



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Naplňování rolí sester při poskytování
domácí péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Michaela Jelínková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Naplňování rolí sester při poskytování domácí péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 7. 8. 2023

.....

Michaela Jelínková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., za cenné rady, trpělivost a podporu během zpracování. Dále bych také chtěla poděkovat všem sestrám pracujícím v domácí péči, které mi věnovaly svůj čas a ochotu. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a příteli za podporu během celého studia.

Naplňování rolí sester při poskytování domácí péče

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou naplňování rolí sester při poskytování domácí péče. Práce definuje pojem domácí péče, právní normy, které upravují poskytování domácí péče, charakterizuje pojetí multidisciplinárního týmu a také popisuje jednotlivé formy domácí péče. Dále rozebírá významy jednotlivých rolí a nastiňuje, jak vypadá naplňování těchto rolí právě v domácí péči.

Cílem práce bylo zjistit, jak sestry vnímají svoje role při poskytování domácí péče, dále jak vnímají jejich naplňování a posledním zkoumaným cílem bylo zmapovat, v čem vidí sestry možnosti pro zkvalitnění poskytované péče. Výzkumné šetření probíhalo metodou polostrukturovaných rozhovorů, kterého se zúčastnilo celkem 10 sester, z nichž 4 byly z domácí zdravotní péče a 6 z domácí paliativní péče. Výzkum byl realizován od února do března roku 2023. Metoda tužka – papír byla použita pro kategorizaci výsledků, přičemž bylo vytvořeno 8 kategorií a 7 podkategorií. Otázky v polostrukturovaném rozhovoru se zabývaly popisem náplně jednotlivých šesti rolí, bariérami a podmínkami pro jejich naplňování, dále vysvětlení, jaká je míra rozhodování v nezávislé a součinné péči a v neposlední řadě se věnovaly možnostem pro zkvalitnění péče.

Z výzkumu vyplynulo, že sledovaným sestrám chybí informace ohledně názvů jednotlivých rolí. Role, na které jsme se zaměřili, sestry popisovaly spíše jako jednotlivé činnosti, které daná role zahrnuje, například roli edukátorky vnímaly jako oblasti, ve kterých nejčastěji edukují, nikoliv jako proces učení. Možnosti pro zkvalitnění péče spatřují sestry především ve vzdělávání. Jako podmínky pro realizaci rolí většina sester uvedla v dostatečném naplnění počtu personálu. Bariéry, které brání sestrám efektivně naplňovat jejich role, jsou zejména v nespolupráci pacienta nebo i rodinných příslušníků. Míru rozhodování sester o péči sestry charakterizovaly tak, že musí být vždy v rámci jejich kompetencí, a že je závislá na dohodě s daným pacientem.

Klíčová slova

Domácí péče; komunitní péče; multidisciplinární tým; ošetrovatelská péče; role sestry; vzdělávání

Fulfilling nurses' roles in home care

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of fulfilling the roles of nurses in the provision of home care. The thesis defines the concept of home care, legal norms that regulate the provision of home care, characterizes the concept of multidisciplinary team and also describes the different forms of home care. It also discusses the different meanings of each role and outlines what the fulfilment of these roles looks like in home care.

The aim of the thesis was to find out how nurses perceive their roles in the provision of home care, furthermore how they perceive their fulfilment and the last objective explored was to map where nurses see opportunities for improving the quality of care provided. The research investigation was conducted using semi-structured interviews, in which a total of 10 nurses participated, 4 of whom were from home health care and 6 from home palliative care. The research was conducted from February to March 2023. The pencil and paper method was used to categorize the results, and 8 categories and 7 sub-categories were created. Questions in the semi-structured interview dealt with describing the role of each of the six roles, barriers and conditions for fulfilling the roles, explaining the level of decision making in independent and collaborative care and last but not least, what are the opportunities for improving care.

The research revealed that the nurses surveyed lacked information regarding the names of the roles. The roles we focused on were described by the nurses as the individual activities that the role involves, for example, the role of educator was seen as the areas in which they most often educate rather than the learning process. Nurses saw opportunities for improving the quality of care primarily in education. Most nurses mentioned sufficient staffing as a condition for the implementation of the roles. The barriers that prevent nurses from fulfilling their roles effectively are mainly in the lack of cooperation with the patient or even family members. The extent to which nurses make decisions about care was characterised by nurses as always having to be within their competence and also dependent on agreement with the patient.

Key words

Home care; community care; multidisciplinary team; nursing; role of the nurse; education;

Obsah

1	Současný stav	8
1.1	Charakteristika domácí péče	8
1.2	Právní normy upravující poskytování domácí péče	9
1.3	Domácí péče jako součást komunitní péče	10
1.4	Multidisciplinární tým.....	11
1.5	Formy domácí péče	12
1.6	Charakteristika a role sestry	15
1.7	Využívání jednotlivých rolí sestry v domácí péči.....	17
2	Cíle práce a výzkumné otázky	25
2.1	Cíle práce	25
2.2	Výzkumné otázky.....	25
3	Operacionalizace pojmů	26
4	Metodika.....	27
4.1	Metodika výzkumu.....	27
4.2	Charakteristika výzkumného vzorku – rozhovory	28
5	Výsledky	29
5.1	Identifikační údaje dotazovaných sester	29
5.2	Kategorizace výsledků rozhovorů u sester.....	31
6	Diskuze.....	48
7	Závěr.....	56
8	Seznam literatury	57
9	Seznam příloh	68
10	Seznam použitých zkratk	69

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou naplňování rolí sester při poskytování domácí péče. Hlavním cílem práce je zjistit, jak sestry naplňují své role při poskytování péče v domácím prostředí, jaká je skutečnost náplně práce sestry pracující v agentuře domácí péče oproti daným normám a zákonům a také s kým sestra spolupracuje při poskytování domácí péče.

Hlavní výhodou domácí péče je, že pacient je doléčen v jemu dobře známém prostředí. Domácí prostředí může eliminovat některé negativní faktory, které obvykle působí na pacienta v nemocnici. Rozhodnutí o domácí péči s sebou může nést také mnoho problémů. V domácí péči je pro pacienty a jejich rodiny mnohdy náročné překonat nezvyklý zásah do soukromí a zároveň pro pečující příbuzné je obtížné překonat strach z přílišné odpovědnosti za pacienta. Domácí péče je specifická úzkou spoluprací mezi pacientem, rodinou pacienta a sestrou. Poskytování péče v domácím prostředí může trvat různě dlouhou dobu a v různých intervalech. Sestra může pacienta navštěvovat několik měsíců párkrát do týdne, nebo péče trvá kratší dobu.

Domácí péče se nejčastěji soustřeďuje na pacienty s chronickým onemocněním nebo na osoby v terminální fázi jejich života. Domácí péče může být také poskytována pacientům po propuštění z nemocnice, jako k rekonvalescenci. O domácí péči vždy rozhoduje ošetřující lékař v nemocnici nebo praktický lékař, a následně poté do domácího prostředí pacienta dojíždí všeobecná sestra. Role sestry spočívá v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, která zahrnuje udržení a podporu zdraví, jeho obnovu a rozvoj soběstačnosti. Všeobecná sestra vykonává u pacienta základní ošetrovatelské činnosti, jako jsou převazy, aplikace injekcí i rehabilitaci. K vykonávání této profese sestra potřebuje nejen velmi dobré ošetrovatelské znalosti a dovednosti, ale také schopnost se umět rychle a vhodně rozhodovat, umět správně vyhodnocovat situaci a dokázat si poradit. Všeobecná sestra, která pracuje v agentuře domácí péče, by se měla především umět spolehnout sama na sebe, protože mnohdy je ona sama jediný člověk, který se o pacienta stará a pravidelně jej navštěvuje. V současné době se domácí péče se stává čím dál častější formou zdravotní péče pro pacienty po propuštění z nemocničního zařízení, a proto je důležité na kvalitě a dostupnosti domácí péče neustále pracovat.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika domácí péče

V koncepci domácí péče, kterou uvádí Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2020a) je domácí péče charakterizována jako součást zdravotní péče, která má sklon k neustálému rozvíjení se. Práce všeobecné sestry a ostatních členů týmu musí být vždy zaměřená ve prospěch a v nejlepší zájem pacienta. Aby bylo poskytování domácí péče úspěšné, musí být do péče zapojeno několik prvků, a to souhrn všech služeb, kooperace s multidisciplinárním týmem a zvýšení odpovědnosti pacienta za jeho zdravotní stav při poskytování domácí péče. Domácí péče (DP) je poskytována lidem jakéhokoliv věku a s nejrůznějšími onemocněními. Národní zdravotnický informační portál (2020) (NZIP) zmiňuje, že domácí péče je poskytována v pacientově domácím prostředí, což je jeho vlastní domácí prostředí nebo prostředí nahrazující jeho domov, jakým je například pobyt v sociálních zařízeních. Dále NZIP uvádí, že domácí péče se rozumí jako ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. DP v České republice nesouvisí pouze se zdravotní péčí, ale má dvě složky, které spolu úzce souvisí. Jedná se o složky zdravotní a sociální, protože u většiny klientů jsou jejich potřeby právě zdravotně-sociální (Kalvach et al., 2011).

Zřizovatelem agentury poskytující domácí ošetrovatelské služby může být město, charita či osoba soukromá (Šedová, 2020). Zákon o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.) uvádí, že ošetrovatelská péče v domácím prostředí je hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění. Šedová (2020) popisuje stabilizaci zdravotního stavu jako klíč ke schválení pacienta do domácího ošetřování. Podstatným předpokladem pro DP je zapojení rodinných příslušníků do péče. Mnoho agentur má k dispozici materiální vybavení, které může na určitou dobu nemocnému vypůjčit. Jde třeba o polohovatelná lůžka a kompenzační nebo rehabilitační pomůcky. Čeledová et al., (2016) uvádí, že DP je součástí komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. Mezi nejčastější ošetrovatelské intervence, které všeobecná sestra u pacienta vykonává, patří rehabilitační cvičení, převazy chronických ran, aplikace léků nebo odběry biologického materiálu. Kalvach et al. (2011), oproti Čeledové, popisuje termín domácí péči jako synonymum k pojmům domácí zdravotní péče nebo komplexní domácí péče. Tento zmíněný termín byl přenesen z anglického výrazu home care. Autor se dále pozastavuje nad nevhodností užití pojmu domácí ošetrovatelská péče

v souvislosti s domácí péčí, z důvodu rozsahu péče, který je daleko za hranicí samotné ošetrovatelské péče. Zákon (č. 371/2021), který přešel v účinnost 1. ledna 2022 uvádí, že se mění princip indikace DP. Do roku 2022 mohl domácí péči indikovat pouze ošetřující lékař, který pacienta propouštěl z nemocnice, eventuálně registrující praktický lékař. Novela však v tomto přinesla změnu a nyní je možné, aby domácí péči indikovali také lékaři s jinými odbornostmi. Jde například o lékaře, kteří poskytují lékařskou pohotovostní službu, lékaře poskytující lékařskou službu na urgentním příjmu nebo lékaře pracující v odborných ambulancích. Lékaři však smí tuto indikaci provést jen na omezenou dobu, a to po dobu maximálně 14 dnů, v případě paliativní péče až 3 měsíce. Dále novela uvádí rozšíření pravomocí všeobecných sester se specializovanou působností, v předepisování zdravotnických prostředků pro pacienty v domácí péči. Sestra tak může učinit pouze pokud lékař, který DP předepsal, jasně uvede zdravotnické prostředky, jež sestra smí samostatně pacientovi předepsat. Nejpoužívanějšími prostředky je obvazový materiál, inkontinentní pomůcky či potřeby pro stomiky (Zdravé Zprávy, 2021). Brändström et al., (2021) popisuje, že přidružené onemocnění a pokročilý věk zvyšují šanci k indikaci domácí péče. Zároveň také autor zmiňuje, že lidé žijící sami mají až 6x vyšší šanci k získání domácího ošetřování než lidé, kteří žijí ve společné domácnosti. Dalším určujícím parametrem se jeví i pohlaví, protože ženy sdílející domácnost s někým blízkým, mají až o 45 % vyšší šanci k přijetí do domácí péče, oproti mužům, kteří žijí ve společné domácnosti. Je tomu tak nejspíše proto, že ženy ve společném soužití přirozeně tíhnou k roli pečovatele, na rozdíl od jejich mužů.

1.2 Právní normy upravující poskytování domácí péče

V zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 je uvedeno, že pokud se za výkon povolání považuje všeobecná sestra, tak je sama zodpovědná za vykonávání ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra se společně s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné a dispenzární péči. Zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 říká, že ve vlastním sociálním zařízení pacienta lze vykonávat kromě zdravotní péče i umělou plicní ventilaci a dialýzu. Dále zákon uvádí, že poskytování domácí zdravotní péče lze uplatňovat pouze tehdy, pokud není její poskytování podmíněno rozsáhlým a technickým vybavením, nutným k provedení ve zdravotnickém zařízení. Tomeš et al., (2015) zmiňuje, že právní ustanovení MZČR definují, jakým způsobem je DP hrazená,

jaká by měla být kvalifikace členů profesionálních neboli multidisciplinárních týmů a vymezují, jaké má být požadované vybavení poskytovatele domácí péče. Domácí ošetrovatelskou péči poskytují převážně všeobecné sestry, které jsou nejčastěji zaměstnány nestátními zdravotnickými sektory, to jsou například sestry pracující v charitní službách.

Kompetence sester právně upravuje vyhláška č. 424/2004, která nařizuje vykonávání činností všeobecné sestry bez odborného dohledu a bez určení způsobu léčení s diagnózou stanovenou lékařem. Všeobecná sestra v rámci poskytování komplexní ošetrovatelské péče vykonává samostatně výkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování zdravotního stavu jedinců a skupin. Krause (2017) dělí kompetence všeobecných sester na profesní, etické a zákonné, do kterých mimo jiné spadá odpovědnost jedince za práci, kterou vykonává, dále dodržování etického kodexu a respektování práv pacientů a v neposlední řadě znalost zákonů i vykonávání odborných činností v souladu s legislativou. Sestra se zároveň podílí na managementu péče, jinými slovy dbá na pacientovu bezpečnost, dodržuje hygienicko-epidemiologický režim a předchází vzniku různých rizik u pacienta, z nichž se zaměřuje zejména na riziko pádu, riziko infekce a riziko aspirace.

1.3 Domácí péče jako součást komunitní péče

Plevová (2018) definuje komunitní péči jako péči o zdravé i nemocné osoby, které nežijí v léčebných zařízeních, zaměřuje se především na výchovné a preventivní činnosti, ale pojímá také péči o nevyлéčitelně nemocné či zdravotně postižené jedince v okruhu jedné skupiny. Komunitní péče, spojená s poskytováním zdravotní péče vychází z definice komunity, jako skupiny osob, které žijí ve svém vlastním vymezeném prostoru a představují samostatnou nezávislou složku. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že komunitní péče zastává tři hlavní pilíře. Jsou to smysl pro zodpovědnost při poskytování zdravotní péče, péče o ohrožené jedince a komunitní skupiny, a v neposlední řadě partnerství klienta a všeobecné sestry při plánování a hodnocení zdravotní péče (Hradecká, 2009). Bártlová (2009) zmiňuje, že komunitní zdravotní péče zaujímá stěžejní a nenahraditelnou roli v systému zdravotní péče. Představuje také důležitý potenciál ve zlepšení zdraví celkové populace. V organizaci zdravotní péče o pacienta na komunitní úrovni je důležité vycházet z potřeb jedince, frekvence a závažnosti potíží a stanovení si nejvhodnějšího řešení.

Zatím není dáno žádné univerzální řešení vhodné pro všechny typy situací, vždy se veškeré okolnosti musí řešit individuálně s ohledem na potřeby pacienta. Jarošová (2007) se přiklání k tomu, že pro správné fungování komunitní péče je důležitých několik principů, a to propojenost služeb mezi zdravotnickou a sociální oblastí, individuální přístup, časová dostupnost a návaznost péče, při které je důležité se už při prvním kontaktu s pacientem zajímat o jeho sociální zázemí. Dalšími důležitými body jsou diskrétnost při poskytování informací o pacientovi dalším kooperujícím osobám a snadná dostupnost potřebných zdravotních služeb v oblasti pobytu pacienta. Pokud chceme zajišťovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí být tedy ve společnosti zajištěna spolupracující síť těchto služeb. Definice pojmů komunitní a domácí péče se často prolínají a úzce spolu souvisí. Tyto pojmy však neznamenají totéž, komunitní péče se totiž zaměřuje především na komunitu jako celek, zatímco domácí péče se soustřeďuje pouze na nemocné jedince, u kterých jejich zdravotní stav vyžaduje domácí péči (Plevová, 2018).

1.4 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je většinou tvořen z mnoha odborností. Nejčastější složení týmu v domácí péči je lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník a případně další odborníci vzhledem k potřebám pacienta. Jednotliví členové týmu se účastní léčby na základě jejich odbornosti a vzájemné dohody. V týmu by se neměla objevovat nadřazenost nebo podřazenost, postavení členů je rovnoprávné a všichni členové by si měli uvědomovat významnost součinné práce a vzájemné závislosti na sobě (Vévoda, 2013). Spolupráce multidisciplinárního týmu má velký přínos pro poskytování DP, neboť členové týmu by měli mít stejný pohled a přístup k danému pacientovi. Ve spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky můžeme narazit na několik úskalí. Příkladem je nedostatečná důvěra v ostatní zdravotníky při poskytování péče a společné odpovědnosti za pacienta. Nedůvěra pracovníků ve své role může snižovat úspěšnost celého fungování multidisciplinárního týmu. Velmi důležitými aspekty, které ovlivňují správnou funkci multidisciplinárního týmu, jsou již zmíněná důvěra k rolím ostatních zdravotníků, respektující a pravidelná komunikace mezi členy týmu. Nejvhodnější metodou sdělování informací je komunikace tváří v tvář (O'Reilly, 2017). Vévoda (2013) také zmiňuje, že se zvyšuje potřeba sjednocování, propojování a návaznost jednotlivých názorů a postupů. Role zdravotníků, hlavně vztahy mezi všeobecnými sestrami a lékaři jsou aktuálně předmětem zájmu.

