem a pouze u rizikových klientů udělají celkovou prohlídku. Je to například u imobilních klientů nebo při příjmu klientů s nadváhou. Během pobytu v zařízení jsou v trvalém kontaktu s klientem, takže jsou schopni vznik dekubitu včas podchytit a včas začít s léčbou. V zařízení je péče o seniory dostačující. Spolupráce s rodinami je v průměru docela dobrá, někteří se starají více, někteří méně. Bohužel jsou i rodiny, které svého příbuzného nenavštíví vůbec.

Všeobecná sestra č. 9, věk 51

Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitou. V oboru se pohybuje 20 let a 10 let v sociálních službách. Zájem o další vzdělávání má a snaží se o této problematice dozvědět co nejvíce. Další informace získává z odborné literatury a seminářů. Vědomosti, které získá, uplatní v zaměstnání a tím je péče o klienty kvalitnější. Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na oddělení zpracovány mají a snaží se je dodržovat. Proces kontrol provádí vrchní sestra, a to zhruba 1x měsíčně. V prevenci snížení nežádoucích událostí - pádů používají protiskluzné koberečky, bezprahové vchody do místností, zábrany u lůžka klientů a doporučují nošení vhodné obuvi. Pokud přijímají nového klienta, provádí jen zběžnou prohlídku, a to nejčastěji pouze pohledem. Je-li klient rizikový, například imobilní, prohlídka je důkladnější a zjištěný defekt zaznamenají do dokumentace. Podle toho se pak s klientem pracuje. Používají antidekubitární matrace a další pomůcky, často se pak klienti polohují a masírují se jim riziková místa, aby se zabránilo vzniku dalším dekubitům. Pokud se vyskytne proleženina, informuje se lékař a ten zahájí léčbu. Dále se pokračuje v intenzivním odlehčování postižených míst. Péče o seniory je dostačující,

snaží se v péči nic nezanedbat. Rodiny většinou na péči o seniora spolupracují, ale najdou se i takoví, kteří bydlí v místě domova pro seniory, a své staré rodiče přesto nenavštíví.

Všeobecná sestra č. 10, věk 53

Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské zakončené maturitou a další vzdělání je specializace v gerontologii. V oboru se pohybuje již 33 let. Vzdělávání na seminářích a školeních používá ke zkvalitnění své práce. Jako další informační zdroje slouží odborné časopisy Sestra a Ošetřovatelská péče. Na internetových stránkách vyhledává informace, které jí zajímají a potřebuje je při hledání řešení nějakého problému. Standardy sledování indikátorů kvality ošetřovatelské péče v domově pro seniory jsou vypracovány a jsou striktně dodržovány. Mají obavy ze zanedbání péče a možných problémů, které by mohly nastat. Kontrolu provádí vrchní sestra a to namátkově. V prevenci snížení nežádoucích událostí- pádů, používají protiskluzná lina, koberečky, klienta upozorňují na vhodné obutí, dále používají zábrany a signalizace u lůžka. Při příjmu klienta udělají zběžnou prohlídku, důkladněji ji provádí pouze, když patří mezi rizikové klienty. Pokud se objeví možnost vzniku dekubitu, začne se okamžitě s polohováním a do lůžka se vloží antidekubitární matrace. Sestra je přesvědčena, že péče o seniory je dostačující. Komunikace s rodinnými příslušníky je docela dobrá, dochází za svými rodiči a berou si je i na víkendy. Někteří ale bohužel nemají vůbec žádný zájem.

Příloha 2

Odpovědi na polostrukturované otázky - senioři

Senior č. 1

Jako první jsem oslovila seniorku, které je kolem 80 let a do domova přišla z Domova pro seniory z Volyně, kam šli nejprve se svým manželem, ale po jeho úmrtí její děti chtěly, aby se přestěhovala blíže za nimi. Pro pobyt v domově se s manželem rozhodla kvůli velkému domu, který si zamlada postavili a na stáří v něm zůstali osamoceni. Jejich děti se odstěhovaly za prací, a tak na všechny starosti kolem domu zůstali sami. Manžel onemocněl a byl hospitalizován v nemocnici a z nemocnice už přešel rovnou do domova pro seniory. Než se rozhodli jít do domova, pečovali o sebe společně. Občas, když přijely děti na víkend, tak jim s něčím pomohly. V domově žije 2 roky. Zde v domově, pokud je to možné, se stará sama o sebe. Sama se umyje, vyčistí si zuby, dojde si na toaletu a stravuje se také zcela bez pomoci. Rodina za dotázanou chodí pravidelně. Dcera chodí jeden den v týdnu a v neděli si ji berou domů na oběd. Syn dochází také velice často, bydlí totiž v místě domova a s matkou mají hezký vztah. Vnučka ji navštěvuje jednou za 14 dní. Vztah se spolubydlícími hodnotí velice dobře, „Ještě jsme se pořádně nerafli!“, a směje se u toho. S ošetrovatelskou péčí v domově je spokojená, uvádí, že zatím nic nepotřebuje, jen jednou byla nemocná a to byla poskytnutá péče dostačující. Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, seniorka odpověděla, že vychází se všemi dobře. Ke zlepšení péče ze strany sester žádné připomínky neměla. Pomoc sester téměř nepotřebuje, takže nemůže uvést, jak často vyhledává jejich pomoc. Se sestřičkami je komunikace výborná, vyposlechnou její potřeby a vyhoví. Jinak jsou milé a přívětivé. S péčí je spokojená. Nemyslí si, že by se dalo něco zlepšit, není odborník a nevyzná se v tom. Nedostatky nepocituje.