Multidisciplinární tým tvoří tři a více profesí, které jsou v neustálé interakci mezi sebou. Pro takový tým je důležité vzájemné doplňování se ve svých vědomostech a dovednostech, je žádoucí, aby se všichni členové týmu zaměřovali na stejný cíl a měli společný záměr i odpovědnost při poskytování péče.

1.5 Formy domácí péče

Krátkodobá domácí péče

Ivas (© 2018) popisuje, že krátkodobá DP se může nazývat také domácí hospitalizací, při které dochází k doléčení pacienta po pooperačních či pourazových stavech. Tato forma je vhodná také pro pacienty s kardiovaskulárními nebo neurologickými obtížemi. Domácí hospitalizace by měla být poskytována v rámci několika dnů nebo týdnů. Kalvach (2012) definuje domácí hospitalizaci jako náhradu za péči lůžkovou po plánovaných jednodenních chirurgických výkonech. Pokud je domácí hospitalizace dobře organizovaná, zkracuje rekonvalescenci, omezuje náhrady za pobytovou péči, rychleji pacienty aktivně zapojuje do péče a umožňuje jim jednodušší návrat do zaměstnání či předchozího způsobu života. Pacientům v domácí hospitalizaci lékař indikuje především terapii bolesti, polohování, ošetřování ran nebo rehabilitace. Ke krátkodobé DP se většinou přistupuje tehdy, pokud je pacient alespoň částečně soběstačný a nepotřebuje intenzivní lékařský dohled a další ošetření u něj může provést všeobecná sestra nebo jiný kvalifikovaný pracovník v domácím prostředí pacienta (Péče, © 2020).

Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá DP je v ČR nejvyužívanější formou péče v domácím prostředí. Tato forma se soustřeďuje zejména na pacienty s chronickým onemocněním, jejichž zdravotní stav potřebuje dlouhodobý odborný dohled ošetrovatelského personálu. Nejvíce dlouhodobé DP využívají jedinci po cévních mozkových příhodách, pacienti s roztroušenou sklerózou nebo lidé s diabetickými komplikacemi (Jarošová, 2007).

Péče (© 2020) zmiňuje, že odborný personál poskytuje oporu svým pacientům v denních činnostech nebo dopomáhá při osobní hygieně. Při této formě domácí péče mohou zdravotničtí pracovníci navštěvovat pacienta až čtyřikrát denně. Ivas (© 2018) uvádí, že dlouhodobá DP může být indikována rovněž pacientům s duševními chorobami, různými formami částečného či úplného ochrnutí, nebo lidem trpícím

chronickou bolestí. Tento typ DP se mnohdy nazývá komplexní péče, která je poskytována pacientům v řádu několika měsíců až let.

Domácí hospicová péče

Hospicová péče je aktivní péče, orientovaná na kvalitu života pacienta s nevyлéčitelným onemocněním. Základem hospicové péče je holistický přístup, který se soustředí na pacienta a jeho rodinu v jejich vlastním domácím prostředí, zároveň bere v úvahu pacientovy fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby. Prvotním cílem není vyléčení pacienta z onemocnění nebo prodloužení jeho života, ale zejména prevence vzniku sekundárního onemocnění a efektivní mírnění bolesti nemocného, dále zachování pacientovy důstojnosti a podpora blízkých v této těžké situaci (Tomeš et al., 2015). Hospicová péče je zaměřena na pacienty v terminální fázi života, kdy je jakákoliv jiná forma péče neefektivní a mohla by být kontraindikovaná, protože by svým nežádoucím působením zhoršovala kvalitu života člověka (Kupka, 2014). Slámová et al., (2018) je přesvědčena, že důležitým znakem hospicové péče je multidisciplinarita. To definuje tak, že se péče neorientuje pouze na vlastní zdravotní obtíž, ale pracovníci hospice společně s rodinami nemocných usilují o vytvoření těch nejlepších, a pro pacienta nejkomfortnějších podmínek k životu. Součástí týmu je vždy kvalifikovaný lékař, který zaručuje kvalitu zdravotní péče. Všeobecné sestry zajišťují nepřetržité pohotovostní služby. Součástí týmu je také sociální pracovník, ten pacientovi a rodině pomáhá v situacích, ve kterých si nevědí rady. Jde například o vyřizování příspěvků na péči nebo pomoc s případným hledáním dobrovolníků. Častokrát je součástí týmu i terapeut, zejména pokud nemocný nebo jeho blízcí potřebují psychologickou pomoc. Pro věřící jedince může být poskytnuta i duchovní služba. Kupka (2014) uvádí, že domácí hospicová péče přichází v úvahu pouze tehdy, pokud nemocný projeví zájem odejít z nemocnice, jeho rodina je schopná se o něj postarat a zároveň se na ni může spolehnout. Rodiny se naštěstí ve většině případů chtějí starat o své blízké. Pečujícím rodinám je nutné zajistit psychickou i praktickou podporu, není možné je nechat bez pomoci. Rodinní příslušníci se některé ošetrovatelské úkony mohou naučit za asistence všeobecné sestry, avšak náročnější výkony musí sestra zajistit sama. S rostoucím zájmem pacientů a jejich rodin o propuštění nemocného do domácí hospicové péče, roste i složitost nemocí a jejich následné léčení. Tyto komplikované stavy vyžadují intenzivnější péči s nutností častějších změn v postupech a pravidelných lékařských kontrol. Jde například o pacienty s neukončenou

nebo naopak nezhájenou hemodialýzou, nemocné s maligní střevní obstrukcí či pacienti s velkými krvácejícími ranami (Závadová, 2021). Hrnčiariková a Hrnčiak (2018) zmiňují, že tyto stavy v terminální fázi pacientova života jsou nejčastěji provázeny bolestí, dušností nebo až deliriem. Pacienta může také trápit nevolnost, zvracení či dokonce stavy úzkosti. Paliativní péče dokáže zmírnit příťaž zmíněných symptomů a zajistit tak spokojenost pacientů a jejich rodin. Proto poptávka po paliativní či hospicové domácí péči neustále roste, aby bylo možné na tyto problémy rychle a efektivně reagovat (Wu et al., 2021).

Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) je způsob, kterým lze poskytovat domácí paliativní péči, v zařízení s touto specializací se sestry starají o pacienti s nevléčitelnými nemocemi ve spolupráci s multidisciplinárním týmem (Kozáková, 2020). Významným rozdílem mezi MSPP a DP je ten, že v DP je vedoucím ošetrovatelského týmu všeobecná sestra, která úzce spolupracuje s praktickým lékařem, popřípadě s ošetrojícím specialistou, zatímco v MSPP je vedoucím týmu lékař s nástavbovou specializací. To, že v domácí paliativní péči jsou lékař i sestra k dispozici 24 hodin denně a 7 dní v týdnu, je dalším důležitým rozdílem mezi MSPP a DP (Závadová, 2021). Od roku 2018 mají kraje a zdravotní pojišťovny možnost zařadit MSPP do systému hrazené zdravotní péče. Doposud byla funkce mobilních hospiců plně závislá na veřejných sbírkách, darů z nadačních fondů a krajských a obecních dotacích. Nyní je závislá jen částečně, protože úhrada ze zdravotního pojištění není dostačující na úhradu práce sester a lékařů, náklady na léky, zdravotnický materiál a dopravu k pacientům (Kolářová, 2017).

Preventivní domácí péče

Při preventivní DP obvykle dochází k pravidelnému sledování zdravotního stavu pacienta a měření fyziologických hodnot, jako je například hodnota krevního tlaku nebo rychlost srdeční frekvence. Všeobecná sestra může dále měřit stav výživy nebo kontrolovat hladiny krevního obrazu pomocí pravidelných odběrů krve. Sledování se odehrává v různých časových intervalech, často je to denně, obden nebo jednou za týden. Všechna měření provádí všeobecná sestra a zjištěné výsledky následně předává lékaři (Péče, © 2020). Kalvach et al., (2012) dále uvádí, že mnohdy lékař indikuje nejen kontroly fyzického stavu pacienta, ale i psychického. Kontrola zabezpečení pacienta je též součástí preventivní domácí péče.

1.6 Charakteristika a role sestry

Oxford Learner's Dictionaries (© 2023) definuje pojem role jako funkci nebo pozici, kterou jedinec zastává, nebo je od něj očekáváno, že ji bude plnit v organizaci, společnosti, nebo ve vztahu. Pojem role lze chápat také dle míry zapojení jedince do situace nebo činnosti a toho, jaký vliv na situaci jedinec má. Špirudová a Králová (2006) popisují pojem profesní role jako zvláštní společenskou roli vázanou na profesi, která odráží očekávání veřejnosti, laické i odborné, na profesionální chování, aktivity a vystupování související s vykonáváním dané profese.

Profese sestry obsahuje systém rolí nebo soubor vlastností, které jsou pro danou roli typické a předpokládá se, že je sestra bude při výkonu povolání plně využívat. Vývoj rolí sestry je z minulosti až po současnou dobu velmi rozsáhlý a složitý, málo profesí prošlo takovou změnou, jako výkon povolání všeobecné sestry. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče vyžaduje od sester mnohem větší rozsah vědomostí a dovedností než dříve. Sestra by měla rozvíjet své kompetence, aby mohla realizovat činnosti, které vedou k podpoře i udržení zdraví, a zabraňují rozšíření pacientovy nemoci (Farkašová, 2006). Zacharová (2016) tvrdí, že pracovní role sestry z ní dělají profesionála, který vyjadřuje pomoc pacientovi při jeho náročných životních situacích. S pacientem sestra tráví mnoho času, leckdy i více než lékař, z tohoto důvodu by pro něj měla být nejen podporou v odborných činnostech, ale také v emocionální oblasti, poskytovat pacientovi porozumění a být mu oporou. Sestra by měla být obeznámena s pacientovými osobními problémy a spolu s lékařem by se měli dohodnout na společném řešení. Pacient vnímá sestru jako prostředníka mezi ním a lékařem. Dále je sestra považována za člena týmu zdravotníků, který upevňuje víru pacienta v celý léčebný proces.

Imramovská (2015) uvádí, že s poskytováním DP je spojeno i několik negativních faktorů, se kterými se musí sestry denně vypořádávat. Psychickým faktorem neboli psychickou zátěží sestry v agentuře DP je obtížná komunikace s nespolupracujícím pacientem nebo rodinou pacienta, časová nouze i časté cestování automobilem. Jako fyzickou zátěž autorka popisuje cvičení a polohování pacientů, což sestra téměř vždy provádí samostatně a bez kompenzačních pomůcek. Plevová (2018) také popisuje, že poskytování ošetrovatelské péče začalo vycházet, a nadále vychází, ze zaměření na zdraví jako celek. Dále autorka uvádí, že se do popředí dostávají zejména činnosti,

mířené na primární péči s důrazem na objektivnost a spravedlnost, udržování a podporu zdraví, prevenci onemocnění a posílení zdraví komunit.

Šnajdrová (2018) se k rolím sestry v domácím prostředí vyjadřuje tak, že sestra musí být schopna improvizace a v určitých případech i kreativity, protože i v pacientově domácím prostředí musí být schopna provést například sterilní převaz, současně by k pacientovi měla přistupovat s respektem a hledat lepší řešení problému. Všeobecná sestra by měla být především dostatečně všímavá, pokud si všimne, že má pacient suchou kůži nebo rty, musí být schopná zareagovat a ze všeho nejdřív zajistit dostatečný příjem tekutin. Pokud toto opatření není dostatečné, je možné, aby lékař indikoval domácí parenterální výživu, tato metoda může být život zachraňující možností pro pacienty se selháváním trávicích funkcí střev. Povinností sestry je pečovat o trvalé vstupy parenterální výživy, dbát na možná rizika spojená se zavedením trvalých žilních vstupů, jako například riziko infekce nebo riziko trombózy (Šenkyřík a Juránková, 2012).

Zacharová (2016) definuje tři důležité principy, které sestra musí dodržovat, aby mohla úspěšně plnit svoji profesní roli. Prvním principem je kolektivní orientace neboli sociocentrismus, což znamená, že sestra při své práci nevychází ze svých přání a zájmů, ale zejména z potřeb nemocného. Pro sestru i lékaře by měla být tato schopnost samozřejmostí, avšak je zřejmé, že tento postoj je spojen se schopností sebezapření a motivací vykonávat profesi sestry. Druhým principem je univerzalizmus, pro který je důležité, aby sestra zaujímala svoji roli ke všem pacientům stejně a nikoho neupřednostňovala. Třetím a posledním principem dle Zacharové, je emocionální neutralita, která zobrazuje schopnost sestry podřídit svoji emocionalitu rozumové kontrole a nevytvářet tak vnitřní ani vnější konflikty. Plevová (2018), oproti Zacharové (2016), udává čtyři principy, a nazývá je rolovými znaky. Prvním je funkční specifita vyjadřující nezbytnost formální a věcné odborné kompetence sestry pro výkon jejího povolání. Dalšími třemi znaky jsou již zmíněné sociocentrismus, univerzalizmus a emoční neutralita.

1.7 Využívání jednotlivých rolí sestry v domácí péči

Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče je přímou poskytovatelkou ošetrovatelské péče, poskytuje péči, která je v souladu s právními ustanoveními a prostřednictvím ošetrovatelského procesu zajišťuje základní, specializovanou i vysoce specializovanou péči. V základní ošetrovatelské péči je úkolem sestry pečovat o pacientovu výživu, vyprazdňování, hygienu a v neposlední řadě o mobilitu. Specializovaná péče zahrnuje péči o pacienty, u kterých hrozí riziko narušení základních životních funkcí a vysoce specializovanou péči sestra provádí u pacientů s již vzniklým selháváním základních životních funkcí, nebo u těch jedinců, kde hrozí riziko selhávání (Vytejková et al., 2011). Sestra pracující v agentuře DP musí především vlastnit osvědčení k vykonávání zdravotnického povolání bez přítomnosti odborného dohledu. Kromě platného osvědčení by sestra měla mít určité předpoklady vedoucí k poskytování kvalitní péče. Jde o schopnost se co nejrychleji zorientovat a umět se spolehnout sama na sebe. Zatímco v nemocnici má sestra vždy po ruce lékaře nebo ostatní, mnohdy i zkušenější kolegyně, v DP musí být samostatná (Hettnerová, 2016). Role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče je spojena zejména s poskytováním základní ošetrovatelské péče, kdy sestra identifikuje problém, který pacienta trápí a v návaznosti na to, zajišťuje plán jeho řešení, s čímž souvisí provedení ošetrovatelských intervencí (Plevová, 2018). Vorlíček et al., (2004) zmiňuje, že v pacientově vlastním prostředí všeobecná sestra nejčastěji podává lékařem předepsané léky, aplikuje injekce, nejvíce inzulin nebo injekční analgetika. Dále podává infuzní terapii, parenterální výživu nebo kyslíkovou terapii. V domácím prostředí lze zavádět sondy i močové katetry. S postupnou progresí pacientova onemocnění se jeho stav často poměrně dramaticky mění a v závislosti na tuto skutečnost se u něj objevují nové příznaky, pozměňuje se jejich charakter i intenzita.

Aby sestra mohla vykonávat tyto zmíněné intervence, potřebuje základní vybavení, které má vždy po ruce. K měření fyziologických funkcí má k dispozici tonometr, fonendoskop, saturační čidlo nebo teploměr, dále má s sebou glukometr, pomůcky k odběru fyziologického materiálu, a přípravky určené k hojení chronických ran nebo inkontinenční pomůcky (č. 92/2012 Sb.). Marková a kolektiv (2021) uvádí, že v domácí paliativní péči sestrami jednoznačně nejpreferovanější způsob podávání léků a infuzních přípravků je aplikace do podkoží pacienta. Tento způsob je značně účinnější, bezpečnější a pro sestru i pacienta pohodlnější. Zároveň lze říct, že tento typ

parenterálního podávání léku je pro pacienta méně bolestivý než intramuskulární injekce, pro rodinu je současně lépe dostupnější než intravenózní podávání. Do podkoží smí sestra aplikovat předem lékařem ordinované léky, obvykle to jsou léky, užívané k paliativní sedaci, analgetika, anxiolytika nebo antiemetika. V domácí paliativní péči lze také podávat transfuzi, avšak pro splnění této intervence, musí být dodržena jednotlivá indikační kritéria. Jedním z kritérií je, že pacient s chronickým onemocněním, které je provázeno anémií nebo trombocytopenií a transport jedince do nemocničního zařízení je limitován jeho stavem a kvalitou života, a zároveň by transport mohl u pacienta vyvolat nepříjemné vjemy, z fyzických vjemů by to mohla být bolest a z psychických strach. V neposlední řadě je důležité, aby měl pacient zajištěn periferní či centrální žilní vstup, nebo aby bylo možné ho bez komplikací zajistit. Nejčastěji se ve vlastním prostředí pacienta podávají erytrocyty a trombocyty, u hemofiliků či jedinců s poruchami krevní srážlivosti lze podat substituci krevními deriváty. Indikaci a zahájení transfuze má na starosti lékař, všeobecná sestra je po celou dobu aplikace transfuzního přípravku přítomna u pacienta a dále 30 minut po jejím ukončení (Kouba, 2022). Čabanová (2018) tvrdí, že kromě již zmíněných intervencí, je možné pacienty, kteří jsou hospitalizováni na následné intenzivní péči, převést do DP s domácí umělou plicní ventilací (DUPV). Nejenže propuštění pacientů domů s DUPV prokazatelně zlepšuje kvalitu života, ale zároveň je i méně nákladné, než pobyt a péče v nemocnici. Z toho důvodu by doma mohlo žít více ventilovaných pacientů, avšak k tomu by bylo třeba více rozšířit povědomí o této možnosti. Péče o pacienty s DUPV musí splňovat přísné podmínky personálního vybavení. Ošetřujícím lékařem pacienta by měl být lékař s atestací v oboru anesteziologie a intenzivní medicína, a všeobecná sestra s kvalifikací pro intenzivní péči by měla být zodpovědnou osobou za poskytování nelékařské zdravotní péče.

Všeobecné sestry poskytující domácí péči, pracují pod takzvanými kódy neboli odbornostmi, přičemž sestra v domácí péči má kód 925, od 1. 1. 2018 vznikla nová odbornost s číslem 926, což je domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu. Odbornost 926 nakládá s dvěma kódy výkonů, jejichž prostřednictvím je pacientovi poskytována péče. Jedná se o kódy 80090, což je agregovaný výkon domácí paliativní péče o klinicky nestabilního pacienta a kód 80091, který označuje agregovaný výkon domácí paliativní péče o klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy. Pod těmito dvěma agregovanými výkony jsou zahrnuty veškeré služby

poskytované pacientům během jednoho dne. Kromě základních intervencí lékaře i sestry, sem patří doprava za pacientem, léčba souvisejících obtíží, použití léčivých přípravků nebo spotřebovaný materiál. Podle posouzení pacienta dle závažnosti jeho symptomů je denně vykazován příslušný agregovaný výkon (Pivoňková, 2020).

Sestra edukátorka je další z rolí, kterou sestra pracující v agentuře DP plní. Požadavky na edukaci pacienta jsou v současné době stále vyšší a potřebnější. Na tyto požadavky by se měl adaptovat zdravotník plnící roli edukátora. K tomu, aby byla edukace úspěšná, sestra potřebuje jednotlivé předpoklady, zejména však charakterové předpoklady (trpělivost), intelektové (řešení problému), senzomotorické (zručnost), sociální (kladný vztah k lidem) a znalosti a dovednosti. Důležité je, aby sestra měla nejen znalosti z oblasti ošetrovatelství, ale také z oblasti edukace, především by měla znát edukační metody a umět je využít v praxi (Juřníková, 2010). Role sestry edukátorky spočívá v plnění funkcí, které na sebe navazují. První funkcí je zajištění pacientových individuálních znalostí a dovedností, souvisejících s udržením a obnovením zdraví. Sestra poskytuje pacientovi i jeho rodině informace týkající se edukačního a ošetrovatelského procesu. V neposlední řadě sestra rozvíjí pacientovy dovednosti, je nápomocná k udržení jeho úrovně zdraví a zejména ho motivuje ke změně stanovisek k jeho vlastnímu zdraví (Svěráková 2012).

Malíková (2020) zmiňuje, že pokud má být edukace ve vlastním sociálním zázemí pacienta efektivní, musí být k její realizaci splněny jednotlivé podmínky. Edukace by měla probíhat v klidném a ničím i nikým nerušeném prostředí, dále by měla sestra, která edukaci provádí, poskytnout určitý časový prostor. Podstatné je, aby pacient v roli edukanta měl zájem a ochotu vyslechnout informace. Sestra by měla podávat věcné, faktické a objektivní informace, které následně dokáže srozumitelným způsobem vysvětlit edukantovi. Svěráková (2012) oproti Malíkové uvádí, že pacient, který má určité chronické onemocnění nebo je po těžkém úrazu a změnil se mu vlivem těchto událostí životní podmínky, se především musí naučit v těchto jiných podmínkách žít. Zvláště všeobecná sestra musí pacientovi pomoci vybudovat si nové návyky. Účinná edukace přináší snížení nákladů za zdravotní péči, protože edukovaný pacient má zpravidla aktivnější postoj k léčbě, a proto se můžeme domnívat, že pacientova rekonvalescence bude kratší. Aby bylo tohoto předpokladu dosaženo, sestra musí na podkladě diagnózy, navést pacienta k žádoucí změně jeho chování. Jde o změnu například ve stravovacích návycích, změnu životního stylu nebo omezení kouření.

Sestra v DP smí také edukovat o nácviu určitého ošetrovatelského výkonu, zejména aplikaci inzulínu nebo péče o chronickou ránu. Dodržování léčebného režimu, s čímž souvisí pravidelné užívání předepsaných léků, je taky důležitou součástí sesterské edukace pacienta. Pokud je pacient již propuštěn do domácí péče, jedním z nejčastějších ošetrovatelských výkonů, při kterém sestra provádí edukační činnost, je ošetření kožního defektu. Samotné edukaci ale nejdříve předchází důkladné prostudování dokumentace. Poté následuje úvodní rozhovor sestry a pacienta, při němž se sestra ptá na rizikové faktory, které mohou zapříčinit nehojící se defekt nebo zhoršení zdravotního stavu. Po úvodním seznámení a rozmluvě, sestra edukuje pacienta o péči o ránu, frekvenci převazů a zároveň také smí doporučit cviky, které mohou zlepšit mobilitu postižené části těla (Svěráková, 2012). Aby byla edukace pacienta efektivní, musí být do celého procesu zapojeni i pacienti rodinní příslušníci. Edukační proces by měl probíhat vždy za přítomnosti rodiny, nejlépe těch členů, kteří budou hlavními pečovateli (EuroMed info, © 2023). Sestra by měla rodinu edukovat o tom, že v případě jakýchkoliv nejasností či otázek týkajících se péče o jejich blízkého, se na ni mohou kdykoliv obrátit. Rodina by měla znát zásady péče, dále pak by měla umět rozpoznat různé změny v pacientově chování i tělesné kondici (Halmo, 2015). Kabelka et al., (2022) uvádí, že v domácí paliativní péči je podstatné, aby sestra upozornila blízké nemocného na časté změny vědomí během dne a vysvětlila jim, že tento stav je součástí delirantního stavu, zároveň takový faktor může rozhodovat o pokračování a kvalitě péče. Na to navazuje spolupráce sestry a rodiny pacienta, protože rodina by o těchto změnách měla informovat paliativní tým. Je vhodné, aby rodina byla informována o možnosti projevu dezorientace či až agrese u jejich blízkého, proto je velice důležitá edukace rodiny, aby nebyla tímto stavem překvapena a mohla na něj adekvátně zareagovat. V neposlední řadě je významná edukace rodinných příslušníků o důležitosti klidu, bezpečí a určitého režimu v terminálním stavu.

Roli *sestry manažerky* smí plnit jakákoliv sestra, která plánuje, realizuje a zároveň také hodnotí péči o pacienta i jeho rodinu. Roli sestry manažerky můžeme vnímat ze dvou pohledů, a to z pohledu manažerky organizace a manažerky vlastní činnosti. Vytvoření podmínek pro dosažení požadované úrovně a kvality ošetrovatelské péče je hlavním cílem managementu ve zdravotnictví. Způsobů, které vedou k dosažení cíle, je mnoho. Jedním z nich je například hodnocení sester vedoucí sestrou (Ondriová a Fertařová, 2021). Sheppard (2020) vyzdvihuje důležitost dokumentace v domácí péči a dodává,

že právě vedení a podpora dokumentace vede k tomu, že je sestra úspěšnou manažerkou. To, co není zaznamenáno v dokumentaci pacienta, jako by nebylo a jedno prosté zapomenutí na návštěvu, podpis nebo datum může způsobit velké potíže. Dále autorka uvádí, že je klíčové, aby sestra měla prostudované standardy a dokumenty obsahující firemní politiku nebo aby přinejmenším věděla, jak se k nim v případě potřeby dostat. K dokumentaci se také vyjadřuje Puustien et al., (2021), která naopak tvrdí, že dokumentace v domácí péči je nejednotná a více než na komplexní péči o pacienta, se zaměřuje spíše na jednotlivé úkony, které sestra u pacienta provádí. Součástí role sestry manažerky je také vykazování jednotlivých výkonů, které sestra u pacienta provádí.

Prvním výkonem vykázaným u pacienta nejčastěji bývá 06311, což je zavedení DP. Každá návštěva je vázaná na časový údaj, na výkon 06311 je vyhrazeno 60 minut. Výkon začíná přípravou dokumentace pro zavedení DP, navázáním smlouvy s ošetřujícím lékařem o ošetřování pacienta ve vlastním sociální zařízení, zavedení krátkodobých i dlouhodobých ošetřovatelských plánů navržených sestrou, v neposlední řadě konzultace s lékařem, pacientem i rodinou a sestavení komplexní objektivní ošetřovatelské anamnézy. Výkon končí zaznamenáváním získaných poznatků do dokumentace, předložením plánu nebo závěrečného vyhodnocení ošetřujícímu lékaři a vyplnění příslušných formulářů (Seznam zdravotnických výkonů, © 2016).

Hekelová (2012) zmiňuje, že sestra manažerka musí plnit zejména dvě hlavní složky, a to řízení komunikace a time-management. Tyto dva pojmy se následně prolínají se všemi oblastmi manažerského působení – organizování, řízení, plánování a kontrola. V organizování musí být sestra schopna řešení konfliktních situací jak s pacienty, tak i s kolegy. Další manažerskou činností je řízení, při kterém sestra manažerka vede pracovní výkon, aby však tato činnost fungovala, je k ní třeba v první řadě motivace pracovníků. Další čtyři podmínky pro řízení jsou jasná definice pracovní náplně, předem určené cíle, zpětná vazba a systém odměňování, který představuje motivaci pro kolektiv sester. Role sestry manažerky spočívá také již ve zmíněném plánování, což je v DP především plán péče, plán řízení rizik a plánování vedení změn. Poslední oblastí je kontrola, při níž sestra manažerka má za úkol dělat revize svých podřízených a následně potom napravovat to, co se nevyvíjí podle plánu a představ (Plevová, 2012). Hekelová (2012) dále popisuje tři základní oblasti komunikace ve zdravotnictví. První oblastí je komunikace mezi spolupracovníky, ať už se sestrami, lékaři nebo pečovateli,

tzv. interní komunikace. Další z nich je komunikace sester s pacienty nebo případně s jejich rodinami a posledním okruhem je opak interní komunikace, externí komunikace. Externí komunikace probíhá s laickou veřejností, pojišťovny nebo úřady. Druhým prvkem managementu v ošetrovatelství je time management. Mnoho jedinců, kteří plní roli manažera považují za největší problém nedostatek času, z tohoto důvodu je pro sestry důležité si svůj čas dobře rozplánovat a zvolit vhodnou organizaci své práce. Dnes už neplatí, že se výkon sestry hodnotí podle kvantity času v práci nebo času stráveného u pacienta doma. Proto je žádoucí, aby všechen čas byl využit efektivně a nestávalo se, že by sestry trávily v práci více času, protože nebyl skutečně zaplněn. Sestra má mít ve svých věcech pořádek, aby neztrácela čas hledáním, zároveň by se měla vyvarovat tomu, dělat více věcí najednou a v neposlední řadě by se měla vyhnout marnění času čekáním (Plevová, 2012).

Sestra výzkumnice přispívá k rozvoji teoretických poznatků v ošetrovatelství a snaží se uplatnit nově získané informace v praxi. Výzkum je prostředek k hodnocení práce sester, umožňuje hodnotit zavedené metody, zkoumá efektivitu práce a také hodnotí účinnost nových nebo plánovaných postupů. Sestra v ošetrovatelském výzkumu zastává dvě role, a to roli spotřebitele, kdy sestra využívá nových poznatků z výzkumů a ty následně aplikuje do praxe, nebo roli výzkumnice, kdy sama sestra realizuje výzkum nebo je do něj alespoň zapojena (Plevová a kol., 2018). V současnosti některá zařízení vůbec nemají pozici sestry ve výzkumu personálně začleněnou, protože není oficiálně vymezena katalogová pozice v zákoně. Aktuálně není tedy jednotně zařazena pracovní pozice a určena náplň práce výzkumné sestry. V ČR se od sester zapojených do výzkumu předpokládá, že budou vytvářet samostatnou publikační činnost a budou se účastnit konferencí (Bůřilová a Pokorná, 2017). Zadák a Květina (2011) uvádějí, že výzkum, který zahrnuje pacienty, se nazývá klinický nebo neklinický. Klinický výzkum souvisí s péčí o pacienta a neklinický se provádí za účasti pacientů anebo zdravých jedinců k získání obecně platných znalostí. Na určité druhy léčby může pacient reagovat různými způsoby, proto je důležité určit intervenci vykazující nejlepší výsledky ve zlepšení zdravotního stavu jedince a tento ověřený postup dále začlenit do širšího prozkoumání. Ke zlepšení zdravotních výsledků pacienta musí být vždy zapojeny veškeré zúčastněné strany, to znamená pacienti, jejich rodinní příslušníci a poskytovatelé zdravotní péče. Začlenění těchto všech jednotlivců do péče, vede k úspěšnému akceptování fungujících intervencí. Přímá účast pacientů, jejich rodin

a sester ve výzkumu klade důraz na přání a potřeby pacienta, což následně zvyšuje pravděpodobnost dosažení cíle výzkumu (Grady, 2018).

Sestra plnicí roli výzkumnice využívá kritické myšlení při řešení problémů, k formulaci názorů a také v rozhodování. Kritické myšlení je orientované především na výsledky, tudíž je žádoucí, aby sestra během ošetrovatelského procesu pozorně určovala problémy a rizika, které mohou negativně ovlivnit dosažení požadovaného výsledku. Sestra, která používá kritické myšlení, se řídí především potřebami pacienta a jeho rodiny. Na základě vlastního posouzení je sestra povinna umět zhodnotit pacientovy problémy, navrhnout jejich řešení, a v případě potřeby si také stát za vlastním rozhodnutím, za které je zodpovědná (Vörösová et al., 2015)

Sestra komunikátorka je další zásadní rolí, kterou všeobecná sestra v sociálním zázemí pacienta zastává. Pro dosažení nejefektivnější komunikace si ji sestra v domácí péči smí přizpůsobit a ověřit si, zda jí pacient rozuměl několika způsoby. Například dotazováním (použitím zpětné vazby), regulací informačních toků, aby pacient nebyl přetížený zbytečnými informacemi, či zjednodušením jazyka (nepoužíváním odborných termínů). Komunikace by měla být základní dovedností sestry, protože veškerá nedorozumění a nepochopení pramení právě z chybné komunikace. Významná dovednost v komunikaci je zejména naslouchání, neboť to je hlavní pomůckou k dorozumění dvou a více jedinců. Pro sestru komunikátorku je stěžejní usilovat o to, aby ona sama rozuměla, ale také aby jí bylo rozuměno (Plevová, 2012). Kabelka et al., (2022) dále zmiňuje, že sestra v domácí paliativní péči musí ovládat i schopnost sdělování špatných zpráv, kdy je zásadní nejdříve popsat problematiku, vysvětlit příčiny a potencionální scénáře a poté vyjádřit podporu. Všeobecná sestra je způsobilá k tomu, aby blízkým nemocného nabídla možnost psychologické podpory, vysvětlila další kroky v péči a dala rodině možnost pro projevení emocí a prostor pro doprovázení jejich blízkého. Sestra by měla komunikovat nejen se samotným pacientem, ale také s jeho rodinnými příslušníky. Důležité je, aby sestra rodině pacienta sdělovala potřebné informace týkající se péče a odůvodňovala různé ošetrovatelské postupy, protože tím sestra zvyšuje pocit jistoty a důvěru rodinných příslušníků pacienta v celý ošetrovatelský proces (Urheberrecht, © 2023).

Sestra navrhovatelka péče, při rozhodnutí ošetrujícího lékaře nebo lékaře s jinou odborností o DP je prvním, kdo pacienta v jeho sociálním zázemí navštíví, všeobecná

sestra. Sestra provádí vstupní rozhovor, vyšetření pacienta a posouzení vlastního sociálního prostředí, ve kterém bude domácí péče poskytována. Pokud sestra rozhodne, že je nutné v zájmu pacienta i kvality péče provést určité úpravy v zázemí klienta, jako je například umístění polohovacího lůžka či vybavení kompenzačními pomůckami, úlohou sestry je po dohodě s pacientem tyto pomůcky zajistit. Nezbytným úkolem sestry při této první návštěvě je seznámení pacienta s četností návštěv a rozsahem výkonů DP. (Asociace domácí péče ČR, © 2020). V organizaci domácí péče musí být sestra schopna zavádění jednotlivých změn, při němž je nutné, aby byly správně vykomunikovány. Sestra navrhuje postup péče, její možnosti, případné pomůcky, a to na základě potřeb a zjištěných ošetřovatelských diagnóz (Hekelová, 2012).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké jsou možnosti pro zkvalitnění poskytování péče sestrami domácí péče z pohledu sester domácí péče.
2. Zjistit, jak vnímají sestry naplnění jejich profesních rolí při poskytování domácí péče.
3. Zmapovat, jak sestry vnímají svoje role při poskytování domácí péče.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou podmínky pro realizaci rolí sester z pohledu sester působících v domácí péči?
2. Kde vidí sestry možnosti pro zkvalitnění a rozšíření náplně svých rolí při poskytování domácí péče?
3. Jak sestry vnímají svoje role při poskytování domácí péče?
4. Jaká je míra rozhodování v nezávislé a součinné péči při poskytování domácí péče?