Senior č. 2

Seniorka pochází z rodinného domku ze Sezimova Ústí, a když péči o sebe přestala zvládat, rozhodla se pro odchod do domova pro seniory. Nebyla schopná si v zimě zatopit a starat se o dům, hlavně když onemocněla. Má zde i svého bratra. Před

nástupem do domova pro seniory se o ni nikdo nestaral. V domově bude už skoro celý rok. Je soběstačná, většinu péče o svoji osobu zvládá sama. Má jednu dceru, 4 vnučky a 2 pravnučky. Žijí v Praze, a tak návštěvy nejsou tak časté, jak by si představovala. Přijedou za ní na návštěvu zhruba jednou za 14 dní a to si, jak uvádí „mají stále co povídat“, potěší se s pravnučkami a hned má lepší náladu. Vztahy s ostatními seniory hodnotí kladně, uvádí, že každý je jiný, ale soužití je zde ucházející. Mohlo by to být i horší. S ošetrovatelskou péčí je spokojená. Když je nemocná a nemohou jí pomoci v domově pro seniory, zařídí jí vyšetření u specialisty. Uvádí, že zrovna byla v Českých Budějovicích a vyšetřovali jí oči, začíná se jí zhoršovat zrak. Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpověděla: „Sestřičky musí být k lidem, aby pomohly, a také každá to dělat nemůže, hlavně to přebalování“. S péčí sestřiček je spokojená, nestěžuje si na nic. Sestřičky příliš nepotřebuje, jenom když má někam jet, tak potřebuje, aby jí to zařídily, například vyšetření nebo kontrolu u specialisty. Dále jí každý den podávají léky. Sestry k některým klientům chodí velice často, námi oslovená klientka tuto zvýšenou péčí zatím nepotřebuje. Na otázku „Jaká je komunikace se sestrou“, odpověděla: „Jsou ochotný.“ S péčí je spokojená, u některých je péče náročnější a u některých méně. Domnívá se, že vždycky je co zlepšovat. Těší se do nového domova pro seniory, který se v místě toho stávajícího staví a na podzim by se do něj měli přestěhovat. Myslí si, že tam bude více soukromí - díky pokojům s menším počtem klientů.

Senior č. 3

Seniorka přišla do domova pro seniory z domova s pečovatelskou službou. Péče, která tam byla poskytována, byla nedostačující. Syn a pečovatelky se o ni společně starali dobře, ale přesto se rozhodla odejít do domova pro seniory. V domově je již dva roky. Soběstačná zatím je, dojde si do jídelny na jídlo, umyje se, je schopná si uklidit pokoj a ustlat postel, když ráno vstane. Návštěvy má často, dochází za ní syn, zrovna ji před chvílí navštívil. Všichni z rodiny za ní ale nechodí tak často, bydlí daleko a není to pro ně jednoduché dojíždět. S ostatními klienty vychází docela dobře, jen někteří jsou nepříjemní, tak se jim snaží vyhýbat. S péčí v domově je spokojená. Na otázku „Co

ovlivňuje kvalitu péče“, odpověděla, že to nemůže posuzovat. Na otázku „Co by se mohlo zlepšit ze strany sester“, řekla, že to nemůže kritizovat. Sestry moc často nepotřebuje, je samostatná. Ale když je zavolá, jsou ochotny jí pomoci. Komunikace je dobrá, jen s jednou sestrou si nerozumí, a proto od ní nic nežádá. K péči ze strany sester se nechtěla vyjadřovat, ale nemyslí si, že by se zde něco dalo zlepšit.