3 Operacionalizace pojmů

Domácí péče – péče, která je poskytována zdravotnickými pracovníky ve vlastním domácím prostředí jedince. Domácí péče je indikována praktickými lékaři nebo lékaři s jinou odborností. Domácí péče přispívá zejména k udržení či zlepšení zdravotního stavu pacienta.

Role sestry – chování sestry, které se očekává, že bude naplňovat. Rolí, které sestra zastává je mnoho a všechny se navzájem prolínají, všeobecná sestra nikdy nezastává pouze jednu roli.

Multidisciplinární tým – tým, který je složen několika odborníky z různých profesí, nejčastější složení týmu v domácí péči je všeobecná sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut a psycholog. Tito všichni členové se podílejí na koordinované péči o pacienta.

4 Metodika

4.1 Metodika výzkumu

Pro empirickou část bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu formou dotazování. Při využívání dotazovací formy se informace získávají pomocí rozhovorů. Pro tento výzkum byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Otázky v tomto typu rozhovoru má tazatel předem připravené a díky nim získává informace od respondentů. V polostrukturovaném rozhovoru tazatel nemusí nutně dodržovat pořadí otázek a zároveň smí využít doplňující otázky, které slouží k tomu, aby tazatel získal detailnější odpověď na otázky a došel tak ke splnění cíle práce. Při tvorbě schématu otázek je nutné, aby si tazatel uvědomil cíle, kterých chce dosáhnout, a také aby si rozmyslel formulaci otázek. Otázky by měly být jasné, stručné a srozumitelné. Při získávání odpovědi si tazatel smí nechat některé formulace vysvětlit nebo objasnit, aby pochopil, jak danou věc informant myslí (Kutnohorská, 2009).

Sběr dat probíhal od února do března 2023 v domácím hospici Bárka v Jihlavě a v domácí zdravotní péči v Jihlavě. Proces sběru dat probíhal se svolením vrchních sester a pomocí metody snowball, jelikož se s několika sestrami z domácí péče znám osobně. Vrchní sestry jsem s žádostí o výzkumné šetření kontaktovala telefonicky a díky tomu, že jsem v obou zařízeních byla na praxi, s provedením výzkumu neměly problém. Na začátku každého rozhovoru byly sestry dotázány, zda může být rozhovor nahráván na diktafon. Poté byly sestry poučeny o zachování anonymity v odpovědích. Odpovědi nahrané v diktafonu byly posléze přepsány do programu Microsoft Word. Získané odpovědi byly následně zpracovány pomocí kódování, metodou tužka a papír. Dále byla tato zjištěná data rozdělena do čtyř kategorií a třinácti podkategorií.

Ve výzkumném souboru má každý informant přiřazenou identifikační zkratku, sestry z domácí paliativní péče mají zkratku SP (SP1 – SP 6) a sestry z domácí zdravotní péče mají zkratku SZ (SZ1 – SZ 4). Čísla k identifikaci byla k jednotlivým respondentům přidělena náhodně.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku – rozhovory

Výzkumný soubor je tvořen všeobecnými sestrami z domácí zdravotní péče v Jihlavě a všeobecnými sestrami z domácí paliativní péče v Jihlavě. Celkový počet sester, které se zúčastnily rozhovoru, byl dán nasycením odpovědí. Dohromady bylo tedy osloveno 10 všeobecných sester. Z domácí zdravotní péče se na rozhovoru podílely celkem 4 všeobecné sestry a z domácí paliativní péče to bylo 6 všeobecných sester.

Před začátkem každého rozhovoru byly všechny sestry uvedeny do problematiky, kterou se budou následující čas zabývat. Všem informantům byl před začátkem nahrávaného rozhovoru sdělen celý název práce a v krátkosti jim bylo vysvětleno, jaké jsou cíle práce. Po samotném rozhovoru bylo každé informantce poděkováno za jejich čas a upřímné odpovědi.

5 Výsledky

V této kapitole budou popsány jednotlivé výsledky, kterých bylo dosaženo během kvalitativního výzkumného šetření. Výsledky budou sestaveny podle získaných informací od všeobecných sester během polostrukturovaného rozhovoru

5.1 Identifikační údaje dotazovaných sester

Tabulka 1 Výzkumný soubor

Sestra (S)	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Doba praxe	Praxe v DP	Typ DP
SZ1	Žena	39 let	VOŠ	12 let	11 let	DZP
SZ2	Žena	56 let	SZŠ	28 let	11 let	DZP
SZ3	Žena	52 let	SZŠ	33 let	27 let	DZP
SZ4	Žena	42 let	VOŠ	21 let	5 let	DZP
SP1	Žena	40 let	VOŠ	18 let	7 let	DPP
SP2	Žena	46 let	SZŠ	17 let	2 roky	DPP
SP3	žena	43 let	SZŠ	27 let	3 roky	DPP
SP4	žena	40 let	VŠ	10 let	2 roky	DPP
SP5	žena	49 let	VŠ	9 let	3 roky	DPP
SP6	žena	59 let	SZŠ (ARIP)	42 let	15 let	DPP

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Jednotlivé sestry, které se zúčastnily kvalitativního výzkumu, jsou v tabulce i textu označeny zkratkami, sestry z DZP mají zkratku SZ (SZ1 – SZ4) a sestry z DPP mají

přiřazenou zkratku SP (SP1 – SP6). Rozhovoru se zúčastnily 4 sestry z domácí zdravotní péče (DZP), které byly ve věku v rozmezí 39 let – 56 let, 2 sestry vystudovaly vyšší odbornou školu zdravotnickou a 2 mají středoškolské vzdělání. Celková doba praxe ve zdravotnictví je u sester z DZP v rozmezí od 12 let do 33 let a doba praxe na pozici sestry poskytující domácí péči se pohybuje mezi 5 lety až 27 lety. Z DPP bylo osloveno celkem 6 sester, které byly ve věkovém rozmezí od 40 let do 59 let. Dvě sestry z DPP dosáhly vysokoškolského bakalářského vzdělání, jedna sestra vystudovala vyšší odbornou školu zdravotnickou a zbývající tři sestry dosáhly středoškolského vzdělání, přičemž jedna z nich absolvovala specializační vzdělávání v oboru intenzivní péče (ARIP). Celková doba praxe ve zdravotnictví u sester z DPP se pohybuje od 9 let až 42 let a praxe v DPP je v rozmezí 2–15 let.

5.2 Kategorizace výsledků rozhovorů u sester

Na základě analýzy získaných dat, bylo stanoveno 8 kategorií a 7 podkategorií, které popisují jednotlivé role a způsob, jakým je sestry z DP vnímají.

1. Role ošetřovatelky
 - 1a Výkony v DP
2. Role edukátorky
3. Role manažerky
 - 3a Time management
4. Role výzkumnice
5. Role komunikátorky
6. Role navrhovatelky
 - 6a Navrhování kompenzačních pomůcek
 - 6b Rozhodování sester o péči
7. Podmínky realizace pro naplnění rolí
 - 7a Vnímání rolí
 - 7b Vzdělávání
 - 7c Podmínky a bariéry při naplňování
8. Spolupráce s multidisciplinárním týmem

Kategorie 1 Role ošetřovatelky

Zajímali jsme se o odpovědi všeobecných sester poskytujících domácí zdravotní péči (DZP) na jejich pracovní náplň, avšak popis jejich dne se výrazně lišil od odpovědi sester z domácí paliativní péče (DPP). Z odpovědí ohledně náplně běžného dne sestry z DP vyšlo, že sestry popisovaly roli ošetřovatelky a také manažerky. Sestry SZ1, SZ2, SZ3 a SZ4 se shodly na tom, že jejich den v terénu začíná pacienty, kteří mají na ten den naordinované odběry krve. Sestra SZ3 řekla: „*Ráno začínám tím, že nejdříve jedu k lidem, kteří mají mít odběry krve, ty potom odvezu do příslušné laboratoře nebo přímo do ordinace praktického lékaře.*“ Sestry z DPZ mají na starost pacienty, které jim přidělí vrchní sestra, o které se starají celý týden, tudíž si mohou den předem naplánovat svoji trasu. Porada s vrchní sestrou se uskutečňuje 1x týdně, tam jsou přítomny všechny sestry z péče a referují si o uplynulém týdnu a plánují týden nastávající. Sestra SZ2 uvedla: „*Po odběrech se snažím návštěvy pacientů rozplánovat dle náročnosti péče a jednotlivých výkonů, nejčastěji po odběrech krve jedu za pacienty, kteří mají mít injekce nebo infuze.*“ Sestra SZ4 dále objasnila, jak vypadá odpoledne sester z DZP: „*Po splnění všech ranních a dopoledních návštěv máme ještě odpolední službu, při které se nejčastěji podává parenterální výživa nebo aplikuje inzulin. Většinou v rámci té odpolední služby jsme k dispozici do těch 19:00, jakmile se ale něco děje až po té uplynulé odpolední službě, tak si pacienti volají RZS.*“ Jediná sestra SZ4 uvedla, že do jejich denní náplně patří i práce s dokumentací a pečlivé zapisování všech výkonů u každého pacienta.

Popis dne sester z DPP se výrazně liší. Sestra SP3 svůj začátek dne popisuje takto: „*Každý den máme poradou, kde se proberou pacienti, zda se událo něco nového od toho předešlého dne, protože se přes noc může ten stav pacienta rapidně změnit. Ta porada trvá většinou 1 hodinu, od 7:00–8:00.*“ Samotnou poradou detailně popisuje sestra SP5: „*Na poradě probíhá převážně předávání služby, tudíž jsou zde přítomny sestry, ošetřovatelky, pečovatelky, sociální pracovníci, vedoucí služby a lékař. Potom nám náš nadřízený přidělí pacienty a každá sestra si u toho svého pacienta nachystá, co bude potřebovat.*“ U pacientů v DPP je určena frekvence návštěv, přičemž ale musí být u každého pacienta každý den alespoň jedna telefonická kontrola, zda něco rodina nebo pacient nepotřebují, jaký je stav pacienta či jak se subjektivně cítí.

Při ranní poradě vrchní sestra určí sestřám, u koho má být ten den návštěva a u koho stačí jen telefonická kontrola rodině. Sestra SP3 uvádí: „*Návštěva zahrnuje standardní ošetrovatelskou péči, splnění naordinovaných intervencí. Návštěva i telefonická kontrola by měla vždy obsahovat dotaz, zda je něco jinak nebo zda je potřeba něco řešit.*“ Sestra SP1 popisuje další průběh dne takto: „*Po ranní poradě se tedy rozjedeme autem do terénu za pacienty, po návratu zpět na centrálu si doplníme do batohu materiál, který jsme použily, dále píšeme dokumentaci u jednotlivých pacientů, u kterých jsme ten den splnily návštěvu.*“ Sestra SP2 dodává, že k odpolední náplni práce ještě patří předání služby sestře, která bude mít ten den pohotovost, pohotovostní služba trvá od 15:30 do 7:00 dalšího dne.

Oproti DPZ je DPP odlišná v tom, že si sestry pacienty pořád mění a není den, kdy by měly na starost stejné složení pacientů. Tento rozdíl popisuje sestra SP3: „*Je to dáno tím, že ti pacienti jsou náročnější, protože jsou v terminální fázi jejich života, a i každá rodina je jiná, proto je nutné, abychom ty pacienty a jejich rodiny znaly všechny, vzhledem k tomu, že si ty pohotovosti v noci a o víkendech střídáme.*“ To, že dříve měli pacienti svojí přidělenou sestru, popisuje sestra SP6, ale tento postup se jim prý spíše neosvědčil, protože může vzniknout hlubší pouto mezi rodinou, pacientem a sestrou, a může být za hranou profesionality. Zároveň se také stávalo, že pacienti nechtěli přijmout péči a neměli důvěru v jiného zdravotnického pracovníka, který k nim přijel v pohotovostní službě. Pouze jedna sestra (SP5) nepopisovala samotné výkony, které sestra dělá, ale popsala, jaká je náplň a úkol sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče. Odpověď SP5 je v tomto znění: „*Na nás jako na sestřích je, aby pacientům nic nechybělo a jejich zdravotní stav byl zajištěný. Zároveň, aby rodina měla k dispozici prostředky pro to, kdyby se jejich blízkému přitížilo, tak aby mu mohli pomoci, jako jsou například natáhnuté stříkačky s Degany nebo s léky proti bolesti.*“

Podkategorie 1a Výkony v domácí péči

V této podkategorii, která se týká role poskytovatelky ošetrovatelské péče, se téměř všechny sestry se shodovaly na tom, že popisovaly nejčastější výkony, které sestra provádí z pohledu ošetrovatelské péče. Sestry (SP1, SP2, SP3, SP4, SP6, SZ1, SZ3, SZ4) se shodly na tom, že mezi nejčastější ošetrovatelské intervence patří převaz rány, podávání injekční a lékové terapie, rehabilitace nebo měření fyziologických funkcí. Sestra SP1 ještě dodává: „*Někdy se stane, že pomáháme i s hygienickou péčí,*

polohováním nebo výměnou inkontinenčních pomůcek.“ Sestry (SP3, SZ4) uvádějí, že v domácím prostředí mají také pacienti zavedené flexily, stejně jak je tomu v nemocničních zařízeních, ale jsou to flexily, které jsou zavedeny do podkoží, přes které potom podávají infuzní terapii. Sestra SP3 jako další výkon popisuje výměnu a zavedení permanentního močového katétru u žen nebo asistenci lékaři při zavedení permanentního močového katétru u mužů. Sestra SZ2 uvádí: *„V domácím prostředí je to i o té náročnější a složitější ošetrovatelské péči, jako je ošetření všech druhů stomií, ošetření PEGu, ošetření tracheostomií nebo i domácí dialýzy, děláme všechny typy parenterální výživy, kdy mají pacienti zavedený PICC nebo Broviacův katétr, k tomu tudíž patří i péče o ty všechny vstupy.*“ S péčí o různé druhy stomií, konkrétně o kolostomie a nefrostomie se také shodují sestry SP1 a SP2. Poslední ještě nezmíněnou činnost, kterou sestra v domácím prostředí vykonává, zmiňuje sestra SP4: *„Dále můžeme při vizitách asistovat při prováděných punkcích, nejčastěji hrudních punkcích nebo menších chirurgických zákrocích.*“

Kategorie 2 Role edukátorky

V této kategorii bylo zjišťováno, jak by sestry popsaly nebo naplňovaly roli edukátorky v domácí péči. U této role nebylo potřeba vysvětlovat její význam, protože všechny sestry tento termín znaly a věděly, co tato role obnáší. Každá sestra popisovala oblasti, ve kterých pacienta i rodinu edukují. Sestra SP4 odpověděla: *„Důležité je edukovat o té naší náplni práce, aby pacienti i jejich blízcí věděli, co tam budeme dělat a proč to budeme dělat.*“ Sestra SP6 se s touto odpovědí shoduje, ale zároveň dodává: *„Pacient by tou naší edukací měl pochopit to, proč ho vedeme k tomu, aby danou věc dělal, to znamená, že ho edukujeme o tom, aby se otáčel na posteli a neležel pořád na zádech, protože by se potom u něj mohly projevit proleženiny.*“ Sestra SZ3 popisuje ve své odpovědi hlavně důležitost edukace v domácím prostředí, její odpověď zní: *„Tuto roli zastáváme prakticky neustále, protože je potřeba danou věc pořád opakovat, nestačí to říct jednou, ale těm lidem se to musí říkat v podstatě každou návštěvu, někdy i několikrát za návštěvu.*“

Všechny sestry se shodly, že je důležité edukovat nejen pacienta o kterého se starají, ale také jejich blízké, protože v domácím ošetřování se potom velká část péče převádí právě na rodinu pacienta. Například SP2 popisuje: *„Musíme edukovat o těch výkonech, které provádíme, a to nejen toho pacienta, ale i jejich rodinu, protože oni se poté stávají*

součástí celého ošetrovatelského procesu, kdy oni sami potom převazují ránu nebo aplikují lék do subkutánní flexily, z toho tedy plyne, že edukujeme o těchto drobných výkonech, které ta rodina může sama vykonávat.“ K edukaci rodiny se zmiňuje sestra SZ4: „Občas mi přijde, že edukujeme častěji tu rodinu než přímo daného pacienta.“ Sestra SZ1 k edukaci rodiny odpověděla tak, že pokud se u pacienta projevilo některé neurodegenerativní onemocnění, tak je žádoucí do péče zapojit pacientovy blízké, protože by měli u pacienta fungovat jako jistý dozor. Takto přesně zní odpověď SZ1: „Upacientů, u kterých se projevila demence nebo zmatenost, je nutné edukovat i rodinu pacienta, buďto rovnou s pacientem, nebo po telefonu. Děláme to proto, aby si jejich blízkého pohlídali a fungovali tam jako takový dohled.“

Ostatní sestry uváděly odpovědi převážně týkající se nejčastějších situací, při kterých sestry edukují. Odpovědi sester (SZ1, SZ2, SZ3, SZ4, SP4) jsou v souladu s tím, že edukují o léčebném režimu, dietě, manipulaci s pacientem v lůžku nebo o péči o ránu, například SZ4 odpovídá: „U bércových vředů edukujeme, jak se starat o nohy, jak pečovat o pokožku, jak se elevuje končetina nebo jakým způsobem se bandážuje. Dále edukujeme o péči o stomii, třeba jakým způsobem se vyměňují sáčky nebo jak mohou pečovat o okolí stomie.“ K edukaci o stravovacím režimu se rovněž zmiňuje SP6, která tvrdí: „Edukujeme, aby se pacient snažil hodně pít, aby se toxiny z jeho těla co nejvíce vyplavily, ale také u některých umírajících edukujeme o nemucení k jídlu, pokud nemá chuť, tak at' nejí.“ Poslední oblastí v odpovědích byla edukace o manipulaci s pomůckami, nejčastěji však s již zmíněnými subkutánními flexilami, ventilátory nebo oxygenátory. Tuto odpověď detailněji rozebírá SP5: „Pokud mají u nás pacienti ventilátor nebo oxygenátor, tak jsou poučeni o manipulaci s nimi, ví, jak měnit vodu. Zároveň pokud mají sc flexily, tak vědí, jak se aplikuje bolusově lék nebo jak dávkovač vypnout, pokud v něm dojde léčebná látka.“

Kategorie 3 Role manažerky

Další zjišťovanou rolí a popsání její náplně byla role manažerky v domácí péči. Nebylo snadné analyzovat odpovědi jednotlivých informantek, protože ne všechny informantky věděly, co tato role obnáší. Po krátkém upřesnění a sdělení doplňujících informací všechny sestry rozvedly, co si pod touto rolí představují. V rámci role manažerky všeobecné sestry nejčastěji uváděly dvě oblasti, a to práci s dokumentací a práci s časem, tzv. time management. Práci s dokumentací do náplně sestry manažerky

zařadily 3 sestry (SZ1, SZ2, SP1). Do dokumentace sestry z DP musí zapisovat veškeré výkony, které u pacienta provedly, jejich subjektivní i objektivní stav a veškeré změny, které se udály, například v medikaci nebo v ošetřování. Detailní odpověď SZ2 je v tomto znění: „*V rámci té manažerské role by mohla být dokumentace, kdy vlastně vykazujeme všechny výkony, co jsme u toho pacienta dělaly, musíme napsat knihu jízd, musíme napsat kilometry a u každého pacienta vypsat záznam, vypsat nynější stav, vypsat všechny materiál, co jsem u toho pacienta použila až do posledního čtverečku, včetně rukavic a tohle všechno musí sedět kilometrově, časově i materiálově.*“ Zápis do dokumentace berou sestry z DP jako svojí druhou práci, protože ji většinou vyplňují z domu a zabere přibližně stejnou dobu jako doba strávená u pacientů za ten den. Sestra SP1 ještě dodává: „*Po návštěvách a telefonických kontrolách vždy píšeme dokumentaci u jednotlivých pacientů, u kterých jsem já osobně splnila návštěvu, nebo jsem s rodinou alespoň mluvila.*“

Podkategorie 3a Time management

Všechny dotazované sestry (SP1, SP2, SP3, SP4, SP5, SP6, SZ1, SZ2, SZ3, SZ4) uvedly, že si pod náplní sestry manažerky představují zejména time management, který je pro sestru, poskytující péči ve vlastním sociálním zázemí pacienta, naprosto klíčový. Například SZ4 odpověděla: „*To si představuji tak, že si zorganizuji svůj čas, že si naplánuji trasu k pacientům. Abych třeba byla před snídaní u klientů, kterým se má aplikovat inzulin. Nebo aby si pacienti stihli osprchovat rámu před převazem toho defektu, abych já poté přijela k čisté ráně.*“ Informantka SP6 odpověděla mnohem více obecněji: „*Každá sestra je manažerka, protože ráno, než odjede k pacientům, si musí zmenežovat cestu tam i zpátky a porovnat to s těmi úkony, které počkají a které nepočkají. Takže každá sestra si je svým vlastním manažerem té práce.*“ S rozplánováním trasy a péče se shoduje i odpověď SZ2, která oblast time managementu objasnila během popisování standardního dne sestry v DP. Odpověď SZ2 vypadala takto: „*Po odběrech se snažím návštěvy pacientů rozplánovat dle náročnosti péče a jednotlivých výkonů, nejčastěji po odběrech krve jedu za pacienty, kteří mají mít injekce nebo infuze.*“

Dvě sestry z DZP, během popisování náplně pracovního dne v DP, uvedly, jak vypadá organizace celé směny, organizace práce je součástí role manažerské. Sestra SP3 popisuje organizaci práce takto: „*Každý den máme poradu, kde se proberou pacienti,*

zda se událo něco nového od toho předešlého dne, protože se přes noc může ten stav pacienta rapidně změnit. Ta porada trvá většinou 1 hodinu, od 7:00–8:00.“ Sestra SP5 dodává, že po poradě sestřím jejich nadřízený předá přidělené pacienty na daný den, a poté si každá sestra u těch svých pacientů nachystá, co bude potřebovat při návštěvě. Sestra SP1 popisuje další průběh dne takto: *„Po ranní poradě se tedy rozjedeme autem do terénu za pacienty, po návratu zpět na centrálu si doplníme do batohu materiál, který jsme použily, dále píšeme dokumentaci u jednotlivých pacientů, u kterých jsme ten den splnily návštěvu.“*

Sestry z domácí paliativní péče (SP1, SP4), které poskytují pohotovostní péči 24 hodin, na rozdíl od sester z domácí zdravotní péče, popsaly, že rozplánování si času využívají mnohem víc při pohotovosti. Přesná odpověď SP4 zní: *„Řekla bych, že se mě to týká daleko víc, když mám pohotovost, protože mi ti pacienti volají s různými problémy a já musím vědět, jak si to rozvrhnout. Musím vědět, komu dát přednost, co je naopak méně urgentnější a určit si sama tu posloupnost péče.“* Tuto problematiku zmiňuje SZ2 následovně: *„Já to dělám tak, že když vím, že jedu za paní, která je doma sama a je taková hodně povídavá, tak si to naplánuji tak, abych tam byla delší čas a ona se mohla vypovídat, protože naším úkolem je i taková psychická podpora těch pacientů. Ale zase nemůžu tam strávit 2 hodiny, takže musím umět i taktně ukončit ten hovor.“*

Kategorie 4 Role výzkumnice

Naplňování role výzkumnice je další kategorií, na kterou byly informantky dotázány. Definice slova výzkumnice v DP musela být podrobněji popsána, protože dotazované nevěděly, co si pod tímto termínem představit, i přesto, že tuto roli zastávají při každé návštěvě pacienta. Odpovědi dotazovaných na otázku ohledně sestry výzkumnice se spíše rozcházel. Sestry (SZ1, SZ3, SZ4) popsaly roli výzkumnice jako zásadní především v hodnocení převazů a zkoumání účinnosti použitých prostředků. Konkrétně SZ1 odpověděla: *„U ošetřování defektů zkoumáme různé intervence, které by mohly fungovat, třeba z naší zkušenosti. Samozřejmě se o tomto především radíme s lékaři, ale mnohdy to funguje tak, že v nás lékaři mají plnou důvěru, a věří v naše zkušenosti. Takže já zkusím použít jiný přípravek, který mám k dispozici ve vybavení a zkoumám, jak to funguje. Za tu dobu už víme, co by na jaký defekt mohlo fungovat.“*

Dále sestry (SZ4, SP6) uvádějí, že výzkumná role sestry by mohla obsahovat také hodnocení glykémie a bádání v tom, co konkrétně pacientům ovlivňuje glykémii. Sestra

SP6 popsala roli takto: „*Jako sestra výzkumnice bych spíše porovnávala určité hodnoty jako třeba glykémii, je to takový výzkum pro nás, jak se v závislosti na jídle mění pacientova glykémie.*“ Jiný názor na tuto roli měly sestry (SP1, SZ2), které ve svých odpovědích uvedly, že výzkum v domácí péči spočívá především v hodnocení bolesti a s tím související reakci na analgetickou léčbu. Odpověď SZ2 zní: „*Zkoumáme například hodnocení bolesti, kdy třeba pacientka udává bolest pohybového aparátu a na nás je to zkoumat a vyhodnocovat, protože ty lidi se mění každý den. Zapisujeme a zkoumáme závislost na různých věcech, závisí to i třeba na tom, jak se vyspali, nebo zkoumáme, jaké mají diagnózy, a podle toho se potom odvíjí ten jejich subjektivní pocit.*“ Od sestry SP3 jsem dostala velmi odlišnou a hezkou zpětnou vazbu na roli výzkumnice: „*V závislosti na zhoršení stavu, zkoumáme, co by pacientům ještě mohlo pomoci nebo ulevit, aby byli klidnější i veselejší, a co by jim ještě mohlo udělat radost, než jejich život skončí.*“ Tato odpověď také obsahovala popis situace s pacientem, který měl přání se ještě podívat na jedno místo a sestry i pečovatelky z DPP mu toto přání splnily. Uskutečnění tohoto přání samozřejmě záviselo na aktuálním stavu jedince, který byl zrovna stabilizovaný, tudíž se po dohodě s rodinou uskutečnil výlet na ono místo. Pacient z toho měl ohromnou radost a pár dnů poté zemřel.

Shodnou odpověď měly též sestry (SZ2, SZ4, SP5), které zmínily, že rozhodují o péči především na základě vlastních získaných zkušeností. Odpověď SP5 zní následovně: „*Já pacientům dle svého vlastního uvážení radím na základě svých vlastních zkušeností, například když se mě ptají, co mají dávat na opruzeniny, tak jim poradím dle toho, s čím mám zkušenost, že funguje. Něco, co mám vyzkoušené, tak se nebojím to aplikovat nebo realizovat u pacienta.*“ SZ2 ještě uvedla, že pokud se sestra rozhodne něco nového zavést v péči, tak je jejím úkolem pozorovat výsledky dané intervence a následně je vyhodnotit. SZ2 přesně uvedla: „*Pokud rozhodnu, že vyzkouším něco nového na základě získaných zkušeností od jiných pacientů, tak se toho pacienta snažím přesvědčit a sama zavést tu změnu. Poté ale musím pozorovat ty výsledky, jestli to funguje, nebo ne. Je to o tom navést toho pacienta na správnou cestu, ve výsledku je to stejně o tom, jestli on chce, nebo ne.*“

Kategorie 5 Role komunikátorky

Předposlední rolí, na kterou byli informanti dotazováni, byla role komunikátorky v domácím prostředí. Všechny sestry popsaly komunikaci jako naprosto klíčovou nejenom v poskytování ošetrovatelské péče v ústavní léčbě, ale hlavně při poskytování té terénní. SZ1 popisuje důležitost komunikace takto: *„Komunikace je v naší práci naprosto zásadní a pro sestru v domácí péči to musí být základní dovedností. Ať už jako v roli naslouchače, tak i ve sdělování informací.“* S rolí naslouchače se také shoduje odpověď SP4, která dodala, že podle ní je pro pacienty mnohdy důležitější jim naslouchat než jim sdělovat nové informace. Důležitá dovednost v komunikaci hlavně v paliativní péči je podle SP2 také sdělování špatných zpráv. Takto zní její přesná výpověď: *„Je důležité také umět sdělovat špatné zprávy, třeba to, že už to lepší nebude, ať se připraví na to, že to bude spíše horší. Komunikaci vnímám jako součást té celé ošetrovatelské péče, řekla bych z 80 % je to o tom umění komunikovat.“* Podle SZ4 je komunikace prostředek k psychické podpoře pacientů, protože mnohdy ztrácejí motivaci a naději. Další dovednost v komunikaci, kterou popisují sestry (SZ2, SZ4), je umění ukončit hovor, protože se často stává, že sestra z DP je jediný člověk, kterého pacient vidí za den, takže je logické, že mu chybí mezilidská interakce s druhým člověkem. Tuto problematiku zmiňuje SZ2 následovně: *„Já to dělám tak, že když vím, že jedu za paní, která je doma sama a je taková hodně povídavá, tak si to naplánuji tak, abych tam byla delší čas a ona se mohla vyprávět, protože naším úkolem je i taková psychická podpora těch pacientů. Ale zase nemůžu tam strávit 2 hodiny, takže musím umět i taktně ukončit ten hovor.“* Do náplně role komunikátorky v domácím prostředí patří také oblast psychoterapie a poskytnutí podpory v pacientově víře, pokud toho je sestra schopna. Jedna (SP1) z 10 sester uvedla: *„Někdy také plním roli duchovního, protože jsem sama věřící, takže pokud je potřeba, tak i tuto oblast částečně řeším a komunikuji to.“* V rámci komunikace sestra SP6 uvedla také role důvěrníka, posluchače, obhájce nebo poradce, ať už ve formě sociálního poradenství nebo poradenství pro pozůstalé.

Do role komunikátorky v domácím prostředí patří nejen komunikace s pacientem, ale zároveň komunikace s rodinou, komunikace s lékařem nebo s ostatními sestrami, například při předání služby. Komunikaci s dalšími lidmi, kteří se podílejí na péči, popisuje SP1: *„K tomu patří i komunikace s tou rodinou, skrz to, co pacient zvládá, co je potřeba doladit. Dál komunikace s lékařem, protože často řešíme změnu stavu*

a změnu medikace s lékařem. Komunikace s ostatními sestrami, protože si předáváme ty pacienty. Zároveň i vlastně s pečovatelkami, protože u některých pacientů je ta péče nakombinovaná jejich, i naše zdravotní. Takže bych řekla, že tato role je úplně ze všech nejdůležitější.“

Kategorie 6 Role navrhovatelky péče

Popsání role navrhovatelky péče byla poslední otázkou ohledně jednotlivých rolí, na kterou byly informantky dotázány. V této oblasti byly informantky velice dobře orientovány. V rozsahu náplně sestry navrhovatelky péče uvádějí tři sestry (SP1, SP3, SZ4) navrhování nebo spíše zvyšování frekvence návštěv. Přesná odpověď SP3 je v tomto znění: *„Navrhujeme například i změnu ve frekvenci návštěv, protože když se při příjmu stanoví frekvence návštěv, tak se to podle průběhu té péče upravujeme. Můžeme za vedoucím přijít s tím, že u toho pacienta nestačí, abychom tam chodily 2x týdně, ale měla by tam být návštěva každý den. To řekneme i rodině, že to tak vidíme, že by bylo lepší, kdybychom chodily na návštěvu každý den.“* K obecné charakteristice role navrhovatelky se vyjadřuje SP6 takto: *„Nesmíme zapomenout, že my jsme v té domácnosti vždy jen návštěvníci, proto když chceme něco měnit nebo navrhnout jiné řešení, tak se nad tím musíme domlouvat především s tím pacientem a rodinou. V žádném případě tam nemůžeme měnit, co se nám zlíbí.“* Další oblastí, kterou sestry z DP uvedly jako náplň práce sestry navrhovatelky, je navrhování odlehčovací služby. Přesná odpověď SP1 zní: *„Navrhujeme i využití odlehčovací služby, nejenom skrz například hygienickou péči, ale opravdu i jako odlehčení té rodině od péče o toho jejich blízkého. Je to kvůli tomu, aby se ti pečující mohli jít třeba projít a odlehčili trochu hlavu.“*

Z DP se též může propouštět stejně jako z nemocnice, proto SZ3 popisuje využívání této role při návrhu na propuštění pacienta z péče. Sestra SZ3 popisuje tuto situaci následovně: *„V momentě, kdy už cítíme, že ta péče nemá smysl nebo se to nikam neposouvá a je naše péče zbytečná, tak se to snažíme po 3 měsících ukončovat, protože to nejde dělat do nekonečna, těch pacientů by pořád přibývalo a musí se také z domácí péče propouštět.“*

Podkategorie 6a Navrhování kompenzačních pomůcek

Všeobecné sestry v DP smí navrhovat různé kompenzační pomůcky, které pomáhají ke zlepšení soběstačnosti nebo vedou ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. SP2 odpověděla k problematice navrhování kompenzačních pomůcek následovně: *„Navrhujeme pacientům jak pomůcky, tak i přidání silnějšího léku dle bolesti. Nabízíme v podstatě cokoli, co je v rámci našich kompetencí a našich možností, jak pacientovi ulevit.“* S navrhováním kompenzačních pomůcek se shodují také informantky SZ1, SZ3, SZ4, SP1, SP3, SP4, SP6. Například odpověď SZ1 zní následovně: *„Měly jsme v péči pacienta po amputaci dolní končetiny, ze začátku se pohyboval na vozíku, jakmile to na vozíku zvládal, navrhla jsem používání chodítka, jakmile to zvládal na chodítku, přešli jsme na francouzské hole. Ale vždy zohledňujeme stav a přání pacienta.“* Jako další kompenzační pomůcky, které mohou všeobecné sestry v DP navrhnout, SP3 uvádí například antidekubitní matraci, toaletní křeslo nebo polohovací lůžko. V rámci navrhování kompenzačních pomůcek je nutné, aby pacient dostal čas na rozmyšlenou a nikdo na něj netlačil. Kromě kompenzačních pomůcek sestry z domácí péče také navrhují využití oxygenátoru nebo lineárního dávkovače na injekční léky.