Senior č. 4

Do domova pro seniory šel z rodinného domku z Radimovic u Tábora, kde bydlel 40 let. Dnes mu je 80 let a na svůj věk je ve slušné fyzické a psychické kondici. Do domova pro seniory ho „dotlačila“ rodina, prý aby doma nezmrznul. Staral se o sebe vždycky sám, sám o sobě říká: „Žiji jako Robinson, všechno jsem tam vydržel a ještě se staral o osm koček.“ V domově žije zhruba rok. Péči o sebe zvládá sám, umyje se, nají a udělá si všechny základní potřeby. Návštěvy za ním chodí, ale ne tak často, jak by si představoval. Má zde v domově i bratra, vídají se spolu každý den. S ostatními klienty vychází, ale jak sám upozorňuje, tím že hodně cestoval, získal vědomosti světoběžníka a s ostatními klienty si nemá co říct, nerozumí mu. S ošetrovatelskou péčí je spokojen, nic mu zde nechybí. Kvalitu péče ovlivňují samy sestry a paní ředitelka. Na otázku „Co by se mohlo zlepšit ze strany sestry“, odpověděl: „Nevím, nepřemýšlel jsem nad tím.“ Sestřičky potřebuje každý den několikrát. Je diabetik, chodí mu aplikovat inzulín a podávají mu léky. Komunikace se sestrami je dobrá, sám o sobě uvádí, že je „klaun“. Na otázku „Jestli by se dalo něco zlepšit“, odpovídá, že neví, že by musel na sobě začít pracovat, aby mohl něco kritizovat.

Senior č. 5

Pán přišel do domova z rodinného domu z vesnice Řepeč. Na myšlenku odejít do domova přišel velice jednoduše, rodiče mu zemřeli, ženu neměl, a tak rozhodnutí bylo jednoduché. Nevládal život na vesnici a potřeboval trvalou péči. Dříve se staral sám o sebe sám, nikoho jiného neměl. V domově žije již 9 let. Samostatný už moc není, je závislý na péči sestřiček. Nejdříve ho „skolila“ mrtvice a pak se přidalo další onemocnění, dna. Návštěv moc nemá. Jelikož nemá svojí vlastní rodinu, navštěvuje ho

pouze neteř. Chodí za ním na návštěvu občas, podle toho, jak má čas. Vztahy s ostatními hodnotí kladně. Záleží na povahách. Na pokoji s ostatními klienty vychází dobře. S ošetrovatelskou péčí je spokojen. Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpovídá: „Sestry si váží starého člověka a jejich pracovitost je vysoká.“ Na možnost zlepšení péče ze strany sester odpověděl, že ho nic nenapadá. Péči sester potřebuje hlavně, když je nemocný. Komunikace se sestrami je výborná, vždy se s nimi domluví. S péčí ze strany sestřiček je spokojený, mají prý hodně práce. Na otázku „Co by se dalo zlepšit“, odpovídá, že by se měly odstranit schody a že se těší do nového domova, kde bude všechno bez schodů a budou moci kdykoli ven do parku.

Senior č. 6

Paní do domova pro seniory přišla ze Sezimova Ústí, kde bydlela s manželem. Manžel byl těžce nemocný, a tak si zažádali o ubytování do domova pro seniory. Než se nastěhovali, manžel zemřel. Péči o sebe zvládali společně, bez cizí pomoci. V domově žije již 6 let. Péči o sebe zvládá s lehkou pomocí personálu. Po domově se pohybuje s jednou hůlkou a ven na procházky chodí raději o dvou holích. Rodina na návštěvy chodí každý týden, ale jsou v neustálém telefonickém kontaktu. Soužití zde v domě hodnotí dobře, i když musí uznat, že se poslední dobou straní společnosti. Navštěvuje se zde s jednou klientkou, tu má ráda, ale jinak se sousedům vyhýbá. Je raději sama na pokoji. Ráda sleduje televizi a vzdělávací pořady. S péčí je spokojená. Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpověděla, že se sestřičky snaží. S péčí je spokojená a nemyslí si, že by se něco mělo měnit. Péči sester využívá při sprchování, kdy ocení pomoc při vstupu do sprchového koutu a pomůžou jí umýt vlasy. Bojí se si dát ruce nad hlavu, kvůli možné závratí a pádu. Komunikace se sestrami je slušná, vycházejí jí vstříc a jsou příjemné. Na otázku „Jestli je s něčím nespokojená“, odpovídá, že není nespokojená. Vždy je co zlepšovat, takže i v tomto domově.