Podkategorie 6b Rozhodování sester o péči

Při rozhodování o ošetrovatelské péči v domácím prostředí je nejdůležitější se držet sesterských kompetencí a nejit až za ně. Sestra smí v péči o pacienta něco změnit, pokud si myslí, že by to mohlo jinak fungovat lépe, ale musí to být vždy v rámci ošetrovatelské péče. S tímto výrokem, rozhodovat o péči v rámci svých kompetencí, souhlasí odpověď SP6 a SP2. SP6 reagovala takto: *„Všechny musíme zachovávat kodex sester a nejit za své kompetence. Ale pokud si řeknu, že by bylo lepší něco udělat jinak, tak je to vždy o té domluvě s rodinou a pacientem. Většinou je to spíše návrh než rozhodnutí, buď mi to musí potvrdit lékař, nebo pacient.“* S tím, aby rozhodnutí o péči bylo v souladu s pacientovým přáním, se ztotožňuje SZ1, SZ4, SP1, SP3. Například SP1 odpověděla, že je pro ni důležité, aby byl při rozhodování naplněn především pacientův pocit, nikoliv její. Její podrobná odpověď je v tomto znění: *„Snažím se v souladu s tím pacientem a s rodinou rozhodovat, co by pro ně bylo lepší a co si já myslím, že by bylo lepší. Takže jim tu změnu nabídnu, popovídám si o tom s nimi, ale snažím se netlačit na ně, je to o té spolupráci a tady jde především*

o toho pacienta, a ne o můj pocit. Někdy mám sama problém umenšit ten svůj pocit z toho, jak by to bylo lepší, a opravdu spíše podpořit to přání pacienta a té rodiny.“

K míře rozhodování o péči SP4 uvedla, že právě sestry jsou těmi, kdo pacienta vidí nejčastěji a nejdéle, a proto mohou nejlépe říci, co by se u něj dalo zlepšit či změnit. Například smí navrhnout zavedení permanentního močového katétru, protože rodina nezvládá péči o inkontinenční pomůcky. Rozhodnutí zavedení PMK je už však na lékaři. Shodnou odpověď měly též sestry (SZ2, SZ4, SP5), které zmínily, že rozhodují o péči především na základě vlastních získaných zkušeností. Odpověď SP5 zní následovně: *„Já pacientům dle svého vlastního uvážení radím na základě svých vlastních zkušeností, například, když se mě ptají, co mají dávat na opruzeniny, tak jim poradím dle toho, s čím mám zkušenost, že funguje. Něco, co mám vyzkoušené, tak se nebojím to aplikovat nebo realizovat u pacienta.“* SZ2 ještě uvedla, že pokud se sestra rozhodne něco nového zavést v péči, tak je jejím úkolem pozorovat výsledky té dané intervence a následně je vyhodnotit. SZ2 přesně uvedla: *„Pokud rozhodnu, že vyzkouším něco nového na základě získaných zkušeností od jiných pacientů, tak se toho pacienta snažím přesvědčit a sama zavést tu změnu. Poté ale musím pozorovat ty výsledky, jestli to funguje, nebo ne. Je to o tom navést toho pacienta na správnou cestu, ve výsledku je to stejně o tom, jestli on chce, nebo ne.“*

Kategorie 7 Podmínky realizace pro naplnění rolí

V této kategorii už nebyly řešeny jednotlivé role, ale informantky byly tázány na podmínky pro realizaci rolí, na to, jak vnímají své role, jaké jsou dle nich možnosti pro zkvalitnění péče, a naopak jaké jsou bariéry, které brání naplňování uvedených rolí.

Podkategorie 7a Vnímání rolí

V této podkategorii byly analyzovány odpovědi na otázku, jak informantky vnímají svoje role při poskytování DP. Informantky popisovaly realitu naplňování rolí podle toho, zda se jim daří jednotlivé role naplnit. S touto větou se ztotožňuje odpověď SZ3: *„Vnímám to tak, že jsou všechny naplněné, ale určitě nejdou zastávat všechny najednou ve stejný den. Třeba edukátorka je nejčastější po přijetí pacienta do péče, a například komunikátorku využívám každý den.“* S tím, že nejdou plnit všechny sesterské role najednou, se shoduje odpověď i SP1, jejíž odpověď zní: *„Vnímám je tak, že se snažíme je naplňovat, ale samozřejmě je nejde naplnit všechny kvalitně, dostatečně a najednou.“*

Ani pro toho pacienta to není dobré, když to na něj nachrlíme všechno současně, musíme mu dát čas na rozmyšlenou.“ Sestra SP3 zmiňuje, že je důležité, aby se ke všem pacientům přistupovalo stejně a všichni měli stejné možnosti. Odpověď SP3 zní takto: *„Snažím se je naplňovat u všech pacientů stejně, tak, abych ke všem přistupovala se stejnou laskavostí a ochotou pomoci, důležité je u nás nic nezanedbat a opravdu na každé přání a prosbu dát zřetel.*“ O realitě toho, že ne vždy se všechno daří, jak by si sestra představovala, hovoří SP5: *„Vnímám to tak, že všechny tyto role zastávám, samozřejmě mě taky někdy tlačí čas a nestihám všechno naplnit, tak jak bych chtěla. Ale myslím, že alespoň z části se mi to daří.*“

Odlíšná odpověď byla od SP2, která uvedla, že svoje konání u pacientů vůbec nerozdělovala do nějakých rolí, ani nevěděla, jak se jednotlivé role nazývají, ale jak sama během našeho rozhovoru zjistila, tak je všechny plnila. Odpověď SP2 byla v této podobě: *„Vnímám je tak, že jsem je vlastně nenazývala jejich pravými názvy, ale všechny jsem je v podstatě prováděla. Takže jsou mi vlastní, nicméně jsem je vždycky vnímala jako součást té poskytovatelky ošetrovatelské péče.*“ K nadřazenosti role ošetrovatelky se vyjadřuje i SP4, jejíž odpověď zní následovně: *„Ta moje role je hlavně ošetrovatelská a musí být vždy na prvním místě, aby všechny výkony byly správně vykonané a ty další role se mění podle potřeb toho pacienta.*“

Podkategorie 7b Vzdělávání

Další otázka na sestry z DP byla zaměřená na možnosti pro zkvalitnění a rozšíření náplně jejich rolí. Na tuto otázku odpovídaly informantky velmi jednotně. 6 sester (SZ1, SZ3, SP3, SP4, SP5, SP6) z celkových 10 odpovědělo tak, že možnost pro zkvalitnění a rozšíření vidí v dalším vzdělávání, a to proto, že náročnost péče se neustále zvyšuje a je potřeba se neustále zdokonalovat a získávat nové vědomosti. Toto tvrzení potvrzuje odpověď SZ3: *„Já bych viděla možnost pro zkvalitnění v dalším vzdělávání. Já mám kupříkladu kurz převazů ran, kurz péče o porty a měly jsme například i kurz o péči o peritoneální dialýzy. Myslím, že je důležité, aby vzdělávání sester v DP bylo co nejširší, protože ta samotná péče je čím dál náročnější.*“ Tuto odpověď ještě doplňuje SP4, která tvrdí: *„Těch nabídek na různá školení nebo kurzy máme opravdu hodně, zvláště teď po pandemii, jedná se například o kurzy, které se zabývají komunikací s umírajícím nebo doprovázení pozůstalých“.*

Druhá část sester (SZ2, SZ4, SP1, SP2) vidí možnost pro zkvalitnění v rozšíření nebo dostatečném naplnění personálu úměrně k pacientům, protože pacientů pořád přibývá a DP je čím dál častější formou zdravotní péče po propuštění z nemocnice. Takto zní odpověď SZ2: *„Tak možnosti pro zkvalitnění bych viděla v tom, aby bylo více personálu, jak sesterského, tak i pečovatelského, protože těch pacientů neustále přibývá. My ty pacienty nemůžeme mít v péči do nekonečna, proto se snažíme po 3 měsících péči ukončovat, protože by se péče víc a víc nabalovala a nezvládali bychom to.“* SZ4 ještě dodává, že s navýšením personálu souvisí i financování péče, které by podle ní, mělo být upraveno, protože nedostatek financí se poté odráží na péči o pacienty, protože sestry musí hodně šetřit na materiálu.

Podkategorie 7c Podmínky a překážky při naplňování rolí

V rámci podmínek pro naplňování rolí informantky nejčastěji uváděly čas, dostatek personálu, psychohygienu sester, zájem o práci a umění se rozhodovat a nenechávat věci na poslední chvíli nebo na jiné spolupracovníky. Dále je to také spolupracující rodina a přizpůsobené prostředí k poskytování domácí péče. Čas jako hlavní podmínku pro realizaci rolí popisují informantky (SZ3, SZ4, SP4, SP5). K dostatku času se SP5 vyjadřuje takto: *„Je to určitě dostatek času na každou návštěvu a vnitřní klid, že mě nikdo nikam netlačí a smím pacientovi i rodině věnovat veškerou svou pozornost.“* Dostatek času zajímavě popisuje rovněž SP4: *„Taky bych řekla, že je podmínka v tom, aby byl dostatek času, nejen toho našeho, ale času toho pacienta, protože někdy je to velice krátká péče.“* Další podmínku pro naplňování rolí uvádějí informantky (SP1, SP2, SP3, SP6), které odpověděly, že dle nich je podmínka v dostačujícím naplnění personálu. Tyto odpovědi shrnuje SP1: *„Podmínku vidím v dostatečném naplnění personálu, protože před pár lety nás tady bylo o polovinu míň než teď a opravdu toho času moc nebylo na ty pacienty, musely jsme to všechno stihnout. Vidím podmínku i v tom ten tým rozšiřovat, aby byla součástí týmu sestra, lékař, pečovatelka, sociální pracovnice, psycholog i duchovní.“*

Rozdílné odpovědi měly však informantky SZ2 a SZ3. Sestra SZ2 uvedla, že vidí podmínku v tom, zda se ten pacient opravdu chce léčit a má dostatečnou vůli k tomu, aby dodržoval nastavený režim. Přesná odpověď SZ2 zní: *„Důležitou podmínkou je, zda ten pacient opravdu chce, aby se jeho zdravotní stav zlepšil, protože si myslí, že veškerou práci na zlepšení jejich zdravotního stavu odvedeme my, ale tak to není.“*

Podmínkou je, aby pacienti měli disciplínu a opravdu ten jejich nastavený režim dodržovali.“ Druhou rozdílnou odpověď od všech ostatních sester měla SZ3, která se zaměřila na důležitost psychohygieny a kvalitního odpočinku, aby daná sestra měla sílu kvalitně poskytovat domácí péči a mohla tak dostatečně naplňovat role sestry. SZ3 tedy přesně uvedla: *„Důležité je to, aby sestra dodržovala nějaké formy psychoterapie, aby si nebrala, jak se říká, práci domů, a aby si ta sestra byla schopná odpočinout a nabrat síly.*“

Všeobecným sestrám byla také položena otázka ohledně překážek, které brání naplňování daných rolí v DP. Překážek může být ve vlastním sociálním zázemí pacienta mnoho, ať už ze strany sester nebo pacientů. Většina sester však popisovala spíše překážky ze strany pacientů. Nejčastější zmiňovanou překážkou byla nespolupráce pacienta při péči. Zhoršenou spoluprací jako bariéru při naplňování rolí uvedlo konkrétně 8 informantek (SZ1, SZ2, SZ3, SZ4, SP1, SP3, SP5, SP6) z 10. K této nejčastěji zmiňované překážce se SZ1 vyjádřila takto: *„Překážku vidím zejména ve spolupráci s tím pacientem, protože někteří se opravdu brání změně a chtějí to dělat přesně tak, jak to dělali doted. A pro nás je tím pádem těžké zavést změnu, správně edukovat pacienta, protože v první řadě musí chtít pacient sám.*“ Podobně se k problematice vyslovila i SZ4, jejíž odpověď pojímala také to, že pomáhat můžou jen těm, kteří si pomoc nechají. Konkrétně se vyjádřila následovně: *„Překážka je u pacientů, kteří bagatelizují péči a rozhodnou se, že už se nechtějí léčit, že ztratí tu motivaci. Důležité je naučit se s tím pracovat a přijmout to, že rozhodnutí je na něm. My to musíme postavit do roviny, že můžeme pomáhat jen těm, kteří si pomoc nechají.*“ Odpověď SZ4 dále i pojímala to, že v DP těch překážek tolik není, protože rodiny a pacienti si sami vyberou možnost poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Takže se sestry spíše setkávají s kladným přístupem k péči a odhodláním spolupracovat.

Kromě nespolupráce a obtížné komunikace byly dále uvedeny překážky jako šetření materiálem, nedostatek aut a personálu. Zajímavá odezva byla od SP2, jež byla v tomto znění: *„Někdy je to i fyzická bolest, která přehluší veškeré ostatní potřeby. Takže my musíme vyřešit nejdříve tu bolest a až potom naplňovat další role. Nemá smysl plnit edukátorku nebo navrhovatelku, když jsem tam teď proto, abych vyřešila pacientovu bolest, protože v ten moment ani nebude mít kapacitu poslouchat co říkám. Poté až se stav stabilizuje, tak můžu dál pokračovat s naladěním péče do toho ideálu.*“ Poslední

překážka v naplňování rolí, kterou popsala SP4, se týkala především bariéry ze strany sestry při pohotovostní službě. SP4 tedy přesně uvedla svou odpověď takto: „*Překážku ze strany sestry vnímám tak, že když mám službu v noci a volá mi rodina, že potřebují, abych přijela a za pár minut mi volá druhá rodina, že taky potřebují, abych přijela, ale jsou od té první rodiny vzdáleni třeba 25 km. Tak je to pro mě velký stres s tím, že mě tlačí čas a musím být už zase někde jinde, tudíž nemusí být ta role správně a dostatečně naplněna. Nemám právě ten čas a prostor na to, abych všechny role zastávala a neustále mám v hlavě to, že mě potřebují ještě někde jinde.*“

Kategorie 8 Spolupráce s multidisciplinárním týmem

V poslední části rozhovoru byly zkoumány odpovědi informantek na to, jak je při poskytování DP ovlivňuje spolupráce s multidisciplinárním týmem. Odpovědi všeobecných sester z DZP se výrazně lišily od odpovědí sester z DPP, protože v DPP mají 1x týdně poradu celého týmu, kterého se účastní lékař, vedoucí služby, sestry, sociální pracovníce a pracovníci odlehčovací služby, zatímco v DZP se koná 1x týdně porada jen s vrchní sestrou a všemi sestrami z péče, s lékaři komunikují pouze prostřednictvím mobilního zařízení. Spolupráci s multidisciplinárním týmem v DPP popisuje odpověď SP3: „*Každý čtvrtek máme pravidelně schůzku s multidisciplinárním týmem, kde probíráme každého pacienta. Shrneme celý ten týden. A funguje to tak, že se všichni společně domlouváme na té péči, jak by to šlo udělat jinak. Není to tak, že to, co řekne lékař, tak sestra jde striktně udělat. Je to tak, že každý přispějeme svým pohledem i se sociální pracovníci a dohromady z toho vyvodíme nějaký závěr. Rozhodnutí je však samozřejmě na lékaři.*“ O společné domluvě a spolupráci mluví i SP1 a SP4. SP4 odpovídá takto: „*Funguje to na vzájemné důvěře v naše kompetence a vzájemné oborové spolupráci. Líbí se mi, že ten tým funguje opravdu dohromady.*“ Sestry z DZ však odpovídaly odlišně, oproti sestram z DPP, spolupráce s lékaři nebo s celým multidisciplinárním týmem se v těchto dvou typech DP výrazně liší. Například SZ1 reagovala následovně: „*Tak náš multidisciplinární tým tvoří vlastně jenom sestry a praktičtí lékaři s tím, že praktickým lékařům my jako sestry voláme, jenom pokud si nejsme něčím jisté nebo se chceme na něco zeptat a potřebujeme v tom utvrdit, takže tím, co on řekne nebo nazná, tak už se pak potom řídíme podle jeho rozhodnutí.*“ O tom, že všeobecné sestry volají praktickým lékařům, jen pokud jsou v nějaké nejistotě a potřebují radu, hovoří také SZ2. Její odpověď je v tomto znění: „*Ta domácí péče je rozdílná v tom, že opravdu to rozhodování je převážně na vás, vy se musíte rozhodnout*

a na vás je ta zodpovědnost ohledně té péče. Je to jiné oproti nemocnici, tam vždycky mají na oddělení lékaře k dispozici. U nás těm lékařům nemůžeme volat pořád, my se musíme domluvit samy mezi sebou, mezi sestrami.“ Určitá zodpovědnost a umění se rozhodnout je základním vybavením sestry v DP, to ostatně potvrzuje i odpověď SZ3: *„My jako sestry z DP se snažíme být co nejvíce soběstačné a co nejvíce řešit ty situace samy, a musíme si umět se vším poradit.“*

6 Diskuze

Cílem této kapitoly je porovnání získaných výsledků z výzkumné části s odbornou literaturou a také vlastním názorem autora.

Zajímali jsme se o odpovědi informantek, týkajících se náplně jejich standardního pracovního dne a charakteristik některých rolí, které sestra při poskytování DP naplňuje. Na otázku, zda si sestry uvědomují nějaké role, které sestra plní při své profesi, informantky odpovídaly velmi různorodě. SZ4, SP1, SP4, SP6 popisovaly role, jak je najdeme v odborné literatuře (Špirudová, 2015; RNpedia, © 2023). Uváděly role s názvem role ošetřovatelky, role edukátorky, role nositelky změn a role obhájkyne. Některé sestry neuvedly pravé názvy rolí, protože neznaly terminologii, ale vycházely z činností, které každodenně vykonávají. Svoje role vnímaly jako například roli psychologa, sociálního poradce, duchovního či posluchače. Z uvedených výsledků můžeme konstatovat, že sestry, které absolvovaly vysokou školu, jsou lépe obeznámeny s pojmenováním jednotlivých rolí. Medical Tribune (2019) zmiňuje, že sestry, které vystudovaly vysokou školu, mají rozšířenější znalosti ohledně samotné teorie ošetřovatelství a také širší dovednosti. Důležité je také zmínit, že sestry, jež byly vzdělávány po listopadu 1989, byly lépe informovány o problematice rolí sester než sestry, které byly mladší a nevystudovaly vysokou školu. Kutnohorská (2010) popisuje, že po revoluci prošlo ošetřovatelství velkými změnami a byl kladen mnohem větší důraz na vzdělávání a osamostatnění oboru, do této doby to byl obor podřízený.

Dále jsme sledovaly odpovědi informantek na skutečné naplňování rolí sester poskytujících péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta a také způsob, jakým sestry vnímají jednotlivé role. Ve výzkumném šetření se častokrát objevovala chybná odpověď, která popisovala nadřazenost role ošetřovatelky nad ostatními rolemi, nicméně v odborné literatuře se uvádí, že by role sestry měly být ve vzájemné interakci a navzájem na sebe navazovat, protože jedině tak může být péče komplexní (RNpedia, © 2023). O nadřazenosti role ošetřovatelky se zmínily SP2 a SP4, v jejichž odpovědích zaznělo, že na prvním místě je role ošetřovatelská. Dále také uvedly, že na nich spočívá správné provedení výkonů a až poté na to navazují další role. Podobně Paharia (2022) tvrdí, že hlavní úlohou sestry je být pacientovou ošetřovatelkou. S tímto výrokem se také shoduje Andrade et al., (2017), a popisuje, že v DP hrají sestry ústřední roli a jsou považovány za zdravotnické specialistky, proto se od nich očekává především

správné splnění ošetrovatelských intervencí. Myslíme si, že je všeobecně pro sestry těžké vnímat všechny role rovnocenně, protože to, co dělají nejčastěji, je právě plnění ošetrovatelských intervencí, proto vnímají roli ošetrovatelky jako nadřazenou. Na druhou stranu sestra při plnění role ošetrovatelky musí plnit zároveň roli komunikátorky i manažerky, aby její činnost byla efektivní a profesionální. Podobně se k této problematice vyjadřuje Hlinovská (2020), která vyvrací tvrzení (SP1, SP2, SZ3), které uvedly, že nelze všechny role naplňovat najednou nebo při jedné návštěvě. Hlinovská (2020) tvrdí, že všeobecná sestra, která poskytuje ošetrovatelskou péči, nikdy nezastává pouze jednu roli, pokaždé jde o využití více rolí najednou. Czeffer a Papežová (2008) dodávají, že všechny sesterské role se navzájem prolínají, a slouží k upřesnění mnohých sesterských povinností. Při provádění různých ošetrovatelských činností sestra využívá ošetrovatelský proces (Tóthová, 2014). SP2 k této problematice uvedla: *„Pokud pacient má bolesti, tak my musíme vyřešit nejdříve tu bolest a až potom naplňovat další role. Nemá smysl plnit edukátorku nebo navrhovatelku, když jsem tam teď proto, abych vyřešila pacientovu bolest.* Avšak pokud sestra řeší nějakou podobnou situaci s pacientem, tak naplňuje nejen ošetrovatelku, ale také roli komunikátorky, jelikož s tím pacientem v této nepříjemné situaci musí umět mluvit. Zároveň je také výzkumníci, protože musí hledat způsoby, jak pacientovi od bolesti pomoci či navrhnout způsoby řešení. U této konkrétní odpovědi se jeví neznalost pojmů a nepochopení významu jednotlivých rolí.

Roli poskytovatelky ošetrovatelské péče sestry popisovaly pouze formou jednotlivých výkonů, které sestra v DP nejčastěji vykonává. Uváděly například odběry biologického materiálu, aplikaci injekcí, monitoraci fyziologických funkcí, péči o rány nebo rehabilitační cvičení. Úlohou sestry ošetrovatelky z pohledu Baňadikové a Rapčíkové (2009) je poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu a také dodržování standardů ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je pracovní technika, díky které zdravotní pracovníci vyhledávají a uspokojují potřeby pacientů (Tóthová, 2014). Využití ošetrovatelského procesu při naplnění role poskytovatelky ošetrovatelské péče žádná sestra nezmínila. Roli ošetrovatelky obecněji popisuje Paharia (2022), jež zmiňuje, že sestra by měla zvládat uspokojit fyzické i psychické potřeby pacienta, předcházet dalšímu onemocnění a být nápomocná k pacientově uzdravení.

Roli edukátorky informantky nevnímaly jako určitý proces změny či proces učení, ale tuto roli popisovaly spíše jako situace, ve kterých pacienty edukují. Mnohokrát se v odpovědích vyskytlo poskytování informací ohledně používání inkontinenčních pomůcek a manipulace se zdravotnickými přístroji (oxygenátor, s.c. flexila, polohovací lůžko). U diabetiků informantky nejčastěji hovořily o edukaci ohledně diety, léčebném režimu nebo způsobu aplikace inzulínu. SP 2 uvedla také výhodu edukace: *„Nejčastěji edukujeme o těch výkonech, které sami provádíme, ty potom samy ukazujeme pacientovi i rodině, a oni se poté stávají součástí ošetrovatelského procesu, kdy oni sami převazují a aplikují léky.“* S výhodou efektivní edukace se shoduje Dumit (2014) a Arkansas State University (© 2023), kde je popsáno, že pokud jsou v edukačním procesu pacienti zapojeni do péče, předpokládá se jejich zapojení do ošetrovatelských intervencí, což může mít dobrý vliv na celkové výsledky péče.

V podstatě všechny sestry, konkrétně 8 z 10, zmínily také důležitost edukace rodinných příslušníků pacienta. SZ1 popsala edukaci rodiny takto: *„Pokud je rodina přítomná, tak ji edukujeme rovnou i s tím pacientem, pokud není, tak jim zpětně voláme.“* S důležitostí edukace rodinných příslušníků se shoduje Zrubáková et al., (2019), která tvrdí, že je vhodné řešit důležité otázky s rodinou pacienta, protože rodina má pro nemocného velký význam a může mít velmi zásadní podíl na péči.

V odpovědích informantek dále nezaznělo, jak by měl celý edukační proces vypadat, a na co by se nemělo při edukaci geriatrického pacienta zapomínat. Zrubáková et al., (2019) proces edukace u starších osob popisuje tak, že je vhodné využití různých interaktivních pomůcek a omezení vnějších rušivých vlivů. Dále je žádoucí mít na paměti, aby sestry poskytovaly jen takové množství informací, které stačí k pacientovu pochopení, a následné ověření, jak moc pacient novým poznatkům porozuměl.

Zajímavé je, že v roli manažerky sestry spatřují činnosti, které se týkají time managementu a nutnosti vedení dokumentace, avšak zmíněný time management sestry vnímají jako větší součást manažerské role než práci s dokumentací. Potvrzují to jejich odpovědi, protože práci s časem uvedlo ve svých odpovědích 10 z 10 sester, ale vedení dokumentace už jen 3 z 10 sester. Sestra SZ1 o dokumentaci v DP uvádí toto: *„Do dokumentace poté zapisujeme veškeré výkony, které jsme u toho pacienta provedly, jejich subjektivní i objektivní stav a veškeré změny, například v medikaci“*

nebo v ošetřování.“ S touto odpovědí souhlasí Holmerová a Válková (2014), které zmiňují, že v průběhu poskytování DP v dokumentaci musí být uvedeny informace o celkovém stavu pacienta, proměnách stavu pacienta, a veškeré provedené i plánované výkony. Všeobecně informantky vnímají roli manažerky spíše jako organizování vlastního času než jako management ošetřovatelského procesu. Krause (2018) definuje funkce managementu v ošetřovatelství jako plánování, organizování, vedení a kontrolování, avšak ani jedna z těchto funkcí nezazněla v odpovědích. Stejně tak nebyla v odpovědích zmíněna informace, že sestra musí organizovat plán péče pro pacienty (Tóthová, 2014).

Roli výzkumnice informantky většinou definovaly jako roli, která zkoumá účinnosti jednotlivých intervencí, především dle svých vlastních zkušeností. SZ1 popsala tuto roli následovně: *„U ošetřování defektů zkoumáme různé intervence, které fungují, mělo by to být tak, že nám to naordinují lékaři, ale někteří lékaři jsou svolní, mají k nám plnou důvěru a věří v naše zkušenosti, tudíž já zkusím použít jiný přípravek, který mám k dispozici a mám s ním dobrou zkušenost, a podle toho potom zkoumám účinek daného hojícího přípravku.*“ Jarošová (2012) uvedla, že sestra ve svém klinickém výzkumu musí zvažovat nejen efektivitu ošetřování, ale i volbu intervence, zda je to to pravé, co si pacient přeje a dále jaká je tam efektivnost nákladů.

Sestry v DP, konkrétně (SZ2, SZ4, SP5, SP6), uvedly, u kterých ošetřovatelských intervencí nejčastěji zkoumají účinnost. Odpověď SZ4: *„Jde například o přípravky určené k hojení chronických ran, dále pak účinnost naordinované analgetické medikace či závislost zdravotního i psychického stavu na okolních věcech jako je kvalitní spánek, strava, vztahy v rodině a tak dále.*“

Součástí role sestry výzkumnice je rovněž hledání nových informací a nejnovějších poznatků o ošetřovatelství. Tato oblast však v odpovědích nezazněla. V odpovědích nezazněly též pojmy jako je Evidence Based Nursing (EBN) a Evidence Based Practise (EBP), jejichž využití by mohlo být velmi přínosné v rámci poskytování DP. Jarošová a Zeleníková (2014) definují pojem EBN jako proces, který propojuje nejnovější poznatky z klinických výzkumů s odbornými zkušenostmi sestry. Cílem tohoto procesu je zejména zajistit co nejkvalitnější péči o pacienty a tím ji také zefektivnit. Dále pak Camargo et al., (2018) popisuje ve svém článku EBP jako přístup k řešení problémů nebo situací při poskytování péče na základě vědeckých důkazů

ze studií, přání pacientů a odborných znalostí zdravotnického personálu, který ošetrovatelskou péči poskytuje.

Role komunikátorky byla sestrami z DP vnímána jako velmi důležitá, mnohdy možná i nejdůležitější. Toto potvrzuje odpověď SP1, jejíž odpověď zní: „*Řekla bych, že role komunikátorky je úplně ze všech nejdůležitější.*“ Care 24-7., (©2014) charakterizuje komunikaci v DP jako naprosto klíčovou, protože umožňuje pacientům se cítit komfortně, a s vědomím toho, že jsou jejich potřeby a přání naplněny. Efektivní komunikace napomáhá k rozvíjení vztahů mezi poskytovateli a příjemci péče, založených na vzájemné důvěře a respektu.

Navrhování kompenzačních pomůcek bylo nejčtenější odpovědí na otázku, jak by sestry popsaly roli s názvem navrhovatelka péče. SP3 popsala navrhování kompenzačních pomůcek takto: „*Navrhujeme například používání kompenzačních pomůcek, hodně dáváme antidekubitní matrace, dále zapůjčení toaletního křesla jako prevenci rizika pádu, taky třeba oxygenátor, ale vždy to závisí na zdravotním stavu a přání pacienta.*“ Kromě navrhování kompenzačních pomůcek sestry zmiňovaly například návrh na zvýšení analgetické terapie, dále návrh na změnu ve frekvenci návštěv nebo navrhnutí pomoci od odlehčovací služby. Holmerová a Válková (2014) zmiňují, že maximální rozsah frekvence DZP je 3x denně, aby každá návštěva trvala 1 hodinu. Toto je dostatečný rozsah pro to, aby poskytovatelé DP bezpečně zvládali odbornou péči i velmi náročné stavy pacientů. Z odpovědí informantek však nevyznělo, že v rámci role navrhovatelky může dojít také k navrhování změn v organizaci péče. Šupšáková, (2017) popisuje, že v každé organizaci běžně dochází k menším ale i větším změnám, například změnu v již zavedeném ošetrovatelském postupu nebo změnu v druhu poskytované péče. V DP by to mohla být právě již zmíněná odlehčovací služba, která už je druhem sociální služby, nikoliv zdravotní. Odlehčovací služba pomáhá pacientům při běžných úkonech jako je osobní hygiena, podávání stravy nebo také různé aktivizační a vzdělávací činnosti.

Následující kategorie se nezabývá jednotlivými rolemi a popsáním jejich náplně, ale otázky, které byly sestram kladeny, se zabývaly podmínkami pro realizaci rolí, bariérami při naplňování rolí a možnostem pro zkvalitnění. Podmínky pro naplnění rolí vidí sestry z DP nejvíce v dostatečném počtu členů personálu a s tím souvisí i dostatek času na pacienta. Konkrétně 3 informantky (SP1, SP3, SP6) uvedly, že největší

podmínku vidí v naplnění personálu, popřípadě také v rozšíření týmu. SP1 sdělila: *„Podmínku vidím v dostatečném naplnění personálu, a i v tom ten tým rozšiřovat, aby byla součástí týmu sestra, lékař, pečovatelka, sociální pracovníce, psycholog i duchovní.“* S problémem v naplnění počtu personálu souhlasí Tweed (2020), který pokládá nedostatek personálu za jednu ze tří hlavních překážek, které brání v růstu DP. Sestry (SZ1, SZ3, SZ4, SP2, SP4, SP5) odpověděly, že podmínka je především v čase, s tím souvisí zmíněný time management a také dobře spolupracující rodina a pacient. Čas v kontextu poskytování DP popisuje Messer (2016), jeho nedostatek může být zdrojem stresu pro sestry, které následně nestihnou splnit vše, co by měly nebo co by alespoň splnit chtěly. Dále také radí, že pokud sestra vnímá, že ošetrovatelský proces neprobíhá tak, jak by měl a není zde harmonie mezi výkony a časem vymezeným na ně, měla by se obrátit na vedoucího pracovníka. Zcela odlišnou odpověď, kterou pozitivně hodnotíme, měla SZ2, která zmínila: *„Podle mě je podmínka především v tom, aby ta práce sestru bavila a chtěla těm pacientům pomoci, aby jim věnovala maximum z toho, co může a řešila věci ihned. Myslím si, že jedině pak ta sestra dokáže tyto všechny role správně a efektivně naplnit.“* Domníváme se, že je toto sdělení je velmi důležité a zároveň často opomíjené. Sestru by její práce měla především bavit a měla by ji vykonávat s úsměvem, protože laskavý a pozitivní přístup dokáže opravdu moc.

Jako největší překážky, které brání naplňování rolí, informantky uváděly zejména nespolupráci pacienta nebo rodiny. Důvodů může být mnoho, sestra SZ1 uvedla, že *se pacienti mnohdy brání změně, chtějí to dělat stejně jako doted, vnímají zdravotnický personál jako jakési vetřelce nebo si zkrátka nechtějí nechat pomoci, nicméně zde poté nastává konflikt, jelikož sestry z DP smí pomáhat jen těm, kteří si pomoci nechají a stojí o to.*

Ale jak zmínily informantky, tento problém se *„nestává běžně“*, většinou se sestry z DP starají o pacienty, kteří spolupracují. S tímto výrokem souhlasí Plevová (2020), která zmiňuje, že v DP se setkává s mnohem větší důvěrou v práci zdravotníků, než je tomu například v nemocnici. Pacienti, ke kterým sestry dojíždí, jsou z větší části rádi, že sestry vidí a těší se na ně. SP3 ohledně důvěry mezi pacientem a sestrou uvedla: *„Nedůvěra se z mé vlastní zkušenosti skoro vždy odbourá a dál péče funguje tak, jak má.“* V rámci rozhovoru sestry z DP také několikrát uvedly, že jsou moc rády, že se na ně jejich pacienti těší, protože mnohdy jsou ony tím jediným člověkem, se kterým mají ten den kontakt.

V rámci zkvalitnění nebo rozšíření rolí sestry zmiňovaly nutnost celoživotního vzdělávání prostřednictvím certifikovaných kurzů. SZ3 uvedla, že absolvovala kurz o převazech chronických ran, dále kurz zabývající se péčí o porty nebo specializační kurz, který se věnoval péči o pacienty s peritoneální dialýzou. Sestry z DPP dále uváděly kurzy jako komunikace s umírajícím či doprovázení pozůstalých. Centrum paliativní péče organizuje pro sestry také kurzy s názvem Plánování péče v závěru života nebo komplexní kurz zabývající se paliativním přístupem či paliativní péčí, který má za cíl připravit sestru na ošetrovatelské činnosti a uplatňování prvků paliativní péče v praxi. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) pořádá kurzy s tématy katetrizace močového měchýře u mužů, problematika ošetřování nehojících se ran nebo komunikace s pacienty a jejich rodinami v krizi. Fakultní nemocnice v Motole organizuje kurz Komplexní ošetrovatelská péče o cévní vstupy. Myslíme si, že všechny tyto uvedené kurzy, by se mohly hodit sestře, která pracuje v DP, pro uvědomení si rolí, které je třeba naplňovat při poskytování intervencí v praxi na základě zkušeností z uvedených kurzů. Je dobré, že několik sester, se kterými byl rozhovor proveden, tyto kurzy samy jmenovaly a absolvovaly. Myslíme si, že nejen pro sestry z DP je v současné době skoro až nutností se neustále vzdělávat a chtít získávat nové informace, protože vývoj ošetrovatelství jde neustále kupředu a spousta zavedených postupů se mění.

Míru rozhodování sester o péči informantky popsaly tak, že jde především o zachování postavení sestry v týmu a držení se svých vlastních kompetencí. SP6 konkrétně uvedla: *„Je to v takové míře, aby nedošlo ke střetu a aby sestra nezašla za své vlastní kompetence. Sestra může realizovat nějaké menší změny v péči, ale vždy to musí být v rámci svých kompetencí a po domluvě s pacientem.“* Obdobně se vyjadřují také Festová a Bártlová (2015), které popisují, že sestry jsou součástí multidisciplinárního týmu a podílejí se na rozhodování o péči v mezích svých kompetencí. V rámci sesterského rozhodování o péči informantky také několikrát uvedly, že je nutné rozhodovat v souladu s pacientovým přáním. SP1 odpověděla: *„Někdy mám sama problém umenšit ten svůj pocit z toho, jak by to mohlo být lepší. Opravdu spíše podpořit přání pacienta a rodiny, nikoliv konat podle sebe.“* Festová a Bártlová (2015) uvádějí, že rozhodování o péči mohou ovlivnit právě vlastní emoce, hodnoty a vnímání celé situace. Domníváme se, že může být pro sestry těžké upozadit vlastní pocit z toho, jak by to šlo udělat lépe, protože mají třeba lepší

zkušenost s jinými intervencemi, nicméně jde především o pacienta, a o jeho psychickou a fyzickou pohodu.