Senior č. 7

Pán pochází z Prahy a do domova pro seniory odešel po úmrtí manželky. K rozhodnutí k odchodu do domova pro seniory mu pomohl fakt, že nebyl schopný sám o sebe

pečovat v domácích podmínkách. Do té doby se ale musel o sebe postarat sám. Trpí nedoslýchavostí a má poruchu chůze. V domově žije 5 let a je rád, že zde může být. V domově pro seniory péči o sebe zvládá sám, někdy s lehkou dopomocí sestřiček. Když sestry osloví a požádá o pomoc, sestry mu pomohou. Syn žije v Praze a navštěvuje otce 1x za dva měsíce. Byl by ale raději, kdyby jezdil častěji, je si ale vědom toho, že hodně pracuje, a nemá tedy času nazbyt. Je rád, že má v domově kamarády, se kterými se denně setkává, a tak mu není smutno. Posedávají po chodbách a povídají. S ošetrovatelskou péčí je spokojen a na otázku „Co ovlivňuje kvalitu péče“, neumí odpovědět. Nerozumí otázce. S péčí sestřiček je spokojený, tudíž ho nenapadá nic, co by se zde dalo zlepšit. Na tuto otázku říká: „Sestry se snaží dělat svojí práci dobře.“ Kdykoli sestry potřebuje a zavolá, přijdou a pomůžou. Komunikace je s nimi výborná, jsou příjemné a pozorné. Žádné výhrady k péči nemá.

Senior č. 8

Klientka přišla do domova pro seniory z rodinného domu z Tábora. Pobyt v domově jí doporučila známá a je ráda, že ji poslechla. Dříve se o sebe musela starat sama nebo požádat o pomoc příbuzné. Ti mohli pomoci jen občas, a tak zvolila odchod do Domova pro seniory. Bydlí zde teprve 1 rok. O svoji osobu se stará sama a s lehkou dopomocí sester. Rodinu má daleko, a tak chodí na návštěvu spíše známí a přátelé z města, kde pobývala, než se ubytovala v domově pro seniory. S ostatními seniory vychází dobře a má zde i skupinu přátel, se kterými se denně stýká, vzpomínají a povídají si spolu o běžném životě. S ošetrovatelskou péčí je spokojena. Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, nebyla schopná odpovědět. Nerozuměla otázce. S péčí sester je spokojená a nic by na tom neměnila. Pomoc sester potřebuje málokdy, ale jak říká, „Když zazvoním, tak přijdou a pomůžou.“ Komunikace je výborná, sestry jsou milé a trpělivé. Nenapadá ji nic, co by se zde v domově dalo zlepšit, nebo spíše o tom nikdy nepřemýšlela.

Senior č. 9

Klientka do domova pro seniory přišla z panelového domu z Tábora. Žila s matkou v jedné domácnosti, a když zemřela, nezbylo jí nic jiného než odejít do domova pro seniory, kde o ni bude postaráno. Celý dosavadní život se o ni starala matka, poté se nebyla schopná osamostatnit, a potřebovala tedy celodenní péči. V domově žije již 15 let. Základní péči o sebe provádí sama, pomoc potřebuje pouze s organizací záležitostí týkajících se financí a celého zázemí. Jinak je samostatná. Má vadu řeči. Z rodiny ji navštěvuje švagr, a to poměrně často. Vztahy s ostatními lidmi hodnotí jako ucházející a s péčí v domově je spokojená. Na otázku „Co si myslíte, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpovídá, že neví. S péčí sestřiček je spokojená a jak již uvedla, potřebuje spíše péči sociální a ekonomickou, nežli pomoc fyzickou a psychickou. V komunikaci se sestrami problém nevidí a nemyslí si, že by toto zařízení mělo nějaké nedostatky.

Senior č. 10

Do domova pro seniory přišla z bytu v Táboře. Manžel jí zemřel a na všechno tak zůstala sama. Má dva syny, jeden bydlí blízko domova pro seniory a druhý pracuje a žije s rodinou v Rakousku. Do domova se přestěhovala po úvaze, že už nechce být doma sama a že nechce být na obtíž synovi a jeho rodině. Zde se jí líbí a je ráda, že se tak rozhodla. Do té doby se o sebe starala sama. V domově žije více jak 10 let. Péči o sebe zatím zvládá sama, ale váží si možnosti využít poskytovaných služeb, které jsou v tomto domě nabízeny. Navštěvují ji oba synové a jejich rodiny. Syn z ciziny dojíždí podstatně méně než ten, co bydlí v místě pobytu seniorky. S ostatními klienty vychází dobře a s některými má přátelský vztah. S ošetrovatelskou péčí je spokojena. Na otázku „Co si myslí, že ovlivňuje kvalitu péče“, odpovídá, že je spokojená. S péčí sestřiček je spokojená a nemá k nim žádné výtky, komunikace s nimi je výborná, a pokud seniorka něco potřebuje, zařídí to. Na otázku „Co by se zde v domově dalo zlepšit“, odpovídá, že jí nic nenapadá a že nad tím nikdy nepřemýšlela.