7 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zajímali o role sestry a jejich naplňování při poskytování domácí péče. Cílem práce bylo zjistit, jak sestry vnímají jednotlivé role, dále jak vnímají jejich skutečné naplnění a posledním cílem bylo zjistit, jaké jsou podle sester možnosti pro zkvalitnění při poskytování domácí péče. K dosažení těchto tří cílů byla použita kvalitativní metodologie. Pro tento výzkum jsme využili metodu polostrukturovaného rozhovoru, přičemž těchto rozhovorů se zúčastnilo 10 sester pracujících v domácí péči v kraji Vysočina. Získaná data byla poté kategorizována metodou tužka – papír do 8 kategorií a 7 podkategorií. V rámci zpracování práce jsme se zaměřili na konkrétních 6 rolí, která sestra v domácí péči naplňuje. Konkrétně to byly role poskytovatelky ošetrovatelské péče, role edukátorky, role manažerky, role výzkumnice, role komunikátorky a role navrhovatelky péče. Některé sestry také uvedly roli obhájkyně pacienta a nositelku změn. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry vnímaly roli poskytovatelky ošetrovatelské péče a roli komunikátorky jako nadřazenou nad ostatními rolemi. Byla zjištěná také jistá neznalost terminologie sesterských rolí, jelikož sestry jednotlivé názvy rolí v praxi nepoužívají a nejsou obeznámeny s tím, co která role obnáší. Po objasnění významu jednotlivých rolí všechny sestry uvedly, že podle nich jsou role naplňovány dostatečně, avšak vždy je prostor ke zlepšení. Závisí to například na dostatečném naplnění počtu členů personálu a také na efektivním rozvrhnutí časového harmonogramu. Jako možnosti pro zkvalitnění poskytované péče sestry jednoznačně uváděly nutnost dalšího vzdělávání a rozšiřování kompetencí, a to formou certifikovaných kurzů a školení. Z výzkumu vyplynulo, že míru rozhodování v nezávislé péči sestry spatřují především v nezacházení za hranice svých vlastních kompetencí a v nutnosti vždy rozhodovat v souladu s pacientovým přesvědčením. Míru rozhodování v součinné péči sestry vnímají jako důvěru mezi členy multidisciplinárního týmu a společném rozhodnutí všech zúčastněných členů týmu. Skrze získané výsledky je zřejmé, že je nutné popularizovat samotné názvy sesterských rolí a také objasnit jejich obsah. Dále by bylo vhodné více rozšířit povědomí veřejnosti o domácí péči a také zajistit větší zájem sester pracovat právě na pozici sestry v domácí péči. Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako výukový materiál do předmětu Komunitní a domácí péče. Také by mohla být užitečná jako představení práce sestry v domácí péči pro širokou veřejnost nebo studentům ošetrovatelství.

8 Seznam literatury

1. ANDRADE, A., et al., 2017. *Nursing practice in home care: an integrative literature review*. [online] *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 210-219 [cit. 2023-6-10]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0214.
2. BÁRTLOVÁ S., 2009. Ošetrovatelství v systému komunitní zdravotní péče. *Kontakt* 11(1), 109-114, doi: 10.32725/kont.2009.020.
3. BEŇADIKOVÁ, D., RAPČÍKOVÁ, T., 2009. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu*. [online]. *Zdraví euro* [cit. 2023-6-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/sestra-jako-poskytovatelka-oseetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu/>.
4. BRÄNDSTRÖM, A., et al., 2022. Determinants of home care utilization among the Swedish old: nationwide register-based study. [online]. *European Journal of Ageing* 19(3), 651-662 [cit. 2023-3-19]. doi: 10.1007/s10433-021-00669-9. Dostupné z: <https://link.springer.com/10.1007/s10433-021-00669-9>.
5. BŮŘILOVÁ, P., POKORNÁ, A., 2017. Role výzkumné sestry v klinických hodnoceních. [online]. *Kontakt* 19(3), 177-182 [cit. 2023-1-10]. doi: 10.1016/j.kontakt.2017.05.002.
6. CAMARGO, F.C., et al., 2018. *Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review* [online]. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(4), 2030-2038 [cit. 2023-6-11]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0617.
7. CZEFFER, L., PAPEŽOVÁ, M., 2008. *Role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu*. [online]. Nemocnice Vsetín. Otrokovice [cit. 2023-6-10]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/1893699/>.

8. ČABANOVÁ, A., 2018. *Doma by mohlo žít víc ventilovaných pacientů.* [online]. Medical Tribune. 14(18). [cit. 2022-12-14]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/doma-by-mohlo-zit-vic-ventilovanych-pacientu/>
9. ČELEDOVÁ, L., et al., 2016. *Úvod do gerontologie.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 152 s. ISBN: 978-80-246-3404-3.
10. *Domácí péče: 4 základní formy,* © 2020. [online]. Péče.cz. [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://pece.cz/blog/domaci-pece-4-zakladni-formy.html>.
11. DUMIT, N., 2014. *Role of the Nurse as Educator : Patient Teaching.* [online]. Pertinence [cit. 2023-6-10]. Dostupné z: <https://platform.almanhal.com/Files/2/69261>.
12. FARKAŠOVÁ, D., et al., 2006. *Ošetrovatelství - teorie.* Martin: Osveta. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
13. *Formy domácí péče,* © 2023. [online]. IVAS. [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://www.ivas.cz/domaci-pece-informace-pro-pacienty/formy-domaci-zdravotni-pece/>.
14. GRADY, P., 2018. *Enhancing the Impact of Nursing Research Through Community-Based Participatory Research.* [online]. National Institute of Nursing Research [cit. 2023-1-10]. Dostupné z: <https://www.ninr.nih.gov/newsandinformation/newsandnotes/enhancing-impact-nursing-research>.
15. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta.* Praha: Grada Publishing. Sestra. 191 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
16. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. Sestra. 229 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

17. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. Sestra. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
18. HETTNEROVÁ, M., 2012. *Co trápí agentury domácí péče? Nedostatek peněz*. Florence. 9(12), 15-16. ISSN 2570-4915.
19. HLINOVSKÁ, J., 2020. *Osobnost sestry a zdravotnického záchranáře*. [online]. [cit. 2023-6-10]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/el/vsz/zima2020/ZZOPP21111/um/OSOBNOST_SESTRY_A_ZDRAV_ZACHRANARE_HLI_PDF.pdf.
20. HOLMEROVÁ, I., VÁLKOVÁ, M., 2014. *Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb*. [online]. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí: Metodika k zajištění zdravotní péče [cit. 2023-7-10]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf/2014d728-8a7f-a4bf-fbc6-c71a801a1a72.
21. HRADECKÁ L., 2009. *Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní péče v české republice*. [online]. Zdraví euro. [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/jak-muzeme-prispet-k-rozvoji-komunitni-pece-v-ceske-republice/>
22. *Hrazená domácí péče u nás mění podmínky čerpání*, 2021. [online]. Zdravé zprávy [cit. 2022-1-3]. Dostupné z: <https://www.zdravezpravy.cz/2021/11/09/hrazena-domaci-pece-u-nas-meni-podminky-cerpani/>.
23. HRNČIARIKOVÁ, D., HRNČIARIK, M., 2018. Domácí hospicová péče v geriatrii. *Geriatric a gerontologie*. 7(2), 76-78. ISSN 1805-4684.
24. Imramovská, S., 2014. *Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

25. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
26. JAROŠOVÁ, D., 2012. *Praxe založená na důkazech v ošetřovatelství*. [online]. Mefanet [cit. 2023-8-10]. Dostupné z: <https://mefanet.upol.cz/clanky.php?aid=27>.
27. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetřovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. Sestra. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
28. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
29. KABELKA, L., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., 2022. *Syndrom křehkosti: indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Praha: Grada Publishing. 406 s. ISBN 978-80-271-3178-5.
30. KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN: 978-80-247-4026-3.
31. KOLÁŘOVÁ, Z., 2017. *Domácí hospice konečně hrazeny*. [online] Medical Tribune. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/domaci-hospice-konecne-hrazeny/>.
32. *Koncepce domácí péče*, 2020. [online]. MZČR. [cit 2022-09-25]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/KoncepceDPpoIIVPRfinal.pdf>.
33. KOUBA, M., et al., 2022. *Domácí transfuze v kontextu poskytování paliativní péče v Česku*. [online]. Časopis lékařů českých. 161(1), 28-32 [cit. 2022-12-12]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: file:///C:/Users/mijel/Downloads/domaci_transfuze_do_tisku_final_15_10_2021.pdf.

34. KOZÁKOVÁ, R., 2020. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada Publishing. Sestra. 127 s. ISBN 978-80-271-2896-9.
35. KRAUSE, M., 2017. *Kompetence všeobecné sestry: Repetitorium teorie ošetrovatelství*. [online]. Technická univerzita v Liberci. Liberec: Fakulta zdravotnických studií [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://www.fzs.tul.cz/skripta/data/2017-03-16/08-59-39.pdf>.
36. KRAUSE, M., 2018. *Management v nelékařských zdravotnických oborech*. [online]. Technická univerzita v Liberci. Liberec: Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2023-6-11]. Dostupné z: [file:///C:/Users/mijel/Downloads/8%20-%20Management%20v%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%BDch%20zdravotnick%C3%BDch%20oborech%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/mijel/Downloads/8%20-%20Management%20v%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%BDch%20zdravotnick%C3%BDch%20oborech%20(1).pdf).
37. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
38. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
39. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
40. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
41. MARKOVÁ, A., 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. 181 s. ISBN 978-80-88126-77-5.
42. MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.

43. *Národní zdravotnický informační portál*, 2022. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit 2022-09-25]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/10>. ISSN 2695-034.
44. O'REILLY, P. et al., 2017. *Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review*. [online]. PLOS ONE, 12(5) [cit. 2022-12-05]. doi: 10.1371/journal.pone.0177026. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0177026>.
45. ONDRIOVÁ, I., FERTALOVÁ, T., 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada Publishing. 98 s. ISBN 978-80-271-1728-4.
46. *Oxford Learner's Dictionary*, © 2023.[online]. Oxford University Press.[cit. 2023-1-1]. Dostupné z: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/role?q=role>.
47. PAHARIA, P.T., 2023. *Roles of a Nurse*. [online]. News medical life sciences. [cit. 2023-6-10]. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/Roles-of-a-Nurse.aspx>.
48. PIVONKOVÁ, L., 2020. *Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu*. [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky [cit. 2022-12-18]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-paliativni-pece-o-pacienta-v-terminalnim-stavu>.
49. PLEVOVÁ, I, 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra. 286 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
50. PLEVOVÁ, M., 2020. *Jaká je domácí péče o pacienta pro zdravotní sestru?*. [online]. Léčba rány. [cit. 2023-6-12]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/premiovce-clanky/jaka-je-domaci-pece-o-pacienta-pro-zdravotni-sestru>.

51. *Postup při zajištění domácí péče*, 2020. [online]. Asociace domácí péče ČR. [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/zajisteni-domaci-zdravotni-pece>.
52. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 184 s. ISBN 978-80-271-0876-3.
53. PUUSTINEN, J., et al., 2021. Are comprehensive and individually designed care and service plans for older people's home care a vision or a reality in Finland? [online]. *Health & Social Care in the Community*. 29(5), 144-152 [cit. 2023-1-10]. doi: 10.1111/hsc.13255. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13255>.
54. Seznam zdravotních výkonů, 2016. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-01-04]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925&aktivni=true>.
55. SHEPPARD, N., 2020. *How I Moved From Being An RGN To A Registered Care Home Manager*. [online]. Nurses.co.uk [cit. 2023-1-10]. Dostupné z: https://www-nurses-co-uk.translate.goog/blog/how-i-moved-from-being-an-rgn-to-a-registered-care-home-manager/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=cs&_x_tr_hl=cs&_x_tr_pto=sc.
56. SCHOLZOVÁ FESTOVÁ, A., BÁRTLOVÁ, S., 2015. *Rozhodování a rozhodovací procesy v ošetrovatelství*. [online]. Ošetrovatelstvo: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence 5(1) [cit. 2023-6-12]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/rozhodovani-a-rozhodovaci-procesy-v-osetrovatelstvi>.
57. SLÁMOVÁ, R. et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7.

58. *Strategies for teaching family members*, © 2023. [online]. EuroMed info. [cit. 2023-1-19]. Dostupné z: <https://www.euromedinfo.eu/strategies-for-teaching-family-members.html/>.
59. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
60. ŠEDOVÁ, L., 2020. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 95 s. ISBN: 978-80-7394-822-1.
61. ŠENKYŘÍK, M., JURÁNKOVÁ, J., 2012. Péče o trvalé vstupy pacientů na domácí parenterální výživě. [online]. *Vnitřní lékařství*. 58(12), s. 892-893.[cit.2022-12-20]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2012/12/01.pdf>.
62. ŠNAJDROVÁ, L., 2018. *Domácí péče by byla schopná se postarat o devadesát procent pacientů z LDN*. [online]. *Medical tribune*. 14(26). [cit. 2022-12-08]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/domaci-peceb-by-byla-schopna-se-postarat-o-devadesat-procent-pacientu-z-ldn/>
63. ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J., 2006. *Sesterská profesní role „advokáta pacienta“*. [online]. *Interní medicína pro praxi*. 8(12), 554-556 [cit. 2023-1-12]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/12/10.pdf>.
64. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 260 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
65. *The Importance of Communication in Home Care: Tips for Caregivers*, © 2014. [online]. *Care* 24-7. [cit. 2023-7-10]. Dostupné z: <https://www.care247.ltd.uk/the-importance-of-communication-in-home-care-tips-for-caregivers/>.

66. *The Nurse's Role in Patient Education*, © 2023 [online]. Arkansas State University [cit. 2023-7-10]. Dostupné z: <https://degree.astate.edu/articles/nursing/nurses-role-patient-education.aspx>.
67. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
68. TÓTHOVÁ, Valérie. 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
69. TWEED, S., 2020. *Home Care 2020: Three Big Barriers to Growth*. [online]. Leading home care. [cit. 2023-6-11]. Dostupné z: <https://leadinghomecare.com/blog/2020/01/23/home-care-2020-three-big-barriers-to-growth/>.
70. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Sestra. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
71. VORLÍČEK, J., et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
72. VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
73. Vyhláška č. 92/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012.[online]. [cit.2022-12-20]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 36. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>.
74. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. Sestra. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

75. *Vzdělávání a kompetence sester – na prahu změny*, 2019. [online]. Medical Tribune 19(26) [cit. 2023-6-11]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/vzdelavani-a-kompetence-sester-na-prahu-zmeny/>.
76. WU, C.-Y. et al., 2021. *Community Nurses' Preparations for and Challenges in Providing Palliative Home Care: A Qualitative Study*. [online]. International Journal of Environmental Research and Public Health 18(22) [cit. 2022-12-06]. ISSN 1660-4601. doi: 10.3390/ijerph182211838.
77. ZADÁK, Z., KVĚTINA, J., 2011. *Metodologie předklinického a klinického výzkumu v metabolismu, výživě, imunologii a farmakologii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-748-6.
78. Zákon č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. [online]. [cit. 2022-12-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>.
79. Zákon č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2021. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-371>.
80. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2019-11-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
81. ZÁVADOVÁ, I., 2021. *Domácí hospic nebo domácí péče? Paliativní medicína*, 2(2), s. 56–61. Dostupné z: <https://www.palmed.cz/pm/article/view/79>.

82. ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Praha: Grada Publishing. Sestra. 173 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

9 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké je Vaše celková doba praxe ve zdravotnictví?
4. Jaká je Vaše doba praxe na pozici sestry pracující v domácí péči?
5. Dokázal(a) byste mi popsat, jaká je náplň práce sestry pracující v domácí péči?
6. Dokázal(a) byste mi popsat některé role sestry, které by měla sestra plnit při své profesi?
7. Jak byste popsal(a) roli poskytovatelky ošetrovatelské péče v domácím prostředí?
8. Jak byste popsal(a) roli edukátorky v domácím prostředí?
9. Jak byste popsal(a) roli manažerky v domácím prostředí?
10. Jak byste popsal(a) roli výzkumnice v domácím prostředí?
11. Jak byste popsal(a) roli komunikátorky v domácím prostředí?
12. Jak byste popsal(a) roli navrhovatelky péče v domácím prostředí?
13. Jaké jsou podle Vás podmínky pro realizaci těchto rolí v domácí péči?
14. Jak vnímáte svoje role při poskytování domácí péče?
15. Jaké jsou podle Vás možnosti pro zkvalitnění a rozšíření náplně vašich rolí v domácí péči?
16. V čem vy osobně vidíte překážky, které brání naplňování rolí v domácí péči?
17. Do jaké míry se řídíte vlastním uvážením v rozhodování o ošetrovatelské péči v domácím prostředí?
18. Dokázal(a) byste popsat, jak Vás v rozhodování ovlivňuje spolupráce s multidisciplinárním týmem?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

10 Seznam použitých zkratek

ARIP – specializační vzdělávání v oboru intenzivní péče

ČR – Česká republika

DP – domácí péče

DPP – domácí paliativní péče

DUPV – domácí umělá plicní ventilace

DZP – domácí zdravotní péče

EBN – Evidence – based nursing – Ošetřovatelství založené na důkazech

EBP – Evidence – based practise – Praxe založená na důkazech

MSPP – mobilní specializovaný paliativní péče

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

PMK – permanentní močový katétr

SZŠ – střední zdravotnická škola

tzv. – takzvaný

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace