



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

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

Diplomová práce

# Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory

Vypracoval: Bc. Štěpánka Marková  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph. D.

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

### **Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory**

Diplomová práce je zaměřená na problematiku ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Vzhledem ke zlepšující se zdravotní a ošetrovatelské péči, ale i prevenci nemocí, prodlužuje se lidský věk. Dochází tak ke stárnutí populace. Proto je důležité pochopení této problematiky, její provázanost s ošetrovatelskou péčí, ale také nalezení správného přístupu k seniorům v pobytových zařízeních sociálních služeb. Teoretická část práce se zabývá stářím a stárnutím, změnami jednání ve stáří, specifiky komunikace se seniory, dlouhodobou péčí o seniory, péčí o člověka v domovech pro seniory. Všímá si práce sester v domovech pro seniory a jejich vzdělání.

V rámci výzkumného šetření bylo stanoveno pět cílů. První cíl si kladl za úkol zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče mají sestry, pracující v domovech pro seniory, největší problémy. Druhý měl za úkol zjistit, jak sestry, pracující v domovech pro seniory, zvládají fyzickou zátěž. Třetím cílem bylo zjistit, jak sestry v tomto prostředí zvládají psychickou zátěž. Čtvrtý cíl měl za úkol zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sester při poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Pátým cílem bylo zjistit, jaké možnosti mají sestry v domovech pro seniory v oblasti dalšího vzdělávání.

V empirické části diplomové práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Byla použita metoda nestandardizovaného rozhovoru. Zkoumaný soubor tvořilo 10 sester, pracujících v pobytových sociálních zařízeních - domovech pro seniory. Při zpracování rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování – metoda papír a tužka. Pro doplnění psychické nezdolnosti sester byl použit standardizovaný dotazník S.O.C. A . Antonovského. Bylo použito 42 dotazníků.

Bylo stanoveno 5 výzkumných otázek: 1. V jakých oblastech mají sestry, pracující v domovech pro seniory, největší problémy? 2. Jaká je fyzická zátěž sester v domovech pro seniory? 3. Jaká je psychická zátěž sester v domovech pro seniory? 4. Jaké má ošetrovatelský personál znalosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o klienty

v domovech pro seniory? 5. Jaký typ dalšího vzdělávání si vybírají sestry v domovech pro seniory?

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že největší problémy vidí sestry v nespolupráci klienta, v jeho duševním stavu a potížích s adaptací. Shodně byla udávána i nespolupráce rodiny v některých oblastech péče. Sestry by přivítaly větší zájem rodinných příslušníků o zapojení se do péče o seniora, například formou častějších návštěv v domově. Zároveň sestry uváděly, že si váží těch, kteří s nimi spolupracují a oceňují práci sestry v domově. Mezi další problémy byla řazena absence odborného vzdělání pracovníků v sociální péči, nedostatečné personální pokrytí a z toho vyplývající časový tlak při poskytování ošetrovatelské péče, nadměrná administrativa a velká zodpovědnost sestry, spojována především s nepřítomností lékaře. Sestry poukazovaly na to, že se v domovech klade větší důraz na sociální stránku, přestože se sociální a zdravotní stránka při péči o seniory nedá oddělit.

Z rozhovorů s respondentkami vyplynulo, že práce sestry v domovech pro seniory je fyzicky i psychicky náročná. A je zřejmé, že sestry pociťují psychickou náročnost jako větší zátěž. Fyzická náročnost je spojována se stavem klienta a jeho nemocí, ale také s prostorovým omezením domovů a nočními službami. Na psychické náročnosti se podílí obdobné faktory, ale navíc je sem řazena rodina klienta, specifika komunikace se seniorem, spolupráce s nemocnicí, pracovní klima, zodpovědnost a dokumentace. Dalším důležitým faktorem, který negativně ovlivňuje psychický stav sester, je nedostatečná prestiž a uznání jejich práce. Přestože sestry pociťují oba typy zátěže, většina ji zvládá bez potíží a ve svém volném čase se snaží obnovit svoji rovnováhu.

Závěry diplomové práce také poukazují, u sester v domovech pro seniory, na vysoké nároky a požadované široké spektrum odborností a dovedností při poskytování ošetrovatelské péče. V domovech se provádí i odborné zákroky. Sestry musí umět komunikovat a zvládat konfliktní situace, spolupracovat s kolegy z různých oborů. Velký důraz je kladen na samostatnost při vyhodnocení zdravotního stavu klienta při zajištění ošetrovatelské a zdravotní péče. Sestra musí mít osobnostní předpoklady

pro práci se seniory. Neméně důležitou složkou jejich práce jsou znalosti a praktické dovednosti v oblasti sociální péče teoreticky opřené o zákon 108/2006 Sb.

Z výsledků šetření je také zřejmé, že sestry vzdělávání považují za důležitý prvek pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a preferují školení zaměřená na jejich práci a zlepšování psychického stavu.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty managementu domova pro seniory v Humpolci, který projevil zájem o danou problematiku. Výsledkem práce je přednáška týkající problematiky práce sester v domovech pro seniory, která bude zveřejněna v rámci konference na téma týkající se péče o seniory.

**Klíčová slova:** senior, stárnutí, péče, ošetrovatelství, všeobecná sestra, domov pro seniory

## **Abstract**

### **The Issue of Nursing Care in Old People's Homes**

The thesis deals with the issue of nursing care in old people's homes. Given the improving medical and nursing care and also the prevention of diseases, the human life extends. This leads to the aging of population. Therefore, it is essential to understand this issue, its interconnection with nursing care, but also to find the right approach to the elderly in residential facilities providing social services. The theoretical part of the thesis deals with old age and aging, behavioural changes in old age, specifics of communication with the elderly, long-term care for the elderly, care for a man in nursing homes. It deals with the work of nurses in old people's homes and with their education.

Five objectives were set within the framework of the research. The first objective was to determine areas of nursing care, in which the nurses working in old people's homes have most problems. The second objective was to find out how the nurses manage physical strain. The third objective was to determine how the nurses manage psychological strain. The fourth objective was to find out what theoretical knowledge and practical skills the nurse must have. The fifth objective was to identify possibilities of further training for nurses working in old people's homes.

Qualitative research was applied in the empirical part of the thesis. The method of non - standardized interview was used. The research group consisted of 10 nurses who work in residential facilities for the elderly – in old people's homes. To process the interviews, the open coding technique was applied - a paper-and-pencil method. To complement psychological resilience of nurses, S.O.C questionnaire by A. Antonovsky was used. There were 42 questionnaires used in the research.

5 research questions were set: 1. In which of the areas do the nurses working in the homes have biggest problems? 2. What is the physical strain of the nurses? 3. What is the psychological strain of the nurses? 4. What expertise do the nursing staff have to provide quality nursing care for clients in the homes? 5. What type of further training do nurses choose?

The results clearly show that the nurses see the biggest problems in the absence of cooperation of the client, in his mental state and in his problems with adaptation. They also mentioned the absence of cooperation of families in some areas of provided care. The nurses would welcome if the family members cared to be engaged in the care for the elderly, for example through more frequent visits in the homes. At the same time the nurses reported that they appreciate those who cooperate with them and value the work of the nurse in the home. The absence of training of the staff, lack of staff and the resulting time pressure when providing care, excessive paperwork and big responsibility of the nurse primarily connected with the absence of a doctor belonged to other mentioned problems. The nurses pointed out that in homes bigger emphasis is put on social aspects, despite the fact that social and health aspects, when caring for the elderly, cannot be separated.

The interviews with the respondents showed that the work of a nurse in homes for the elderly is physically and mentally demanding. And it is obvious that nurses feel the mental strain as more damaging. The physical demands are connected with the state of the client and his diseases but also with the space limitations of homes and night shifts. The mental burden is caused by similar factors and also by the family of the client, specifics of the communication with the elderly, cooperation with the hospital, working atmosphere, responsibility and keeping records. Next important factor that negatively influences mental state of the nurses is a lack of prestige and recognition of their work. Even though the nurses feel both types of stress, most of them cope with it without problems and they try to restore their balance in their leisure time.

The conclusions of the thesis also point to the high demands and wide range of expertise and skills required from the nurses when providing care. Even specialized procedures are carried out in homes. Nurses must know how to communicate, handle conflict situations, co-operate with colleagues from different fields. Great emphasis is placed on independence in evaluating the health state of the client while ensuring the nursing care. The nurse must have personal qualities for work with the elderly.

Another important component of their work is their knowledge and practical skills in the field of social work theoretically backed by the Act 108/2006 Coll.

As the research results show, it is clear that the nurses view education as an important element for providing quality nursing care and they prefer training focused on their work and on improving their mental health.

The research results will be provided to the management of the old people's home in Humpolec who expressed interests in this issue. The result of the thesis is a lecture on work of nurses in old people's homes that will be presented at the conference on care for the elderly.

**Key words:** senior, ageing, care, nursing care, general nurse, home/old people's home

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 19. 5 . 2014

Podpis.....

Bc. Štěpánka Marková



## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Ditě Novákové Ph. D. za její odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování diplomové práce.

Děkuji Haně Burianové, vrchní sestře Domova důchodců Humpolec, za podporu ve studiu.

Děkuji i své rodině za podporu a trpělivost, kterou mi poskytovala nejen při přípravě závěrečné diplomové práce, ale zejména v průběhu celého studia.

## Obsah

<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>13</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>14</b>
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>16</b>
1.1 Stárnutí.....	17
1.2 Stáří.....	18
1.2.1 Členění stáří .....	19
1.3 Aspekty stárnutí .....	20
1.3.1 Biologické aspekty.....	20
1.3.2 Psychologické aspekty .....	21
1.3.3 Sociální aspekty .....	22
1.4 Změny jednání a chování ve stáří .....	23
1.4.1 Adaptace .....	24
1.4.2 Reakce na stáří .....	26
1.5 Stárnutí populace, demografický vývoj .....	27
1.6 Autonomie .....	28
1.7 Přejchod do sénia .....	29
1.7.1 Gerontologie a geriatvie .....	30
1.7.2 Polymorbidity.....	30
1.7.3 Zvláštnosti chorob ve stáří.....	31
1.7.4 Pády .....	32
1.7.5 Funkční zdatnost seniorů .....	32
1.8 Komunikace se seniory .....	33

1.9 Dlouhodobá péče o seniory.....	34
1.9.1 Senior a rodina .....	35
1.9.2 Dlouhodobá péče .....	35
1.9.3 Pobytové služby sociální péče pro seniory .....	35
1.10 Péče o člověka v domovech pro seniory.....	37
1.10.1 Zdravotní péče v domovech pro seniory.....	37
1.10.2 Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory.....	38
1.10.3 Vykazování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory .....	39
1.11 Sestra v domově pro seniory.....	40
1.11.1 Sestra, doprovázení a důstojnost.....	41
1.11.2 Psychická zátěž .....	41
1.11.3 Fyzická a zátěž.....	42
1.11.4 Příčiny náročnosti práce sestry v domovech pro seniory .....	43
1.11.5 Sestra a péče.....	44
1.12 Vzdělávání sester .....	45
1.12.1 Možnosti specializace všeobecných sester - obor geriatric .....	45
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>47</b>
2.1 Cíle práce .....	47
2.2. Výzkumné otázky .....	47
<b>3. Metodika .....</b>	<b>48</b>
3.1 Použitá metodika.....	48
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	50
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>51</b>
4. 1 Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – otevřené kódování.....	51

4.1.1 Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory.....	51
4.1.2 Pomoc v začátcích .....	55
4.1.3 Největší problémy v práci sestry .....	58
4.1.4 Sestra v domově a její schopnosti.....	66
4.1.5 Zátěž sester .....	72
4.1.6 Potřeby sester .....	81
4.1.7 Spolupráce .....	88
4.2 Výsledky standardizovaného dotazníku S.O.C. Antonovský.....	92
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>94</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>110</b>
<b>7. Seznam použité literatury .....</b>	<b>113</b>
<b>8. Přílohy.....</b>	<b>122</b>

## Seznam zkratk

ADL	activity daily living, Barthelův test základních všedních činností
ČR	Česká republika
EY 2012	Evropský rok aktivního stárnutí mezigenerační solidarity
IADL	instrumental activity daily living, test instrumentálních denních činností
LDN	léčebna pro dlouhodobě nemocné
LTC	long-term care, dlouhodobá péče
MMS	Mini-Mental-State test, Folsteinův test kognitivních funkcí
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
tzv.	takzvaný
ÚSP	ústav sociální péče
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
PMK	permanentní močový katétr

## Úvod

Tématem diplomové práce je „Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory“. Je známo, že celosvětovým problémem se stává demografické stárnutí společnosti. Od poloviny 20. století postihuje v různé míře všechny země. Prognózy uvádějí, že počet seniorů ve společnosti bude přibývat. Problematika stárnoucí populace je v současné době velmi aktuální. V souvislosti se zvyšujícím se počtem starých osob se hovoří o sociálním problému, především ve spojitosti s důchodovým systémem, nárůstem nákladů na zdravotní péči a na sociální zabezpečení. Odchod do důchodu znamená pro většinu lidí velký zlom v jejich životě. Stárnutím organismu dochází ke zhoršování soběstačnosti, pohybových schopností, myšlení, vnímání, paměti, inteligence a i ke změně citového prožívání. Stárnutí sice neznamena nemoc, ale se zvyšujícím se věkem různé nemoci přicházejí. Díky nim dochází ke snižování výkonu člověka. S přibývajícími nemocemi a snižováním soběstačnosti se zvyšuje závislost člověka a zvyšují se nároky na ošetrovatelskou péči. Lidé z různých důvodů, nejčastěji právě z důvodu ztráty soběstačnosti a nezávislosti, hledají způsob zajištění celodenní péče. Jednou z možností jsou domovy pro seniory (dále jen domov), dále agentury domácí péče, domy s pečovatelskou službou, zdravotní zařízení ústavní péče.

Většina seniorů do domova pro seniory přichází přímo z nemocnice. Skladba klientů domova odpovídá svým zdravotním stavem spíše léčebnám pro dlouhodobě nemocné. Každodenní péče o seniory v domově je náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Od všeobecných sester (dále jen sestra) se vyžaduje profesionální přístup, odbornost, zachování důstojnosti člověka, autonomie, empatie a co nejvyšší podpora soběstačnosti.

Odpovědnost sestry v domovech pro seniory se výrazně zvyšuje z důvodu, že zde není po celý den přítomen lékař. Kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče přispívá ke zlepšení kvality života seniorů v domově, a to s ohledem na jejich zdravotní stav a možnosti sebeobsluhy.

Od platnosti zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, dochází ke snižování počtu všeobecných sester v domovech a ke znevažování jejich práce. Setkávám se s názorem, že ošetrovatelská péče poskytovaná v domovech pro seniory není z odborného hlediska rovnocenná péči ve zdravotnickém zařízení.

Především mezi starší generací stále přetrvává názor, že odpovědnost za zdraví má zdravotnický personál (sestry a lékař). Často dochází k nespolupráci ze strany klienta a jeho rodiny a k porušování léčebného režimu (nedodržování dietních opatření, kouření a další). Díky tomuto se nezlepšuje zdravotní stav klienta a za viníka je často označován zdravotnický personál.

V případě zhoršení zdravotního stavu seniora se setkáváme s neochotou hospitalizovat klienty z domovů pro seniory - z důvodu stálé přítomnosti sestry a lékaře v domově. Tato mylná informace je také podávána rodinným příslušníkům.

Téma diplomové práce jsem si zvolila proto, že sama pracuji v pobytovém sociálním zařízení v Domově pro seniory Humpolec. Pracuji zde na pozici staniční sestry a problematika ošetrovatelské péče o seniory mě zajímá z profesního hlediska. Opakovaně se setkávám s tlakem na snížení počtu sester pracujících v domovech pro seniory. Zároveň jsou ale do domova stále více přijímáni senioři s výrazně zhoršeným zdravotním stavem, kteří vyžadují každodenní odbornou péči sestry. Zajímá mě, co si o své práci myslí samy sestry, jak vnímají náročnost práce v domově.

Vedení domova je nakloněno zpracování uvedené problematiky, má zájem se seznámit se získanými poznatky a popřípadě je využít jako podporu pro jednání o zachování stávajícího počtu sester v zařízení.

Výsledkem práce bude přednáška týkající se problematiky práce sester v domovech pro seniory. Přednáška bude zveřejněná v rámci konference zaměřené na problematiku péče o seniory.

## 1. Současný stav

Jedním z celosvětových problémů postihující v různé míře všechny země se v současnosti stává demografické stárnutí společnosti. Podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje věkové struktury obyvatelstva bude starších osob v populaci stále přibývat. S tím souvisí i zvyšující se náklady na sociální zabezpečení, zdravotní a ošetrovatelskou péči (Demografický informační portál Stárnutí, 2009).

Demografické stárnutí společnosti souvisí s technickým a společenským pokrokem, s klesajícím počtem narozených dětí, především „dětí poválečných dětí“. „Podle kritérií Světové zdravotnické organizace se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7 % osob starších 65 let“ (Haškovcová, 2004, str. 14).

I v České republice výsledky prognóz týkající se věkové struktury obyvatelstva potvrzují, že v nadcházejících letech bude hlavním rysem vývoje obyvatelstva jeho postupující stárnutí. Ekonomický potenciál vyjádřený rozsahem zdrojů pracovních sil bude trvale slábnout a populací, která výrazně poroste, se stane obyvatelstvo ve věku 65 let a více. Podíl obyvatelstva v poproduktivním věku vzroste na 35,7 % v roce 2065 (Burcin a Kučera, 2004).

Stárnutí s sebou přináší řadu změn v biologických i psychologických aspektech. Mezi tyto změny patří úbytek pohybových schopností, soběstačnosti, paměti, vnímání, myšlení, inteligence a snížení citového prožívání. Patří sem i odchod do důchodu, smrt partnera, sociální izolace a změna bydliště. S přibývajícím věkem také často přicházejí nemoci, jejichž vlivem dochází ke snižování výkonu a tím také ke změně kvality života (Jobánková a kol., 2006).

Lidský věk se prodlužuje i díky zlepšené zdravotní i ošetrovatelské péči a prevenci nemocí. Stárnutí obyvatel bude vyžadovat posílení zdravotnických a sociálních složek pečujících o seniory, pro které je charakteristická polymorbidita (Konšťacký, 2010). Starší lidé mohou být častěji nemocní. Pokud starší člověk onemocní a není schopen se o sebe postarat, popřípadě jeho rodina, přebírá o něho péči zdravotnické zařízení. Později tuto péči zajišťují agentury domácí péče či domovy pro seniory. Dochází ke zvyšování nároků na zdravotní i ošetrovatelskou péči a tím i na práci sester (Haškovcová, 2010).



„Za optimální způsob péče je považována možnost setrvání starého člověka v domácím prostředí, za současné podpory a péče jeho rodiny“ (Sýkorová a Chytil, 2004, str. 191). Klasické rodinné formy péče o staré občany se však v průběhu let změnily. Jednotlivé generace si zvykly na nezávislost a společné vícegenerační soužití je výjimečné. Dlouhodobá či trvalá péče o seniora je náročná. Profesionálové, kteří pečují o seniory, se často setkávají s rodinami, které jsou dysfunkční a nemohou se postarat nebo odmítají pečovat o svého seniora. Vážným problémem je situace, kdy člověk potřebuje dlouhodobou či trvalou péči z důvodu zhoršení zdravotního stavu či snížení soběstačnosti. Senioři i jejich rodiny hledají možnosti řešení vzniklé situace. Jedním z možných řešení je využití pobytové služby v domově pro seniory, která je nedílnou součástí péče o staré lidi. V domovech pro seniory klienti i rodinní příslušníci očekávají, že jim bude poskytnuta péče jak sociální, tak především zdravotní. K tomu je nezbytná přítomnost všeobecných sester (Haškovcová, 2004).

Sestry mají v domovech pro seniory své nezastupitelné místo. „Práce sestry je v pobytovém sociálním zařízení velmi náročná a mnohem zodpovědnější než ve zdravotnickém zařízení“ (Malíková, 2011, str. 212). Sestry vykonávají odbornou činnost, kterou pracovníci v přímé obslužné péči nejsou oprávněni provádět. Podílejí se také na základní ošetrovatelské péči, na přímé obslužné péči, aktivizačních činnostech, pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Sestra plní také roli klíčového pracovníka. Je často terčem pro zřizovatele, protože její mzdové náklady jsou vyšší než u pracovníka v přímé obslužné péči (Malíková, 2011).

### ***1.1 Stárnutí***

Stárnutí (involuce) je univerzální naprogramovaný biologický proces postihující živou hmotu. Je provázen řadou involučních (zánikových) změn v orgánech a tkáních. Involuce není jednoznačně definována a bývá popisována jednotlivými vlastnostmi a projevy. Biologické změny se kombinují s mechanismy reparačními, obrannými, adaptačními, regulačními, s vlivy prostředí a vlivy životního způsobu člověka. „Procesy stárnutí souvisí s přirozenou délkou života“ (Kalvach, Zadák a Jiráček, 2004, str. 67).

Se stárnutím se zhoršuje fungování organismu, adaptabilita, odolnost a regulační schopnosti (Kalvach, Zadák a Jirák a kol., 2004).

Stárnutí probíhá u jednotlivých jedinců jinak. Je to dáno vztahem involučních změn a původního funkčního stavu (kostní denzita, stav svalstva). Je výrazně ovlivněno zevními faktory (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007). „Involuční změny se těsně prolínají se změnami chorobnými i s projevy životního stylu (např. dekondicí a atrofií z nečinnosti), za něž jsou často zaměňovány“ (Čevela, 2012, str. 20). Organismus se postupně dostává za svůj zenit (Čevela, 2012).

Jobánková uvádí, že stárnutím se rozumí souhrn pochodů, především biofyziologických, probíhajících v čase. Postupné změny jsou nezvratné a způsobují zánik organismu – jeho smrt (Jobánková a kol., 2006).

Rozlišují se dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně, je běžnou součástí života. Jedná se o postupný vývoj člověka od jeho vzniku po smrt. Patologické stárnutí se může projevovat různými způsoby. Projevuje se například sníženou soběstačností, předčasným stárnutím (kalendářní věk je nižší než funkční věk). Stárnutí s sebou nese postupné zvyšování požadavků na práci sester (Malíková, 2011).

Existují různé teorie (Příloha 1), které vysvětlují podstatu stárnutí. Dle Malíkové: „Teorie o příčinách stárnutí jsou vysvětlovány a chápány z pohledu biologických změn, sociálních a psychologických vlivů“ (Malíková, 2011, str. 16).

## ***1.2 Stáří***

Stáří (latinsky senium) je výsledkem stárnutí (Vokurka a Hugo, 2004). „Senior je příslušník starší věkové kategorie“ (Slovník cizích slov, 2007). Světová zdravotnická organizace definuje stáří takto: „Stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (Haškovcová, 2010, str. 20). Stářím je obtížně definovatelná poslední fáze života. Výrazněji se v ní projevují involuční změny spojené se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Kalvach uvádí: „Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potencionálu zdraví“

(Kalvach a Onderková, 2006, str. 7). Při hodnocení stáří se stává, že dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věk člověka), a stářím biologickým (jeho zdatnost, míra involuce). Mnozí lidé jsou s ohledem na svůj věk velmi výkonní a zdatní, jiní vyhlížejí předčasně zestárlým dojmem (Kalvach a Onderková, 2006). „Stáří je fyziologický a nevyhnutelný stav ve vývoji člověka. Stáří neznamena nemoc, ale proces, který začíná již od narození“ (Šafránková a Nejedlá, 2006, str. 193). U člověka dochází k postupnému stárnutí všech orgánů. Může se objevit například šedivění vlasů, což ale neznamena, že dotyčný člověk je starý. „Člověk vypadající mladě může být zapomnětlivý, nepřízřusobivý, naopak staře vypadající člověk může být plný elánu a zájmu o dění kolem sebe“ (Šafránková a Nejedlá, 2006, str. 193). Stárnoucí jedinec začíná mít vyšší nároky na ošetrovatelskou péči (Šafránková a Nejedlá, 2006).

### *1.2.1 Členění stáří*

Jako každá jiná životní etapa je stáří stejně důležité. Stáří trvá 30 – 40 let. „Stáří není konec života“ (Kleťová a Dlabalová, 2008, str. 11).

Odborníci mají mnoho prvků, na kterých zakládají své členění lidského života. V běžném životě se však setkáváme s tím, že za starého člověka je považován ten, kdo dosáhl penzijního věku. V jednotlivých státech je za seniora považován většinou občan, který dosáhl 65 let. Zvyšující se věková hranice pro odchod do důchodu postupně „posunuje“ věkové pásmo označující období stáří (Haškovcová, 2010).

Věkové kategorie se dají členit různými způsoby. V současné době se často setkáváme s členěním seniorského věku dle Světové zdravotnické organizace (WHO). WHO rozdělila věkové cykly pro stáří po patnácti letech:

- 60 – 74 let senescence, vyšší, starší věk (počínající, časné stáří)
- 75 – 89 let kmetství, vysoký, stařecký, pokročilý věk (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost) (Malíková, 2010; Šafránková a Nejedlá, 2006).

Další členění stáří je uvedeno v příloze (Příloha 2).

### *1.3 Aspekty stárnutí*

Stárnutí je proces, který probíhá ve všech oblastech lidského života. Je viditelný v oblasti biologicko – fyziologické, psychické i sociální (Ondriová a Fertal'ová, 2013). Člověk stárne již od svého narození a na každém jedinci se stárnutí projevuje jiným způsobem, je to individuální proces, který je diskontinuitní. To znamená, že člověk stárne v různých obdobích svého života různým tempem – někdy rychleji, jindy pomaleji (Haškovcová, 2010). Přestože je stárnutí individuální proces, který u jednotlivých lidí probíhá rozdílným způsobem, existují obecné rysy, kterými lze stáří charakterizovat (Jurašková a Holmerová, 2010). Je důležité zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, ale přirozený fyziologický proces, kterému se nikdo z lidí nemůže vyhnout (Haškovcová, 2004). „Vhodná duševní a tělesná aktivita může zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk“ (Jobánková a kol., 2006, str. 114).

#### *1.3.1 Biologické aspekty*

Charakteristikou pro biologické stárnutí člověka jsou typické tělesné změny nalézající se u stárnoucího organismu. Změny organismu souvisejí se vznikem a výskytem mnohých nemocí, které jsou typické ve stáří. Patří sem změny, které probíhají na fyziologické úrovni (Malíková, 2011). Základním předpokladem biologických změn je opotřebenost organismu, zpomalená látková výměna a pokles biologických adaptačních mechanismů. Stárnutí jednotlivých orgánů probíhá nestejně (Bukáčová, 2012). „Tělesné změny mají za následek větší soustředění na somatický stav“ (Venglářová, 2007, str. 16).

Biologické změny typické pro stáří: atrofie všech orgánů a tkání (funkční atrofovaná tkáň je nahrazována jinou tkání, která nesplňuje požadavky na původní tkáň), atrofie kůže (kůže se svrašťuje, je suchá, vznikají na ní stařecké skvrny) a svalů. Snižuje se elasticita orgánů a tkání (projev hlavně v cévním systému), zredukuje se funkce endokrinních žláz (vzniká hormonální nerovnováha), v důsledku atrofie meziobratlých destiček se zmenšuje postava, v souvislosti s ochabnutím svalstva dochází k nahrbení postavení těla, zvyšuje se obsah tělesného tuku, mění se ukládání

vápníku v těle, snižuje se obsah tekutin v buňkách a mění se složení vody v organismu, snižuje se výkonnost kosterního svalstva, dochází ke změnám v minerálních hospodářství. Vlasy šediví a vypadávají. Růst nehtů se zpomaluje a mají vyšší lomivost. Snižuje se činnost nervového systému, v jejímž důsledku dochází k poruchám motoriky – zhoršení pohybových schopností, nastupují problémy s udržení rovnováhy. Dochází k poruchám spánku – spánek je mělký, obtížně se usíná, časté buzení a brzké probouzení. Projevují se metabolické změny – glukóza hůře vstupuje do buněk, snižuje se bazální metabolismus, zhoršuje se přizpůsobení na změny tělesné teploty. Objevují se změny i v cévním a oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve jednotlivými orgány, klesá výkonnost levé srdeční komory, degenerují srdeční chlopně. V respiračním systému dochází ke snížení elasticity plic, ke snížení vitální kapacity plic, časté jsou infekty dýchacího ústrojí. Ke změnám dochází i ve vylučovacím systému – zanikáním glomerulů se omezuje očišťovací a koncentrační schopnost ledvin, snižuje se kapacita močového měchýře a elasticita močové trubice. Častý je výskyt močové inkontinence. Ke změnám dochází i v trávicím systému, kde klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, motilita trávicí trubice se zpomaluje. Zhoršuje se vstřebávání minerálů a vitamínů. Dochází k zácpě v souvislosti se zpomalením střevní peristaltiky. Smyslové orgány také ztrácí svoji funkčnost. Snižuje se chuť, čich, sluch, zrak i hmat. Dochází ke snižování akomodačních možností čočky a zhoršuje se vidění z blízka, vyskytují se zelené (glaukomy) a šedé zákalý. Vlivem atrofie oka člověk hůře vidí a zhoršuje se vidění za šera. V důsledku atrofických změn starší člověk špatně slyší. Některé poruchy smyslových orgánů lze zmírnit pomocí kompenzačních pomůcek (např. brýle, naslouchátko) či operací (operace uší, očí). Díky tomu se může výrazně zlepšit kvalita života seniora a komunikace s ním. Důležitým úkolem sestry je všimnout si všech možných komplikací vznikajících v souvislosti s projevy stáří a tyto stavy dále řešit ve spolupráci s lékařem (Jarošová, 2006).

### *1.3.2 Psychologické aspekty*

„Při fyziologickém stárnutí a stáří se kvantitativně nemění struktura osobnosti. Pro kvalitu psychiky ve stáří má zřejmě větší význam osobnost člověka a její úroveň

než kalendářní věk “ (Jobánková a kol., 2006, str. 115-116 ). Charakteristické osobní rysy ve stáří upadají nebo se naopak stupňují (Jobánková a kol., 2006).

„Psychické změny ve stáří bývají laicky označovány jako zhoršení povahy, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti“ (Venglářová, 2007, str. 16). U psychologických aspektů se poukazuje na souvislosti změn psychických a tělesných. V praxi to znamená, že tělesné změny mohou být seniorem negativně vnímány a mohou se postupně projevit změnami psychickými. Tělesné změny mohou vést i k intelektovým změnám (Malíková, 2011).

Psychologické změny typické pro stáří: dochází k poruše kognitivních funkcí – zhoršuje se paměť, myšlení, zapomnětlivost. Lidé mají potíže naučit se něčemu novému, zhoršuje se schopnost soustředění. Uvedené potíže bývají též spojené s demencí. Neznamená to však, že u člověka s těmito symptomy musí být diagnóza demence stanovena (Raboch, 2010). Mezi další změny patří snížení fatických poruch (tzn. funkce řeči, umění pojmenovávat věci a porozumění řeči), snižuje se výkonnost intelektu, dochází k emoční nestabilitě až k labilitě (výkyvy nálad, změny požadavků, rozhodnutí). Naopak může docházet i k citové oploštělosti, snižuje se schopnost adaptace na změny. Mění se povaha člověka (např. z ochotného a vstřícného člověka se stane člověk neochotný). Zvýrazňují se především negativní povahové vlastnosti. Dochází ke změně zájmů, potřeb a jejich pořadí uspokojování (kladou větší důraz na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti a duchovních hodnot), změně pořadí životních hodnot (na první místo staví rodinu, zdraví, duchovní hodnoty). Senioři mají tendence k bilancování života a posuzování různých životních událostí s časovým odstupem. Sestra se pro seniora stává zdrojem psychologické podpory. V souvislosti s těmito změnami se zvyšují psychické a fyzické nároky na ošetrovatelskou péči sestry. (Jarošová, 2006).

### *1.3.3 Sociální aspekty*

Sociálních aspektů, které ovlivňují stáří a stárnutí, je celá řada. Podle Eriksona je pro seniora nejdůležitější dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Každý člověk ve věku nad 60 let řeší konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Pro člověka je nezbytné

přijmout globálně celý svůj život, sám sebe takového jaký je, neodsuzovat se, umět si odpouštět a přijmout své chyby a omyly, umět přijmout své stáří. Pouze takto člověk dosáhne integrity a prostřednictvím toho pak může senior důstojně dožít (Malíková, 2011).

Mezi nejdůležitější nepříznivé sociální aspekty patří odchod do důchodu, který hůře snášejí muži bez zájmů, koníčků či jiných aktivit. Pro většinu lidí znamená velký zlom v jejich životě. S odchodem do důchodu souvisí změna ekonomické situace, která způsobí zhoršení finančního zabezpečení. Dochází ke změnám vztahů v rodině, jako je například úmrtí manžela, partnera, přátel. Zhoršením možností kontaktů s přáteli se senior dostává do sociální izolace, další příčinou sociální izolace může být i omezení rodinných kontaktů. Sestra se setkává se strachem ze stáří, osamělosti a nesoběstačnosti, s fyzickou závislostí z důvodů pohybového či smyslového omezení, strachem z nemoci. Vliv zde má i ageismus. Se stárnutím souvisí i nutná, často nevyhovující, změna životního stylu, stěhování. Změna sociální situace může také přispět ke zhoršení zdravotního stavu (Malíková, 2011).

Jarošová označuje za nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty funkční rodinu, dobré rodinné vztahy, plánovanou přípravu na stáří, kam patří ekonomické zajištění, vhodné bydlení a další. Neméně důležitá je i příprava na vyplnění volného času, koníčky, zájmy (Jarošová, 2006).

„Odchodem do důchodu mění člověk svou identitu“ (Jobánková a kol., 2006, str. 118). Mění se jeho sociální role, například z lékaře nebo učitele se nyní stává důchodce. Senior se tak přiřazuje ke skupině starých lidí, ocitá se v blízkosti smrti. Tuto realitu musí přijmout a vyrovnat se s ní. Odchodem do důchodu ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání, ztrácí řízení času prací. Musí si jinak uspořádat život a zorganizovat svůj čas (Jobánková a kol., 2006).

#### ***1.4 Změny jednání a chování ve stáří***

Změna zdravotního stavu seniora může do jisté míry ovlivnit jednání člověka ve stáří. Jedná se především o poruchy kognitivních funkcí a intelektu. Díky těmto poruchám dochází ke změnám chování a jednání seniora, které budí pozornost u rodiny

či pečovatele (Pidrman a Kolibáš, 2005). Dle Jiráka se změny nejčastěji projevují v běžných dovednostech, v péči o sebe sama, vyskytuje se inkontinence a člověk se postupně stává závislým na svém okolí. Změny chování mohou mít různý charakter. Dalšími častými změnami je drobný neklid, kterému se říká agitovanost. Někdy může být neklid spojen i s agresivitou. Patří sem útky z domova, napadání rodinných příslušníků, personálu, ničení věcí, svlékání se a další (Jiráka a kol., 2009). Tyto změny jsou často připisovány pouze demenci, ale ve skutečnosti se jedná o obecný přehled pravděpodobných důsledků chování a jednání člověka při kognitivních poruchách. Změna chování člověka není jen výsledkem chybějících či změněných funkcí. Jedná se také o snahu jednotlivce dále uspokojovat své potřeby, přičemž se musí vyrovnat se svými změněnými schopnostmi a dovednostmi (Zgola, 1999).

„Poruchy chování ve stáří jsou závažnou poruchou, proto je třeba k léčbě přistupovat s vědomím, že jde o záležitost akutní, komplexní a dlouhodobou“ (Pidrman, 2010). Jsou ve většině případů dobře ovlivnitelné, především tehdy, když je stav včas rozpoznán a vhodným způsobem léčen (Pidrman, 2010). Neméně důležité je i zvládnutí poruch chování. Očekávání pečovatele má být úměrné míře postižení. Je nutné opakovaně vyhodnocovat situaci a změnit své představy o „správném“ chování (Glennner a kol., 2005). Měli bychom také brát v úvahu, že osoba s kognitivní poruchou je dospělým člověkem s dospělými reakcemi a bude lépe reagovat na vedení než na řízení. Dalším důležitým faktem je, že se jedná o poruchy získané, objevující se v dospělosti. Tedy u lidí, kteří již plnili role dospělých jedinců a mají o sobě představu jako o dospělém člověku (Zgola, 1999).

#### *1.4.1 Adaptace*

Adaptace je široký pojem, znamená vyrovnávání a obnovování rovnováhy člověka s prostředím. Může se týkat obnovování fyzické i vnitřní rovnováhy, vyrovnanosti mezi jedincem a okolím. Váže se také na uspokojování potřeb člověka, a to jak tělesných, psychických, tak i sociálních. Uspokojování potřeb bývá spojeno s překážkami a jejich překonáváním (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).



V životě člověka přichází mnoho změn, mnohé z nich je nezbytné pouze přijmout a smířit se s nimi (nemoc, ztráta). Schopnost přizpůsobit si nový život ke své spokojenosti je velmi individuální. „Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace“ (Venglářová, 2007, str. 13). K adaptaci člověka je nutná pomoc okolí, tolerance a trpělivost. Tyto vlastnosti patří do základních požadavků práce sestry při poskytování ošetrovatelské péče (Venglářová, 2007).

Velkým zlomem v životě člověka je odchod do důchodu. Vyrovnat se s tím je pro seniora poměrně náročné, protože tato chvíle je plná nejistot. „Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná problém reakce a adaptace na stáří“ (Jobánková a kol., 2006, str. 120).

S příchodem vyššího věku dochází ke zhoršení adaptace na nové životní podmínky, nové situace, změny zdravotního stavu, které s sebou nesou jistá omezení. Toto se může projevat neochotou měnit zažitě zvyklosti. Proces adaptace ovlivňuje řada různých faktorů. Patří sem nemoci a zhoršení smyslových orgánů, které vyúsťují v nejistotu, strach a úzkost. Projevují se sníženou soběstačností, nedůvěrou a ostražitostí. Z důvodů psychických a tělesných změn se senior hůře rozhoduje, omezuje a vzdává se svých oblíbených aktivit, které mu v průběhu života přinášely radost. Následkem toho pociťuje prázdnotu a beznaděj, které mohou vyústit v poruchy nálad, myšlení a vnímání (Klevetová a Dlabalová, 2008).

Kalvach uvádí, že adaptace probíhá v čase a klíčový význam má schopnost adaptace jedince. „Starší lidé potřebují obvykle o něco více času k tomu, aby se mohli přizpůsobit a nepociťovali změnu jako nátlak“ (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004, str. 107). Existují různé teorie adaptace na stáří, které se snaží vysvětlit, jak se lze nejlépe přizpůsobit změnám ve stáří. První skupinu představují *teorie aktivního stáří*, které říkají, že základním předpokladem optimální adaptace je udržení aktivit a činností s okolím. Druhá teorie se nazývá *teorií postupného uvolňování aktivit*. Dle této teorie se úspěšně adaptuje člověk, který své aktivity nenásilně a pozvolna omezuje a odpoutává se od nich. Třetí teorie je *teorie substituční*. Podstatou této teorie je redukce činností a povinností, které jsou již pro seniora zátěží a jejich náhrada jinými

přijatelnými aktivitami. Při adaptaci je vždy nutné přihlížet k individuálním předpokladům člověka: zdravotní stav, profese, bydlení, rodina atd. (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

Dvořáčková uvádí, že podle odborníků se spokojeného stárnutí a stáří dočká ten, kdo porozumí vlastnímu stárnutí - člověk, který je připraven na duševní a tělesné změny ve stáří. Adaptaci v seniorském věku ovlivňuje také způsob života člověka v době mládí. Člověk by měl mít takové zájmy a koníčky, které může uplatnit po odchodu do důchodu, aby byl „užitečný“ pro své okolí. Tím si uchovává pocit vlastní hodnoty, který je důležitý pro přizpůsobení se (Dvořáčková, 2009).

#### *1.4.2 Reakce na stáří*

Reakce na stáří byly typologicky rozděleny do pěti oblastí. Chování seniorů však nemusí odpovídat žádnému z modelů. Dle typu osobnosti se mohou projevovat i jiné postoje. O přijetí stáří a kvalitě života rozhoduje především sám člověk. Rozdělení:

*Konstruktivní přístup* – ideální postoj, kdy se člověk smířil se stárnutím a je soběstačný. Je aktivní, optimistický, přizpůsobivý a tolerantní. Má dobré vztahy s okolím a udržuje si svoji duševní rovnováhu.

*Strategie závislosti* – vynucování pomoci a péče z okolí člověka. Je nejvíce rozšířený. Lidé využívají své zdravotní potíže k manipulaci s okolím. Svě blízké citově vydírají. Preferují pohodlný život a spoléhají na pomoc rodiny nebo instituce.

*Obranná strategie* – používají ji lidé společensky a profesionálně úspěšní. Odmítají své stáří, oddalují odchod do penze. Snaží se co nejdéle udržet svoji soběstačnost a společenské postavení. Patří sem lidé aktivní, pracovití.

*Strategie nepřátelství* – je velice náročná a zatěžující pro seniora i jeho okolí. Senior nepřijal své stáří. Volí ji spíše neúspěšní lidé, kteří jsou plní pocitu křivdy, nenávisti, zloby a dalších negativních emocí. Svalují vinu za svůj neúspěch na druhé. Žijí v ústraní. Závidí mladým lidem.

*Strategie sebenávisti* – senior má silně negativní vztah k sobě samému. Zlobí se sám na sebe, protože nebyl v životě úspěšný. Nevází si svého předchozího života a nedokáže si to odpustit (Jobánková a kol., 2006).

### **1.5 Stárnutí populace, demografický vývoj**

„Demografické stárnutí se definuje jako nárůst podílu osob seniorského věku, přičemž za hranici stáří se dnes i v dlouhodobých prognózách považuje fixní chronologický věk 65 let“ (Čevela, 2012, str. 80).

Demografické stárnutí společnosti se stává jedním z celosvětových problémů. Od poloviny 20. století postihuje v různé míře všechny země. Prognózy uvádějí, že bude narůstat podíl starších osob ve společnosti. V souvislosti se zvyšujícím se počtem starých osob se hovoří o sociálním problému, hlavně ve spojitosti s důchodovým systémem, nárůstem nákladů na zdravotní péči a na sociální zabezpečení (Čevela, 2012).

Stárnutí jako pojem je nutné rozlišovat na úrovni jednotlivce a populace:

Stárnutí v demografickém smyslu se týká celé populace. K tomuto stárnutí dochází následkem změn v charakteru demografické reprodukce, přičemž se zde mění zastoupení postreprodukční a dětské složky obyvatelstva. Je vyvoláno dvěma faktory: poklesem úrovně plodnosti a porodnosti – tím se snižuje podíl mladých v populaci. Tento typ je označován „stárnutí v základně věkové pyramidy“. Druhý typ se nazývá „stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy“. Je ovlivněn tím, že klesá úmrtnost ve vyšším věku, a tím se zvyšuje počet osob této věkové kategorie. Populace může omládnout tím, že se zvýší podíl mladých věkových skupin (Demografický informační portál Stárnutí, 2009).

Stárnutím u jednotlivce rozumíme biologický proces, kterým se organismus přizpůsobuje od narození člověka do smrti. Jednoduše řečeno, stárnutí je neustálý životní proces, kdy není možné omládnout (Demografický informační portál Stárnutí, 2009).

Stárnutí populace bude pokračovat i v průběhu několika dalších desetiletí. Například pro Finsko existuje prognóza, že podíl osob ve věku 65 let a více

se zdvojnásobí. Rozvoj sociálních a zdravotnických služeb zde také považují za důležitý (Teeri, Leino-Kilpi a Välimäki, 2006).

Dle Malíkové je i pro Českou republiku (ČR) charakteristické stárnutí populace, která bude i v dalších letech pokračovat. Důvodem je stárnutí vyšších ročníků z poválečného období. Současně na to má vliv i prodlužování délky života. Díky tomu se výrazně změní poměr pracujících a penzistů. Podle Českého statistického úřadu by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 by se mělo jednat o 31,3 % obyvatelstva. Prognózy odhadují, že v roce 2050 bude v ČR žít asi půl milionu obyvatel ve věku nad 85 let (Malíková, 2011). Podle Organizace spojených národů se může stát, že Česká republika bude v polovině 21. století nejstarší populací na světě (s 40 % podílem seniorů - lidí starších 60 let) (Haškovcová, 2004).

K charakteristickým znakům seniorské populace patří vyšší naděje na dožití u žen. Ženy se dožívají o 6,5 roku více než muži. Se zvyšováním věku člověka narůstá i ovdovělost, a to především u žen (Kalvach a Onderková, 2006). „Z hlediska pečujících profesí je podstatné, že dochází k výraznému přibývání velmi starých lidí ve věku nad 85 a více let“ (Kalvach a Onderková, 2006, str. 8).

„Ministerstvo práce a sociálních věcí vytváří politiku přípravy na stárnutí a vychází také ze zlepšujícího se zdraví populace jako potenciálu pro sociální a ekonomický rozvoj“ (Malíková, 2011, str. 27). Byl realizován Národní program přípravy stárnutí na období 2008 - 2012 schválený v roce 2008. Národní program je pro všechny lidi vytvářející společnost vstřícnou ke stáří a starším lidem. Jeho cílem je zvýšit kvalitu života ve stáří (Malíková, 2011).

Z rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady ze dne 14. 9. 2011 byl rok 2012 vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity – označován jako EY 2012 (Příloha 3) (Rozhodnutí Evropského parlamentu, 2011).

### ***1.6 Autonomie***

„V kontextu dlouhodobé péče o seniory a jedince se zdravotním postižením vyvstávají etická témata reflektující rozpor mezi autonomií a závislostí těchto osob,

mezi respektem vůči jejich autonomii a paternalizmem“ (Kalvach a kol., 2011, str. 34). Osobní autonomie je jev, který v sobě zahrnuje svobodu, nezávislost. Autonomní člověk si má sám bez cizí pomoci vést a organizovat své aktivity, uspokojovat své fyziologické potřeby, nevynucovat si souhlas a blízkost druhých a stát si za vlastními názory. Nemá mít strach z druhých lidí ani pocit viny vůči nim. Dle Kalvacha mohou sociální vazby autonomii podporovat nebo také omezovat. U seniorů snižující se fyzické a psychické schopnosti mohou nepříznivě ovlivňovat jejich soběstačnost a možnost samostatného rozhodování, tedy jejich autonomie. Je u nich vyšší pravděpodobnost, že se stanou závislými na pomoci druhých, kteří přebírají kontrolu nad mnohými oblastmi života seniora. Stává se, že potřeby seniorů formuluje rodina, úředníci, specialisté a pracovníci v pomáhajících profesích v „nejlepším zájmu“ tohoto člověka. Autonomií přitom tyto lidé rozumí něco jiného než samotný senior. Někteří profesionálové si myslí, že kdo není soběstačný, není autonomní. „V rámci institucionální péče dochází k ostřejší konfrontaci potřeb jedinců s formálními, instrumentálními povinnostmi pečovatelů. Podpora sebekontroly a individuální participace klientů je náročná na čas, mnohdy koliduje s nutnou zdravotní péčí“ (Kalvach a kol., 2011, str. 37). Nicméně v ústavní péči ani prostředí vlastního domova nelze uplatňovat individuální autonomii vždy vůči každému a za všech okolností (Kalvach a kol., 2011).

### ***1.7 Přechod do senia***

Všeobecně je na stáří pohlíženo spíše negativně, je chápáno jako závislost, nemoc a nesoběstačnost. Pro mnoho lidí je však stáří tím nejkrásnějším životním úsekem, protože mají mnoho času na realizování toho, co v průběhu života nestihli (Malíková, 2011).

Pro jiné znamená odchod do důchodu jisté trauma, protože představuje přechod k něčemu neznámému. Stárnoucí člověk občas prožívá strach z onemocnění, ze smrti. Mnoho lidí pokládá nemoc a stáří za synonyma, což je ale nesprávné pojetí. Nemoci postihují všechny věkové kategorie lidí. Ve stáří je však větší pravděpodobnost, že člověk onemocní. Nemoc výrazným způsobem ovlivňuje život jedince. V důsledku

dlouhodobé nemoci dochází ke změnám chování a též k poruše některých stránek osobnosti. Záleží vždy na člověku, jak svou nemoc přijímá a od toho se odvíjí i kvalita jeho života (Haškovcová, 2010).

### *1.7.1 Gerontologie a geriatrie*

Gerontologie se zabývá problematikou seniorského věku. Je to interdisciplinární věda o stárnutí a stáří. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí. Zabývá se problematikou života ve stáří. Vypracovává podklady pro komplexní péči o staré lidi. V ČR byla založena v roce 1958 gerontologická sekce a v roce 1962 Česká gerontologická společnost (Čevela, 2012).

Problematicou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří se zabývá gerontologie klinická, označována jako geriatrie (Kalvach a Onderková, 2006). Geriatrie je úzký obor, vycházející z ostatních klinických oborů (především z vnitřního lékařství, psychiatrie, neurologie, rehabilitace, ošetřovatelství a dalších). Součástí geriatrie je dlouhodobá péče o nemocné a jejich zdravotně sociální podpora (Čevela, 2012).

### *1.7.2 Polymorbidita*

Ve stáří se lidské choroby vyznačují specifickými zvláštnostmi. S věkem často přichází i zvýšený výskyt nemocí. U jedince se může objevovat více chorob současně - polymorbidita (Jobánková a kol., 2006).

„Jednotlivé nemoci se vzájemně prolínají a ovlivňují“ (Haškovcová, 2010, str. 251). Jedno onemocnění tak může vyvolat řetězově další onemocnění, tzv. dominový efekt. S polymorbiditou souvisí také polypragmázie, což znamená užívání více léků najednou. Všeobecně bývají sklony k delšímu „stonání“ seniora. To znamená, že oproti mladému člověku, který se uzdraví za týden, senior ke svému uzdravení potřebuje někdy i více týdnů (Haškovcová, 2010).

Jak populace stárne, je stále větší počet lidí ohrožen nástupem různých onemocnění s odlišným stupněm poškození. Na tato onemocnění má často vliv dědičnost (Gruss, 2009).

### *1.7.3 Zvláštnosti chorob ve stáří*

Od 65 let se dají pozorovat klinické projevy stáří. Převyšuje zde kvantita i kvalita změn, které způsobují stárnutí, nad regeneračními schopnostmi organismu (Doležalová, 2011).

S věkem přibývá onemocnění s chronickým průběhem. „Ve vyšším věku je prevalence chronických nemocí tak vysoká, že bez přítomnosti chronické nemoci je jen velmi malé procento obyvatelstva“ (Kalvach, Zadák a Jirák, 2004, str. 130). Kalvach uvádí, že prevalence chronických chorob u seniorů je 95 % u mužů a 97 % u žen (Kalvach, Zadák a Jirák, 2004).

Kromě chronických onemocnění se objevují i onemocnění degenerativní. Všeobecně k nemocem ve stáří náleží: atypický průběh či nevýrazné příznaky, sklon k chronicitě a protražovanému průběhu choroby. Dále sklon k invalidizaci, častěji vznikají komplikace, závažné choroby urychlují proces stárnutí. Chronické nemoci jsou různě závažné a v porovnání s nižším věkem probíhají nemoci ve stáří většinou odlišně. Senioři sami označují některé nemoci za „únosné“. Bojí se především nemocí, které ohrožují jejich soběstačnost, či vedou k plné závislosti na druhých (Haškovcová, 2004).

Také se lze setkat s tzv. vzdálenými příznaky – v popředí klinického obrazu jsou příznaky jiného orgánu, než je orgán postižený. Ve stáří existuje také vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace. Pro starého člověka je nemoc sociální událostí a může změnit jeho sociální situaci a naopak – sociální situace může změnit zdravotní stav (Jobánková a kol., 2006).

Nejčastějšími nemocemi ve stáří jsou: cukrovka, nemoci pohybového ústrojí, srdce, cév, plic, zažívacího ústrojí a psychiatrické onemocnění jako například deprese, demence a další. Z tělesných obtíží sem patří: poruchy spánku (insomnie, hypersomnie, spánková inverze), inkontinence (moče a stolice), imobilizační syndrom. Senioři jsou ohroženi dehydratací, poruchami výživy, zvýšeným výskytem dekubitů, úrazy a pády (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Nemoci ve vyšším věku jsou ovlivňovány i sociálními faktory (úmrtí partnera, umístění do domova pro seniory, ekonomická závislost a jiné). Komplexní péče

o seniora musí zahrnovat stránku zdravotní a sociální současně. O seniorech se také hovoří jako o křehkých pacientech - to znamená, že se jejich zdravotní stav může kdykoliv náhle dekompenzovat (Haškovcová, 2010).

#### 1.7.4 Pády

Dle Svobodové jsou pády nejčastější a nejrizikovější mimořádné události komplikující ambulantní léčbu, hospitalizaci, péči v domácím prostředí i péči v domovech pro seniory. Příčinou pádů bývá: změna prostředí, změna zdravotního stavu, zahájení používání kompenzačních pomůcek, zahájení rehabilitace, nácvičku chůze, zahájení medikace. Následkem pádů seniorů je až šestinásobná mortalita, která stoupá s věkem a zvyšuje se s každou dekádou. Vážným poúrazovým důsledkem je tzv. imobilizační syndrom. Pády jsou nežádoucí události negativně působící na psychiku nemocného i na zdravotnický personál, protože s sebou nesou riziko krátkodobých i dlouhodobých zdravotních následků, narušení rodinných vztahů a v neposlední řadě prodloužení hospitalizace (Svobodová, 2013).

#### 1.7.5 Funkční zdatnost seniorů

Z ošetrovatelského hlediska Kalvach rozděluje seniory dle funkční zdatnosti na několik skupin. První skupinu tvoří *elitní senioři*, kteří jsou schopni velkých výkonů, žijí samostatně. Další je skupina *zdatných seniorů* – senioři nepotřebují geriatrickou péči, udržují si velmi dobrou fyzickou zdatnost. Měli by docházet na pravidelné preventivní prohlídky. Třetí skupinu tvoří *nezávislí senioři* - za normálních okolností nepotřebují pečovatelskou a ošetrovatelskou službu. Přechodné zhoršení kondice vyvolávají různé zátěže (například závažné onemocnění, pooperační stavy, těžká horečnatá onemocnění). Čtvrtou skupinou jsou *křehcí senioři*. Tuto skupinu tvoří senioři ohrožení neočekávanou dekompenzací zdravotního stavu, lidé, kteří nezvládají zátěžové situace a potřebují stálou pomoc při náročných každodenních činnostech (takzvané instrumentální ADL – Příloha 4). Tito lidé většinou využívají zdravotnické služby i služby sociální. Další skupinu tvoří *závislí senioři* - ti jsou zcela či částečně nesoběstační. Neobejdou se bez pomoci druhé osoby při běžných činnostech (mytí,



oblékání, jedení, přesunu z lůžka, použití toalety). Předposlední skupinu tvoří *zcela závislí* senioři. Jsou to nesoběstační jedinci vyžadující nepřetržitou pomoc rodiny či pečovatelské organizace. Jsou dlouhodobě až trvale upoutáni na lůžku, hrozí u nich rozvoj imobilizačního syndromu. Poslední skupinou jsou *umírající senioři*. Vyžadují komplexní paliativní péči (Kalvach a kol., 2011).

### **1.8 Komunikace se seniory**

Komunikace je sociální dovednost, která patří k základním činnostem sestry. Sestra musí mít takové komunikační schopnosti, aby zvládla různé situace. Komunikace má velký význam pro zachování sociálních kontaktů. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Oba způsoby komunikace ovlivňuje mnoho faktorů, mezi které patří i onemocnění (například porucha zraku, sluchu, demence) (Martinková a Botíková, 2013).

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma či více lidmi. Je základem lidských vztahů. Při komunikaci si musí sestra všimnout a brát v úvahu aktuální stav kognitivních funkcí, jednání a chování člověka, jeho emocionální stav a možnost zkreslení podávaných informací. Komunikace musí být efektivní, jedině potom se stává důležitým prvkem při poskytování ošetrovatelské péče (Pokorná, 2010).

Komunikaci rozdělujeme na sociální komunikaci, specifickou komunikaci a terapeutickou komunikaci. Sociální komunikaci můžeme použít při úpravě lůžka, hygieně, pomoci při jídle, při volnějších momentech denního režimu oddělení. Je to tedy běžný rozhovor při kontaktu s nemocným. Specifickou komunikací sdělujeme důležitá fakta k léčbě jednotlivce. Patří sem například: informace o rizicích, sdělování postupů vyšetření, vysvětlení způsobu stravování. Terapeutickou komunikací pomáháme člověku při rozhodování a je vedena formou rozhovoru (Venglářová a Mahrová, 2006).

Vhodná doporučení pro sestru při komunikaci se seniorem: správné oslovení, srozumitelné vyjadřování, ochrana klienta před projevy pohrdání a zesměšňování, trpělivost, srozumitelné vyjadřování, individuální přístup, aktivní naslouchání a získávání zpětné vazby. Důležité je nechat klienta hovořit i o tématech, která ho tíží;

uplatnit empatii, nespěchat a nebýt podrážděný či netrpělivý, být citlivý, umět se orientovat v nonverbální komunikaci; ujistit klienta, že správně pochopil sdělované informace, chránit důstojnost klienta; přizpůsobit styl hovoru naslouchající osobě: věku, vzdělání, jeho schopnostem a dovednostem; předem promyslet, co chceme sdělit (Zacharová, 2010).

### ***1.9 Dlouhodobá péče o seniory***

„Vzhledem k tomu, že v medicíně došlo v posledním půlstoletí k velkému rozvoji, dožívá se populace vyššího věku. Ale i relativně zdraví jedinci, zpravidla v průběhu stáří, pocítí potřebu o sebe více pečovat a v souvislosti s tím jsou nuceni vyhledat odbornou péči, která jim zabezpečí míru pohodlí, na jakou byli zvyklí v minulosti“ (Horáková, 2013, str. 55).

Jiní autoři, například Scocco, popisují, že se senioři stěhují do domova tehdy, když se zhoršuje jejich zdravotní stav, jejich soběstačnost a nezávislost. Tyto stavy mohou vyvolávat pocit zbytečnosti a mohou vést ke zhoršení křehkosti seniora (Scocco, Rapattoni a Fantoni, 2006).

Přes počáteční odhodlání příbuzných poskytnout seniorovi péči v rodině, není její zajištění mnohdy v jejich silách bez dopadu na ekonomický standard své vlastní rodiny. Pokud situace dovolí, zpočátku o své seniory často pečují příbuzní, především ženy. Jsou to dcery, snachy, vnučky, které se mnohdy starají o své děti a samy chodí do práce. Rozpočet rodiny navíc bývá zatížen hypotékami a úvěry – nemohou si proto dovolit ztrátu zaměstnání z důvodu celodenní péče o seniora. Řešení tedy přichází v podobě využití pobytové sociální služby. Sociální služba pomáhá i tam, kde se rodina o seniora starat nechce. To, jak uvádí Horová, může být jedním z důvodů, proč dochází k umístění seniora do sociálního zařízení (Horová a Loudová, 2012).

Dle Xie senioři hospitalizovaní v nemocničních zařízeních často čekají na uvolnění místa v domově pro seniory. Tvrdí, že se lidé v domovech díky kvalitní péči dožívají delšího života a očekává se, že se poptávka po dlouhodobé péči bude zvyšovat. (Xie, Chausalet a Millard, 2005).

### *1.9.1 Senior a rodina*

Dlouhodobá péče o osobu blízkou je náročná činnost, a to z důvodu postupně se zhoršujícího zdravotního stavu a stárnutí seniora. Rodinní příslušníci musí často obětovat svou profesní kariéru a seberealizaci, žijí ve stresu a úzkosti. Péče je fyzicky i psychicky náročná. To vše může mít dopad na jejich rodinný život i s následkem rozvodů. Je velmi necitlivé brát dlouhodobou domácí péči o seniora za samozřejmost. Kalvach se zmiňuje o provedeném výzkumu, který potvrdil, že v případě nemožnosti rodiny postarat se o nesoběstačného seniora využívají rodiny pomoc státu a umístí svého seniora do pobytového zařízení (Kalvach a kol., 2011).

### *1.9.2 Dlouhodobá péče*

Okolo křehkých a závislých geriatrických pacientů se ztracenou nebo ohroženou soběstačností v základních ADL (základních denních činnostech) (Příloha 4) se rozvíjí týmová péče vyžadující návaznost, koordinaci a aktivní přístup. „Mezinárodně se používá označení dlouhodobá péče (long-term care, LTC)“ (Kalvach a Onderková, 2006). Tato péče je zdravotně sociální a dělí se na složku terénní, do které patří: domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence, komunitní centra, podpora pečujících rodin. Druhá složka je nazývána ústavní a patří sem: léčebny pro dlouhodobě nemocné – LDN, nemocnice následné péče, ošetrovatelská centra, domovy pro seniory a jiné ústavy sociální péče – ÚSP (Kalvach a Onderková, 2006).

### *1.9.3 Pobytové služby sociální péče pro seniory*

„Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) vymezuje pobytové služby jako služby, kterými rozumíme služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb a které lze rozdělit na služby prevence a péče“ (Kalvach a kol., 2011). Dřívější domovy důchodců se řadily také do pobytových služeb. Zákon o sociálních službách, platný k 1. lednu 2007, určil další možnosti pobytových služeb (Kalvach a kol., 2011).

Možnosti pobytové služby dle zákona 108/2006 Sb.:

*Domovy pro seniory* – „V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (§ 49 zákona č. 108/2006 Sb.).

*Domovy se zvláštním režimem* – „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“ (§ 50 zákona č. 108/2006 Sb.).

*Domovy pro osoby se zdravotním postižením* – „V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (§ 48 zákona č. 108/2006 Sb.).

*Týdenní stacionáře* – „V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (§ 47 zákona č. 108/2006 Sb.).

*Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče* – „Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb“ (§ 52 zákona č. 108/2006 Sb.).

### ***1.10 Péče o člověka v domovech pro seniory***

„Zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou zpravidla neoddělitelné. Senioři potřebují oba typy pomoci současně, nebo se pouze střídá jejich naléhavost“ (Haškovcová, 2010, str. 224). V domovech pro seniory postupně přibývá nemocných seniorů, kteří v těchto službách očekávají především zdravotní péči (Haškovcová, 2010).

Domovy pro seniory patří mezi sociální zařízení, kde si senior pobyt hradí. Pobyt zde je většinou trvalý a zdravotní péče patří mezi doplňkové služby. Přesto jsou zde klienti s vážnými zdravotními problémy (plně inkontinentní, imobilní, s různými stupni demence, zmatení, s akutními i chronickými chorobami), o které se musí sestra postarat (Kalvach a kol., 2011).

#### ***1.10.1 Zdravotní péče v domovech pro seniory***

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách podle §36 stanovuje povinnost pobytovým zařízením sociálních služeb zajistit přístup ke zdravotní péči osobám, poskytujícím své sociální služby. Zároveň ale nejsou poskytovatelé sociálních služeb povinni zdravotní péči poskytnout – to jsou povinna pouze zdravotnická zařízení dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (Malíková, 2011).

Prošková upozorňuje na povinnost zabezpečit zdravotní péči pobytovými sociálními zařízeními ustanovením § 79 odst. 5d, kde se hovoří o tom, že žádost o registraci musí obsahovat mimo jiné i způsob zajištění zdravotní péče. Na tuto povinnost poukazuje i § 88 písm. c), zákona 108/2006 Sb., podle něhož je zařízení sociálních služeb povinno vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, jimž poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby. Dle Listiny základních práv a svobod je právo na zdravotní péči jedním z lidských práv. Z tohoto důvodu je poskytovatel sociální služby povinen klientům zabezpečit přístup k zdravotní péči tak, jak je vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, psychickým a sociálním možnostem nutné (Prošková, 2010).

Základní zdravotní péči v domovech pro seniory poskytují lékaři, všeobecné sestry a fyzioterapeuti. Sociální zařízení mají možnost zaregistrovat se jako nestátní zdravotnické zařízení, při dodržení podmínek zákona č. 160/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních. Díky tomu by mohl být lékař zaměstnancem takového zařízení a poskytoval by péči v oboru všeobecného lékařství. Přestože hodně zařízení by si díky skladbě svých klientů zasloužilo status zdravotnického zařízení, většina se registruje pouze jako sociální zařízení. Zdravotní péči pak zajišťují smluvně s praktickými a odbornými lékaři. Mezi odborné lékaře, kteří spolupracují se sociálním zařízením, patří: psychiatr, logoped, psycholog, stomatolog, neurolog, urolog (záleží vždy na možnosti jednotlivých zařízení). Klient má právo ponechat si svého praktického lékaře, má také možnost zaregistrovat se u lékaře, se kterým má pobytové zařízení smlouvu. Lékařská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a lékař, který péči poskytl, si ji také vykazuje. Pokud vznikne závažný akutní stav, který vyžaduje odbornou zdravotnickou péči (vyšetření, ošetření, terapeutický postup), kontaktuje se praktický lékař, popřípadě lékařská pohotovostní služba či zdravotnická záchranná služba (Malíková, 2011).

U všech klientů v domově pro seniory musí být vedena zdravotnická dokumentace, kde musí být chronologické záznamy péče provedené u klienta (Malíková, 2011).

#### *1.10.2 Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory*

Pod pojmem ošetrovatelská péče se rozumí soubor odborných činností, které se zaměřují na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob. Součástí ošetrovatelství je rozvoj soběstačnosti, péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelství se také podílí na diagnostice, terapii a rehabilitaci (Pochylá, 2005).

Podle § 36 zákona č. 108/2006 o sociálních službách poskytují domovy pro seniory pouze ošetrovatelskou a rehabilitační péči, a to prostřednictvím svých zaměstnanců. Tato péče je definována v zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Zaměstnanci mají odbornou způsobilost

k výkonu zdravotnického povolání. Dále se na ošetrovatelské péči podílí pracovníci v sociálních službách. Při poskytování péče platí úměra – čím větší je závislost seniora, tím se zvyšují nároky na poskytovanou ošetrovatelskou péči a zvyšuje se ošetrovatelská zátěž pro personál (Malíková, 2011).

Podle § 49 zákona č. 108/2006 o sociálních službách mají být do domovů pro seniory přijímáni senioři se sníženou soběstačností, kteří vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby. Z tohoto je zřejmé, že se musí u každého klienta počítat s ošetrovatelskou péčí. Ošetrovatelská péče se poskytuje v těchto oblastech: biologické potřeby - příjem potravy, zajištění pitného režimu, vyprazdňování, komplexní hygienická péče, péče o pokožku a dutinu ústní, péče o spánek a odpočinek, polohování, prevence dekubitů, opatření ke snížení bolesti, péče o umírajícího, zemřelého a další. Specifické léčebné postupy poskytované v domovech pro seniory: péče o permanentní močový katétr, péče o PEG, péče o klienty s kachexií, s problémy s výživou; péče o ránu, dekubity; péče o klienty s pravidelnou hemodialyzační léčbou, s onkologickým onemocněním, otevřenými bércovými vředy, podávání léků, aplikace injekcí a další (Malíková, 2011).

Do ošetrovatelské zdravotní péče o klienty také patří neustálé sledování, vyhodnocování a zaznamenávání změn v jejich zdravotním stavu, chování a psychice. Sestra tyto informace posoudí, informuje lékaře a dále postupuje podle jeho ordinace. Důležité je vyhodnocování přítomnosti rizikových faktorů, včasný záchyt komplikací a jejich řešení. Informace o poskytované ošetrovatelské péči se předávají ústně i písemnou formou na začátku i konci každé služby. Samozřejmostí je vedení ošetrovatelské dokumentace o poskytované ošetrovatelské péči (Malíková, 2011).

### *1.10.3 Vykazování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory*

Navazující zákon 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, umožňuje uzavřít zvláštní smlouvu mezi domovem a příslušnou zdravotní pojišťovnou (Průša, 2007). Na základě této smlouvy může být vykazována ošetrovatelská péče v domovech pro seniory odborností 913 -

všeobecná sestra v sociálních službách. Ošetrovatelská péče může být vykazována pouze na základě indikace lékaře (Malíková, 2011).

Ve vyhlášce č. 472/2009 Sb., je uveden seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami (Příloha 5). Jsou zde zaznamenány výkony provedené sestrou, které jsou hrazeny na základě indikace lékaře příslušnou zdravotní pojišťovnou. Každý kód má jasně stanovené podmínky pro vykazování poskytnuté péče. Aby byl výkon proplacen, musí celá činnost ošetrovatelské intervence trvat 10 minut. Pokud je kratší, nelze ji vykazovat (Malíková, 2011).

Červenková na základě dotazníkového šetření provedeného VÚPSV poukazuje na to, že zdravotní pojišťovny hradí domovům pro seniory pouze část vynaložených nákladů na zajištění zdravotní péče svých klientům. Domovy jsou pak nuceny financovat tuto péči z běžných provozních nákladů (Červenková, Bruthansová a Jeřábková, 2009).

Dle Průši se financování stejné péče liší podle toho, zda je poskytována v sociálním zařízení či ve zdravotnickém zařízení. Dále uvádí, že nebyly vytvořeny rovnocenné podmínky pro poskytování zdravotní péče sestrou v domovech pro seniory a v nemocnicích (Průša, 2009).

### ***1.11 Sestra v domově pro seniory***

Všeobecná sestra získává svou způsobilost k výkonu nelékařského povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Za výkon povolání sestry se považuje zejména poskytování ošetrovatelské péče. Dle Brůhy má sestra dvě role. Roli samostatnou – poskytování vlastní ošetrovatelské péče o člověka - zde nepotřebuje indikaci lékaře a je považována za samostatného odborníka. A druhou roli – spolupracovnice lékaře. Podílí se na léčebně preventivní péči, za kterou zodpovídá lékař (Brůha a Prošková, 2011).

Mezi základní potřeby seniora patří vztah vytvořený na základě důvěry, jistoty a bezpečí. Základem práce sestry se seniory je naplňování těchto potřeb. Péče má být



podřízena přáním seniora, má zachovávat lidskou důstojnost. Další důležitou složkou při péči o seniory je naslouchání, vcítění a tolerance. U geriatrického klienta se nelze soustředit pouze na jeho nemoc, ale musí se brát jako celek. Při péči o seniora se má zjišťovat zpětná vazba a účinek léčby podle subjektivního hodnocení seniora (Piecková, 2011).

#### *1.11.1 Sestra, doprovázení a důstojnost*

Doprovázením se rozumí stálá přítomnost druhé osoby v životě člověka, poradenství, podpora a pomoc. Doprovázení může být laické – realizováno blízkými lidmi, a profesionální – probíhá prostřednictvím odborných pracovníků s adekvátním vzděláním z oblasti pomáhajících profesí. Do těchto profesí patří i povolání sestry. Profesionální doprovázení je cílené a časově omezené. V sociálním zařízení je doprovázení těžkým úkolem. Senioři se díky deficitům spojeným se stářím mohou chovat jako děti, ale dětmi v této vývojové fázi již nejsou. Sestra s nimi jako s dětmi nemůže zacházet (Vávrová, 2012).

Při péči o seniora je důležité zachování jejich důstojnosti. Ta má být podřízena potřebám a přáním seniorů. Důstojnost je zakotvena v Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (Příloha 6). Důraz na správné pojetí lidské důstojnosti u sester vyplývá z povahy jejich práce. Důstojností se rozumí: neponižovat, podávat informace, neomezovat v pohybu, zajištění soukromí, umožnění kontaktu s rodinou (Wichsová, 2012). Ošetrovatelská péče musí být podávána s respektem na stejnou hodnotu všech lidských bytostí a na důstojnost jednotlivce. Respektování důstojnosti znamená respektovat práva člověka (Nordenfelt, 2004).

#### *1.11.2 Psychická zátěž*

Náročnost péče o seniory je dána důsledky změn, které v organismu v průběhu stárnutí probíhají (Malíková, 2011).

Lidé, především rodina a senioři si obvykle myslí, že ošetřování nemocných a starých lidí patří výhradně do rukou zdravotníků. Domnívají se, že: „oni jsou povinni, oni jsou tady od toho“, a ani nepomyslí na to, že by se sami postarali o svého nespokojeného či svéhlavého seniora. Je známo, že ošetřujících v geriatrii je nedostatek.

Ti, kteří pečují o seniora u lůžka, se místo ocenění dočkají většinou kritiky - na rozdíl od ošetřujících u akutních lůžek, kterým se dostává poděkování. K lékařům (geriatrům) chovají lidé respekt, ale sestry a ošetřovatelky se stávají „hromosvodem“. Péče o seniory není atraktivní, jsou problémy s financováním, s motivací sester. Práce má malou prestiž i nepřiměřené finanční ohodnocení. Rodina vyžaduje, aby se sestra starala o seniora do „roztrhání těla“, aby kolem sebe šířila jen radost a lásku. Sami senioři se opakovaně dožadují pomoci i v oblastech, které sami zvládají. Sestry jsou napadány různými neoprávněnými výtkami, verbálními i fyzickými útoky. Sestra často supluje různé vztahy s osobami, které zemřely. Sestra „musí, očekává se, má.....“. Při péči o nemocné kolem sebe vidí to, co většina lidí vidět odmítá – nemoc, stárnutí a s ním spojený konec života – smrt. To vše vytváří psychickou zátěž (Haškovcová, 2010).

Psychická zátěž sester se podílí na vzniku somatických onemocnění (kardiovaskulárního systému, žaludeční potíže, problémy s vylučováním, bolesti svalového systému, potíže s dýcháním). Podílí se také na problémech v pracovních a rodinných vztazích, hrozí syndrom vyhoření (úplné fyzické a psychické vyčerpání) (Křivohlavý, 2010). Pro psychickou pohodu ošetřujících je vhodná podpora zaměstnavatele, supervize a pomoc psychologa (Haškovcová, 2010).

Na zvládnutí stresu je vhodné, aby sestra uměla provádět i jednu z relaxačních technik. Například: relaxační cvičení, autogenní relaxační trénink profesora Schultze (Příloha 7), jógovou relaxaci, Jacobsonovu progresivní relaxaci. Pokud sestra umí a používá některou z relaxačních technik, zásadně to prospívá její tělesné, duševní a pracovní kondici (Křivohlavý, 2010).

### *1.11.3 Fyzická a zátěž*

Pracovní zátěž sester je dána mírou vyváženosti mezi výkonovou kapacitou sestry a mezi podmínkami a požadavky, za kterých se pracovní výkon uskutečňuje. Pokud jsou tyto složky v rovnováze, je pracovní zátěž v normě. Jestliže ale dojde k nerovnováze, jedná se o nepřiměřenou zátěž označovanou jako zátěž nadlimitní (Komačeková, 2009).

Vliv působení fyzické zátěže na člověka se projevuje onemocněním svalově kosterního aparátu, zejména páteře. Na fyzickou zátěž sestry má rozhodující vliv především omezená pohyblivost seniora a ztráta jeho soběstačnosti. Dle Bartoškové jsou u sestry tyto druhy fyzické zátěže: statické a dynamické zatížení (vychází z pohybu a stání sestry při ošetřování pacienta), hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, zatížení páteře, kloubního a svalového systému (při úpravě lůžka a manipulaci s klienty), kontakt s nepříjemnými podněty (zápach, rány, exkrementy), riziko infekce, směnný provoz a narušení spánku, nepravidelné stravování a pitný režim. Manipulace s imobilními a bezvládnými klienty je pro sestru fyzicky velmi náročná (Bartošková, 2006).

#### *1.11.4 Příčiny náročnosti práce sestry v domovech pro seniory*

Sestra v domovech pro seniory se musí často samostatně rozhodovat, a proto je výkon profese na tomto místě náročnější než ve zdravotnickém zařízení. Náročnost práce sestry je ovlivněna především těmito faktory: lékař je přítomen pouze některý den v týdnu; sestra nemá možnost konzultace při vzniku akutní situace; kompetencí sestry (sestra je oprávněna pouze samostatně měřit fyziologické funkce a provádět základní vyšetření klienta) – na tomto základě rozhoduje o dalším postupu a nese za svá rozhodnutí odpovědnost; sestra nesmí indikovat bez ordinace lékaře (ve zdravotnickém zařízení může sestra využít posouzení situace lékařem a následná medikace je bez časové prodlevy); nelze zde okamžitě provést laboratorní vyšetření; příbuzní často nedokážou přijmout fakt postupného zhoršování zdravotního stavu a blízcího se konce života – vnímají ho často jako pochybení v péči o seniora. Z uvedených důvodů sestra častěji zavolá lékařskou pomoc nebo RZP, a tím se stává, že ona i domov jsou vystaveny nevhodným komentářům ze strany přivolaných zdravotníků, kteří bagatelizují situaci a degradují péči a úsilí sestry. Zároveň musí mít sestra dostatek ošetřovatelských a odborných znalostí. Musí se orientovat v geriatrickém ošetřovatelství, komunikaci, psychologii, podpůrných terapeutických a aktivizačních postupech, mít organizační schopnosti (Malíková, 2011).

Díky současnému tlaku na dodržování práv klientů dochází k tomu, že klienti a jejich příbuzní se orientují pouze na uplatňování svých práv, ale neznají své povinnosti. Chovají se potom k sestřám arogantně, nadřazeně, vulgárně, napadají personál s tím, že na to mají právo. Pro sestry má toto silně devalvující charakter (Malíková, 2011).

Z důvodu nedostatku pracovníků v některých zařízeních vykonávají sestry také roli klíčového pracovníka (ten má za úkol plánovat s klientem individuální podobu jeho sociální služby), i přestože sestra má své kompetence a odpovědnost a funkce klíčového pracovníka jí nepřísluší. Tím se také zvyšuje náročnost její práce (Malíková, 2011).

#### *1.11.5 Sestra a péče*

Sestry musí poskytovat ošetrovatelskou péči dle zásad ošetrovatelského procesu, který vychází z holistického pojetí a zohledňuje specifické odlišnosti geriatrického ošetrovatelství. Musí umět provést fyzikální vyšetření, funkční geriatrické vyšetření - poskytuje informace o fyzických a psychických schopnostech klienta. Mezi funkční vyšetření patří: test ADL (Příloha 4), IADL (instrumental aktivity daily living, test instrumentálních denních činností) (Příloha 8), MMS (Mini-Mental-State test, Folsteinův test kognitivních funkcí) (Příloha 9) (Malíková, 2011).

Sestra je nositelkou zdravotnických výkonů vykazovaných příslušné zdravotní pojišťovně. Zároveň sestra v zařízení nevykonává jen odbornou práci, ale běžně se účastní základní ošetrovatelské péče (Malíková, 2011).

Protože jsou mzdové náklady sester vyšší než u pracovníků v sociální péči, dochází v současné době ke snižování stavu sester v domovech pro seniory. Tento pracovník má však výrazně nižší kvalifikaci než sestra. „Převažuje názor, že domovy pro seniory jsou především domovem a v žádném případě nemají připomínat nemocniční zařízení. To je ovšem těžko přijatelné pro nemocné seniory, kteří již v nich pobývají nebo o něm uvažují“ (Haškovcová, 2010, str. 243). Již v roce 1937 se vyjádřil profesor sociálního lékařství Hynek Pelc, že obor sociální péče nelze oddělit od zdravotní složky (Haškovcová, 2010).

### ***1.12 Vzdělávání sester***

Vzdělávání sester vychází ze zákona č. 96/2004 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 (Brůha a Prošková, 2011). Tento zákon byl novelizován zákonem č. 105/2011 Sb. Celoživotní vzdělávání je povinností všech zdravotnických pracovníků. Účastí na celoživotním vzdělávání se považuje prohlubování kvalifikace. Rozumí se tím průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky (Brůha a Prošková, 2011).

Celoživotní vzdělávání je důležité pro získávání nových znalostí a zkušeností sester, které jsou následně aplikovány do ošetrovatelské praxe a pro kontinuální zvyšování kvality péče o nemocné (Brůha a Prošková, 2011).

#### ***1.12.1 Možnosti specializace všeobecných sester - obor geriatric***

Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů umožňovalo do roku 2010 studovat specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty v gerontologii. Dle nařízení vlády 31/2010 Sb. ze dne 11. 1. 2010 samostatný specializační obor gerontologie nyní již neexistuje (Nařízení vlády ze dne 11. ledna 2010).

V současné době lze na Masarykově univerzitě v Brně studovat jednooborové navazující magisterské studium – „Ošetrovatelská péče v gerontologii“. „Cílem navazujícího magisterského studia je umožnit absolventům získat úplné vysokoškolské vzdělání a realizovat holisticky pojímanou ošetrovatelskou péči u dospělé populace. Studium akceptuje interdisciplinární a systémový přístup, profesionální komunikaci a realizaci preventivních i terapeutických intervencí. Program připravuje sestru pro realizaci specializované ošetrovatelské péče v primární, sekundární a terciální sféře zdravotnických a sociálních služeb, v ošetrovatelském výzkumu, ve zdravotnické

politice, v administrativě oboru ošetrovatelství“ (Masarykova univerzita, 2013). Tento obor lze studovat prezenční i kombinovanou formou (Masarykova univerzita, 2013).

Další z možností studia geriatric nabíží Ostravská univerzita v Ostravě. Lze zde studovat obor „Ošetrovatelská péče v geriatric“. „Dvouletý navazující magisterský studijní obor ošetrovatelská péče v geriatric připravuje sestry k prohloubené odborné způsobilosti v oblasti geriatric. Teoretická příprava prohlubuje vědomosti z vědních oborů absolvovaných ve studiu pro získání odborné způsobilosti všeobecné sestry a poskytuje nové teoretické vědomosti z oborů potřebných pro organizaci a realizaci ošetrovatelských služeb. Praktická příprava umožňuje zdokonalení stávajících dovedností a schopností v ošetrovatelských činnostech a osvojování si nových ošetrovatelských intervencí a činností nezbytných pro poskytování profesionální ošetrovatelské péče stárnoucí a staré populaci, jejich rodinám a příslušným komunitám. Studenti získají aplikované dovednosti v oblasti podpory zdraví, prevence onemocnění a v péči o nemocné jedince, rodiny, komunity ve státních i nestátních zařízeních, a to v ambulantních i lůžkových, v terénní i domácí péči v rámci primární, sekundární a terciární zdravotní péče“ (Ostravská univerzita, 2013). I zde lze tento obor studovat prezenční i kombinovanou formou (Ostravská univerzita, 2013).

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

- Cíl 1. Zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče mají sestry pracující v domovech pro seniory největší problémy.
- Cíl 2. Zjistit, jak sestry pracující v domovech pro seniory zvládají fyzickou zátěž.
- Cíl 3. Zjistit, jak sestry pracující v domovech pro seniory zvládají psychickou zátěž.
- Cíl 4. Zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sester při poskytování ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory.
- Cíl 5. Zjistit, jaké možnosti mají sestry v domovech pro seniory v oblasti dalšího vzdělávání.

### **2.2. Výzkumné otázky**

- Výzkumná otázka 1: V jakých oblastech mají sestry, pracující v domovech pro seniory, největší problémy?
- Výzkumná otázka 2: Jaká je fyzická zátěž sester v domovech pro seniory?
- Výzkumná otázka 3: Jaká je psychická zátěž sester v domovech pro seniory?
- Výzkumná otázka 4: Jaké má ošetrovatelský personál znalosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory?
- Výzkumná otázka 5: Jaký typ dalšího vzdělávání si vybírají sestry v domovech pro seniory?

### 3. Metodika

#### 3.1 Použitá metodika

Diplomová práce na téma „Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory“ byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor se sestrami z více domovů pro seniory. Osloveno bylo celkem 12 sester, deset z nich s rozhovorem souhlasilo, dvě sestry s rozhovorem nesouhlasily. Se souhlasem sester byly tři rozhovory nahrány na diktafon a poté přepisovány (Příloha 15). Sedm sester s nahráváním nesouhlasilo, proto byly odpovědi sester zapisovány přímo při rozhovoru do počítače v programu Microsoft Office Word 2007.

Na základě výzkumných otázek a informací získaných z literatury byly vytvořeny okruhy otázek pro rozhovor s respondentkami. Pro účely upřesnění okruhů otázek byl proveden pilotní rozhovor. Na základě tohoto rozhovoru byly k jednotlivým okruhům otázek přidány dílčí podotázky. Rozhovory tvořilo 10 okruhů otázek (Příloha 10). Z toho 7 okruhů otázek (otázky č. 2 - 4) mělo doplňující podotázky. Rozhovor probíhal po předchozí domluvě s respondentkou, v klidném a příjemném prostředí, v předem určený čas. Respondentky odpovídaly na otázky dobrovolně. V případě potřeby byly respondentkám kladeny doplňující otázky. Výzkumné šetření probíhalo od 1. 10. 2013 do 10. 11. 2013. K dalšímu zpracování rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování – metoda papír a tužka.

Otevřené kódování představuje operace, pomocí kterých jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Získané údaje – rozhovory jsou rozčleněny na jednotky. Hranice některých významových jednotek se mohou překrývat. Následně ke každé vzniklé jednotce je přidělen kód, který jej odlišuje od ostatních (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Odpovědi respondentek byly očíslovány tak, že jednotlivým řádkům bylo přiděleno číslo a respondentky byly také označeny (sestry 1S - 10S). Kódy pro zapisování vznikaly takto – pokud odpověděla respondentka označená jako 1S a její odpověď se nacházela na řádku 2, kód pro zapsání byl 1S/2.



Opakovaným čtením a vytvořením kódů vznikaly hlavní kategorie a jejich podkategorie. Ty byly dále zpracovány a pomocí schémat znázorněny vzájemné souvislosti mezi nimi. Schémata byla vytvořena v programu Microsoft Office Word 2007 (SmartArt).

K doplnění informací o psychické nezdolnosti práce v domově pro seniory byl využit dotazník standardizován S. O. C. A. Antonovského (Příloha 11). Celkem bylo rozdáno 45 dotazníků, také sestrám, s kterými byl veden rozhovor. Bylo jim vysvětleno, jakým způsobem mají dotazník vyplnit. Z celkového počtu odevzdalo správně vyplněný dotazník 42 respondentek, 3 dotazníky musely být pro neúplnost vyřazeny. Ke zpracování bylo použito 42 dotazníků. Dotazník Sence of Coherence – S.O.C. (smysl pro soudržnost), který se týká vztahu mezi stresem, zdravím a pohodou, byl navrhnut v roce 1979. Má tři složky: srozumitelnost, ovladatelnost a smysluplnost. Dotazník je rozdělen do tří skupin: smysluplnost pro 8 položek, srozumitelnost pro 11 položek a ovladatelnost dění pro 10 položek. Odpovědi lze vybrat ze sedmi bodové škály. Krajní meze respondent vyjadřuje zaškrtnutím hodnoty 1 nebo 7. Maximální počet bodů, které lze získat je 203, minimální pak 29. Sestry, které získají vysoké hodnoty S.O.C, mají velmi vysokou psychickou odolnost. Šetření probíhalo od 1. 10. 2013 do 10. 11. 2013.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo deset sester pracujících v domovech pro seniory Kraje Vysočina. Šest sester pracovalo na oddělení s jednolůžkovými a dvoulůžkovými pokoji, čtyři sestry pracovaly na oddělení s třílůžkovými a čtyřlůžkovými pokoji. Tři sestry byly ve vedoucích funkcích. Jedna sestra pracovala na ranní směnu a dalších šest sester pracovalo ve směnném provozu. Rozhovory byly vedeny se sestrami různého věku, vzdělání a délkou praxe. Získaná identifikační data (kód respondenta, délka praxe v domově pro seniory, vzdělání) respondentů byla zaznamenána do tabulky (Tabulka 1).

**Tabulka 1** Identifikační údaje sester

<b>RESPONDENT</b>	<b>DÉLKA PRAXE V DOMOVĚ PRO SENIORY</b>	<b>VZDĚLÁNÍ</b>
<b>Sestra 1S</b>	<b>12</b>	<b>SZŠ</b>
<b>Sestra 2S</b>	<b>20</b>	<b>Bc.</b>
<b>Sestra 3S</b>	<b>6</b>	<b>SZŠ</b>
<b>Sestra 4S</b>	<b>10</b>	<b>SZŠ</b>
<b>Sestra 5S</b>	<b>3</b>	<b>VOŠ</b>
<b>Sestra 6S</b>	<b>6</b>	<b>SZŠ</b>
<b>Sestra 7S</b>	<b>9</b>	<b>PSS</b>
<b>Sestra 8S</b>	<b>16</b>	<b>Bc.</b>
<b>Sestra 9S</b>	<b>9</b>	<b>Bc.</b>
<b>Sestra 10S</b>	<b>1,5</b>	<b>SZŠ</b>

## 4. Výsledky

### 4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – otevřené kódování

Metodou otevřeného kódování rozhovorů vznikly následující kategorie (seznam kódů k jednotlivým kategoriím a podkategoriím viz Příloha 14).

Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory

Pomoc v začátcích

Největší problémy v práci sestry

Sestra v domově a její schopnosti

Zátěž sester

Potřeby sester

Spolupráce

#### 4.1.1 Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory

Schéma 1 Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory

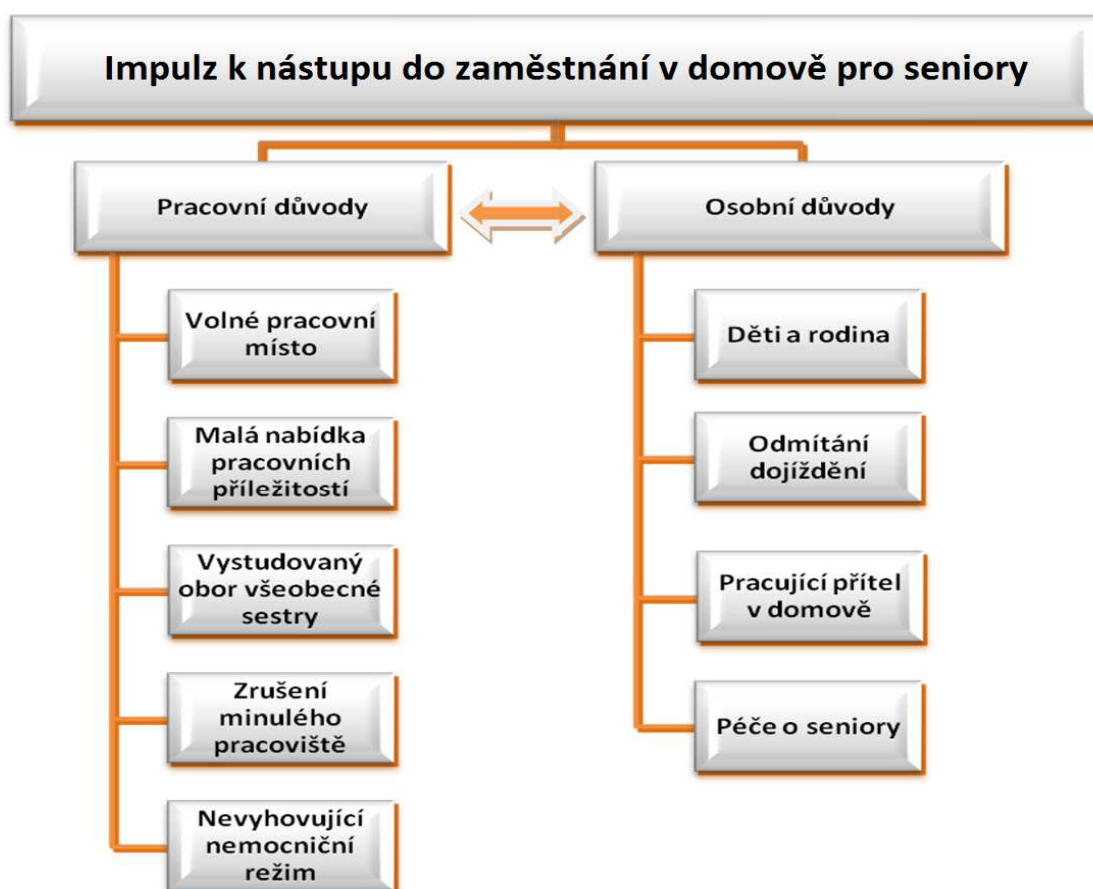


Schéma 1 Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory zaznamenává odpovědi respondentů, na otázku, co vedlo sestry k tomu, aby začaly pracovat v domově pro seniory. Další kategorií, která vznikla na základě rozhovorů s respondentkami, je kategorie *Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory*. Tato kategorie byla následně rozdělena na dvě podkategorie: *Pracovní důvody* a *Osobní důvody*. Pracovní důvody v rozhovorech uvedlo 8 respondentek z 10 dotazovaných. Osobní důvody uvedlo 7 respondentek. Z toho 3 respondentky uvedly pouze pracovní důvody a 2 respondentky uvedly pouze osobní důvody. Podkategorie *Pracovní důvody* byla dále specifikována na: *Volné pracovní místo*, *Malá nabídka pracovních příležitostí*, *Vystudovaný obor všeobecné sestry*, *Zrušení minulého pracoviště* a *Nevyhovující nemocniční režim*. Podkategorie *Osobní důvody* byla dále specifikována na: *Děti a rodina*, *Odmítání dojíždění*, *Pracující přítel v domově*, *Péče o seniory*. Tři respondentky udaly jeden důvod k práci v domově, čtyři respondentky dva důvody, jedna respondentka tři důvody a dvě udaly čtyři důvody k práci v domově. Sedm respondentek uvedlo více důvodů k práci v domově. Jako nejčastější důvod k práci v domově bylo odmítání dojíždění - a to u 5 respondentek, druhým nejčastějším důvodem bylo volné pracovní místo - to uvedlo 5 respondentek a 4 respondentky uvedly jako důvod práce v domově děti s rodinou.

**Respondentka (1S)** uvedla, že do domova pro seniory nastoupila po mateřské dovolené. Nikde před tím nepracovala. Říká: *„Toto je moje první zaměstnání a i oddělení.“* V domově pro seniory začala pracovat z důvodu malé pracovní nabídky v místě jejího bydliště. Dále sděluje: *„Protože jsem měla malé děti, nechtěla jsem dojíždět do 20 km vzdálené nemocnice. Autem nerada jezdím a autobusové spojení mi nevyhovovalo, protože bych se těžko dostávala domů včas - kvůli dětem.“* V době, kdy sháněla zaměstnání, měla možnost pracovat v plicní léčebně a v domově pro seniory. U ambulantních lékařů nebylo volné místo. Protože doma měla dvě malé děti, odmítala pracovat v plicní léčebně. Přibližuje: *„V domově zrovna hledali sestru na směnný provoz, tak jsem to zkusila a vzali mě.“*

**Respondentka (2S)** k této oblasti sděluje: *„Po střední škole jsem pracovala v psychiatrické léčebně.“* V domově pro seniory začala pracovat, protože její původní

pracoviště v léčebně přesunuli do jiného města. Říká: „*Musela bych pak dojíždět 25 km do zaměstnání, což se mi nechtělo, pokud by to nebylo nezbytně nutné. V léčebně jsem pracovala na gerontologickém pracovišti. Takže toto není moje první pracoviště se seniory. A vzhledem k tomu, že jsem se seniory již pracovala, nepřišlo mi divné požádat o zaměstnání v domově pro seniory.*“ V domově zpočátku byla zaměstnána jako pracovník sociální péče, protože střední zdravotnickou školu teprve studovala. Po mateřské dovolené zde již pracovala na pozici sestry. V domově pro seniory pracuje již 20 let.

**Respondentka (3S)** říká: „*Dříve jsem pracovala v psychiatrické léčebně. Po jejím zrušení jsem začala podnikat. V léčebně jsem pracovala na přijímacím oddělení 15 let.*“ Na dotaz, co ji vedlo k práci v domově pro seniory, říká: „*Do domova jsem šla pracovat, protože jsem dostala výpověď z prostor, ve kterých jsem podnikala. Takže jsem se vrátila ke své původní profesi.*“ Dále dodává, že zkoušela 2 různá pracoviště a v domově jí nabídli volné pracovní místo. Proto začala pracovat v domově pro seniory.

**Respondentka (4S)** v domově pro seniory pracuje 10 let. Je to její první zaměstnání i oddělení. K otázce, co ji vedlo k práci v domově pro seniory, uvádí: „*K zaměstnání v domově mě vedl vystudovaný obor – všeobecná sestra. Dále i to, že ve stejném domově pracoval i můj někdejší přítel.*“ Dle jejího názoru: „*Vliv mělo i to, že je domov v místě mého bydliště, takže jsem nemusela nikam dojíždět. Když jsem ještě studovala, nijak se mi do zdravotnictví nechtělo. Po maturitě jsem ještě byla 3 měsíce na VOŠ, ale tu jsem nedokončila a šla do zaměstnání. Měla jsem pocit, že se zde nic nového nenaučím. Dnes si již neumím představit pracovat jinde než ve zdravotnictví nebo sociálních službách.*“ Na závěr dodává: „*Budu ráda, když toto bude mé jediné zaměstnání, ráda bych zde pracovala i v budoucnu, po mateřské.*“

**Respondentka (5S)** v domově pracuje již téměř 3 roky. Sděluje: „*Toto je moje první zaměstnání ve vystudovaném oboru, jinak jsem již ale pracovala i mimo svůj obor.*“ Popisuje, že nutnost pracovat v místě bydliště ji vedla k tomu, aby se zajímala o pracovní místo v domově pro seniory. Nemá řidičský průkaz a těžko by se dostávala

domů z jiného města. Uvádí: „*Nejsem řidič, proto by byla práce mimo bydliště těžce skloubitelná s péčí o děti a s jejich výchovou.*“

**Respondentka (6S)** zmiňuje následující: „*Toto je moje třetí zaměstnání. Před tím jsem pracovala v nemocnici na interním oddělení a na rehabilitaci.*“ Dodává: „*Myslím si, že to, že jsem pracovala na interně a rehabilitaci, se mi hodilo k práci v domově pro seniory. Přeci jenom i na interně jsou častými pacienty lidé ve vyšším věku a nějaké zkušenosti týkající se péče o seniory jsem zde nasbírala.*“ K důvodům nástupu do domova sděluje, že jí nevyhovoval nemocniční režim. Dále konkrétně popisuje: „*Zde máme také režim, ale lidé se mohou více rozhodnout. V nemocnici, ač by to tak nemělo být, lékař stále nemá na pacienta tolik času, vysvětlení se podává často před ostatními pacienty na pokoji. Víím, že se všichni snaží, ale ne vždy to jde tak, jak by to mělo být.*“

**Respondentka (7S)** nejprve popisuje předchozí zkušenost: „*Hned po škole jsem ve zdravotnictví nepracovala. Chvilí jsem pracovala u soukromníka, pak jsem byla na mateřské. Po mateřské jsem v podstatě šla pracovat do domova. Sice to není moje první zaměstnání, ale oddělení je to první.*“ Na dotaz odpovídá následující: „*Asi to bude znít jako fráze, ale k práci v domově mě přivedla snaha pomáhat starším lidem.*“ Blíže sděluje: „*Sice to málokdo chápe, ale je to tak. Někteří mí přátelé to nechápou. Pracovat se seniory téměř nikdo nechce.*“

**Respondentka (8S)** k důvodům pracovat v domově uvádí: „*V domově jsem začala pracovat, protože zde byl nedostatek jiných pracovních příležitostí. Měla jsem malé děti, byla jsem rozvedená a nemohla jsem si dovolit dojíždět. Nemocnice v místě bydliště se rušila. Díky tomu zde byl nedostatek pracovních příležitostí.*“ Dodává: „*Pohledem zpátky, jsem ráda, že zde mohu pracovat.*“ Zmiňuje se i o předchozí zkušenosti: „*Po škole jsem pracovala dva roky v dětských jeslích, pak v léčebně pro dlouhodobě nemocné - LDN. V budově, kde dříve bývala LDN, je nyní domov pro seniory.*“ V domově pracuje 16 let.

**Respondentka (9S)** popisuje, že pochází z jiného města. Dále sděluje: „*Zpočátku jsem pracovala tam. Pracovala jsem na chirurgii v Jesenické nemocnici s.r.o., na Hemato-onkologii FN Olomouc, a v Psychiatrické léčebně v Jihlavě.*“ K tomuto

tématu dodává: „Myslím, že to byla dobrá příprava pro práci v domově.“ K důvodům práce v domově říká: „Vdala jsem se a potřebovala najít práci na jednu směnu kvůli malému dítěti a pracovně vyčíslenému manželovi. Hledala jsem v místě svého bydliště a zde se mi naskytla příležitost pracovat jen na jednu směnu.“

**Respondentka (10S)** na otázku, jaké důvody ji vedly k práci v domově, odpovídá: „V domově jsem začala pracovat proto, že mi končila mateřská dovolená a toto místo se mi naskytlo právě v této době. Řekla mi o něm má známá.“ Hovoří i o předchozí zkušenosti: „V domově pro seniory pracuji jeden a půl roku. Po škole jsem pracovala jako sestra v CTM Hospital – LDN.“

#### 4.1.2 Pomoc v začátcích

##### Schéma 2 Pomoc v začátcích

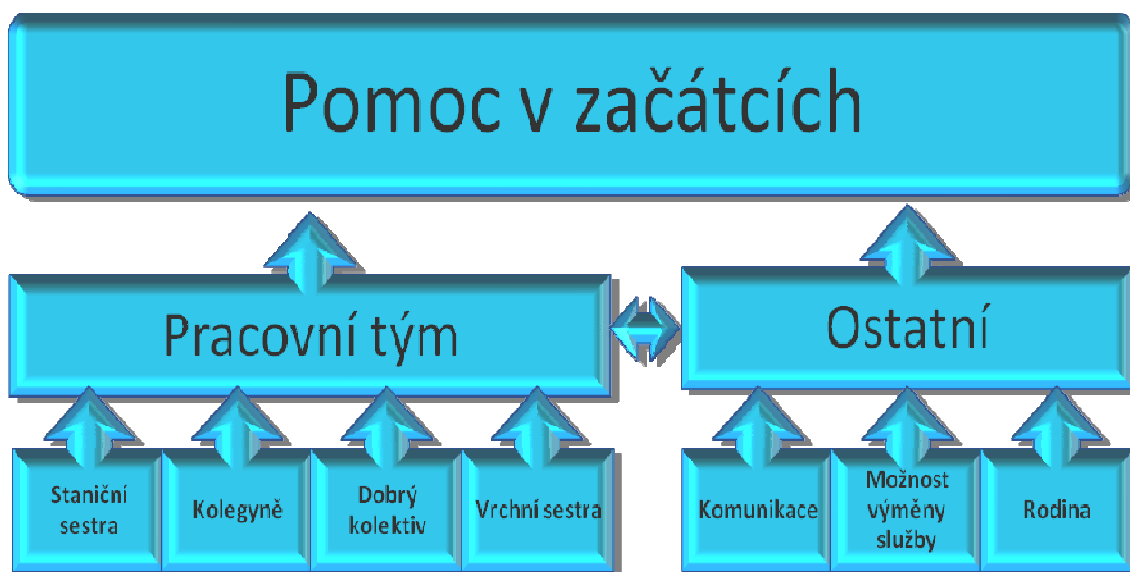


Schéma 2 zobrazuje kategorii *Pomoc v začátcích*, která vznikla na základě odpovědí respondentů. Následně byly stanoveny dvě podkategorie: *Pracovní tým* a *Ostatní*. Do podkategorie *Pracovní tým* se zařadilo 9 respondentek z 10 respondentek. Do podkategorie *Ostatní* se zařadilo 7 respondentek z 10. Z celkového počtu respondentek se zařadilo do obou kategorií 6 respondentek, což znamená, že tyto respondenty uvedly více možností. Podkategorie *Pracovní tým* byla dále specifikována

na okruhy, které se nejvíce zmiňovaly v rozhovoru: *Kolegyně, Staniční sestra, Vrchní sestra, Dobrý kolektiv*. Podkategorie *Ostatní* byla zařazena: *Komunikace, Možnost výměny služby, Rodina*.

**Respondentka (1S)** uvedla, že v začátcích jí nejvíce pomohl dobrý kolektiv. Popisuje: *„Nejvíce mi pomohlo to, že v té době zde byl celkem dobrý kolektiv. Naše paní staniční byla vstřícná. Když jsem potřebovala, dalo se s ní domluvit na vhodném volnu. S paní vrchní jsem se také bez problémů domluvila. S ostatními kolegyněmi jsme si bez problémů vyměnily službu - mně, ale i ostatním to vyhovovalo. Když jsem potřebovala poradit, vždy jsem se setkala s ochotou a pomocí.“*

**Respondentka (2S)** k této oblasti sděluje, že v začátcích jí pomohla staniční a vrchní sestra. Také se zmiňuje o svých kolegyních, které jí po nástupu do domova pomohly. Vyhovovalo jí i to, že si mohla podle svých potřeb kdykoliv vyměnit službu. Říká: *„Také některé kolegyně, které mě „zaučovaly“, vždy, když jsem něco nevěděla, dostala jsem vstřícnou odpověď. Mohla jsem si vyměnit službu kdykoliv jsem potřebovala.“*

**Respondentka (3S)** říká, že v začátcích jí hodně pomohla staniční sestra. Pomohla jí svým přístupem a také jí pomohlo to, že se znaly již z dřívějšího pracoviště. Nebyla to pro ni tak velká změna. Dále dodává: *„Byla pohodová. Znala jsem se s ní již z psychiatrické léčebny. Obě jsme věděly, co od sebe můžeme očekávat. Staniční věděla, že se nové věci naučím bez problémů a také jsme spolu dobře vycházely.“*

**Respondentka (4S)** na své začátky vzpomínala: *„V mých začátcích mi nejvíce pomohla má kolegyně, která to na našem oddělení neměla lehké, ale vzala si mě „pod křídla“. Díky tomu hned šlo vše snadněji. Chtěla jsem i ze zaměstnání odejít, ale tato kolegyně mi dodala sílu vytrvat a společně jsme to zvládly. Nyní u nás dělá staniční sestru a pomáhá mi i nadále. Musím také zmínit, kdo mi nepomohl. Byla to moje rodina, které se nelíbilo, že jsem odešla z VOŠ. Doma to bylo velmi náročné. Ale po roce se s tím mými nejbližšími smířili a nyní je to v pořádku.“*

**Respondentka (5S)** popisuje, že jí v začátcích práce v domově pro seniory hodně pomohla především její rodina, především manžel. Popisuje: *„V začátcích mi nejvíce*



*pomohl manžel svojí podporou.“ Po zamyšlení dodává: „Nebýt jeho, tak bych odešla hned po prvním týdnu v zaměstnání. Jinak moje rodina mě také velmi podporovala.“*

**Respondentka (6S)** na dotaz, kdo jí pomohl v jejích začátcích, odpovídá: *„Nejvíce mi pomohla vstřícnost mých kolegyní.“* Blíže k této oblasti vysvětluje: *„Z nemocnice byl člověk zvyklý na něco jiného. A i když je práce v některých oblastech podobná, přeci jenom na každém oddělení se to dělá jinak a zde je i jiný režim. Pokud klient něco nechce, snažíme se mu to vysvětlit, ale u orientovaného člověka je to vždy na něm, jak se nakonec rozhodne. Zde jsou lidé jako doma, a to my musíme respektovat. Kolegyně mi vždy ochotně poradily, řekly - co a jak mám dělat. Nezlobily se, pokud jsem sem zpočátku vnášela prvky z nemocnice. Říkaly, že to chápou, ale že i já musím pochopit některé věci, které z počátku odmítaly i ony připustit.“*

**Respondentka (7S)** říká o svých začátcích v domově pro seniory, že nebyl jednoduchý a nejvíce jí po nástupu do práce pomohla její staniční sestra. Vzpomíná: *„Začátek nebyl nejlehčí, ale moc mi pomohla staniční sestra. Ráda na to vzpomínám. Vždy jsem se na ní mohla obrátit. Ochotně mi pomáhala, pokud jsem něco nevěděla.“*

**Respondentka (8S)** na otázku odpověděla, že jí pomohla její staniční sestra a kolegyně. Blíže popisuje: *„Začátek není nikde lehký, ale díky dobrému přístupu mé bývalé staniční sestry jsem se rychle zapracovala. Ráda na ni vzpomínám. Pokud jsem cokoliv potřebovala, vždy mi ochotně poradila a pomohla. Musím se zmínit i o kolegyních, které mi také pomohly v mých začátcích. Ráda na ně vzpomínám, protože některé jsou již v důchodu.“*

**Respondentka (9S)** popisuje nejprve svůj první nástup do zaměstnání po škole: *„Při nástupu do zdravotnictví mi nejvíce pomohla jedna ze starších sester – naučila mě vše, co mě nestihla naučit škola a byla mi oporou, když jsem o sobě pochybovala.“* Dále podrobněji vypráví: *„Byla ohromná profesionálka, ale současně si nenechala nic líbit ani od pacientů, ani od lékařů, skvěle si dokázala udržovat hranice. Obdivovala jsem její chování i odborné znalosti a dovednosti, nikdy nic neodbyla, vše se jí podařilo a ještě u práce působila mateřsky.“* K začátkům v domově uvádí: *„Zde v domově jsem byla ze začátku tak trochu hozená do vody, protože jsem nepracovala přímo na oddělení, ale na rehabilitaci, odkud jsem odešla na mateřskou. Měla jsem nějakou*

*představu o tom, co mám dělat, tu jsem spojila s tím, co očekávali kolegové a nějak to dopadlo. Myslím, že dobře.“*

**Respondentka (10S)** na otázku, kdo jí pomohl, sdělila, že to byla její staniční sestra a také její kolegyně. Uvádí: *„V začátcích mi nejvíce pomohla moje staniční sestra, můžu se na ní se vším obrátit a vždy mi ochotně poradí. Dále moje kolegyně, která je se mnou na směně a některé další kolegyně. Jsem ráda, že se na ně mohu kdykoliv obrátit o radu.“*

#### 4.1.3 Největší problémy v práci sestry

**Schéma 3 Největší problémy v práci sestry**

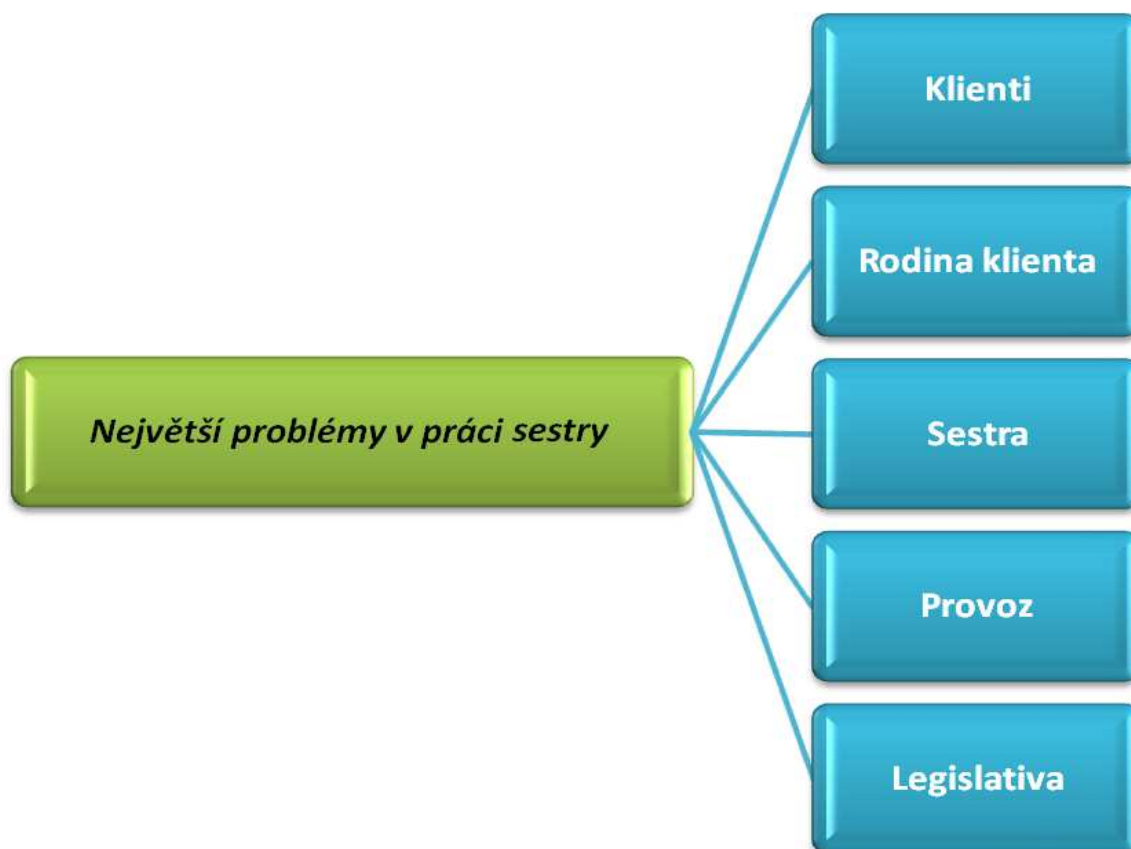


Schéma 3 Největší problémy v práci sestry zaznamenává odpovědi respondentů, které se týkaly problémů při práci sestry v domově pro seniory. Kategorie *Největší*

*problémy v práci sestry* popisuje překážky, s kterými se musí sestra vyrovnávat při péči o seniora. Výsledky rozhovorů byly analyzovány a na základě tohoto procesu byla kategorie: *Největší problémy v práci sestry* rozdělena do pěti na sobě závislých podkategorií: *Klienti, Rodina klienta, Sestra, Provoz, Legislativa*. Tyto podkategorie byly dále rozděleny dle odpovědí respondentů.

Podkategorie *Klienti* byla rozdělena na: *Adaptaci, Stav po hospitalizaci, Povahové rysy, Pocity a nálady, Představy o péči, Vinění personálu z pobytu v domově, Nesmíření se s pobytem v domově, Nespolupráce klienta*. Jako nejčastější problém z této podkategorie byla uváděna *Nespolupráce klienta*, kterou zmínily 4 respondentky, *Pocity a nálady* pak 4 respondentky a *Adaptaci* 3 respondentky.

Podkategorie *Rodina klienta* byla rozdělena na: *Informace podávané klientovi, Napadání a obviňování personálu rodinou, Nespolupráce rodiny, Malý zájem o klienta, Nepřiměřené požadavky*. U *Nespolupráce rodiny* byl zmiňován: *Nezájem o zdravotní stav, Nerespektování dietního omezení, Při adaptaci klienta, Odvoz klienta bez oznámení personálu*. Respondentky nejčastěji uváděly: *Napadání a obviňování personálu rodinou* - a to 5 respondentek, stejný počet zmínil *Nepřiměřené požadavky* rodiny.

Další podkategorie *Sestra* byla dle výsledků rozhovorů, rozdělena na: *Interpersonální vztahy, Nedostatečně vzdělaný personál (pracovníci v sociální péči), Neplnění povinností kolegyň, Přístup kolegyň, Skloubení ošetrovatelské a sociální péče, Skloubení práce s rodinou, Malé kompetence sestry a Zodpovědnost*, kterou celkem zmiňovalo 7 dotazovaných. *Zodpovědnost* byla dávána do souvislostí: *V souvislosti s nepřítomností lékaře, Za velký počet klientů, Za ošetrovatelskou péči všech pracovníků*.

V podkategorii *Provoz* se respondenti zmiňují o *Nedostatku času na péči, Nedostatku personálu, Fluktuaci personálu, Nočních službách a Málo prostoru na oddělení*. Nejvíce zmiňované jsou *Nedostatek času na péči a Nedostatek personálu*, které uvádějí vždy 4 respondenti.

V další podkategorii *Legislativa* je nejčastěji uváděna *Administrativa a Změny v legislativě*. *Administrativu* uvádělo 5 z 10 dotazovaných.

**Respondentka (1S)** uvedla, že lidé mají různé povahy a sestra si na ně postupně zvykne. Sděluje: „*Člověk si zvykne na různé povahy a přístupy.*“ Dále hovoří o tom, jak si nový klient zvyká na pobyt v domově: „*Když nový klient nastoupí, je to většinou vždy těžké, než si zde zvykne. Problém bývá především tehdy, když má klient pocit, že je zde z donucení, že nemá jinou možnost. Pokud si zde klient nezvykne a nesmíří se s myšlenkou pobytu v domově, jsou často problémy nejen s ním, ale i s rodinou.*“ O rodině klienta sděluje, že svému rodiči podávají zkreslené informace: „*Stává se, že rodina klientovi řekne, že k nám jde jenom na vyléčení a pak půjde domů, ale to se nestane. Řeknou mu, že u nás nebude muset nic dělat, že mu všechno sestry udělají. Klient je pak rozčarovaný i rozzlobený z toho, že ho nechceme celého obléknout, když si například svetr zvládne obléknout sám.*“ Dále popisuje, jak rodina nespolupracuje při péči – říká: „*že nosí klientům s diabetem sladké potraviny, klient je oblečen dětmi nepřiměřeně venkovnímu počasí a kolabuje. Rodina klienta odveze do města a sestram to neoznámí. To vše sestram zvyšuje nároky na ošetrovatelskou péči*“. Dodává: „*Stačilo by chodit za svým rodičem častěji a více se o něj zajímat. Občas je těžké vyjít s rodinnými příslušníky, kteří se z jakéhokoliv důvodu nechtějí o svého blízkého postarat. Vyžadují vysoce nadstandardní péči. Chtěli by, aby s klientem byl celý den někdo z personálu. To ale nejde, je nás málo. Když máme 41 lidí (z toho cca 80 % lidí potřebuje pomoc) a jsme tady v sobotu, v neděli a většinou i od 14,30 hodin samy dvě.*“ O klientech uvádí: „*Někdy klienti dávají personálu za vinu to, že tady musí být. Nejde jim vysvětlit, že jsou zde dobrovolně, že odtud mohou kdykoliv odejít. Takový člověk je často nekritický, není s ničím spokojený.*“ Jako překážku dále vnímá to, že některé kolegyně neplní své povinnosti. Říká: „*Některé kolegyně z řad PSP neplní své povinnosti a bagatelizují či zpochybňují některé důležité rozhodnutí sestry.*“ Mezi další překážky řadí to: „*Že zde není celodenně lékař. Stává se, že klient řekne až večer či o víkendu, že mu není celý den dobře a dožaduje se lékařského vyšetření, přestože objektivně na něm nebylo nic shledáno.*“ Sestra se musí umět rozhodnout, zda situaci vyřeší sama či prostřednictvím lékařské pomoci.

**Respondentka (2S)** k této oblasti říká, že jí vadí neoprávněné napadání kolegyň, které mají podle respondentky nedostatečné vzdělání: *„Mají jen měsíční kurz pracovníků v sociální péči.“* Blíže popisuje: *„Takoví lidé vám potom říkají, jak se má dělat ošetrovatelská péče. Tito nezdravotníci pak pod zástěrkou práv klienta vyprávějí, jak klient některou péči nechtěl.“* Dále jako překážku spokojenosti v práci vidí pomlouvání ze strany kolegyň. Jako méně závažnou překážku vidí ve své práci adaptaci klienta, obzvláště při nespolupráci rodiny. O rodině klienta dále říká, že někteří se snaží spolupracovat a toho si moc váží. Ale: *„Bohužel se najdou tací, kteří naši práci „shazují“, bagatelizují ji. Například nosí lidem s diabetem sladké potraviny.“* Blíže objasňuje, že rodině klienta vysvětlují toto onemocnění a nutnost dodržování diabetické diety, ale rodina prý často řekne, že je to jedno. Pokud pak nastanou problémy se zdravotním stavem, zlobí se rodina na sestru. Za nespolupráci rodiny dále považuje: nabádání svých rodičů, aby si kdykoliv zazvonili na sestru; říkají svým rodičům, že jim vše uděláme, že oni nemusí vůbec nic. Tímto jednáním však nepodporují aktivitu svého seniora. Dále hovoří o zodpovědnosti sestry v domově: *„Sestra v domově má mnohem větší zodpovědnost, protože zde není stálá přítomnost lékaře. Nemůžete kvůli všemu volat lékaře. I když je ochotná vám po telefonu poradit, nemůže pokaždé přijet a zhodnotit zdravotní stav klienta. Je to pak na vás, zda zavoláte RZP či nikoliv – a tím na sebe berete velkou zodpovědnost.“*

**Respondentka (3S)** k otázce problémů v zaměstnání zmiňuje potíže, kdy se rodina nedokáže smířit se zhoršujícím stavem klienta. Popisuje: *„Rodina se nedokáže smířit se zhoršujícím se zdravotním stavem, který vychází z podstaty věku, a dožaduje se větší mobilizace klienta. Klient to nezvládá a rodina pak obviňuje sestry z nedostatečné péče.“* Hovoří také o nerespektování dietního režimu: *„Rodina často nerespektuje dietní opatření, nosí klientovi nevhodné potraviny, a způsobuje tak zhoršení zdravotního stavu, ze kterého jsou obviňovány sestry.“* Do této oblasti řadí také nezáměr rodinných příslušníků o klienta. Ze strany svých spolupracovníků vidí problém v tom, když některé kolegyně neplní své povinnosti, například: *špatně předávají službu, neplní denní úkoly.* Především jí ale vadí *lhostejnost* některých „nezdravotníků“.

**Respondentka (4S)** má největší problémy s přístupem některých svých kolegyň. Říká, že důležité věci jim utíkají, nebo je podceňují. Jindy prý „dělají z komára velblouda“. Popisuje nespolupráci některých klientů: *„Další problém vidím v nespolupracujících klientech, nechťejí dodržovat léčebný režim, nadměrně kouří, pijí alkohol tehdy, když by zrovna neměli. Nebo to, když klienti nedodržují dietní opatření (myslím tím dlouhodobá - dieta při diabetu nebo krátkodobější při akutním zdravotním problému - zvracení, průjem a podobně).“* Problémy jsou i s nepřiměřenými požadavky rodinných příslušníků klientů: *„Příbuzní si občas myslí, že klientovi bude k dispozici jedna sestra po celý den.“* Jako nejhorší problém vidí nerespektování dietního omezení klientů ze strany rodiny. Když je klient diabetik a rodina mu nosí sladkosti. Říkají, že to je jedno, že už je mu hodně let, tak proč by si nedopřál. Pokud nastane nějaký zdravotní problém, zlobí se na sestru. Dále k rodině říká: *„Mnohdy odmítají s personálem spolupracovat. Ale nejvíc mě na některých rodinách mrzí to, že klienty málo navštěvují.“* Jako další problém uvádí nedostatek času a málo personálu. Blíže specifikuje: *„Dostatek času sestra u nás, myslím, nemá. Záleží vždy i na tom, kolik je ve službě personálu. O víkendech určitě moc času není, v týdnu to bývá lepší. Ptáte se na čas na ošetrovatelskou péči. Toho by asi bylo dost, ale ono se to prolíná i s péčí sociální, která je mnohdy časově náročnější.“*

**Respondentka (5S)** v této oblasti hovoří o spolupráci rodinných příslušníků: *„Spolupráce rodin klientů je někdy náročná. Některé rodiny mají snahu upřednostňovat svého rodinného příslušníka nad všemi ostatními a to bohužel ani nejde.“* Dále sděluje, že je naštěstí valná většina rodin rozumných a vděčných za laskavou a ohleduplnou péči o jejich nejbližší, na sklonku jejich života. Jako další problém označuje fluktuaci personálu. Říká: *„Za největší problém v zaměstnání „osobně“ označuji neustálý příliv a odliv zaměstnanců.“* Dodává k tomu, že má potíže zvyknout si na nové spolupracovníky. Sděluje: *„Nerada si zvykám na nové kolegy nebo kolegyně.“* Za další překážku v práci sestry v domově uvádí to, že zde není pouze ošetrovatelská práce. Blíže specifikuje: *„Největším problémem v domovech pro seniory je to, že zde není pouze ošetrovatelská práce, ale je zde skloubenost se sociální sférou a ze sestry je náhle“*

*úřednická osoba, spíše sedící za stolem, vyplňující hromady papírů, než ošetrovatelský personál.“*

**Respondentka (6S)** k této problematice uvádí, že je pro ni náročná práce s dementními klienty a agresivními klienty. Také se zmiňuje o nespolupracujících klientech. Říká: *„Je pro mne nepochopitelné, když klient nechce dodržovat léčebný režim. Sice to respektuji, ale nelíbí se mi to. Na jedné straně na to má právo, ale pokud se něco stane – myslím tím zhoršení zdravotního stavu, je pak často nepříjemný na sestru.“* Jako překážku vnímá obviňování sestry ze špatné péče při zhoršení zdravotního stavu, které je spíše důsledkem nespolupráce ze strany klienta či rodinných příslušníků. Také poukazuje na malý zájem rodinných příslušníků o své rodiče. K lékařské péči a odpovědnosti dodává: *„V domově nemáme stálou přítomnost lékaře a sestra musí umět řádně posoudit zdravotní stav klienta a rozhodnou se, zda celou záležitost zvládne sama, či nikoliv. Nemůžeme ke každému zhoršení zdravotního stavu volat rychlou. Je to pak odpovědnost sestry, co a jak udělá.“* Zmiňuje se o nedostatku sester a o počtu klientů v souvislosti s odpovědností: *„Nejvíc náročný je pocit zodpovědnosti, když sloužím - jedna sestra na 84 klientů. Když mají zhoršený zdravotní stav, je téměř nemožné to vše stíhat a občas musím zůstat přesčas.“* Za svůj problém označuje noční služby. Vysvětluje, že se potřebuje řádně vyspat, ale spánek ve dne jí nepřináší dostatečný odpočinek.

**Respondentka (7S)** v této oblasti hovoří o přehnaných požadavcích rodinných příslušníků v souvislosti s péčí o klienta. Říká: *„Rodina někdy vyžaduje takovou péči, která by se dala zvládnout jen tehdy, kdyby si klient platil svou osobní asistentku. Často také nechápou, že jejich rodič je starší, což s sebou nese různá omezení, chronická onemocnění a postupné celkové zhoršování zdravotního stavu.“* Popisuje také velkou zodpovědnost sestry za klienty. Myslí si, že má sestra malé kompetence a uvádí: *„Nemáme zde celodenně lékaře, takže musíme řadu věcí vyřešit samy. Máme poměrně velkou zodpovědnost za naše klienty. Problém je, že sestra nemá kompetence k tomu, aby sama ordinovala alespoň některé léky (např. antipyretika, analgetika). Máme to sice vyřešené, ale myslím, že by sestra k tomuto měla mít kompetence, obzvláště nyní, když sestry studují vysoké školy.“* Problém vidí také v administrativě, protože díky

ní má méně času na péči o klienty. Přesto uznává, že řádně vedená dokumentace jim již pomohla při stížnosti ze strany rodiny. Popisuje: „*Důležité je, aby vše bylo řádně zapsané, ale ujídá to z mého času, který bych mohla věnovat lidem. Chápu, že vést dokumentaci je důležité - pro potřeby pojišťovny, jako důkaz o provedené práci. Ale přeci největší důkazem mé dobře odvedené práce by měl být spokojený klient! Bohužel -je taková doba.*“

**Respondentka (8S)** na otázku problémů v práci sestry odpovídá, že především u nových klientů dochází ke stížnostem a nespolupráci. Dále se zmiňuje i o klientech, kteří jsou soběstační, ale přesto nechtějí spolupracovat. Říká: „*Ti si myslí, že sestra za ně musí vše udělat.*“ Za největší problém, který ji trápí, považuje interpersonální vztahy. Blíže popisuje: „*Nyní mám největší problémy s řešením interpersonálních vztahů, nedůvěrou a nespolehlivostí některých kolegů.*“ Také se zmiňuje o zvýšené zodpovědnosti sestry v souvislosti s nepřítomností lékaře. Udává: „*Protože zde máme, na rozdíl od nemocnice, lékaře pouze někdy, musím si umět poradit se vším. Musím umět samostatně zhodnotit zdravotní stav klienta. Rychle se rozhodnout, co udělám v případě zhoršení zdravotního stavu. Není to vždy jednoduché a nese to s sebou vysokou zodpovědnost.*“ Poukazuje i na to, že se v dnešní době klade důraz především na sociální stránku a dodává: „*Práci sestry nelze oddělit od sociálních aspektů. Rodinu nezajímá většinou sociální situace, ale spíš zdravotní stav a vše „padá na hlavu“ sestram, pracovníci v sociálních službách za nic neručí. Sestra může vždy za vše.*“

**Respondentka (9S)** odpovídá, že náročné je pro ni zpracování agresivity a negativních emocí klientů. Překážkou v práci je také to, že sestry jsou ohroženy syndromem vyhoření a nejsou na pracovišti dobré interpersonální vztahy. Blíže popisuje: „*Myslím taky, že jsme v práci hodně vyhořelé. Máme problémy se zpracováním emocí z náročné práce a domnívám se, že pracovní kolektiv není soudržný. To vede k rozmrzelosti, napjatým vztahům, zbytečným konfliktům atd.*“ Na dotaz, s čím má největší problémy ve své práci, dále říká: „*V této oblasti probíhají velké změny a ne vždy jsou návrhy z oficiálních míst erudované, pak je problém skloubit požadavky MPSV s reálnými možnostmi. Řada kolegů je ke změnám skeptická nebo jsou konzervativní, a tak je někdy těžké se domluvit, aby vůbec byl nějaký výsledek.*“



K odpovědnosti sester uvádí: „*Sestra musí odvádět kvalitní ošetrovatelskou péči, má zodpovědnost za celé oddělení či budovu.*“ Dále se zmiňuje o skloubení ošetrovatelské péče a sociální péče. Říká: „*Sestra dělá nejenom svou práci sesterskou, ale musí se také orientovat v sociální oblasti. Jsou zde na ni kladeny vysoké požadavky. Plní také funkci klíčového pracovníka.*“ Jako další překážku vidí nedostatek času a administrativní zátěž: „*Myslím si, že není dostatek času věnovat se důkladně ošetrovatelské práci u všech klientů, protože je sester málo a práce s dokumentací je poměrně hodně.*“

**Respondentka (10S)** k této problematice uvádí, že vidí jako problém: „*Když rodina nemá zájem nebo když je klient „před smrtí“ a nemůžu mu nijak pomoci.*“ Dále se zmiňuje o zodpovědnosti v souvislosti s nepřítomností lékaře, říká: „*S ohledem na to, že zde není neustále k dispozici lékař, musí se sestra spolehnout sama na sebe. Klade to na nás vysoké nároky a velkou odpovědnost.*“ K dalším řadí málo prostoru na oddělení. Blíže specifikuje: „*Nejvíce mi asi vadí málo prostoru na odděleních – malé pokoje, úzké chodby, nepřítomnost umyvadel na pokojích na našem oddělení.*“ K problematice dále sděluje, že má potíže se skloubením svého zaměstnání se svou rodinou: „*Větší potíže mám s tím, jak skloubit práci moji a partnerovu s péčí o syna.*“ V této otázce také hovoří o skloubení ošetrovatelské a sociální péče. Říká: „*Sestra musí v domově dělat klíčového pracovníka a provádět individuální plánování s klientem. Je to poměrně náročné na čas. Z vlastní zkušenosti vím, že vedení dvojí dokumentace sestry vyčerpává.*“

#### 4.1.4 Sestra v domově a její schopnosti

Schéma 4 Sestra v domově a její schopnosti



Schéma 4 Sestra v domově a její schopnosti zaznamenává odpovědi respondentů, které se týkají práce sestry v domově pro seniory a jejích schopností. Kategorie *Sestra v domově a její schopnosti* byla na základě rozhovorů s respondenty rozdělena do dalších deseti podkategorií: *Hlavní náplň práce*, *Vlastnosti sestry*, *Psychická odolnost*, *Předpoklady k práci*, *Komunikace*, *Odborné znalosti*, *Odborné dovednosti*, *Spolupráce*, *Administrativní dovednosti* a *Znalost sociální práce*. Jednotlivé podkategorie byly dále rozděleny podle nejčastějších odpovědí respondentů. Do podkategorie *Hlavní náplň práce* byla zařazena na základě odpovědí: *Ošetrovatelská péče*, *Vedení dokumentace*, *Odborné činnosti* a *Sociální práce*. Podkategorie *Vlastnosti sestry* byla rozdělena na oblast: *Empatii*, *Trpělivost*, *Vstřícnost*.

Třetí podkategorie *Předpoklady* byla rozdělena na oblast: *Osobní předpoklady, Chut' k práci, Pozitivní osobnost, Tělesná zdatnost, Převzetí odpovědnosti*. V podkategorii *Komunikace* bylo nejvíce zmiňováno: *Schopnost komunikace, Předávání informací, Dovednost předcházet konfliktům a Zvládat konfliktní situace, Jednání s rodinou, s klienty a s lékařem*. Do podkategorie *Odborné znalosti* bylo zařazeno: *Ošetřovatelství, Znalosti zvláštností chorob ve stáří, Obhajoba ošetřovatelské práce (před pojišťovnou)*. Podkategorie *Odborné dovednosti* byla rozdělena na základě odpovědí: *Odborné zákroky, Celkové ošetřovatelské péče o klienta upoutaného na lůžko, Zhodnocení klienta sestrou*. Podkategorie *Spolupráce* byla rozdělena na *Spolupráci s kolegyněmi a Spolupráci s lékařem*. Do podkategorie *Administrativní dovednosti* bylo zařazeno *Vedení ošetřovatelské dokumentace a Vedení sociální dokumentace*. Poslední podkategorie *Znalost sociální práce* byla rozdělena dle nejčastějších odpovědí na následující oblasti: *Sladění sociální péče se zdravotní péčí, Plánování sociální služby a Znalosti ze sociální oblasti*. Podkategorii *Odborné znalosti* uvádělo všech 10 respondentů, 9 respondentů se svými odpověďmi zařadilo do podkategorie *Odborné dovednosti*. K podkategorii *Hlavní náplň práce* se vyjádřilo 8 respondentek. Další nejčastěji uváděné pojmy byly zařazeny do podkategorie *Administrativní dovednosti* a *Znalost sociální práce*, které uvádělo po 7 respondentech.

**Respondentka (1S)** na dotaz, co vše musí umět sestra v péči o seniora v domově, uvádí, že je důležitá schopnost komunikace, vysvětlovat a být trpělivá. Dále říká, že je nezbytné zvládat konfliktní situace, případně jim předcházet. Měla by umět jednat s rodinou i s klientem. Má mít vědomosti týkající se zvláštnosti chorob ve stáří, musí umět provádět odborné zákroky (např. odběry biologického materiálu), péči o PEG, o PMK, o ránu, o stomie, prevenci dekubitů, vyšetření EKG a další, základní fyziologické vyšetření, zhodnocení zdravotního stavu klienta, provádět a vyhodnocovat různé testy, sestra provádí ošetřovatelský proces. Musí být schopna týmové práce s kolegyněmi i s lékařem, obhajoby své práce při revizi zdravotní pojišťovny, při vykazování zdravotní péče. Dále popisuje: „*Také musíme umět individuálně plánovat sociální službu. Absolvovaly jsme kurzy klíčového pracovníka a plníme funkci klíčových pracovníků. Vedeme ošetřovatelskou dokumentaci, kde musíme vše*

*dokumentovat (zdravotní stav, stravování, tekutiny, vyprazdňování, pády, nespokojenost a další), ale také vedeme sociální dokumentaci, kde občas bývají podobné věci jako v ošetrovatelské dokumentaci, takže díky tomu dochází k duplicitě záznamů. Sestra by měla umět "vypnout " a odpočívat. Péči o klienta musíme umět sladit se sociální péčí.“ Na otázku, co je hlavní náplní sestry v domově, udává: „Hlavní náplní sestry je ve velké míře ošetrovatelská péče, podpora soběstačnosti, vedení dokumentace, zavodňování. V neposlední řadě sem patří odborné činnosti, o kterých jsem se již zmiňovala, sledování zdravotního stavu a provádění prevence.“*

**Respondentka (2S)** popisuje: *„V mé práci musíte mít znalosti z ošetrovatelství a ze sociální oblasti. Musíte umět nejenom základní ošetrovatelské úkony – častá je celková péče o klienta, ale i pracovat s dokumentací, s přístroji. Musíte umět komunikovat s klienty s různou úrovní kognitivních funkcí (většinou s porušenými kognitivními funkcemi, poruchami myšlení, vnímání, paměti, poruchami orientace). Musíte umět provádět ošetrovatelský proces.“* Dále říká, že musí umět jednat i s rodinnými příslušníky, obhájit svou práci při kontrole zdravotní pojišťovny. Také udává, že provádí odborné zákroky, jako jsou například: odběry biologického materiálu, péče o PEG, vyšetření EKG, GM, péče o ránu, dekubity a další. Spolupracuje s praktickým lékařem a s lékaři z jiných odborných ambulancí. Zmiňuje se: *„Musíte být trpělivá, vstřícná. Musíte umět zvládat konfliktní situace – především jim předcházet.“* Na otázku dále popisuje, že sestra musí mít znalosti týkající se zvláštností průběhu nemocí ve stáří, musí umět zhodnotit zdravotní stav klienta. K sociální oblasti říká: *„Sestra má u nás také roli klíčového pracovníka. Absolvujeme kurzy klíčového pracovníka a pak také vedeme i sociální dokumentaci. Někdy dochází i k duplicitě záznamů. Sestra by si neměla „nosit práci domů“, což je někdy dost těžké.“* K hlavní náplni práce sestry v domově odpovídá: *„Hlavní náplní je ošetrovatelská péče (to u sester i pracovníků v sociální péči - PSP). Dále příprava léků, aplikace léčebných látek, provádění odběrů biologického materiálu a jiné.“*

**Respondentka (3S)** na otázku, co vše musí umět ke své práci, říká: *„Sestra by měla umět jednat s rodinnými příslušníky, měla by být empatická vůči potřebám klientů. Měla by umět komunikovat s klienty. Měla by mít dostatek odborných znalostí, být pohotová*

*a dokázat se sama rozhodnout, protože zde nemáme lékaře. Tím na sebe sestra bere poměrně velkou zodpovědnost. Měla by umět také požádat své kolegyně o pomoc.“*

**Respondentka (4S)** k této problematice uvádí, že se v této profesi od ní očekávají odborné znalosti z oblasti ošetrovatelství a odborné dovednosti. Blíže popisuje: *„Sestra má mít přehled o stavbě a funkci lidského těla. Z interního lékařství – musím znát příznaky různých onemocnění, umět změřit fyziologické funkce a znát jejich hodnoty.“* Sestry odebírají biologický materiál (krev, moč, stolici, stěry a výtěry), provádí převazy rány. *„Musíme umět podávat léky; cévkovat a podávat klyzma a ostatní odborné činnosti. Sestra u nás samozřejmě vede ošetrovatelskou dokumentaci, kam zapisuje denní záznamy o zdravotním stavu klienta. Sestra musí umět i vykazovat odvedenou práci zdravotní pojišťovně.“* Ke své práci dále zmiňuje: *musí zvládat komplexní péči o klienta upoutaného na lůžko, kam řadí celkovou hygienu, krmení, polohování, péče o pokožku a lůžko; znát dietní systém a způsoby jeho použití. Sledují vyprazdňování. Spolupracuje s lékaři a s ostatními úseky v domově (sociální pracovníci, s kuchyní) a důležitá je pro ni empatie, pracovitost, jednání s lidmi a komunikace, obzvláště s nespolupracujícími a dementními klienty. Dále dodává: *„Pracuji v sociálním zařízení, takže musím mít i znalosti v tomto oboru. Náš domov má své standardy kvality a o nich by měl mít přehled každý pracovník domova.“* Poukazuje na nedostatek času ve spojitosti se sociální péčí.*

**Respondentka (5S)** zmiňuje, že ke znalostem v domově potřebuje teoretické znalosti, které jak udává, se časem stanou v praxi i dovedností a administrativní schopnosti. Má pocit, že se z ní stává úřednice, která vyplňuje hromadu papírů. Dále hovoří o prolínání zdravotní a sociální sféry: *„Není zde pouze ošetrovatelská práce, ale je zde skloubenost se sociální sférou.“* Také musí umět spolupracovat s ostatními kolegyněmi. Důležitá je i psychická odolnost, jinak by zde nemohla pracovat.

**Respondentka (6S)** k dané problematice sděluje: *„V mé práci musím mít přehled komplexně ze všech zdravotních oborů. V domově pracujeme většinou bez lékaře a musíme mít přehled a praktické dovednosti z různých oborů. Musíme mít přehled o specifikách nemocí ve stáří. Musím mít dovednosti v oblasti ošetrovatelské péče i odborné péče. Musíme umět komunikovat a zvládat konfliktní situace.“* K dotazu

týkajícího se hlavní náplně sestry v domově pro seniory popisuje: „*Hlavní náplní sestry v domově jsou odborné činnosti a ošetrovatelská péče. Mezi ně patří aplikace léčebné terapie, odběry biologického materiálu; zavedení a péče o PMK u ženy; asistence u zavedení a péče o PMK u muže; péče o PEG; péče o stomie; péče o rány; monitoring fyziologických funkcí, EKG; ošetrovatelská rehabilitace. Zaznamenávání zdravotního stavu klienta do ošetrovatelské dokumentace. Vykazování ordinované péče do počítačového programu.*“ Dále říká: „*Čas na ošetrovatelskou péči je hodně omezený dokumentací, přestože je ošetrovatelská péče jednou z hlavních náplní sestry v domově.*“ Z rozhovoru vyplývá, že je důležitá i psychická odolnost a schopnost spolupráce s kolegy.

**Respondentka (7S)** k činnostem v domově uvedla, že je nutné umět řadu věcí, o kterých si mnoho zdravotníků v nemocnici myslí, že se v domově vůbec neprovádějí. Říká: „*Musím umět poskytnout řádnou, kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči, orientovat se ve vedení dokumentace. Musím umět řadu výkonů, které se provádějí i jinde (například odběry biologického materiálu, vyšetření EKG, aplikace léčiv, vyšetření a zhodnocení fyziologických funkcí, péče o stomie a PEG a další). Musím umět zvládat celkovou péči o klienta upoutaného na lůžko. Sledujeme zdravotní stav klientů. Musím znát specifika nemocí u seniorů. Musím umět komunikovat se všemi klienty - i s dementními klienty, s jejich rodinou, musím zvládat konfliktní situace.*“ Do hlavní náplně sestry v domově řadí: ošetrovatelskou péči, odbornou péči, vedení dokumentace. Velkou váhu klade na pomoc a povzbuzení klientů. V její práci je nutná i psychická odolnost.

**Respondentka (8S)** na otázku znalostí a dovedností sestry v domově pro seniory říká, že je nutné mít přehled o nemocech: „*Nelze zde mít pouze jednu specializaci. Musím znát problémy týkající se různých oborů - interna, chirurgie, diabetologie, kožní, urologie, ale i psychiatrický obor a další. Musím znát zvláštnosti chorob ve stáří. Klient může mít úplně jiné příznaky k dané chorobě než je tomu u mladého člověka a může to být pak zavádějící. Protože zde máme, na rozdíl od nemocnice, lékaře pouze někdy, musím si umět poradit se vším. Musím umět samostatně zhodnotit zdravotní stav klienta. Rychle se rozhodnout, co udělám v případě zhoršení zdravotního stavu. Není to vždy*

*jednoduché a nese to s sebou vysokou zodpovědnost a psychickou zátěž.*“ Zmiňuje se také o spolupráci s kolegyněmi.

**Respondentka (9S)** popisuje svou práci v domově jako zodpovědnou a náročnou. Dělá svou ošetrovatelskou péči, ale také se musí orientovat v sociální oblasti. Musí často převzít zodpovědnost za zdravotní stav všech klientů v domově, bez přítomnosti lékaře. Ke své práci udává: *„V mojí práci musí sestra znát průběh, příznaky řady chorob a jejich terapie. Specifika stáří a stárnutí (např. co se děje v organismu při malnutricii, dehydrataci apod.) mají vliv na průběh různých chorob. Musí rozpoznávat známky duševních chorob a umět je rozlišit od vedlejších znaků jiných chorob (např. umět rozlišit poruchy orientace u dehydratace nebo hypoglykemie a poruchy orientace doprovázející demenci).*“ Mezi další nezbytnou profesní výbavu sestry řadí: komunikaci se starým a duševně nemocným člověkem, znalosti úskalí imobility a schopnost motivace klientů k pohybu. Říká: *„Sestra má být pozitivní osobnost, umět si stanovit hranice, nenosit si práci domů.*“ Do hlavní náplně patří: ošetrovatelská péče, vedení dokumentace, práce klíčového pracovníka. Zmiňuje i schopnosti spolupráce s kolegyněmi a osobnostní předpoklady.

**Respondentka (10S)** podává informace týkající se její práce, říká: *„V mojí práci je asi nutné znát vše, co by měla sestra znát ve svém oboru. S ohledem na to, že zde není neustále k dispozici lékař, musí se sestra spolehnout sama na sebe. Klade to na nás vysoké nároky a velkou odpovědnost. Proto by se měla orientovat v diagnózách a souvislostech mezi nimi, v lécích, v odborných výkonech jako jsou odběry, cévkování atd. Sestra musí být tělesně zdatná, protože je naše práce fyzicky náročná.*“ Dále také zmiňuje skutečnost, že sestra vykonává i neodborné výkony: *„Sestra v domově pro seniory dělá vše - od vynášení mobilních WC, přes koupání klientů, po odborné výkony a vedení dokumentace.*“ Hovoří i o času na ošetrovatelskou péči: *„Času na ošetrovatelskou péči je čím dál méně s ohledem na přibývající dokumentaci, která se vede duplicitně (ošetrovatelská dokumentace versus sociální dokumentace).* Dále musí sestra v domově dělat klíčového pracovníka a provádět individuální plánování s klientem.“ Z hovoru je zřejmé, jak vysoké nároky klade práce v domově na psychickou odolnost.

#### 4.1.5 Zátěž sester

Schéma 5 Zátěž sester

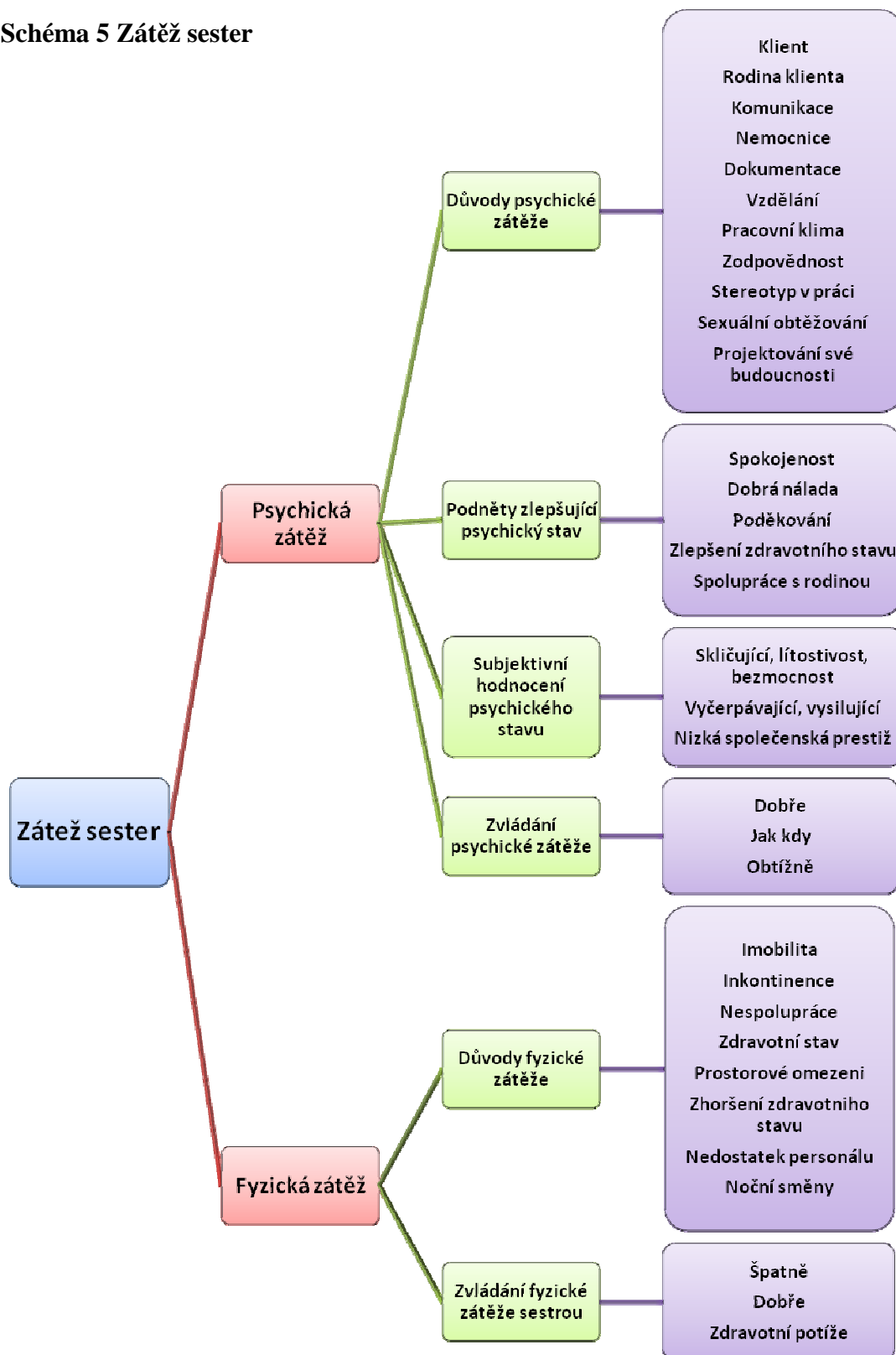




Schéma 5 Zátěž sester graficky znázorňuje rozdělení kategorie *Zátěž sester*, která byla na základě analýzy rozhovorů rozdělena na dvě podkategorie: *Psychická zátěž* a *Fyzická zátěž*. Oba typy zátěže uvedlo všech 10 respondentek.

Podkategorie *Psychická zátěž* byla dle nejčastějších odpovědí rozdělena na oblasti: *Důvody psychické zátěže*, *Podněty zlepšující psychický stav*, *Subjektivní hodnocení psychického stavu*, *Zvládání psychické zátěže*. Jako *Důvody psychické zátěže* respondentky udávaly: *Klient*, *Rodina klienta*, *Komunikace*, *Nemocnice*, *Dokumentace*, *Vzdělání*, *Pracovní klima*, *Zodpovědnost*, *Stereotyp v práci bez zpětné vazby*, *Sexuální obtěžování*, *Projektování své budoucnosti*. *Podněty zlepšující psychický stav* byly dále rozděleny na: *Spokojenost (rodiny, klienta)*, *Dobrá nálada a parta*, *Poděkování*, *Zlepšení zdravotního stavu klienta* a *Spolupráce s rodinou*. V *Subjektivním hodnocení psychického stavu* se nejčastěji objevovaly slova: *skličující*, *lítostivost*, *bezmocnost*, *vyčerpávající*, *vysilující*, *nízká společenská prestiž*. *Zvládání psychické zátěže* bylo dle odpovědí respondentek, rozděleno na: *Dobře*, *Jak kdy - jako na houpačce*, *Obtížně zvládatelné*.

Podkategorie *Fyzická zátěž* byla rozdělena na *Důvody fyzické zátěže* a *Zvládání fyzické zátěže sestrou*. Jako *Důvody fyzické zátěže* byly nejčastěji označovány: *Imobilita*, *Inkontinence*, *Nespolupráce klienta*, *Zdravotní stav klienta*, *Prostorové omezení na pokoji*, *Zhoršení zdravotního stavu po hospitalizaci*, *Nedostatek personálu* a *Noční směny*. *Zvládání fyzické zátěže sestrou* bylo dle nejčastějších odpovědí dále rozděleno na: *Špatně*, *Dobře* a *Zdravotní potíže*.

Všech 10 respondentek k dané problematice uvedlo *Neochotu rodinných příslušníků k pomoci při přesunu klienta při návštěvě*.

**Respondentka (1S)** k problematice zátěže sestry v domově uvádí, že práce sestry je psychicky i fyzicky náročná z různých důvodů. Hůře se srovnává se smrtí klienta, který v domově žil delší čas. Říká: „*I přes jeho různé nálady si na něj nakonec zvyknete.*“ Zmiňuje se o problémech s rodinnými příslušníky klienta: „*Psychicky náročné je to, když vás rodina obviňuje ze zanedbání péče, přestože jste udělala vše, co bylo nutné. My se stále musíme chovat slušně (to je samozřejmé), ale někteří klienti i rodinní příslušníci se k nám „mohou“ chovat, jak se jim zlíbí. Někdy se k nám chovají*

*arogantně a pohrdavě. Protože si to tady lidé platí, stává se i to, že nás zde berou jako služby.“* Také poukazuje na nespokojenost rodiny klienta při dodržování léčebného režimu a zvyšování soběstačnosti klienta. Celkově ale spolupráci s rodinou hodnotí pozitivně. Hovoří o práci s dementními klienty: *„Náročná je práce s dementními klienty, obzvláště s těmi, kteří neustále volají, ale sami nevědí, co chtějí.“* Psychickou náročnost dále zvyšuje: zneužívání péče klientem (*„Například si zazvoní na signalizaci, že chce donést noviny, ale zároveň sám chodí ven a jezdí domů.“*), výbušné nálady klientů, neustálá nespokojenost se vším, obviňování ze ztráty čehokoliv, nedostatečné vzdělání pracovníků sociální péče (dále PSS), neplnění povinností kolegyň z řad PSS a jejich zpochybňování a bagatelizování důležitých rozhodnutí sestry, velká zodpovědnost. Popisuje i faktory, které na její psychický stav působí povzbudivě. Mezi ně patří: spokojenost a dobrá nálada klientů i kolegyň, poděkování členů rodiny, poděkování za péči i po úmrtí klienta, pomoc z řad klientů, pomoc i z řady rodinných příslušníků, dobrá nálada na pracovišti. K fyzické zátěži přibližuje: *„Práce je fyzicky náročná, protože část klientů vám vůbec nepomůže. Věší se na vás, a to i tehdy, když se na nohy mohou postavit.“* Hovoří o spojitosti fyzické zátěže a imobility. Do souvislosti s fyzickou zátěží dává i opakované zkušenosti se zhoršením hybnosti po návratu klienta z nemocnice: *„Mají často dekubity, zavedené cévky, odmítají chodit. Ti orientovaní sdělují, že tam celou dobu jen leželi zavřeni v lůžku. Začínáme od začátku a je někdy těžké klienta motivovat k tomu, aby s námi začal spolupracovat.“* Psychickou náročnost zatím zvládá dobře, i když má někdy pocit, že je jako na houpačce. Mrzí ji, že: *„Práce v domově má velice nízkou společenskou prestiž. Ani kolegové z nemocnice nás neberou jako partnery při léčbě. Před rodinou lékaři i sestry často práci sester v domově degradují. Je mi to celkem líto, protože to minimálně není kolegiální. Za partnery nás berou až tehdy, když potřebují někoho propustit nebo umístit do domova.“* Fyzickou práci zvládá většinou dobře, i když občas mívá zdravotní potíže: bolest zad, krku, nohou. Zatím to řeší sama pomocí analgetik. Zmiňuje se o spolupráci rodiny: *„Rodina svého klienta při návštěvě zvedá jen výjimečně.“* Většinou požádají o manipulaci sestru a sami pouze přihlíží.

**Respondentka (2S)** říká, že práce v domově je psychicky i fyzicky náročná. Do psychické zátěže řadí: úmrtí klienta žijícího v domově více let; jednání s rodinou klienta ve vážném zdravotním stavu a s pozůstalými; jednání s konfliktními klienty. Dále popisuje: *„Těžké je také to, pokud vás rodina obviňuje ze zanedbání péče. Stává se, že klient přijde – nechodí, sám nejí, v anamnéze má opakované pády.“* Dále sděluje, že díky péči dojde k výraznému zlepšení stavu klienta, ale vzhledem k věku a polymorbiditě klient po určité době zemře. *„V tomto okamžiku se nám stalo, že jsme se dočkali obvinění ze špatné péče.“* K psychické zátěži dále udává: *„Negativně moji psychiku ovlivňuje: zneužívání některými klienty, psychické změny ve stáří spojené s poruchami chování klientů, obviňování ze strany klienta, pomlouvání některými kolegyňmi, opakované stesky nad tím, jak moc mají práce. Pozitivně: dobrá nálada, poděkování rodiny, zlepšení stavu klienta, pomoc někoho z rodinných příslušníků, když chodí za klientem návštěvy, když si vezmou klienta například na Vánoce domů, dobrá nálada na pracovišti. Ale i poděkování nadřízeného.“* Váží si spolupráce rodinných příslušníků. Také se ale stává, že rodina práci sestry bagatelizuje a nespolupracuje s ní při dodržování léčebného režimu a podpoře samostatnosti klienta. Jako důvody fyzické zátěže práce v domově uvádí: imobilitu, polymorbiditu, inkontinenci, závislost klienta, přístup k lůžku z jedné strany a stav po hospitalizaci klienta. Stává se, že při návštěvě přijdou za sestrou a žádají ji o přesunutí klienta i v případě pánské návštěvy. Říká: *„Někteří nás mají jen za služky.“* O zvládání psychické zátěže hovoří: *„Zvládám to jak kdy. Většinou dobře. Ale pokud se to některý den nahromadí, tak mi moc dobře není. Cítím takovou bezmoc.“* Mrzí ji, že její práce nemá žádnou prestiž. Občas mívá zdravotní potíže - bolest zad a krku, které řeší laickými masážemi a pomocí analgetik.

**Respondentka (3S)** označuje práci v domově za psychicky a fyzicky náročnou. Její psychický stav nejvíce ovlivňuje: nezáměr rodiny o klienta, zdravotní stav klientů, přístup kolegyň pracujících jako pracovníci v sociální péči, těžko se smířuje s životem plně závislého imobilního klienta. Popisuje: *„Při pohledu na tohoto klienta jsem si projektovala svoji budoucnost - vcelku neutěšenou. Mrzí mě nezáměr rodiny, mám tendence to klientům vynahrazovat, ale pak mě to hodně vyčerpává. Dále mě psychicky*

vyčerpává zvládnout při časově i fyzicky náročné práci vedení dokumentace kromě ošetrovatelské i sociální.“ O rodině klienta říká, že se jí většinou daří s ní spolupracovat, ale často mívá nepřiměřené požadavky: „Rodina se nedokáže smířit se zhoršujícím se zdravotním stavem, který vychází z podstaty věku a dožaduje se větší mobilizace klienta. Klient to samozřejmě nezvládá a rodina pak obviňuje sestry z nedostatečné péče. Rodina často nerespektuje dietní opatření, nosí klientovi nevhodné potraviny a způsobuje tak zhoršení zdravotního stavu, ze kterého jsou obviňovány sestry.“ Fyzickou náročnost své práce spojuje s imobilitou a neochotou klienta ke spolupráci, nedostatkem personálu. K problematice fyzické zátěže dodává, že rodina při návštěvě přijde a žádá sestru o přesunutí klienta na jiné místo, aniž by jim byla ochotná pomoci. Má problémy se zápěstím, které řešila operací, občas provádí cviky na uvolnění páteře a chodí na masáže. Na dotaz, jak zvládá psychickou zátěž, odpovídá: „Je to jak kdy, někdy to zvládám velmi dobře, jindy ze strany kolegyně dochází i ke konfliktům. Co se týká klientů, jsem k jejich stavu „neprofesionálně“ lítostivá, bezmocná. Trápí mě, že jim nemohu pomoci.“ „Nosí“ si práci domů: „Přemýšlela jsem, zda jsem vše udělala, zapsala. Pokud se za mé služby zhoršil zdravotní stav klienta, přemýšlela jsem ještě doma, jak se mu daří.“ Dodává: „Mrzí mě, že je práce sestry v domově nedocenená. Mrzí mě, že jsme často degradovány a ponižovány i samotnými klienty a rodinnými příslušníky.“

**Respondentka (4S)** na otázku zátěže sestry v domově říká: „Psychicky nejnáročnější je pro mě práce s klientem, který mou pomoc odmítá.“ Dále také práce s nespolupracujícím, negativisticky laděným klientem. „Toto bývá nejčastěji u lidí s demencí. S těmito lidmi se hůře domlouvám, potřebuji zvláštní přístup. Působí to na mě skličujícím dojmem.“ Na dotaz, jak to zvládá, odpovídá: „Zvládám to tak, že to zkrátka musím udělat, i když se to někdy ve mně pere. Pak to třeba prodiskutuji s kolegy, jestli i oni mají stejné zkušenosti a snažíme se najít lepší řešení nebo alespoň zmírnění toho daného problému. Rozhovor s ostatními mi většinou pomůže.“ Na otázku týkající se spolupráce s rodinou udává: „Rodina klienta spolupracuje málo. Když potřebují klienta někam přemístit, tak za námi přijdou a my to uděláme. Stává se mi, že když přijdu za klientem sama, tak pomůžou. Pokud přijdeme za klientem dvě

*a víc, tak se o pomoc nesnaží a jen přihlížejí.“ Říká, že se lépe cítí tehdy, když s ní klient spolupracuje. Nespolupráce rodiny se projevuje i nerespektováním dietního omezení klienta. Bohužel při zdravotních komplikacích, vyplývajících z porušování diety, se pak zlobí na sestry. Fyzická náročnost závisí na fyzickém a zdravotním stavu klientů a počtu personálu ve službě. „Zatím jsem to zvládala dobře. Asi i proto, že jsem po práci mohla doma odpočívat. Ale nyní mám syna, a až budu chodit na plný úvazek, tak si moc neodpočinu. A určitě i věkem ubývají fyzické síly - vidím to i u starších kolegyň.“*

**Respondentka (5S)** na dotaz týkající se psychické zátěže odpovídá: *„Naše práce je jak fyzicky, tak i psychicky náročná. Psychicky nejnáročnější je péče o umírajícího klienta.“* Psychiku ovlivňuje snaha klientů manipulovat se sestrami: *„... hrát na naše city. Proto je též velmi obtížné, zachovat si zdravý odstup. Ale musím to zvládat, jinak bych zde nemohla pracovat.“* Důležité je pro ni zázemí, které jí poskytuje její rodina. O rodině klienta říká: *„Některé rodiny mají snahu upřednostňovat svého rodinného příslušníka nad všemi ostatními a to bohužel nejde. Naštěstí je ale valná většina rodin rozumných a vděčných za laskavou a ohleduplnou péči o jejich nejbližší na sklonku jejich života.“* Na pomoc ze strany rodiny říká: *„Při manipulaci s klienty při návštěvě s námi většinou rodina nespolupracuje. Pokud je klient zcela imobilní, pak zvládá vše personál.“* K fyzické náročnosti, dodává: *„Fyzicky je naše práce náročná, protože pracujeme převážně s imobilními, inkontinentními a dementními klienty. Imobilita většiny klientů je zatěžující i pro ostatní personál.“* Na dotaz, jak to zvládá, odpovídá: *„Občas mě bolí záda, a po každé směně mě bolí nohy. Jinak na potíže netrpím, nestěžuji si.“* U lékaře s potížemi nebyla, někdy si doma dává nohy do zvýšené polohy. Z rozhovoru vyplývá, že se obtížně smiřuje s tím, že práce v domově pro seniory má malou společenskou prestiž.

**Respondentka (6S)** k psychické náročnosti své práce uvádí: *„Nejvíce náročný je pocit zodpovědnosti, když sloužíme - jedna sestra na 84 klientů. Když mají zhoršený zdravotní stav, je téměř nemožné vše stíhat. Náročná je práce s dementními klienty, je to psychicky vyčerpávající.“* Náročnost ovlivňuje: péče o umírajícího klienta, nespolupráce a nedostatečná podpora rodiny, neoprávněné obviňování ze strany rodiny

klienta, týkající se poskytované péče. Říká, že má někdy pocit, že je „úplně na dně.“ Na její psychiku dále působí: pracovní klima, nálada na oddělení, nálada klientů. Popisuje: „*Je to jak na houpačce. Když se sejde dobrá parta, může být práce sebetěžší, dají se bez potíží zvládnout i různé problémy. Ale pokud se sejde parta, která si moc nesesedne, tak je to vyčerpávající. Snažím se nerozčilovat a nestresovat se.*“ O spolupráci rodin klientů uvádí, že některé se snaží ochotně pomáhat a spolupracovat. Ale někteří své rodiče vůbec nenavštěvují a řeší každý klientův výdaj navíc. Dodává: „*Někdy dochází i k zneužívání personálu ze strany klienta či rodiny. Jsem ráda, když rodina poděkuje za péči – to člověka povzbudí.*“ Fyzicky náročné jsou pro ni noční směny, nedostatek personálu, péče o imobilní a inkontinentní klienty. Zmiňuje: „*Zvládám to špatně a snažím se nočním, pokud to jde, vyhýbat. Občas mě bolí záda, nohy i hlava.*“ Svůj zdravotní stav zatím neřešila konzultací s lékařem, občas si vezme analgetika. Ke spolupráci rodiny klienta sděluje: „*Rodina klienta s námi většinou nespolupracuje. Při manipulaci s klientem vůbec ne. Občas pomohou spíše jen s ošetrovatelskou péčí – nakrmí ho, vezmou na procházku.*“

**Respondentka (7S)** k této oblasti sděluje, že pro ni je práce mnohdy psychicky náročná. Říká: „*Nejhorší je komunikace s neukázněnými klienty a nesoudnou rodinou. Obtížná je komunikace s dementním klientem.*“ Rodina občas vyžaduje péči v takovém rozsahu, která se nedá realizovat prostřednictvím pobytové služby, ale například s osobní asistentkou klienta. Neberou v potaz věk seniora a chronická onemocnění, která s sebou nesou různá omezení a postupné zhoršování zdravotního stavu. „*Komunikace s takovou rodinou je velmi vysilující. Moji psychiku hodně ovlivňuje možnost relaxace po práci. Zatím to zvládám dobře, nemám s tím problém.*“ Z její pracovní pozice pro ni není práce tolik fyzicky náročná. Říká: „*Já sama potíže nemám. Ale ostatní sestry jsou na tom hůře.*“ Popisuje: „*Vím, že je občas bolí záda, nohy. Práce se seniory je fyzicky náročná, protože se zde staráme o imobilní a inkontinentní klienty, kteří nám moc nepomohou.*“ Na spolupráci ze strany rodiny klienta říká: „*Se spolupráci rodiny při manipulaci s klientem při návštěvě jsem se ještě nesetkala. Vždy to nechají na personálu. I pánové si přijdou říct sestře, aby jim rodiče přesunula! Jsme tady přeci od toho! Vidím kolem sebe, že to je opravdu někdy dost vyčerpávající.*“

**Respondentka (8S)** zátěž spojuje s odpovědností, fyzickou a psychickou náročností práce v domově. Na dotaz odpovídá: *„Práce je pro mě hodně psychicky náročná. Nejčastěji to souvisí se stále se opakujícími úkony a výkony, často bez zpětné vazby. Klienti jsou zde řadu let a postupně dochází ke zhoršování jejich zdravotního stavu.“* Těší ji, když dojde u klienta ke zlepšení. Psychickou náročnost dle respondentky způsobuje obtížná komunikace s rodinami, dementními klienty a klienty zcela soběstačnými, kteří nechtějí spolupracovat. Dále se zmiňuje: *„Také mi hodně vadí sexuální obtěžování.“* Pozitivní vliv na ni má pochvala od klienta. Dále popisuje: *„Naopak jeden klient se svým negativistickým postojem mi dokáže „zkazit celý den“, ale toto platí i o personálu.“* Negativně na ni dále působí: opakující se stesky na práci se seniory od kolegů. Na dotaz, jak to zvládá, odpovídá: *„Někdy mám blbou náladu, vztek, afektivní chování (někde za dveřmi mimo klienty), nebo naopak nezájem řešit jediný problém navíc.“* Její rodina ji podporuje. Spolupráci s rodinami klientů popisuje následovně: *„Rodiny klientů nám pomáhají jen do té míry, pokud je v jejich očích vše v pořádku. Pokud se jim něco nezdá, tak nespoupracují a nesnaží se to vyřešit.“* Spolupráce je lepší u klientů, kteří jsou v domově delší dobu. S ohledem na její pracovní pozici pro ni není práce tolik fyzicky náročná. Fyzickou náročnost práce kolegů v přímé péči spojuje s imobilitou a inkontinencí klientů. Podílí se na ní i neochota ke spolupráci ze strany rodiny: *„Rodina klienta nám při návštěvě vůbec nepomáhá. Spíše se stane, že si pro nás přijdou i tehdy, když by manipulaci (přesun na křeslo, odvedení na WC) zvládli sami. Když přijde svalnatý muž a žádá o pomoc, tak v podstatě na to není co říct.“* Na závěr popisuje postoj společnosti k práci sestry v domově: *„Je to velmi nedoceněná profese bez společenské prestiže.“*

**Respondentka (9S)** k problematice psychické zátěže v domově říká: *„Práce je hodně psychicky náročná.“* Zejména: *komunikace s klienty s demencí, zpracování agresivity nebo negativních emocí klientů a zpracování vlastních emocí a obav.* Její psychiku ovlivňuje řada faktorů, mezi které patří: obava z možnosti, že onemocní a nebude schopná se o sebe postarat; obava z vlastního stárnutí a stárnutí blízkých (rodičů, přátel...). Dále uvádí: *„Tato práce je neuznaná, při kontaktu s kolegy z oboru často cítím lehké opovržení. To mě velmi mrzí, protože zároveň tuto práci nechce téměř*

nikdo dělat.“ Na dotaz, jak to zvládá, odpovídá: „Snažím se na to nemyslet a odreagovat se.“ O fyzické zátěži v domově říká: „Je náročné zejména zvedání a manipulace s klientem. Při převlékání inkontinentních klientů, běžné rehabilitaci, ale také při výletech (cestování autobusem, WC atd.), také při polohování, protože máme přístup k lůžku pouze z jedné strany. Musíme si vzájemně s kolegy pomáhat, jinak se to nedá zvládnout. Zatím mě jen bolívají záda.“ Na spolupráci s rodinou říká: „Rodina s námi spolupracuje minimálně, téměř ne. Vše nechají udělat sestru, ještě si pro nás přijdou.“

**Respondentka (10S)** na tuto otázku odpovídá: „Určitě je moje práce psychicky náročná. Nejvíce je pro mě náročné to, když nemohu klientovi s něčím pomoci. Například v komunikaci s rodinou, když rodina nemá zájem nebo když je klient „před smrtí“. Je to pro mě taková bezmoc.“ Její psychiku ovlivňuje: obtížná komunikace s dementním a agresivním klientem; vztahy a dění na pracovišti, rodiny klientů, její momentální stav. O rodinách klientů říká: „Některé rodiny klientů spolupracují ochotně, některé bohužel ne, ale těch je naštěstí méně. Vždy mě potěší, když je někdo vstřícný, poděkuje. To mi hned zvedne náladu k lepšímu.“ O oblasti fyzické zátěže sděluje: „Práce jistě fyzicky náročná je. Nejvíce manipulace s imobilními klienty. Zatím to zvládám dobře. Závisí to hodně na tom, s kým jsem zrovna ve službě. S méně zdatnými kolegy je to horší a naopak, ale snažíme se vyjít si vstříc.“ K pomoci rodiny klienta při manipulaci říká: „Je jen malé procento rodinných příslušníků, kteří jsou na návštěvě ochotni pomoci při manipulaci s klientem. Raději si zavolají sestru.“ Psychickou stránku popisuje: „Zvládám to zatím dobře, snažím se nebrat si soukromí do práce a naopak.“



#### 4.1.6 Potřeby sester

##### Schéma 6 Potřeby sester



Další schéma zobrazuje kategorii, která vznikla analýzou rozhovorů - *Potřeby sester*. Tato kategorie byla dále rozdělena na sedm podkategorií – *Vzdělání*, *Podpora zaměstnavatele*, *Spolupráce*, *Komunikace*, *Uznání*, *Psychická rovnováha*, *Fyzická rovnováha*. Podkategorie *Vzdělání* byla rozdělena na: *Vhodné vzdělání pro práci v domově pro seniory*, *Sestra a celoživotní vzdělávání*, *Přínos vzdělání*, *Oblasti získávání informací*, *Preferovaná témata*, *Překážky ve studiu*. V *Oblasti získávání informací* respondentky nejčastěji zmiňovaly: *školení*, *internet*, *literaturu*, *ošetřovatelské standardy*, *studium*. Preferovanými tématy jsou: *Práce se seniory*, *Komunikace*, *Dokumentace*, *Ošetřovatelská péče*, *Legislativa*, *Psychologie a psychohygienu*, *Psychiatrie*, *Vztahy na pracovišti*. Podkategorie *Podpora zaměstnavatele* byla rozdělena na *Podpora celoživotní vzdělávání formou krátkodobých školení* a na *Podpora studia ve škole*, která byla rozdělena na *Není oceněno*, *Umožňuje*, *Nepodporuje*. Podkategorie – *Spolupráce* byla rozdělena na spolupráci *Kolegů*, *Klientů*, *Rodiny*. Šestá podkategorie *Psychická rovnováha* byla rozdělena na: *Využití zájmových*

*činností, Spolupráce vlastní rodiny, Rozhovor s psychologem.* Poslední podkategorie *Fyzická rovnováha* byla rozdělena na to, co by respondentky uvítaly při péči o fyzickou rovnováhu. Nejvíce bylo zmiňováno: *více času, zkrácení pracovní doby, rehabilitace, masáže, sport a kontakt s přáteli.*

**Respondentka (1S)** dříve chtěla studovat, ale z rodinných důvodů nemohla. Nyní alespoň chodí na školení s tematikou, která se týká její práce. Preferovaná témata školení jsou: práce s demenčními klienty, zvládnání problémových situací, psychohygiena, výživa, vedení ošetrovatelského procesu a ošetrovatelské dokumentace. Musí také absolvovat školení o standardech, sociální dokumentaci, právech klientů apod. Sama si dohledává též informace na internetu. O vzdělávání říká: *„Je to pro mě dobré. Občas si člověk něco připomene a dozví se něco nového.“* Hovoří o tom, že některé poznatky může uplatnit v praxi. Dle jejího názoru by byla pro práci v domově přínosná nějaká specializace – obor geriatric, interna či psychiatrie. Respondentka má přehled o vzdělávání v geriatric. Zaměstnavatel podporuje celoživotní vzdělávání v rozsahu školení, stáží a podobně. Soukromé vzdělání na školách umožní, ale finančně ani studijním volnem nepodporuje. Nespokojeně hovoří o nízké společenské prestiži jejího zaměstnání. Dále popisuje: *„O této práci se bavím s nikým nemohu. A i když bych chtěla hovořit jen obecně, žádného to nezajímá. Stáří je pro ostatní nezajímavé.“* O potřebě spolupráce uvádí, že považuje za důležité spolupracovat s kolegyněmi z oddělení i jiných ambulancí, ale také s lékaři. Potřebuje si s nimi vyměňovat informace týkající se klienta. Z rozhovoru je zřejmé, že komunikaci považuje nejenom za dovednost, ale také za potřebu v jejím povolání. Je ráda, pokud klient a rodinní příslušníci spolupracují při péči - ovlivňuje to pozitivně její psychický stav. K nastolení psychické rovnováhy nemá příliš prostoru, protože se musí starat o děti. Na otázku, zda by přivítala rozhovor s psychologem, říká: *„Rozhovor s psychologem bych celkem někdy uvítala. Ale potřebovala bych jen vyslechnout, bez jakékoliv rady.“* Pokud si najde nějaký volný čas, ráda se jde projít, čte knihu nebo se podívá na hezký film. Říká: *„Občas potřebuji být sama a v lese je to ideální.“* K fyzickému odpočinku by uvítala více volného času a rehabilitace.

**Respondentka (2S)** si myslí, že pro práci v domově by měl mít pracovník středoškolské vzdělání se zaměřením na ošetrovatelství. Vhodné by bylo také psychiatrické vzdělání, vzdělání v oblasti geriatry, kurzy asertivity, komunikace. Sama nyní studuje, proto na školení téměř nejedí. Říká: *„Zaměstnavatel mi umožňuje vzdělávat se. Mohu jezdit do školy, na praxe. Vše mám z napracovaných hodin, dovolené.“* Studuje na vlastní náklady. Zaměstnavatel umožňuje celoživotní vzdělávání. Sestry jezdí na konference, stáže, školení. Preferuje školení týkající se její práce, které může aplikovat v praxi – vykazování zdravotní péče, komunikace v týmu. Má přehled o vzdělávání v oblasti geriatry. Myslí si, že: *„Vzdělávání v tomto oboru se nevěnuje dostatečná pozornost.“* Intenzivnější potřebu spolupráce s kolegy mívá při zhoršení zdravotního stavu klienta, či k upřesnění postupu léčby. Potřeba uznání vyplývá z postoje ostatních pracovníků ze zdravotnických zařízení vůči sestře z domova, z postoje některých rodinných příslušníků, ale i veřejnosti. Říká: *„Problém bývá v nemocnicích, zde se, bohužel, nedá očekávat kolegiálnost. Setkáváme se s degradací naší ošetrovatelské i lékařské péče (naší paní doktorky), ze strany kolegů z nemocnice.“* Popisuje chování některých rodin: *„Bohužel se najdou tací, kteří naši práci „shazují“, bagatelizují ji.“* Dále sděluje: *„Hovory o stáří a problémech spojené se stářím nikoho nezajímají. Je to práce, která nemá žádnou prestiž. Spíše se na vás lidi divně koukají. Bohužel tomu napomáhá i nevhodná medializace.“* Při své práci hodně komunikuje s rodinou, kolegyněmi, klienty a lékaři. Pokud rodina spolupracuje, váží si toho a psychicky jí to pomáhá. Psychickou rovnováhu získává aktivním využitím volného času: *„Ráda plavu, jezdím na kole, chodím na houby.“* Také si ráda pospí. K péči o fyzický stav by uvítala více volného času a masáže.

**Respondentka (3S)** ke vzdělávání říká, že v současné době již nestuduje, ale: *„Být mladší, šla bych na vysokou školu.“* Dle jejího názoru by pro práci v domově mělo být minimálně vzdělání ze střední školy se zdravotním zaměřením. Dále říká: *„Vhodným doplňkem vzdělání by měl být alespoň kurz nebo školení zabývající se změnami ve stáří. Vhodná by byla také stáž na gerontopsychiatrickém oddělení.“* Na dotaz, zda jim zaměstnavatel umožňuje nějaká vzdělání, odpovídá: *„Ano. Zaměstnavatel nám zajišťuje školení různých témat. Vše nám platí a v této oblasti nás podporuje. Já osobně školení“*

*ráda navštěvuji.*“ Preferuje témata s psychiatrickou tematikou a školení Mgr. Klouda. Zná další možnosti vzdělávání ve svém oboru. Mrzí ji, že je její práce nedocenená, informuje: *„Mrzí mě, že je práce sestry v domově nedocenená. Mrzí mě, že jsme často degradovány a ponižovány i samotnými klienty a rodinnými příslušníky.*“ Komunikaci směřuje ke spolupraci s rodinou, kolegy, lékaři a klienty. Komunikace je důležitý prostředek v její práci. Psychickou rovnováhu získává relaxací se svou vnučkou, s kamarády. Zmiňuje: *„Taktéž procházky přírodou a houbaření mám ráda, nemyslím při tom na ostatní starosti. To mi dělá dobře.*“ Rozhovor s psychologem odmítá.

**Respondentka (4S)** říká: *„Po dalším studiu již roky toužím, ale zatím jsem se k němu neodhodlala. Mou jedinou překážkou je moje nízké sebevědomí.*“ Myslí si, že by jí zaměstnavatel vyšel vstříc. Neví v jakém rozsahu, ale finančně a časově by si to zřejmě musela řešit sama. Dále sděluje: *„Jinak další vzdělávání – jako konference, semináře a jiná různá školení nám zaměstnavatel umožňuje, zde nám vše financuje.“* Školení navštěvuje ráda a pro svou práci je považuje za přínosná. Vybírá si školení na téma: komunikace, prevence dekubitů a jejich léčba, první pomoc, léčba bolesti, výživa geriatrických klientů, rehabilitace, dezinfekce a sterilizace, školení o Alzheimerově chorobě, o demenci a psychohygieně. Má přehled o možnosti získání dalšího vzdělání a nových informací. Komunikaci a spolupráci považuje za důležitou součást své práce při práci s klienty. Potřebuje ji i k nastolení psychické rovnováhy: *„Rozhovor s ostatními mi většinou pomůže.*“ Po práci odpočívá tím, že chodí na procházky, navštěvuje památky. Myslí si, že někdy v budoucnu pomoc psychologa sama uvítá, zatím ho nevyhledala. K podpoře regenerace by uvítala: *„Chvilé strávené s rodinou, nenáročný sport – procházky, výlety na kole.“*

**Respondentka (5S)** ke svým potřebám sděluje, že sama již nestuduje, ale jezdí na různé školicí akce. Myslí si, že nejlepší škola pro tuto práci je život a že její vzdělání je dostačující. Dále říká, že je: *„Nutné se pravidelně proškolovat, abych mohla svou práci odvádět kvalitně a profesionálně.*“ K podpoře ze strany zaměstnavatele sděluje: *„Myslím si, že zaměstnavatel nám vychází v tomto ohledu více než vstříc.“* Školení mají placená zaměstnavatelem. Čas strávený na školení se počítá do odpracované doby, dostávají i cestovní náhrady. Má přehled o možnostech vzdělání v oblasti geriatry.

Témata si vybírá podle svých potřeb, nebo podle potřeb zaměstnavatele. Z rozhovoru vyplývá, že by uvítala větší uznání své práce na veřejnosti. Velkou psychickou podporou je její rodina. Rozhovor s psychologem by uvítala, ale ne v rámci práce v domově pro seniory. K fyzickému odpočinku jí postačuje také relaxace s přáteli nebo rodinou. Z rozhovoru vyplývá, že spolupráce a komunikace je pro její práci nezbytná k poskytování kvalitní péče.

**Respondentka (6S)** vystudovala střední zdravotnickou školu a nyní nestuduje. O studiu uvažovala, ale má málo času a bojí se závisti kolegů. Myslí si, že pro práci v domově *„je také dobré mít vzdělání v oblasti gerontologie a interny“*. Dále sděluje, že jim zaměstnavatel umožňuje vzdělávání formou školení, konferencí, kdy mají veškeré náklady hrazené. Navštěvuje především povinná školení. Z ostatních si vybírá taková školení, která se tematikou blíží její práci: komunikace se seniory, novinky v oblasti ošetrovatelské péče, výživy ve stáří, vedení ošetrovatelské dokumentace. Říká: *„Myslím si, že se mi nové informace hodí k mé práci.“* O soukromém vzdělání říká: *„Zaměstnavatel soukromé studium nijak nepodporuje – myslím tím finančně.“* Poskytuje pracovní volno, které si musí sestry napracovat. Také se setkala s pomlouváním kolegyně, která studuje. Dále říká: *„Pokud kolegyně studuje, dělá to nejen pro sebe, ale zvyšuje tím přeci i prestiž domova. Ale za své.“* Má přehled o možnostech dalšího vzdělávání, informace čerpá i z internetu a literatury. Její psychickou rovnováhu podporuje to, když jí někdo poděkuje za péči. Dále popisuje: *„Ráda si ale přečtu dobrou knihu, jdu se projít do lesa. Potřebuji pro sebe klid, který nalézám v lese.“* Pomoc od psychologa zatím odmítá, zvládá to sama. K fyzické pohodě by uvítala více procházek v přírodě, více volného času, rehabilitaci zaměřenou na masáž krku a zad. Komunikace je pro ni důležitá k zajištění péče a výměnu informací při své práci. K problematice uznání udává: *„Mám pocit, že v nemocnici o naší práci nic nevědí a zároveň nás degradují.“*

**Respondentka (7S)** uvádí, že ukončila specializační studium v roce 2013 v Brně, které jí zaměstnavatel hradil, protože to byla příprava na funkci staniční sestry. Nyní o dalším studiu nepřemýšlí. Navštěvuje školení, od kterých očekává navýšení svého vzdělání jako například: komunikace se seniory, výživa seniorů, legislativa.

Zaměstnavatel umožňuje a hradí celoživotní vzdělávání formou školení, konferencí, seminářů, stáží a zahraničních stáží. Má přehled o možnosti vzdělávání ve svém oboru. Zajímá se i o jiné možnosti získávání informací: „*Mohu si přečíst odbornou literaturu, podívat se na internet.*“ Komunikace a spolupráce je důležitým prvkem její práce. Musí hovořit s klientem, rodinou, spolupracovníky. Říká, že vhodně vedeným rozhovorem se dají řešit i nepříjemné situace: „*Vznikají občas nepříjemné situace, ale i ty se dají rozhovorem vyřešit.*“ Psychickou rovnováhu získává se svou rodinou a procházkami v lese. K oblasti rozhovoru s psychologem uvádí: „*O rozhovoru s psychologem jsem zatím neuvažovala. Doufám, že ani v budoucnosti nebudu muset jeho služeb využít. Zatím vše zvládám sama.*“ Po fyzické stránce potíže nemá, cítí se dobře.

**Respondentka (8S)** nyní nestuduje. Nedávno dokončila studium na vysoké škole. Pro svou práci má i specializaci v oboru geriatric. Myslí si, že pro práci v domově je dobré mít zdravotnické vzdělání, popřípadě ještě specializaci v oblasti geriatric či psychiatrie. Navštěvuje školení a blíže říká: „*Snažím se sledovat novinky a předávat je dál ostatním spolupracovníkům. Témata, která jsou přínosná, se snažím aplikovat v praxi.*“ Zaměstnavatel jim hradí celoživotní vzdělávání minimálně třikrát ročně. Sama navštěvuje školení s tematikou demence, psychiatrické minimum, vztahy na pracovišti, komunikace se seniory, péče o dekubity a polohování. Dále říká: „*Pro oblast geriatric existují jednodenní školení, která se opakují stále dokola bez nových poznatků. Geriatric je opomíjený obor na okraji zájmu - i specializace v Brně je zrušená.*“ Informace může získávat: čtením odborných článků, kazuistik, bakalářských a diplomových prací, z odborné literatury a internetu. V souvislosti s uznáním své práce říká: „*Sestra může vždy za vše. Je to velmi nedocenená profese bez společenské prestiže. V nemocnici s lékařem „za zády“ by nám bylo líp.*“ Psychickou rovnováhu nastoluje tím, že se snaží doma na svou práci nemyslet a nemluvit o ní. Dále: „*V létě se odreagovávám také plaváním, jezdím na kole. Někdy hlídám i svého vnoučka, ten mě vždycky dobře naladí.*“ Také chodí za kamarádkami. Rozhovor s psychologem by někdy uvítala, chtěla by poradit s personálními vztahy. K fyzickému odpočinku by uvítala víc času na své aktivity, masáže.

**Respondentka (9S)** si myslí, že pro práci v domově jsou důležité osobní předpoklady více než vzdělání. Má vzdělání v oblasti ošetrovatelství a v oblasti sociální péče. Dokončila vysokou školu a říká: „*Sama nyní nestuduji. Rodina nechce, abych dál studovala. Zaměstnavatel nijak vysokoškolské vzdělávání nepodporuje, vše člověk dělá v osobním volnu nebo při dovolené. Studovat takto je náročné a stresující, rodina tím trpí a vzdělání není v zaměstnání ani nijak oceněno. Tedy studovat kvůli práci nemá smysl, člověk to dělá především sám pro sebe. Zaměstnavatel nám umožňuje běžná školení, financuje vše.*“ Sama školení také navštěvuje, vybírá si školení vhodná ke své práci: „*Vybírám si školení na téma paliativní péče, komunikace, standardy kvality, legislativa, psychohygienu. Vše kvůli tomu, abych lépe pracovala.*“ Má přehled o možnostech vzdělávání ve svém oboru. Přivítala by možnost absolvování psychoterapeutického kurzu. Z rozhovoru vyplývá, že komunikace je pro její práci důležitá. Pro spolupráci s ostatními – s klientem, jeho rodinou a kolegyněmi. Důležitá je výměna informací, udává: „*Každý klient potřebuje individuální přístup a často je nutné pro práci vědět, jakou zkušenost s klientem mají ostatní kolegové.*“ Zmiňuje se také o tom, jak je její práce neuznaná: „*Tato práce je neuznaná, při kontaktu s kolegy z oboru často cítím lehké opovržení. Což mě velmi mrzí. Protože zároveň tuto práci nechce téměř nikdo dělat.*“ Pečuje o svou psychickou a fyzickou rovnováhu. Popisuje: „*Snažím se na to nemyslet a odreagovat se. Ve volném čase se věnuji řadě koníčků, které mě nabíjí. Chodím na procházky, cvičím jógu, chodím plavat a do sauny, věnuji se dětem. Občas se s nějakým psychologem spojím, spíš ale řeším rodinné záležitosti.*“

**Respondentka (10S)** popisuje, že pro práci v domově je potřeba odborné vzdělání, alespoň tedy kurz pracovníka v sociálních službách (PSS) a pro sestry maturita. Uvádí: „*Nemyslím si, že je potřeba, aby zde sestra měla vysokou školu, ale aby měla kladný vztah ke klientům a k práci s nimi.*“ Dále říká: „*Sama zatím nestuduji, ale ráda bych to časem zkusila.*“ O zaměstnavateli sděluje: „*Studium umožňuje, ale o podmínky jsem se nezajímala.*“ Zaměstnavatel jim hradí celoživotní vzdělávání: „*Sama školení ráda navštěvuji. Nejraději si vybírám školení odborná, kde se můžu dovědět něco nového a staré si oprášit. Například komunikace a práce s dementními klienty, péče o ránu.*“ Má obecný přehled o možnostech dalšího vzdělávání v oblasti geriatric. Spolupráci

a komunikaci potřebuje ke své práci, pro jednání s klientem i s kolegyněmi. Potřebu psychické a fyzické pohody řeší sportem, zábavou a péčí o svého syna. Říká: „*To mi vždy pomůže vyčistit hlavu.*“ Na odbornou pomoc od psychologa reaguje: „*Potřebovala bych si někdy popovídat s někým nezávislým. Myslím, že by mi to pomohlo vyčistit si hlavu.*“ K odpočinku by uvítala kvalitní a odbornou rehabilitaci, vystudovaného fyzioterapeuta: „*Myslím, že ten u nás nejvíce chybí.*“

#### 4.1.7 Spolupráce

##### Schéma 7 Spolupráce



Schéma 7 Spolupráce graficky znázorňuje rozdělení kategorie *Spolupráce*, která byla na základě analýzy rozhovorů rozdělena na dvě podkategorie: *Důvody spolupráce* a *Kolegové*. Všech 10 respondentek uvedlo při svém rozhovoru spolupráci s některými kolegy. Podkategorie *Důvody spolupráce* byla rozdělena na: *Konzultace zdravotního stavu*, *Sjednocení léčebného postupu*, *Objednávání léků*, *Laboratoř*. Nejvíce odpovědí bylo v oblasti konzultace zdravotního stavu a sjednocení léčebného postupu. Druhá podkategorie *Kolegové*, byla rozdělena na kolegy z domova, odborných ambulancí a nemocnice.



**Respondentka (1S)** spolupráci považuje za důležitou. Ptá se svých kolegyně z oddělení: *„Člověk nemůže všechno vědět. A když si nejsem jista, raději si to ověřím.“* Vždy se setkala se vstřícností. Spolupracuje i s kolegy z odborných ambulancí. Jako důvod udává nepřesné informace k plánu léčby v doporučení od lékaře a objednávání léků. Dále popisuje: *„Také jsme volaly do laboratoře - potřebovaly jsme pro lékařku zjistit laboratorní výsledky, popřípadě poradit s odběrem krve, který běžně neprovádíme.“* Problém mají s objednáváním klienta k zubnímu lékaři. Dále k této oblasti sděluje: *„Celkově ale lze říct, že s ostatními odbornými ambulancemi nemáme problémy.“* O spolupráci s kolegy z nemocnice říká, že je degradují před rodinou a za partnery je berou tehdy, když potřebují někoho propustit nebo umístit do domova.

**Respondentka (2S)** ke spolupráci říká, že již několikrát potřebovala pomoc kolegyně při zhoršení zdravotního stavu klienta a plánování další péče. Spolupracuje i s kolegy z odborných ambulancí - nejčastěji k ujasnění doporučení lékaře z odborné ambulance, objednávají zde recepty, klienty na vyšetření, konzultují zdravotní stav klienta a postup léčby. Dále sděluje: *„Někdy potřebujeme poradit s odběry, které běžně neprovádíme – pak voláme do laboratoře o radu.“* Spolupráci s odbornými ambulancemi hodnotí převážně kladně. K problematice uvádí: *„Problém bývá v nemocnicích. Zde se bohužel nedá očekávat kolegiální. Setkáváme se s degradací naší ošetrovatelské i lékařské péče (naší paní doktorky) ze strany kolegů z nemocnice.“* Hovoří o tom, v jakém stavu se vrací klienti z nemocnice: *„Z nemocnice nám vracejí klienty s dekubity, cévkami, z mobilního klienta je náhle imobilní nesoběstačný klient.“*

**Respondentka (3S)** na otázku spolupráce odpovídá, že potřebuje konzultaci s kolegyní při náhlé změně zdravotního stavu klienta, spolupracují při manipulaci s klientem. Dále sděluje: *„Nejčastěji žádám o radu v diabetologické poradně, klienti i jejich rodiny nerespektují dietní režim, často je třeba nutná úprava medikace. Potřebuji v biochemické laboratoři poradit, jak správně provést odběr u biologického materiálu, který se běžně neprovádí.“* Spolupráci odborných ambulancí hodnotí kladně: *„Ve většině případů se setkávám s ochotou sester i lékařů.“*

**Respondentka (4S)** k této problematice sděluje, že radu a pomoc kolegyně potřebovala několikrát. Spolupracuje i s kolegy z odborných ambulancí. Nejčastěji

spolupracuje s ambulancemi: psychiatrickou, diabetologickou, chirurgickou, zubní, ORL, kožní a také s laboratoří biochemickou a mikrobiologickou. Dále uvádí: *„Někdy i konzultuji s lůžkovým oddělením při hospitalizaci našich klientů.“* Jak často potřebovala pomoc, neumí odhadnout. Ale asi tak jednou za týden a většinou byli ochotní. Z ambulančí většinou byli ochotnější než z lůžkových oddělení v nemocnici.

**Respondentka (5S)** k dané oblasti říká: *„Nikdo není vševědoucí. Protože jsem všeobecná sestra a nemám tolik znalostí ve specializovaných oborech, potřebovala jsem také poradit a kontaktovat i jiné kolegy a kolegyně z odborných ambulančí.“* Nejčastěji kontaktuje diabetologickou poradnu, neurologii, psychiatrickou ambulanci a očního lékaře. Se spoluprací má dobrou zkušenost, protože jsou kolegové ochotni spolupracovat. S kolegyněmi z oddělení též spolupracuje. Říká, že potřebuje radu *„každou chvíli“*.

**Respondentka (6S)** zmiňuje, že radu kolegyně potřebovala především při nástupu do domova v rámci zaučování. Říká: *„Nyní ji již tak často nepotřebuji. Ale to neznamena, že bych se někdy s kolegyní neporadila. Nejčastěji konzultuji s jinou kolegyní zdravotní stav klienta, kdy se rozhodujeme, zda zavoláme lékaře či nikoliv.“* Dále popisuje: *„Radu kolegyně z jiné ambulance potřebuji jen občas. Týká se to především diabetologické ambulance, kdy při zhoršení diabetu potřebuji konzultovat zdravotní stav s lékařkou. Také objednáváme léky z jiných ambulančí – urologické, neurologické, psychiatrické, oční ambulance nejčastěji.“* Celkově spolupráci s kolegyněmi hodnotí kladně. Uvítala by, kdyby byla uváděna řádná doporučení, protože by jim to ušetřilo spoustu času *„při dohledávání, jak to vlastně má být“*.

**Respondentka (7S)** se radí s kolegyněmi z oddělení zejména při zhoršení zdravotního stavu klienta. Z jiné odborné ambulance potřebovala radu jen zřídka. Říká: *„Občas se radím s diabetologickou ambulancí, s psychiatrickou ambulancí. Popřípadě volám do nemocnice, když nám vrátí klienta s ne příliš jasným doporučením. Napíší nám, že má mít klient za týden kontrolu, nenapíší čeho, kde apod. Takže spíše voláme pro upřesnění takových či podobných doporučení. Vždy jsem se setkala s ochotou.“*

**Respondentka (8S)** popisuje: „Práce, kterou dělám, je týmová práce. Každá z nás o daném klientovi a o jeho problému něco ví a může to sdělit. Je třeba si informace předávat, aby každý věděl, co je potřeba znát a u jednotlivých klientů dělat; jaké mají potíže a jak tyto potíže lze nejlépe řešit.“ K odborným ambulancím říká: „I z jiné ambulance jsem občas potřebovala poradit, popřípadě konzultovat zdravotní stav klienta. Spolupracuji s diabetologickou ambulancí, ORL, se zubním, očním, s ortopedickou ambulancí.“ Konzultuje zde postupy léčby a ošetrovatelské péče, které nejsou zřejmé z lékařské či ošetrovatelské zprávy. Dále dodává: „Celkově se dá říct, že se zas až tak často s jinou ambulancí neradím. Častěji jdu konzultovat situaci se staniční sestrou na druhé oddělení. Většinou se shodneme na stejném postupu. Když obě váháme, raději volám. Co se týká ochoty odborných ambulancí spolupracovat, záleží jak na které. U interních oborů jsem se často setkala s neochotou – asi proto, že se jedná o seniory. U chirurgických oborů byli vždy ochotnější.“

**Respondentka (9S)** radu a pomoc potřebuje často. Říká: „S kolegy se radím často. Každý klient potřebuje individuální přístup a často je nutné pro práci vědět, jakou zkušenost s klientem mají ostatní kolegové.“ Z jiné ambulance potřebovala pomoc převážně od psychologa, diabetologické ambulance. Říká: „Vždy jsem se setkala jen s ochotou v domově i při kontaktu s pracovníky odjinud.“

**Respondentka (10S)** na dotaz, zda potřebovala pomoc od kolegyň, říká: „Ano, v začátcích jsem se na kolegyně obracela s prosbou o radu. Vždy mi ochotně pomohly. Jsem za to ráda. Člověk přeci jenom, pokud některé věci nedělá, zapomene, ale díky dobrému přístupu jsem si je velmi rychle oživila.“ Pomoc od kolegyň z jiné ambulance zatím nikdy nepotřebovala, pouze v případě volání RZP. Vždy se spíše radila s kolegyněmi.

#### 4.2 Výsledky standardizovaného dotazníku S.O.C. Antonovský

**Tabulka 2 Počet bodů získaných v dotazníku Psychická nezdolnost sester S.O.C. A. Antonovský**

sestra	součet bodů	sestra	součet bodů
1	132	22	113
2	128	23	123
3	129	24	113
4	99	25	109
5	120	26	119
6	108	27	118
7	158	28	128
8	133	29	115
9	133	30	108
10	124	31	106
11	122	32	127
12	149	33	122
13	120	34	127
14	96	35	126
15	121	36	115
16	113	37	115
17	124	38	110
18	99	39	132
19	114	40	112
20	113	41	124
21	102	42	115

Tabulka znázorňuje počet sester a jejich počet získaných bodů. Celkový počet sester byl 42. Nejvíce bodů získala sestra č. 7 – 158 bodů, nejméně bodů získala sestra č. 14 – 96 bodů.

**Tabulka 3 Vyhodnocení psychické nezdolnosti sester z domovů pro seniory**

	Počet	Minimum	Maximum	Median
<b>Sestry, se kterými byl veden rozhovor</b>	<b>10</b>	<b>99</b>	<b>158</b>	<b>128,5</b>
<b>Všechny sestry</b>	<b>42</b>	<b>96</b>	<b>158</b>	<b>119,5</b>

Vyhodnocení psychické nezdolnosti sester v domovech pro seniory. Celkový počet sester - 42. Antonovský uvádí střední hodnotu – medián 145. Výsledky u respondentek, se kterými byl veden rozhovor, ukázaly střední hodnotu – medián – 128,5. Střední hodnota u všech respondentek pracujících v domovech pro seniory je 119,5. Sestry, se kterými byl veden rozhovor, získaly minimum 99 bodů a maximum 158 bodů. U všech sester bylo získáno minimálně 96 bodů a maximálně 158 bodů.

## 5. Diskuze

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí rozhovorů se sestrami z různých domovů pro seniory. Zaměřili jsme se na ošetrovatelskou péči s cílem zjistit, v jakých oblastech mají sestry pracující v domovech pro seniory největší problémy, jak sestry zvládají fyzickou a psychickou zátěž, jaké jsou u sester nutné teoretické znalosti a praktické dovednosti a jaké možnosti mají v oblasti dalšího vzdělávání.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části je popisováno stáří, stárnutí s jeho specifiky, způsoby péče o seniory, práce sestry v domově pro seniory a možnosti jejího vzdělávání. Pro zjištění výše uvedených cílů bylo v empirické části použito kvalitativní výzkumné šetření. Byla zvolena metoda nestandardizovaného rozhovoru se sestrami pracujícími v domovech pro seniory, které poskytují či pomáhají s přímou ošetrovatelskou péčí. Pro doplnění informací o psychické náročnosti práce v domově pro seniory byl využit dotazník standardizován S.O.C. A. Antonovského.

Prvním cílem bylo: *Zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče mají sestry pracující v domovech pro seniory největší problémy.* Na základě odpovědí respondentů vzniklo Schéma 3 Největší problémy v práci sestry, kdy z výzkumného šetření vyplývá, že ošetrovatelská péče v domovech pro seniory má svá specifika v oblasti problémů týkající se klientů, jejich rodinných příslušníků, sester, provozu a legislativy. Dále sem lze zařadit spolupráci s kolegy z oddělení, odborných ambulancí a z nemocnic. Některé části jednotlivých kategorií se prolínaly s jinými kategoriemi. Skupina získaných dat z kategorie *Největší překážky v práci* se objevila i v kategorii *Zátěž sester*.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že osobu klienta spojovalo s problémy v práci 7 respondentek z 10. Jako nejčastější důvod byla uváděna nespolečná práce klienta, pocity a nálady klienta – ve 4 případech - a také adaptace, kterou uvedly 3 respondentky. Zadák, Jiráková a kol. (2004) uvádí, že starší lidé potřebují více času na přizpůsobení se, aby nepocíťovali změnu jako nátlak, s čímž z vlastní zkušenosti mohou jen souhlasit. Dále uvádějí, že ve stáří dochází ke zhoršení adaptace na nové podmínky, což se může

projevovat neochotou měnit zažité zvyklosti. Zkušenosti respondentek to potvrzují a udávají obtížnou adaptaci klienta jako výraznou komplikaci při poskytování péče. Uváděly, že „*se stávají případy, kdy rodina podává svým seniorům nepravdivé informace*“. Svým seniorům říkají, že „*jdou do domova jenom na léčení a po uzdravení si ho vezmou domů, že v domově nebudou muset nic dělat a vše mu udělají sestry*“. Tyto informace, které se neslučují se skutečností, pak výrazně v praxi zhoršují adaptaci klienta na nové prostředí a ovlivňují jeho spolupráci při péči, jak uváděly 4 respondentky. Nespolupráce klienta se projevuje i „*nedodržováním léčebného režimu, kouřením, porušováním dietního omezení a neochotou při manipulaci s klientem*“. Respondentky mají zkušenosti, že i rozhodnutí řešit své sociální zázemí podáním žádosti o umístění v pobytové službě je často spojeno s nátlakem rodiny a personálu v nemocnici. Souhlas, ale neztotožnění s tímto řešením, pak samozřejmě a nepříznivě ovlivňuje průběh adaptace klienta. Tento názor koresponduje s názorem Kalvacha a kol. (2004), který uvádí, že jsou často důležitější názory členů rodiny a zdravotnických či sociálních pracovníků v nemocnici než samotné přání seniorů. Kalvach a kol. (2004) nabízí možnosti zlepšení adaptace seniora podporou orientace, cílevědomě vedeným přijímacím procesem a psychoterapeutickou podporou. S tímto názorem souhlasím, ale mám zkušenost, že noví klienti domova odmítají nabízenou pomoc od psychologa. Trvá delší dobu, než jsou někteří z nich ochotni takovou pomoc přijmout. Praxe mi také potvrzuje zkušenost, že celý proces od podání žádosti po průběh adaptace příznivě ovlivňuje seznámení s prostředím, provázené osobním jednáním s kompetentními pracovníky zařízení, před rozhodnutím stát se žadatelem o službu. Bohužel v praxi se před nástupem seznamuje s prostředím jen malá část klientů.

Respondentky se také ztotožňují s názorem Venglářové (2007), která uvádí, že se zvyšujícím věkem dochází ke zhoršení některých povahových rysů člověka a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Tyto psychické změny v kombinaci se změnou prostředí ztěžují adaptaci starého člověka. S tímto vyjádřením souhlasí 4 respondentky, které jako problém v práci uvedly náladovost klienta a 1 respondentka zmínila obtížnou spolupráci pro povahové rysy klienta.

Mezi další problémy v práci sestry byla uváděna rodina seniora, upozornilo na ni 8 respondentek. Za nenáročnější považují „*napadání a obviňování personálu a nepřiměřené požadavky*“, a to v 7 případech, 4 respondentky uvedly nespolečnosti rodiny. Jak uvádí Haškovcová (2010) a jak vyplývá i z našeho šetření, je těžké vyjít s rodinnými příslušníky, kteří ignorují psychické i fyzické limity v práci sestry a myslí si, že sestry se musí o seniora starat do roztrhání těla. Domnívají se, že klientovi finanční investice v podobě úhrady pobytu v zařízení je pro ně často dostatečný důvod ke kladení požadavků nad rámec povinného rozsahu poskytované péče. Je obtížné sladit péči o nesoběstačné seniory s nároky rodiny. Respondentky samy v této souvislosti uváděly, že „*je občas těžké vyjít s rodinnými příslušníky*“ – například protože „*nerespektují dietního omezení seniora. Rodinní příslušníci vyžadují vysoce nadstandardní péči, dochází k obviňování personálu ze špatné péče*“. Také se v této souvislosti zmiňují „*o nedostatku personálu*“. Výsledky šetření potvrzují názory Haškovcové (2010), která hovoří o nedostatečném ocenění sester u lůžka starých a nemocných lidí, kterým místo ocenění padá na hlavy především kritika – sestry se tak stávají hromosvodem „*všeho zlého*“.

Dále z výzkumného šetření plyne, jak uvádějí 4 respondentky, malý zájem rodiny o svého seniora. Shodují se názorem Haškovcové (2010), která uvádí, že rodinní příslušníci, kteří se o své seniory nestarají, mají vysoké nároky na ošetřovatelskou péči. Haškovcová (2010) to vysvětluje tak, že v této souvislosti lze uvažovat o projekci pocitů viny rodiny do neúměrně vysokých požadavků na druhé. Respondentky by uvítaly, „*kdyby se rodinní příslušníci o své rodiče více zajímali, častěji je navštěvovali a trávili s nimi více času*“. Ztotožňují se také s názorem Kalvacha a Onderkové (2006), v tom, že je žádoucí těsná spolupráce zdravotníků s pečujícími rodinami, které by měly být součástí pečujícího týmu. Mohu potvrdit, že většina rodinných příslušníků, kteří spolupracují při péči o seniory, jsou mnohem vstřícnější a je s nimi lepší komunikace při potížích v péči o seniora.

Dalším důvodem problémů v práci byly označeny sestry a jejich kolegyně, a to všemi 10 respondentkami. Jako problém vidělo 5 respondentek přístup svých kolegyně k jejich práci. Dvě respondentky jako příčinu označily nedostatečné vzdělání



pracovníků v sociální péči a 4 nedostatečnou odpovědnost při plnění pracovních povinností kolegyně.

Do překážek ve své práci zařadilo 7 respondentek provozní podmínky, kdy 4 respondentky udávaly nedostatek času na péči o klienta a nedostatek personálu na oddělení. Výzkumné šetření tedy potvrdilo tvrzení Haškovcové (2010), která hovoří o nedostatku ošetřujících v oblasti geriatric, kteří se ocitnou u lůžka starých a nemocných lidí. Respondentky se ztotožňují s názorem Haškovcové (2010), že nedostatek personálu v péči o seniory souvisí s neatraktivitou tohoto povolání. Vysvětlení hledá v systému vzdělávání zdravotníků všech kategorií. Dle jejího názoru je vzdělávání zaměřeno na zápas s nemocí a méně na problematiku týkající se dlouhodobé péče o seniory. Malíková (2011) uvádí, že se na ošetrovatelské péči v domově podílejí sestry a pracovníci v sociálních službách, o kterých se část respondentek zmiňovala. Odpovědi respondentek, také mimo Haškovcové (2011), korespondují s názorem Malíkové (2011), že ve většině pobytových sociálních zařízení je nedostatečný počet personálu, který se podílí na ošetrovatelské péči. Respondetky uváděly nedostatek personálu slovy: *„je nás málo, záleží na tom, kolik je ve službě personálu“*. Malíková dále uvádí, že řada poskytovatelů sociálních služeb snižuje počet sester v zařízení, což je velkým krokem zpět. Z vlastní zkušenosti vím, že po krajském personálním auditu v našem zařízení vznikl tlak na snížení počtu sester v domově. Tento tlak se v praxi projevil tím, že se do pracovního poměru nepřijímají nové sestry, přestože by byly, vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů a zachování kvality a rozsahu poskytované péče, potřeba.

Respondentky se také ztotožňovaly s názorem Malíkové (2011), že vzdělání a přístup pracovníků v sociální péči není dostatečný k tomu, aby si uvědomily všechny souvislosti a rizika týkající se zdravotního stavu seniora. Respondentky překvapivě udávaly, že některé jejich kolegyně z řad pracovníků sociální péče *„bagatelizují či zpochybňují důležitá rozhodnutí sestry“*, což respondentky vnímají jako překážku v péči o seniory. Tento názor potvrzuje Haškovcová (2010), která hovoří o tom, že vzhledem k neatraktivnosti tohoto oboru dochází k tomu, že je nutné s povděkem přijmout každého.

Jako další problém bylo 6 respondentkami označeno propojení ošetrovatelské péče se sociální péčí, která znamená nadměrné zatížení sestry administrativou. Zmiňovaly se „o velkém důrazu úřadů na sociální stránku při současném opomíjení zdravotní péče sester, o prolínání ošetrovatelské péče s péčí sociální, o roli sestry ve funkci klíčového pracovníka“. Mají stejný názor jako Haškovcová (2004), že zdravotní a sociální problémy seniorů jsou neoddelitelné. Malíková (2011) uvádí, že funkce klíčového pracovníka je náročná, stresující a že v některých zařízeních vykonávají funkci klíčového pracovníka z důvodu nedostatku pracovníků i všeobecné sestry. Poukazuje na to, že sestra je odborný pracovník se svými kompetencemi a funkce klíčového pracovníka jí nepřísluší. Dle jejího názoru by toto mělo být pouze dočasné opatření. Její tvrzení bylo také potvrzeno odpověďmi 8 respondentek. Z rozhovorů je zřejmé, že sestry vedou nejen ošetrovatelskou, ale také sociální dokumentaci. Sestry též plní funkci klíčového pracovníka, což vnímají respondentky jako problém ve své práci, který je vyčerpává. Respondentky uváděly, že „se ze sestry stává úřednická osoba vyplňující hromady papírů“ a myslí si, „že největším důkazem dobře odvedené práce by měl být především spokojený klient“. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že občas dochází k duplicitě záznamů v dokumentaci (ošetrovatelské a sociální). Sestry jsou kvůli nadměrné administrativě vyčerpané a opakovaně poukazují na nadbytečnou dokumentaci.

Jak vyplývá z našeho výzkumného šetření, které se shoduje s odbornou literaturou, má sestra v domově velkou zodpovědnost: „Je třeba si uvědomit, že práce sestry v pobytovém sociálním zařízení (domově pro seniory) je velmi náročná a mnohem zodpovědnější než ve zdravotnickém zařízení (Malíková, 2011, s. 212).“ Velkou zodpovědnost sestry v domově udávalo 7 respondentek, z toho u 6 respondentek byla spojována s nepřítomností lékaře v domově. Názor respondentek, že odpovědnost sestry souvisí s tím, že v zařízení není trvale přítomen lékař, potvrzuje ve své publikaci Malíková (2011). Stojí za zmínku, že pouze 1 respondentka dala do souvislosti s problémy práce v domově nedostatečné kompetence sestry, právě vzhledem k nepřítomnosti lékaře. Nároky na zodpovědnost vnímají zejména v situaci, kdy: „se sestra musí umět rozhodnout, zda situaci vyřeší sama či prostřednictvím lékařské

*pomoci, není zde trvale lékař a pokaždé nemohou volat lékařce, aby přijela zhodnotit zdravotní stav, sestra se musí rozhodnout, zda zavolá RZP či celou situaci zvládne sama bez lékaře, musí si umět poradit se vším“.* Svou zodpovědnost 2 respondentky také spojovaly s odpovědností za velký počet klientů a 2 respondentky za ošetrovatelskou péči všech pracovníků. Jejich názor koresponduje s Malíkovou (2011), která za příčiny náročnosti práce sestry považuje také to, že sestra je často jediným nejvýše postaveným pracovníkem na oddělení, který přebírá odpovědnost za celý tým a správné řešení dané situace bez možnosti konzultace. Všechny tyto problémy se negativně odrážejí na psychickém stavu respondentek, který bude popisován v kategorii Zátěž sester.

I přes jednotlivé problémy a zátěž, o které se budeme zmiňovat později, sestry zůstávají v tomto zaměstnání. Stojí zde za zmínku uvést, jaké důvody vedly sestry k tomu, aby začaly pracovat v domově a kdo jim pomohl překonat prvotní překážky. Z výsledků rozhovorů byla vytvořena další schémata. Schéma 1 znázorňuje Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory a Schéma 2 znázorňuje to, kdo pomohl sestrám v jejich začátcích v domově. Kategorie Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory byla na základě rozhovorů rozdělena na pracovní a osobní důvody. Pracovní důvody zmínilo 8 respondentek a 7 udalo osobní důvody. Mezi nejčastější důvody respondentky uváděly: volné pracovní místo – 5 respondentek - a odmítání dojíždění – také 5 respondentek, děti a rodina – 4 respondentky. Jako důvod k výběru tohoto zaměstnání, uvedla jedna z respondentek zájem o pomoc starším lidem. Výsledky rozhovorů korespondují s Haškovcovou (2010), která uvádí, že u lůžka seniorů pracují sestry z náhodných důvodů, nebo z nutnosti, protože v okolí jejich bydliště nebyla vhodnější pracovní příležitost. Haškovcová se zmiňuje o ojedinělých případech, kdy sestry z akutních lůžek přecházejí na volnější pracovní tempo do domova a také to, že zdravotníků, kteří by v tomto oboru chtěli pracovat, je „jako šafránu“. Obě tvrzení byla v našem případě potvrzena odpověďmi 2 respondentek: 1 respondentka jako důvod práce v domově uvedla, že jí nevyhovoval nemocniční režim a další, že chtěla pomáhat starším lidem.

Na základě výsledků výzkumného šetření bylo vytvořeno Schéma 2 Pomoc v začátcích. Pomoc pracovního týmu uvedlo 9 respondentek a 1 respondentka zmínila

pomoc rodiny. Z výsledků je patrné, že se respondenty na začátku svého pracovního poměru v domově, setkaly většinou s ochotou a pomocí svých kolegyně – a to v 6 případech, 6 respondentek uvedlo dobrý přístup staniční sestry a 6 respondentek za pomoc v začátcích označilo dobrou komunikaci v týmu. Výsledky korespondují s Etickými zásadami zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (2013), který udává, že zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.

Druhým cílem bylo *Zjistit, jak sestry pracující v domovech pro seniory, zvládají fyzickou zátěž*. Výsledky šetření jsou zobrazeny ve Schématu 5 Zátěž sester, kde je uvedena jak psychická, tak i fyzická zátěž. Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že respondenty považují svou práci za fyzicky náročnou a považují za nezbytné udržení jejich fyzické rovnováhy. Fyzickou zátěž udalo všech 10 respondentek. Spojovaly ji s imobilitou klientů – 8 respondentek, inkontinencí klientů – 6 respondentek, dále vždy ve 2 případech s nespokupací klienta, zdravotním stavem klienta a nedostatkem personálu; dále také se zhoršením zdravotního stavu klienta po hospitalizaci. Zajímavé je, že 1 respondentka spojila fyzickou zátěž s nočními službami a 1 s prostorovým omezením na pokoji. Ze šetření nelze jednoznačně určit podíl jedné ze zátěží, protože se navzájem výrazně ovlivňují.

Fyzickou i psychicky náročnou práci se starými lidmi popisují autoři Šafránková, Nejedlá (2006) a Kalvach a kol. (2004). Tuto náročnost spojují s inkontinencí, imobilitou, polymorbiditou a psychickými změnami, což bylo také výzkumným šetřením potvrzeno. Polovina respondentek uvedla, že fyzickou zátěž zvládá dobře, a to i přesto, že 4 z těchto respondentek připouští, že mají zdravotní potíže. Celkově zdravotní potíže uvedlo 8 respondentek. Nejčastěji udávané zdravotní potíže byly: bolest zad – 7 respondentek, bolest nohou – 5 respondentek, bolest krční páteře, kterou uvedly 2 respondenty. S ohledem na přísné vstupní zdravotní prohlídky lze předpokládat, že respondenty tyto potíže před nástupem do zařízení neměly a jsou tedy v přímé souvislosti s charakterem jejich současné práce. Zdravotní potíže respondenty zvládají většinou samy bez vyhledání další pomoci. Pomoc vyhledaly pouze 2 respondenty, a to formou masáží. Čtyři respondenty uvádějí občasné užívání

analgetika, 3 respondentky si dávají nohy do zvýšené polohy. Jedna respondentka se snaží omezit noční služby. V péči o fyzický stav by respondentky uvítaly více času a zkrácení pracovní doby – 5 respondentek; masáže, rehabilitaci a sport – 5 respondentek. Lze tedy souhlasit s názorem Malíkové (2010), která uvádí, že pozice sestry v domově pro seniory je celkově náročná, zvyšuje se její fyzická zátěž a náročnost je také dána i pracovním prostředím. Dluhošová a Tkáčová (2012) se zmiňují o tom, že zvýšená fyzická zátěž může vážně poškodit zdraví sestry a tím snížit její pracovní výkonnost. Toto tvrzení je shodné s naším výzkumným šetřením - práce s bezvládným a imobilním klientem je fyzicky velmi namáhavá. Respondentky uváděly, že v práci mají zvedací zařízení, ale často zvedají klienty bez těchto pomůcek z důvodu rychlejšího zajištění péče. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že sestry raději zvednou klienta samy, bez pomoci zvedacího zařízení. Často i z toho důvodu, že pokud klient upadne či se sesune z křesla a není zvednut „ihned“ (což pomocí zvedacího zařízení chvíli trvá), poukazuje později na to, že dlouho ležel na zemi, než mu někdo pomohl. Chtěla bych také zmínit jeden z výsledků šetření, který mě zaujal. Všech 10 respondentek zmiňovalo neochotu rodinných příslušníků poskytnout při své návštěvě pomoc při přesunu klienta. Dluhošová a Tkáčová (2012) u problematiky fyzické zátěže poukazují na to, že dlouhodobá přetíženost personálu souvisí se syndromem vyhoření. Přesto lze říct, že zvýšenou fyzickou zátěž zvládají sestry v domově poměrně dobře a snaží se vzniklé potíže řešit.

Třetím cílem bylo *Zjistit, jak sestry pracující v domovech pro seniory zvládají psychickou zátěž*. Haškovcová (2010) hovoří o tom, že fyzická zátěž sester pracujících u lůžek nemocných seniorů je srovnatelná se zátěží sester na jiných odděleních (např. ortopedických, chirurgických). Dle jejího názoru rozhodující roli hraje především zátěž psychická. Její názor potvrzuje výsledek našeho šetření, kdy respondentky pociťují psychickou zátěž mnohem více než zátěž fyzickou, přestože oba typy zátěže vnímá všech 10 respondentek. V oblasti psychické zátěže popisovaly respondentky i více konkrétních případů. Haškovcová (2010) spojuje psychickou zátěž s projekcí stárí ve vlastním životě stejně jako 2 respondentky, které uváděly, že „*si projektují svou budoucnost a mají obavu z vlastního stárnutí a stárnutí svých blízkých*“. Za důvody

psychické zátěže byli nejčastěji označováni klienti, a to v 9 případech, rodina klienta a komunikace byly uvedeny v 8 případech. Sedm respondentek udalo jako příčinu psychické zátěže: „*interpersonální vztahy, nedostatečnou vzdělanost pracovníků v sociální péči a neplnění pracovních povinností kolegyň*“. Respondentky se shodují s názorem Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007), které uvádějí, že zdravotnický pracovník se s problematickým chováním ve svízelných situacích potkává denně. Profesi sestry lze proto označit jako náročnou - její vykonávání provází řada těžkých pracovních situací. S tímto tvrzením se ztotožňuje 7 respondentek, které udávaly jako důvod psychické zátěže zdravotní stav klienta (umírající klient, demence, imobilita, psychické změny ve stáří, poruchy chování). Zajímavé je, že všech 10 respondentek jako důvod psychické zátěže uvedlo již dříve zmiňovanou zodpovědnost. K příčinám psychické zátěže lze zařadit i nedostatečné uznání práce sestry v domovech pro seniory. Vnímání nedostatečné prestiže svého povolání uvedlo 7 respondentek. Z rozhovorů je zřejmé, že potřeba uznání je pro respondentky velice důležitá. Šafránková a Nejedlá (2006) překvapivě ve své publikaci uvádějí, že ošetrovatelská péče o staré lidi je ceněna. Tento názor je ojedinělý, a to jak u ostatních autorů, tak i v našem výzkumném šetření. Naopak výsledky našeho šetření jsou v souladu s Haškovcovou (2010), která píše o neatraktivnosti a opomíjení geriatric, o nedostatečné prestiži tohoto povolání a přidává, že k neutěšené situaci přispívá i nevhodné chování rodinných příslušníků a veřejnosti. Zmiňuje se o tom, že pokud reálná péče neodpovídá představám rodiny, pak kritizují všechno a všechny – s tímto názorem se většina respondentek také ztotožňuje. Shodu zaznamenávám i s názorem Malíkové (2011), že příbuzní často nedokážou akceptovat zhoršující se zdravotní stav svého seniora a své emoce a často i výčitky svědomí, že se nedokázali o svého člena rodiny postarat sami, přenášejí formou neadekvátního chování na sestry. Tento přístup rodiny se projevuje obviňováním a nespokojeností, která vystavuje personál velkému psychickému tlaku. Respondentky důvody psychické zátěže popisují: „*Je těžké vyjít s rodinnými příslušníky, kteří se z jakéhokoliv důvodu nechtějí nebo nemůžou postarat o svého seniora. Ti pak řeší různé situace nevhodným způsobem. Neprojevují zájem o klienta, který by o kontakt s rodinou velmi stál. Při dodržování léčebných opatření*

*rodina nespolupracuje, myslí si, že budou sestry celý den k dispozici jen jejich seniorovi. Chtějí svého seniora upřednostňovat před ostatními klienty. Dochází ke zneužívání a neoprávněnému obviňování personálu ze strany rodiny.“*

Lze též souhlasit s Dlugošovou a Tkáčovou (2012), které uvádějí, že pouze sestra ví, kolik trpělivosti a sebekontroly potřebuje k ošetření seniorů. Sestra musí být asertivní a často volit opatrně slova nejenom při komunikaci s klienty, ale také při komunikaci s rodinnými příslušníky. Senioři by ale neměli zapomínat na to, že i oni mají povinnosti vůči personálu. Komunikace s rodinou a klienty byla 8 respondentkami uváděna jako další důvod psychické zátěže. Respondentky spojovaly psychickou zátěž při komunikaci s: *„nesoudnou rodinou, neukázněným klientem, nespolupracujícím klientem, s dementním klientem a komunikaci s agresivním klientem, ale také s rodinou umírajícího či zemřelého klienta“*. Výsledek šetření koresponduje i s tvrzením Dlugošové a Tkáčové (2012), které hovoří o tom, že psychická zátěž je spojena s péčí o klienty v pokročilém stadiu demence, jejich nepokojností a agresivitou. S tímto tvrzením se ztotožňuje 5 respondentek. Sedm respondentek udávalo jako důvod psychické zátěže zdravotní stav klienta.

Psychickou rovnováhu považují respondentky za velmi důležitou pro výkon své práce. Přestože 9 z nich hodnotilo svůj subjektivní psychický stav dle konkrétních situací jako: *„vyčerpanost, sklíčenost, přepracovanost a psychickou náročnost“*, tak 4 respondentky uvedly, že psychickou zátěž zvládají dobře. Čtyři uvedly, že *„je to jako na houpačce a jak kdy“* a pouze 1 respondentka uvedla, že psychickou zátěž zvládá špatně. Všechny 10 respondentek harmonizuje svůj psychický stav prostřednictvím zájmových činností. K těmto zájmovým činnostem byly u 7 respondentek řazeny procházky, u 5 rodina a přátelé a u 4 respondentek byl udáván sport. K dalším relaxačním činnostem řadí: *„četbu, sledování filmů, poslouchání hudby, spánek a péči o zahrádku“*. Z rozhovorů plyne, že 7 respondentek by uvítalo rozhovor s psychologem. Nutno dodat, že přestože do zařízení psycholog pravidelně dochází a zaměstnanci mají možnost jeho služeb využít, ve skutečnosti této nabídky využila pouze 1 respondentka. Způsoby nastolení psychické rovnováhy korespondují s Křivohlavým (2010), který tyto metody řadí mezi specifické normy uvolňování.

Výsledky šetření se shodují s jeho tvrzením, že je důležité zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu. Respondentky využívají i další možnosti uváděné Křivohlavým (2010) - jedná se o hledání sociální opory a společné řešení daného problému. Respondentka uvedla, že „*rozhovor s kolegyní jí pomáhá zvládnout psychicky vypjatou situaci při péči o klienty*“. Ostatní považují komunikaci za důležitou součást své profese. Především pak konzultaci při změně zdravotního stavu klienta, kdy není přítomen lékař. Tato situace, jak jsem již zmiňovala, vede k vyšší zodpovědnosti a zvyšuje psychickou zátěž. Zaujalo mě, že některé respondentky se zmiňovaly i o rodinách, které s nimi spolupracují. Spolupráce rodin klientů „*si moc váží a pomáhá jim s nastolením psychické rovnováhy*“. Mezi další podněty zlepšující psychický stav 3 respondentky řadily „*spokojenost rodiny, klienta a dobrou náladu na pracovišti*“, 5 respondentek „*poděkování rodiny a nadřízeného*“, méně pak „*zlepšení zdravotního stavu klienta a spolupráce s rodinou*“.

Pro dokreslení třetího cíle jsme použily standardizovaný dotazník S.O.C. Antonovského, který je zaměřen na psychickou nezdolnost sester. Křivohlavý (2006) uvádí, že respondenti, kteří dosáhli vysokého výsledku v S.O.C. dotazníku, jsou mimořádně odolní k vnějším tlakům, nepodléhají stresům, mají své plány a nevzdávají se. Antonovský uvádí střední hodnotu – medián - 145. Výsledky u našeho zkoumaného vzorku respondentek, se kterými byl veden rozhovor, ukázaly střední hodnotu – medián – 128,5. Střední hodnota, medián, u všech respondentek pracujících v domovech pro seniory, u kterých byl S.O.C. dotazník vyplňován, je 119,5. Výsledky ukázaly, že většina respondentek se nepřiblížila ke střední hodnotě, kterou uvádí Antonovský. Výsledky S.O.C dotazníku korespondují s tvrzením Dluhošové a Tkáčové (2012) a potvrzují závěry rozhovorů, že je práce sester v domově pro seniory psychicky náročná.

Pro dokreslení uvádím srovnání výsledků dotazníku S.O.C. Antonovského sester pracujících v traumacentrech a v domovech pro seniory. K tomuto účelu jsem vybrala srovnání s diplomovou prací Polanové (2010), která se zabývala psychickou zátěží sester, pracujících v traumacentrech České republiky. Z výsledků její práce je zřejmé, že sestry pracující v traumacentrech dosahovaly hodnot mediánu – 128; 128,5 a 127.



Ani tam se většina z nich nepřiblížila ke střední hodnotě 145, udávané Antonovským. Sestry pracující v domovech pro seniory dosahovaly střední hodnoty mediánu 128,5 a 119,5. Z daných výsledků je zřejmé, že psychická náročnost práce sester pracujících v domovech pro seniory je srovnatelná s psychickou náročností práce sester pracujících v traumacentrech v nemocnicích. Polanová (2010) se ve své práci zmiňuje, že sestry z traumacenter kladou větší důraz na náročnost psychickou než na fyzickou. Její názor koresponduje s výsledky mé práce, protože i sestry z domova kladou také větší důraz na psychickou zátěž.

Čtvrtým cílem bylo *Zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sester při poskytování ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory.* Výsledek šetření je zaznamenán ve Schématu 4 Sestra v domově a její schopnosti. Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007), ve své publikaci uvádějí, že zdravotnické povolání z hlediska odborné přípravy i profesionálního výkonu patří mezi náročná povolání. Respondentky souhlasí s jejich závěry: *„Od sestry se očekává, že unese svou fyzickou zátěž, zvládne odbornou činnost, dokáže jednat s nemocnými, bude zvládat pracovní a rodinný život“.* V této části jsme se zaměřili i na ostatní předpoklady sestry pracující v domově pro seniory. Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007) a Kopřiva (2006) dále uvádějí, že pro výkon funkce sestry ve vztahu ke klientovi v pomáhajících profesích jsou nezbytné osobnostní předpoklady, jako je například empatie, vystupování, hodnotová orientace a další. Dle Kopřivy (2006) se však tyto dovednosti ve školách většinou neučí. Jejich stanovisko potvrzují i výsledky výzkumného šetření, kdy 4 respondentky uváděly, že pro práci v domově je nezbytnou osobnostní výbavou sestry empatie, trpělivost a vstřícnost. Další nejčastěji zmiňované vlastnosti jsou: osobní předpoklady – zmínily 3 respondentky, chuť k práci – 2 respondentky a nejvíce - 5 respondentek - udalo schopnost převzetí odpovědnosti. Také v 7 případech uvedly psychickou odolnost a schopnost komunikovat. Mezi další schopnosti zařadilo 9 respondentek schopnost spolupráce, administrativní dovednosti zmínilo 8 respondentek a znalost sociální práce uvedlo 7 respondentek. Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že pro sestru v domově jsou nezbytné i odborné znalosti - uvedlo 10 respondentek a také odborné dovednosti, jež zmiňovalo 7 respondentek.

Jak uvádí Malíková (2011), vyplývá i z našeho výzkumného šetření, že pro práci sestry v domově musí sestra naplňovat řadu požadavků. Respondentky se ztotožňují s tím, že „sestra musí mít dostatek zdravotnických a ošetrovatelských znalostí a dovedností, orientaci v problematice geriatrického ošetrovatelství, psychologie, komunikace, musí být manuálně schopná a mít schopnost týmové práce“. Sestra musí mít podle respondentek i schopnost komunikace s klienty s různou úrovní kognitivních funkcí, „zvládat a předcházet konfliktním situacím, sestra má mít dostatek vědomostí týkajících se zvláštností chorob ve stáří, musí umět zhodnotit zdravotní stav klienta, má být pohotová, být schopná spolupráce s kolegyněmi, orientovat se ve vedení dokumentace, poskytovat řádnou a kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči, musí umět provádět odborné zákroky“. K odborným zákrokům sestry řadí například odběry biologického materiálu, péči o PEG, PMK, ránu a stomie, prevenci dekubitů, vyšetření EKG, aplikaci a podávání léků, cévkování a podávání klyzma. Výsledky šetření se shodují s názorem Malíkové (2010), která zmiňuje, že pozice sester je celkově náročná i z toho důvodu, že musí vykonávat řadu neodborných a nekvalifikovaných činností. Samy respondentky v 9 případech udávaly jako hlavní náplň práce ošetrovatelskou péči a vedení dokumentace, sociální práci – 7 respondentek a odborné činnosti – 5 respondentek. Hlavní náplň uváděná respondentkami koresponduje s Malíkovou (2011). Schopnost komunikace udávaná 7 respondentkami je dle Malíkové (2011) při poskytování péče v domovech pro seniory důležitá, protože nedostatek znalostí a dovedností vede k nedorozuměním, problémům, a to většinou na obou zúčastněných stranách. Respondentky také spojovaly komunikaci s obhajobou své vykazované ošetrovatelské péče při kontrole zdravotní pojišťovnou. Pro sestry je důležitá i schopnost spolupráce, kterou uvádí všech 10 respondentek. Význam přikládají především spolupráci s kolegy z domova a z odborných ambulancí, a to v 9 případech, a spolupráci s nemocnicí udávají pouze ve 4 případech. Jako důvody spolupráce zmiňují konzultaci zdravotního stavu, sjednocení léčebného postupu, zjištění výsledků z laboratoře a objednávání léků.

Z výsledků šetření a i z vlastní zkušenosti mohu souhlasit s informacemi celé řady autorů, kteří uvádějí, že práce sestry v domově zahrnuje nejen ošetrovatelskou péči,

ale také odborné činnosti a navíc i znalost sociální práce. Respondentky přidaly ještě další informace týkající se jejich práce. Spojovaly je „s nedostatečnou informovaností svých kolegů z nemocnic, kteří si myslí, že se odborné zákroky v domovech pro seniory vůbec neprovádějí“. Zmiňovaly se o podceňování úrovně poskytované péče v domově pro seniory ze strany zdravotnického personálu v nemocnicích. V této souvislosti se sestry z domovů setkávají s degradací své práce, o které se dozvídají od rodinných příslušníků klientů, kteří byli v nemocnici, ale také z vlastní zkušenosti při jednání s kolegy z nemocnic.

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že souhlasí s Malíkovou (2011) v tom, že geriatrické ošetřovatelství pro seniory v pobytových sociálních zařízeních nenahrazuje lékařskou péči, a že sestra jako odborný pracovník sleduje všechny příznaky a celkový stav klienta. Tím přispívá ke snížení ošetřovatelských problémů, vede ke zvýšení soběstačnosti klientů, má aktivizační charakter. Ošetřovatelskou péči poskytují podle současných norem s ohledem na seniory a jejich potřeby.

Posledním cílem bylo *Zjistit, jaké možnosti mají sestry v domovech pro seniory v oblasti dalšího vzdělávání*. Van der Elst a kol. (2012) udává, že je sestra zodpovědná za získávání znalostí a dovedností a za jejich udržování v aktuálním stavu. Dle Van der Elsta by se mělo vzdělávání zaměřit na znalosti a dovednosti v oblasti péče o starší pacienty. S tímto názorem lze souhlasit, protože z výsledků šetření je zřejmé, že respondentky v domovech preferují témata školení, která se týkají práce se seniory, a to 5 respondentek, 7 respondentek udalo jako vhodné téma školení komunikaci a 5 respondentek preferuje téma ošetřovatelské péče. Již dříve udávaná psychická zátěž se odráží i ve vyhledávaném tématu školení – 4 respondentky uvedly psychologii a psychohygienu. Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry v domově mají přehled o možnostech vzdělávání. V domovech pro seniory by měl být dle Malíkové (2011) přítomný odborně vzdělaný pracovník – sestra, která má dobrou orientaci v ošetřovatelských problémech. I proto je povinné celoživotní vzdělávání podle 10 respondentek přínosné pro jejich práci. Z výsledků šetření plyne, že 7 respondentek má střední zdravotnickou školu, jedna respondentka má vyšší zdravotnickou školu a 2 respondentky mají vysokoškolské vzdělání v oboru ošetřovatelství. Jedna

respondentka se střední zdravotnickou školou má vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské, ale již v oboru zaměřeném na sociální práci. Tento výsledek je srovnatelný s výzkumem Beňadikové (2013), která se sice nezmiňuje o sociálních zařízeních, ale o zdravotnickém zařízení. Hovoří o tom, že na jednotlivých odděleních pracují sestry s různým typem vzdělání. Na základě výzkumného šetření bylo dále zjištěno: 7 respondentek si myslí, že pro práci v domově pro seniory by bylo vhodné ošetrovatelské vzdělání, z toho 5 respondentek by uvítalo též specializaci v oboru geriatric, psychiatrie či interny. Dalším přínosem pro práci v domově by byla praxe v oboru, kterou uvedly 4 respondentky. Z výzkumného šetření plyne, že 9 z 10 respondentek nestuduje a jako důvody udávaly: „rodina, nízké sebevědomí, nedostatek odvahy kvůli závistí kolegů a nedostatek času“. Respondentky se také vyjadřovaly k podpoře zaměstnavatele při vzdělávání. Všechny uvedly, že zaměstnavatel podporuje především celoživotního vzdělávání formou stáží, kurzů, seminářů a konferencí. V tomto případě svým zaměstnancům vše hradí. Platí jim cenu daného školení, cestovní výdaje, stravné a hodiny strávené na školení jim započítává do odpracované doby. Respondentky se k nutnosti vzdělávání vyjadřují kladně. Školení považují za přínosná, protože si obnoví vědomosti, které obohatí o aktuální poznatky ze svého oboru. Pravidelné proškolení považují za důležité proto, aby mohly svou práci odvádět kvalitně a profesionálně. Respondentky se též vyjadřovaly k podpoře soukromého studia sester na různých typech škol. Polovina respondentek uvedla, že jim zaměstnavatel vzdělání umožňuje; 5 jich udalo, že soukromé vzdělání nepodporuje a 2 respondentky zmínily, že soukromé vzdělávání není oceněno. V této souvislosti respondentky sdělovaly, že soukromé vzdělávání se finančně ani časově nepodporuje. Volno čerpají z dovolené či z napracovaných hodin. Z rozhovorů plyne, že jim nadřízení ve studiu zároveň ani nekladou žádné překážky. Dle Beňadikové (2013) by měla být úlohou všech manažerů snaha o další vzdělávání všech zdravotnických pracovníků, protože tím dochází i ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty. Respondentky se ztotožňují s názorem, že pouze systematické celoživotní vzdělávání, může zajistit odbornou úroveň sester, která souvisí s hrdostí na sesterskou profesi.

Lze také souhlasit s názorem Beňadikové (2013), ověřeným naším výzkumným šetřením, že si sestry využívají informace z mnoha zdrojů. Respondentky udávaly, že získávají informace nejenom ze školení, ale také z internetu, literatury, ošetrovatelských standardů a samostudiem. Můžeme říct, že sestry v domově mají poměrně velké možnosti v oblasti vzdělávání, a to formou jak celoživotního vzdělávání, tak i soukromého vzdělávání.

Dle mého názoru sestry pracující v domovech pro seniory nemají svou pozici jednoduchou. Setkávají se s velmi rozmanitými problémy, které zasahují do zdravotních i sociálních oborů. Z výsledků je zřejmé, že je jejich práce psychicky i fyzicky náročná. Samy více zdůrazňují psychickou zátěž. Dělalí řadu neodborných činností a zároveň musí mít všeobecné, ale i odborné znalosti. Psychickou náročnost zvyšuje i to, že se potýkají s neuznáním své práce. Osobně jsem se již několikrát setkala s opovržením a pohrdáním mou prací. A to bohužel i z řad kolegů z nemocničních zařízení. Při rozhovoru s nimi jsem ale zjistila, že o práci sestry v domově mnoho nevědí. Mnohdy se divili, co vše musí sestry v domově umět a zvládnout.

Okolnosti, které ovlivňují kvalitu práce v zařízení, jsou velmi rozmanité a i pro mě jako autorku bylo přínosem utřídění si těchto vlivů. Volbou tématu a jeho plánovanou prezentací v rámci konference na téma týkající se seniorů sleduji především přispění ke změně náhledu na práci všeobecné sestry v domově pro seniory, a to jak mezi zdravotníky, tak i v laické veřejnosti. Každodenní praxe mi potvrzuje nezbytnost velmi náročného sladění odbornosti s lidským přístupem. Uvědomuji si stále častěji, že kromě pocitu vlastního uspokojení z práce, potřebuji já i moje okolí vnímat ocenění našeho úsilí. Jsem přesvědčena, že nedocenění naší práce a její nedostatečná prestiž je daná v podstatné míře neinformovaností našeho okolí – proto věřím, že mé závěry pomohou alespoň pozvolna tento důvod eliminovat a povědomí o naší práci měnit.

## 6. Závěr

Pro účely diplomové práce s názvem „Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory“ bylo stanoveno 5 cílů. První cíl si kladl za úkol zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče mají sestry pracující v domovech pro seniory největší problémy. Druhým a třetím cílem bylo posoudit, jak sestry pracující v domovech pro seniory zvládají fyzickou a psychickou zátěž. Čtvrtý cíl měl za úkol zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sester při poskytování ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory. Pátý cíl se zaměřil na možnosti sester v domovech pro seniory v oblasti dalšího vzdělávání.

K realizaci kvalitativního výzkumného šetření byla zvolena metoda nestandardizovaného rozhovoru s respondenty. K jejich zpracování byla použita technika otevřeného kódování. Vzhledem se shodně udávané vysoké psychické náročnosti práce v domově pro seniory byl pro rozvinutí a doplnění tématu použit standardizovaný dotazník S.O.C. A. Antonovského. Pro výzkumné šetření bylo stanoveno 5 výzkumných otázek.

*1. V jakých oblastech mají sestry pracující v domovech pro seniory největší problémy? Závěry ukazují, že největší problémy vidí sestry v nespolupráci klienta, v jeho duševním stavu a obtížích s adaptací. Řadí sem i nespolupráci ze strany rodinných příslušníků. Za nejnáročnější považují problémy spojené s napadáním a obviňováním sester ze špatné péče, s nepřiměřenými požadavky na poskytovanou péči, nezájmem rodiny o seniora a nedostatečnou podporu léčebného režimu klienta. Výsledky ukazují, že by sestry přivítaly větší zájem rodinných příslušníků při jejich zapojení do péče o seniora, například formou častějších návštěv v domově. Mezi dalšími problémy sestry uváděly nedostatečnou vzdělanost pracovníků v sociální péči, nedostatek času při péči o klienta, nedostatek personálu, nadměrnou administrativu, zvýšenou zátěž spojenou s funkcí klíčového pracovníka a s vedením sociální dokumentace. Sestry poukazovaly na to, že se v domově klade větší důraz na sociální stránku. Dalším vážným problémem byla udávaná velká zodpovědnost sestry, nejčastěji spojovaná s nepřítomností lékaře v zařízení a odpovědností za velký počet klientů i za péči pracovníků v sociální péči.*

2. *Jaká je fyzická zátěž sester v domovech pro seniory?* Výsledky šetření ukazují, že sestry se shodly na vysoké fyzické zátěži, kterou spojovaly s imobilitou, inkontinencí, nespoluprací klienta a s jeho zdravotním stavem. Dalšími uváděnými důvody bylo prostorové omezení, noční služby a nedostatek personálu. Zvýšenou fyzickou zátěž většina sester zvládá dobře. K nabytí fyzické rovnováhy by přesto uvítaly: více času, zkrácení pracovní doby při zachování platu, rehabilitaci, masáže, sport a kontakt s přáteli

3. *Jaká je psychická zátěž sester v domovech pro seniory?* Všechny respondentky uvedly, že je pro ně práce se seniory psychicky náročná. Podílí se na ní klient a jeho rodina, potíže s komunikací v týmu, s nemocnicí, pracovním klimatem, zodpovědností a dokumentací. Za důležité faktory, které se podílejí na psychické zátěži, považují sestry nedostatečnou prestiž a uznání jejich práce ze strany rodiny, veřejnosti, ale i kolegů z nemocnic. Sestry psychickou zátěž vnímají jako významnější, ve srovnání s fyzickou zátěží. Výsledky S.O.C. Antonovského potvrdily psychickou náročnost práce sester v domově pro seniory. Sestry se samy snaží udržovat svou duševní rovnováhu volnočasovými aktivitami.

4. *Jaké má ošetrovatelský personál znalosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory?* Z výsledků plyne, že sestry mají odborné znalosti i dovednosti k poskytování ošetrovatelské péče, musí mít znalosti z oblasti geriatric, umět komunikovat a zvládat konfliktní situace. Musí umět vést dokumentaci, spolupracovat s ostatními kolegy z ambulancí a nemocnic, umět samostatně zhodnotit zdravotní stav seniora a zajistit případnou navazující péči. Sestry mají mít také znalosti z oblasti sociální péče. Musí být empatické, trpělivé, vstřícné, pohotové a zodpovědné.

5. *Jaký typ dalšího vzdělávání si vybírají sestry v domovech pro seniory?* Sestry mají zájem o celoživotní vzdělávání. Považují ho za přínosné a důležité pro zlepšování kvality poskytované péče. Většina sester preferuje krátkodobé vzdělávání formou školení, seminářů, stáží a různých kurzů. Uvítaly by psychologický kurz.

Výběr tématu souvisel se zkušeností autorky, která pracuje v domově pro seniory na pozici staniční sestry a přichází denně do styku s klienty i jejich rodinnými příslušníky. Sama ze své pracovní pozice musí často řešit mnoho problémů spojených

s péčí o seniory. Setkává se s tlakem na snížení počtu sester v domově a zároveň s tlakem na přijímání klientů se zhoršeným zdravotním stavem. Z tohoto důvodu se chtěla o této problematice dozvědět více.

Management domova pro seniory v Humpolci projevil zájem o danou problematiku a bude seznámen se závěry práce. Výsledkem práce je přednáška (Příloha 13) týkající se problematiky práce sester v domovech pro seniory, která bude zveřejněna v rámci konference na téma týkající se péče o seniory.



## 7. Seznam použité literatury

BARTOŠÍKOVÁ, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BRŮHA, D. a E. PROŠKOVÁ. (2011). *Zdravotnická povolání*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

BUKÁČOVÁ, J. (2012). Stáří v kontextu lidského života. *Ošetrovatelská péče*. Brno: Siviliana, roč. 3, č. 1, s. 4-6. ISSN 1213-2330.

BURCIN, B. a T. KUČERA. (2004). Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003-2065). *Demografie* [online]. roč. 46, č. 2, str. 100-111[cit. 2013-10.12]. ISSN 0011-8265. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012\\_edicniplan.nsf/t/10003101FC/\\$File/demografie\\_2\\_2004.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012_edicniplan.nsf/t/10003101FC/$File/demografie_2_2004.pdf)

ČERVENKOVÁ, A., D. BRUTHANSOVÁ a V. JEŘÁBKOVÁ. (2009). *Zmapování nejzávažnějších problémů ve financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v ústavech sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, v. v. i. 58 s. ISBN 978-80-7416-032-5.

ČEVELA, R. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

Demografický informační portál Stárnutí. (2009). *Demografie* [online]. 2009 [cit. 2013-10-13]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: [http://demografie.info/?cz\\_starnuti](http://demografie.info/?cz_starnuti)

DLUGOŠOVÁ, A. a L. TKÁČOVÁ. (2012). Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 22, č. 10, s. 29-30. ISSN 1210-0404.

DOLEŽALOVÁ, I. (2011). Poruchy chování seniorského věku. *Florence*. Praha: Ambit Media, roč. 7, č. 10, s. 7-9. ISSN 1801-464x.

DVOŘÁČKOVÁ, D. (2009). Společné uplatnění seniorů aneb aktivní stáří. *Sociální péče*. Brno: IKARIA, č. 4, s. 24-25. ISSN 1213-2330.

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. (2013). [on line]. [cit. 2013-09-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_177811.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_177811.html)

GLENNER, J., A. a kol. (2005). *When Your Loved One Has Dementia: A Simple Guide for Caregivers*. 1 edition. Maryland: The Johns Hopkins University Press, 137 s. ISBN-13: 978-0801881145.

GRUSS, P. (2009). *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2004). *České ošetřovatelství 10: Manuálek ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2010). *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 384 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HORÁKOVÁ, A. (2013). Varianty ústavní a neústavní péče o seniory v ČR. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 23, č. 4, s. 54-56. ISSN 1210-0404.

HOROVÁ, J. a S. LOUDOVÁ. (2012). Možnosti péče o nesoběstačné seniory. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: Promediamotion, roč. 8, č. 4, s. 5-7. ISSN 1801-1349.

JAROŠOVÁ, D. (2006). *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

JIRÁK, R. a kol. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JOBÁNKOVÁ, M. a kol. (2006). *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

JURAŠKOVÁ, B. a I. HOLMEROVÁ. (2010). Pohled na geriatrického pacienta. *Practicus*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, roč. 9, č. 2, s. 8-11. ISSN 1213-8711.

KALVACH, Z., Z. ZADÁK a R. JIRÁK a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. (2006). *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Z. a kol. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOMAČEKOVÁ, D. (2009). Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 19, č. 7-8, str. 26 –28. ISSN 1210-0404.

KONŠTACKÝ, S. (2010). Péče o stárnoucí populaci a příprava pracovníků pro zdravotnictví nejen ve Švýcarsku. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. Praha: Sdružení praktických lékařů ČR, roč. 20, č. 5, s. 9. ISSN 1212-6152.

KOPŘIVA, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence, otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada, 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2010). *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu* 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

MALÍKOVÁ, E. (2010). Náročnost a rozdílnost ošetrovatelské zátěže v domovech pro seniory a hospicech. *Ošetrovatelská péče*. Brno: Siviliana, roč. 2010, č. 2, s. 10-14. ISSN 1213-2330.

MALÍKOVÁ, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARTINKOVÁ, J. a A. BOTÍKOVÁ. (2013). Komunikácia a agresívnym pacientom s demenciou. *Diagnóza*. Praha: Promediamotion, roč. 9, č. 1, s. 3-4. ISSN 1801-1349.

MASARYKOVA UNIVERZITA. (2013). Studijní obor. *Ošetrovatelská péče v gerontologii* [online]. 2013 [cit. 2013-09-29]. Dostupné z: <http://www.muni.cz/study/fields/15983?lang=cs>

MÜHLPACHR, P. (2005). *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 316 s. ISBN 80-210-3838-1.

MÜHLPACHR, P. (2004). *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

Nařízení vlády ze dne 11. ledna 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů č. 31/2010* [on line].[cit 2014-2-10]. Dostupné z: [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=b1f575f4-01a1-4b07-bd5c-41618d0537f4&groupId=11063](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=b1f575f4-01a1-4b07-bd5c-41618d0537f4&groupId=11063)

NORDENFELT, L. (2004). The Varieties of Dignity. *Health care analysis* [on line]. 2004, roč. 12, č. 2, s. 70 [cit. 2013-9-28]. DOI 10.1023/ B:HCAN.0000041183.78435.4b. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b#page-1>

ONDŘIOVÁ, I. a T. FERTALOVÁ. (2013). Senioři verzus zdravé stárnutí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 23, č. 4, s. 50-52. ISSN 1210-0404.

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. (2013). Studijní obor. Ošetrovatelská péče geriatrické [online] 17. 1. 2013 [cit. 2013-14-10]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/index.php?kategorie=35519&id=4008>

PIDRMAN, V. a E. KOLIBÁŠ. (2005). *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 190 s. ISBN 80-7262-363-X.

PIDRMAN, V. (2010). Poruchy chování ve stáří. *Practicus: Příloha pro pacienty*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, roč. 9, č. 3. ISSN 1213-8711.

PIECKOVÁ, L. (2011). Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 21, č. 4, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

POCHYLÁ, K. (2005). *České ošetrovatelství I*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

POKORNÁ, A. (2010). *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

POLANOVÁ, A. (2010) Problematika ošetrovatelské péče v traumacentrech České republiky. Č. Bud., diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

PROŠKOVÁ, E. (2010). Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*. Praha: Ambit Media, roč. 6, č. 10, s. 3-4. ISSN 1801-464X.

PRŮŠA, L. (2007). *Ekonomie sociálních služeb*. 2.vyd. Praha: ASPI, 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

PRŮŠA, L. (2009). Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR, roč. 11, č. 6, s. 20-21. ISSN 1803-7348.

RABOCH, J. (2010). Kognitivní funkce, stárnutí a prevence. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. Praha: Sdružení praktických lékařů ČR, roč. 20, č. 3, s. 38-39. ISSN 1212-6152.

*Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 940/2011/EU ze dne 14. září 2011 o Evropském roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity*. (2012). [online]. 23.9.2011 [2013-09-24]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:CS:PDF>

SCOCCO, P., M. RAPATTONI a G. FANTONI. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2006, č. 3, s. 281-287 [cit. 2013-10-13]. DOI 10.1002/gps.1453. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=40da9671-6fec-4be6-a786-d295da2312c6%40sessionmgr4&hid=128>

Senior - Slovník cizích slov. *Slovník online* [online]. 2007 [cit. 2013-09-14]. Dostupné z: <http://www.online-slovník.cz/slovník-cizich-slov/senior>

STAŇKOVÁ, M. (2004) *České ošetřovatelství* 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 55 s. ISBN 80-7013-323-3.

SVOBODOVÁ, D. (2013). Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. *Florence*. Praha: Ambit Media, roč. 9, č. 6, s. 23-31. ISSN 1801-464x.

SÝKOROVÁ, D. a O. CHYTIL. (2004). *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 324 s. ISBN 80-7326-026-3.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. (2006). *Interní ošetřovatelství II*. 2.vyd. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĎOVÁ a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TEERI, S., H. LEINO-KILPI a M. VÄLIMÄKI. (2006). Long-Term Nursing Care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing ethics* [online]. 2006, roč. 13, č. 2, s. 116-129 [cit. 2013-10-13]. DOI 10.1191/0969733006ne830oa Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=40da9671-6fec-4be6-a786-d295da2312c6%40sessionmgr4&hid=128>

UOTINEN, V., T. RANTANEN, T. SUUTAMA a I. RUOPPILA. (2006). Change in Subjective Age among Older People over an Eight-Year Follow-Up: 'Getting Older and Feeling Younger?'. *Experimental Aging Research* [online]. 2006, roč. 32, č. 4, s. 381-393 [cit. 2013 -10-13]. ISSN 0361-073X. DOI 10.1080/03610730600875759. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=40da9671-6fec-4be6-a786-d295da2312c6%40sessionmgr4&hid=128>

Úplné znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2007). *Sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 867 s. ISBN 978-80-7208-625-2.

VAN DER ELST, Elisa a kol. (2012). Elderly patients' and residents' perceptions of 'the good nurse': a literature review. *Journal of Medical Ethics* [online]. (2012). [cit. 2013-10-19]. ISSN1473-4257. DOI 10.1136/medethics-2011-100046. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=dd8f986b-c731-4256-b28e-75dc9854df53%40sessionmgr11&hid=18&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=a9h&AN=70700898>

VÁVROVÁ, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOKURKA, M. a J. HUGO. (2004). *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

Vyhláška č. 472/2009, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. (2009). *Sbírka zákonů, Česká republika*. s. 8296-8298. ISSN 1211-1244.

WEBER, P. a kol. (2000). *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

WICHSOVÁ, J. (2012). O důstojnosti pacienta. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, roč. 9, č. 1, s. 7-13. ISSN 1212-4117.

XIE, H., T. J. CHAUSSALET a P. H. MILLARD. (2005). A continuous time Markov model for the length of stay of elderly people in institutional long-term care. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* [online]. 2005, roč. 168, č. 1, s. 51-61[cit. 2013-10-13]. ISSN 0964-1998. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=40da9671-6fec-4be6-a786-d295da2312c6%40sessionmgr4&hid=128>

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. (2007). *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1.vyd. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.



ZACHAROVÁ, E. (2010). Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 20, č. 12, s. 40-42. ISSN 1210-0404.

Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. In. Sbíрка zákonů ČR [on line]. [cit 2013-9-29]. Dostupné z: [http://fzs.zcu.cz/kaz/documents /Zxkon\\_x.\\_105-2011\\_Sb..pdf](http://fzs.zcu.cz/kaz/documents/Zxkon_x._105-2011_Sb..pdf)

ZGOLA, J., M. (1999). *Care That Works: A Relationship Approach to Persons with Dementia*. 1 editon. Maryland: The Johns Hopkins University Press, 256 s. ISBN-13: 978-0801860263.

## **8. Přílohy**

Příloha 1: Teorie stárnutí

Příloha 2: Členění stáří

Příloha 3: Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 940/2011/EU ze dne 14. září 2011 o Evropském roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012)

Příloha 4.: Barthelův test (ADL)

Příloha 5: Vyhláška č. 472/2009 Sb. Odbornost 913 - všeobecná sestra v sociálních službách

Příloha 6: Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Příloha 7: Autogenní relaxační trénink podle Schultze

Příloha 8: Test instrumentálních denních činností – IADL

Příloha 9: Mini-Mental-State test (MMS)

Příloha 10: Okruh otázek

Příloha 11: Dotazník A. Antonovského

Příloha 12: Tabulka pro vyplnění dotazníku

Příloha 13: Přednáška na téma Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory

Příloha 14: Seznam kódů k jednotlivým kategoriím a podkategoriím

Příloha 15: CD – rozhovory s respondenty

## Příloha 1. Teorie stárnutí

Weber uvádí, že lze teorie stárnutí rozdělit do dvou hlavních skupin:

**Stochastické teorie** - jejich principem je předpoklad, že děje spojené se stárnutím jsou nahodilé a s přibývajícím věkem se zvyšuje počet poruch buněčného řízení.

*Teorie omylů a katastrof* – příčinou je nahromadění chyb v syntéze proteinů při jejich transkripci a translaci.

*Teorie překřížení* – předpokladem stárnutí je přehození proteinů a buněčných makromolekul.

*Teorie opotřebení* – stárnutí je důsledkem poškození životně nenahraditelných částí organismu. Prvotní příčinou je zánik buněk, který vede k poškození tkáně, orgánu a nakonec organismu jako celku.

*Teorie volných radikálů* – ke stárnutí dochází v důsledku poškození membránových proteinů, enzymů a deoxyribonukleové kyseliny superoxidovými radikály (Weber a kol., 2000).

**Nestochastické teorie** – vycházejí z předpokladu, že stárnutí je geneticky předurčeno.

*Pacemakerova teorie* – tzv. „teorie genetických hodin“, orgány či orgánové systémy jsou geneticky naprogramované na určitou dobu života.

*Genetická teorie* – předpokladem je, že délka života je specifická pro každý živočišný druh (Weber a kol., 2000).

Jarošová se zmiňuje o sociálních teoriích, které jsou ovlivňovány strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou. Počet seniorů ovlivňuje postoj společnosti k nim. Čím je větší počet seniorů v společnosti, tím hrozí vyšší riziko jejich devalvace a naopak. Čím je nižší počet seniorů ve společnosti, tím mají senioři vyšší sociální status (Jarošová, 2006).

### **Sociální teorie**

*Teorie kontinuity a diskontinuity* – spokojenost seniora vychází z jeho srovnání současné situace se situací jeho života ve středních letech.

*Teorie neangažovanosti* – spokojenost člověka vychází z vyrovnání se s redukcí osobních a sociálních vztahů.

*Teorie aktivity* – pro udržení spokojenosti a sebepojetí člověka ve stáří je důležité pokračování vykonávání jeho aktivit (Jarošová, 2006).

## Příloha 2. Členění stáří

Další, v dnešní době, rozšířené a užívané členění stáří je podle Mühlpachra:

- 65 – 74 let mladí senioři (problematika aktivit, penzionování, volného času)
- 75 – 84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení) (Mühlpachr, 2004).

Dle Haškovcové lze z medicínských a praktických důvodů používat další dělení: *Kalendářní, chronologický, matriční věk* – odvozen od data narození. Je praktickým údajem, který může vypovídat o skutečném mládí nebo stáří. Zároveň se k němu přiřazují praktické činnosti a sociální opatření.

*Skutečný, biologický, funkční věk* – některými lékařskými metodami lze poznat jak na tom člověk doopravdy je, bez ohledu na kalendářní věk (Haškovcová, 2010).

Čevela se k tomuto rozdělení přidává další fakta a připojuje ještě stáří sociální. K biologickému stáří doplňuje, že je toto stáří vymezeno dosažením určité míry involučních změn a poklesem potencionálu zdraví. Na rozdíl od Haškovcové uvádí, že biologické stáří dnes není stanovitelné, protože neexistují přesná hlediska při posuzování, navíc je stárnutí prolno s různými změnami souvisejícími s chorobami. Vyjádřením involučních změn je myšlen pokles výkonnosti, úroveň funkčního zdraví a fenotyp stáří – změny ve stáří (změny postavy, chůze, postoje, chování, vlasů, pokožky a další) (Čevela, 2012). Důležitým faktorem biologického stáří je subjektivní vnímání stáří člověkem – psychický aspekt. Subjektivní vnímání věku se odráží v osobním hodnocení věku člověkem. Odráží se zde individuální psychické a fyzické schopnosti, sociální situace a kulturní faktory. Lidé mají tendence udávat svůj věk o 11 – 15 let nižší než je tomu ve skutečnosti (Uotinen a kol., 2006).

Ke kalendářnímu stáří Čevela dodává, že je snadno a jednoznačně stanovitelné a tím vyhovuje demografickým potřebám. Toto stáří však neříká nic o osobních involučních změnách, o sociálních rolích a jeho parametry se díky zlepšování zdravotního stavu historicky mění. Hranice stáří se tak postupně posouvá do vyššího věku. Dnes se někdy používá i členění seniorů na kategorii třetího věku – lidé nad 65 let, pro něž je charakteristický aktivní nezávislý život (Čevela, 2012).

U kalendářního věku se uplatňuje demografické hledisko – čím je starší populace, tím je vyšší hranice stáří. Tento věk má výhodu v jednoduchosti a jednoznačnosti (Mühlpachr, 2005).

Třetí věk je v současnosti dále dělen na třetí a čtvrtý věk. Třetí věk se shoduje s kategorií mladých seniorů a čtvrtý věk (vyzrálé stáří) datujeme od 75 let výše (Haškovcová, 2010).

„Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potencionálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnanost, veteránství – zastarávání znalostí, odchod dětí z orientační rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role penzisty a starého člověka, obvykle v souvislosti s funkčními deficity a různou mírou znevýhodnění oproti mládí“ (Čevela, 2012, str. 36). Za začátek sociálního stáří se většinou rozumí odchod do důchodu, popřípadě věk, kdy vzniká nárok na starobní důchod (Čevela, 2012).

Haškovcová se také zmiňuje o známém českém psychiatrovi Vladimíru Vondráčkovi, který rozdělil stáří na stáří konvenční - stáří je odvozeno od společenské dohody, kdy každá kultura považovala za starého člověka někoho jiného. A na stáří úřední, které je dáno „normou zákona“ (Haškovcová, 2010).

## Příloha 3. Rozhodnutí Evropského parlamentu a rady č. 940/2011/EU

23.9.2011

CS

Úřední věstník Evropské unie

L 246/5

### ROZHODNUTÍ

#### ROZHODNUTÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY č. 940/2011/EU

ze dne 14. září 2011

#### o Evropském roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012)

(Text s významem pro EHP)

EVROPSKÝ PARLAMENT A RADA EVROPSKÉ UNIE,

s ohledem na Smlouvu o fungování Evropské unie, a zejména na čl. 153 odst. 2 této smlouvy,

s ohledem na návrh Evropské komise,

po postoupení návrhu legislativního aktu vnitrostátním parlamentům,

s ohledem na stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru<sup>(1)</sup>,

po konzultaci s Výborem regionů,

v souladu s řádným legislativním postupem<sup>(2)</sup>,

vzhledem k těmto důvodům:

(1) Podle čl. 147 odst. 1 Smlouvy o fungování Evropské unie (dále jen „Smlouva o fungování EU“<sup>3)</sup>) má Unie přispívat k dosažení vysoké úrovně zaměstnanosti tím, že podněcuje spolupráci mezi členskými státy a podporuje a případně doplňuje jejich opatření.

(2) Podle čl. 153 odst. 1 Smlouvy o fungování EU má Unie podporovat a doplňovat činnost členských států v oblastech pracovních podmínek, zapojení osob vyloučených z trhu pracovních příležitostí a boje proti sociálnímu vyloučení.

(3) Podle čl. 3 odst. 3 Smlouvy o Evropské unii Unie mimo jiné bojuje proti sociálnímu vyloučení a diskriminaci a podporuje sociální spravedlnost a ochranu, rovnost žen a mužů a mezigenerační solidaritu.

(4) Článek 174 Smlouvy o fungování EU uznává, že některé regiony Unie jsou závažně a trvale znevýhodněny demografickými podmínkami, které mohou nepříznivě ovlivnit úroveň jejich rozvoje a které vyžadují zvláštní pozornost v rámci snahy o dosažení hospodářské, sociální a územní soudržnosti Unie.

(5) Podle článku 25 Lisiny základních práv Evropské unie Unie uznává a cíl práva starších osob na to, aby vedly důstojný a nezávislý život a podílely se na společenském a kulturním životě.

(6) Stárnutí je nepochybně výzvou pro celou společnost a všechny generace v Evropě a je také záležitostí mezigenerační solidarity a rodiny.

(7) Část obyvatelstva Unie, kterou tvoří lidé ve věku nad 55 let, bude narůstat mnohem rychleji, než tomu bylo doposud. To je velmi pozitivní, neboť jde o logický důsledek zlepšení zdraví a kvality života. Nicméně vzhledem k této demografické změně musí Unie čelit řadě výzev.

(8) Evropská rada uznala na několika svých po sobě následujících zasedáních potřebu řešit dopady stárnutí populace na evropské sociální modely. Hlavní odpověď na tyto rychlé změny ve věkové struktuře spočívá v podpoře vytvoření kultury aktivního stárnutí jako celoživotního procesu a zajištění toho, aby rychle rostoucí skupina obyvatel tvořená lidmi, jimž je v současné době více než 55 let, kteří jsou celkově zdravější a vzdělanější než příslušníci této věkové skupiny v minulosti, měla dobré podmínky pro zaměstnanost a aktivní zapojení do společenského a rodinného života, a to i formou dobrovolné činnosti, celoživotního učení, kulturního a sportovního využití.

(9) Podle Světové zdravotnické organizace je aktivní stárnutí procesem optimalizace možností v oblasti zdraví, zapojení a zabezpečení s cílem zlepšit kvalitu života během stárnutí. Aktivní stárnutí umožňuje lidem plně rozvinout svůj potenciál pro dobrou tělesnou, sociální a duševní

<sup>(1)</sup> Úř. věst. C 51, 17.2.2011, s. 55.

<sup>(2)</sup> Postoj Evropského parlamentu ze dne 7. července 2011 (dosud nezveřejněný v Úředním věstníku) a rozhodnutí Rady ze dne 19. července 2011.

- pohodu v průběhu celého jejich života a zapojovat se do společnosti, a přitom jim poskytuje odpovídající ochranu, zabezpečení a péči, když to potřebují. Podporování aktivního stárnutí proto vyžaduje mnohostranný přístup a odpovědnost prostřednictvím trvalé podpory napříč všemi generacemi.
- (10) Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) by měl navazovat na odkaz Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení (2010) a Evropského roku dobrovolných činností na podporu aktivního občanství (2011), a proto by měla být podporována součinnost těchto evropských roků a Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) (dále jen „evropský rok“).
- (11) Vzhledem k rostoucímu podílu starších lidí v Evropě a zvýšenému výskytu chronických onemocnění je dnes více než kdy jindy velmi důležité podporovat zdravé stárnutí všech lidí, zejména těch starších, a podporovat jejich vitalitu a důstojnost mimo jiné zajištěním přístupu k patřičné a vysoce kvalitní zdravotní péči, dlouhodobé péči a sociálním službám a vyvážením iniciativ na podporu prevence zdravotních rizik spojených se stárnutím. Zdravé stárnutí může přispět ke zvýšení účasti starších lidí na trhu práce, může jim umožnit být ve společnosti déle aktivní, může zlepšit individuální kvalitu jejich života a omezit tak na systémy zdravotní a sociální péče a systémy důchodového zabezpečení.
- (12) Komise předsevila své názory na demografické výzvy, kterým Unie čelí, a na možnosti jejich řešení ve svých sděleních „Demografická budoucnost Evropy – učiníme z problému výhodu“ ze dne 12. října 2006, „Podporovat solidaritu mezi generacemi“ ze dne 10. května 2007 a „Řešení dopadu stárnutí populace v EU (Zpráva o stárnutí populace za rok 2009)“ ze dne 29. dubna 2009.
- (13) Různorodost starší generace v Evropě se bude dále zvyšovat. Je proto třeba aktivně podporovat rovné příležitosti a podněcovat k účasti. Aktivní občané z různých prostředí plní ve společnosti důležitou propojovací funkci, napomáhají integraci a jsou přínosem pro hospodářství.
- (14) Dne 22. února 2007 přijala Rada a zástupci členských států zasedajících v Radě usnesení nazvané „Příležitosti a výzvy v souvislosti s demografickými změnami v Evropě: přínos starších lidí k hospodářskému a sociálnímu rozvoji“, ve kterém zdůraznila potřebu zvýšit možnosti aktivního zapojení starších lidí, mimo jiné i prostřednictvím dobrovolné práce, a nové hospodářské příležitosti („stříbrná ekonomika“) vzniklé v důsledku rostoucí poptávky ze strany starších lidí po určitých druzích zboží a služeb, jakož i význam pozitivního vnímání starších lidí ze strany veřejnosti.
- (15) Dne 8. června 2009 přijala Rada závěry nazvané „Rovné příležitosti pro ženy a muže: aktivní a důstojné stárnutí“, kde uznala, že se starší ženy i muži v celé Unii setkávají s vážnými problémy, snaží-li se vést aktivní život a důstojně zestárnout, a navrhla členským státům a Komisi přijmout řadu opatření zahrnujících podporu politik aktivního stárnutí, a zohlednit přitom rozdílné situace v jednotlivých členských státech a rozdílné problémy žen a mužů.
- (16) Dne 30. listopadu 2009 přijala Rada závěry nazvané „Zdravé a důstojné stárnutí“, kde mimo jiné vyzvala Komisi, aby „připravila informační akce na podporu aktivního stárnutí, včetně případného vyhlášení roku 2012 Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity“.
- (17) Ve svém sdělení nazvaném „Evropa 2020 – strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění“ ze dne 3. března 2010 Komise zdůraznila, jak je pro sociální soudržnost a vyšší produktivitu důležité, aby Unie udržovala zdravou a aktivní stárnoucí populaci. Dne 23. listopadu 2010 přijala Komise jako součást strategie Evropa 2020 sítější iniciativu nazvanou „Agenda pro nové dovednosti a pracovní místa: evropský příspěvek k plné zaměstnanosti“, podle které by členské státy měly především podporovat politiky aktivního stárnutí. Dne 16. prosince 2010 přijala Komise rovněž sítější iniciativu nazvanou „Evropská platforma pro boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení: evropský rámec pro sociální a územní soudržnost“. Splnění uvedených cílů vyžaduje zapojení vlády na všech úrovních i různých nevládních subjektů: na úrovni Unie lze pak tyto cíle podporovat činnostmi v rámci evropského roku, které se zaměřují na zvyšování povědomí a posílení výměny osvědčených postupů. Vnitrostátní koordinátoři by měli dbát na to, aby vnitrostátní opatření byla koordinovaná a v souladu s cíli evropského roku. Rovněž by se měla naplánovat účasti dalších institucí a zúčastněných subjektů.
- (18) Dne 7. června 2010 přijala Rada závěry nazvané „Aktivní stárnutí“, v nichž vyzvala Komisi, aby „pokračovala v přípravě Evropského roku pro aktivní stárnutí v roce 2012, během kterého lze vyzdvihnout výhody aktivního stárnutí a jeho přínosy mezigenerační solidaritě a zveřejnit slibné iniciativy na podporu aktivního stárnutí na všech úrovních“.
- (19) Dne 11. listopadu 2010 přijal Evropský parlament usnesení nazvané „Demografická výzva a solidarita mezi generacemi“, ve kterém vyzývá členské státy, aby



- v nadcházejících letech učinily z aktivního stárnutí jednu ze svých priorit. Usnesení zároveň zdůraznilo, že evropský rok by měl vyzdvihnout zejména přínos starších lidí pro společnost a poskytnout příležitost k posílení solidarity, spolupráce a porozumění mezi generacemi a umožnit spolupráci mladších a starších lidí.
- (20) Stanoviska, která vypracoval Evropský hospodářský a sociální výbor a Výbor regionů, rovněž zdůraznila význam aktivního stárnutí pro Evropu tím, že mimo jiné kladou důraz na důležitost mezigenerační zdravotní péče.
- (21) Rozhodnutí Rady 2010/707/EU ze dne 21. října 2010 o hlavních směrech politik zaměstnanosti členských států (\*) vyzývá členské státy v hlavních směrech 7 a 8 ke zvýšení účasti pracovní síly prostřednictvím politik na podporu aktivního stárnutí, ke zvýšení míry zaměstnanosti starších pracovníků prostřednictvím podpory inovace v organizaci práce a zvýšení zaměstnatelnosti těchto pracovníků prostřednictvím zvyšování jejich kvalifikace a účasti na systémech celoživotního učení. Hlavní směr 10 zdůrazňuje potřebu posílit systémy sociální ochrany, celoživotní učení a politik aktivního začleňování s cílem vytvořit příležitosti pro lidi v různém stádiu života, poskytnout jim ochranu proti riziku chudoby a sociálního vyloučení a posílit jejich aktivní účast ve společnosti.
- (22) Ve svém sdělení nazvaném „Digitální agenda pro Evropu“, první sdělení iniciativy strategie Evropa 2020 přijaté dne 19. května 2010, Komise zdůraznila význam aplikací a služeb v oblasti informačních a komunikačních technologií (IKT) pro důstojné stáří a navrhla především posílení společného programu asistovaného žití v domácím prostředí (Ambient Assisted Living – AAL). V Digitální agendě pro Evropu bylo rovněž doporučeno přijmout společné akce za účelem zvýšení schopnosti práce s digitálními technologiemi všech Evropanů včetně starších lidí – skupiny, která má mezi 150 miliony občanů (přibližně 30 % z celkového počtu obyvatel), kteří internet nikdy nepoužili, výrazné zastoupení. Zjednodušení přístupu k novým technologiím a zaškolení v jejich používání by dále zlepšilo příležitosti pro starší lidi.
- (23) S ohledem na strategii Evropa 2020 navrhla Komise v rámci sdělení iniciativy „Unie inovací“ zahájit inovační partnerství v oblasti aktivního a zdravého stárnutí. Cílem této iniciativy je umožnit občanům déle žít nezávisle a v dobrém zdraví a do roku 2020 zvýšit průměrnou délku zdravého života o dva roky.
- (24) Komise provádí Evropskou strategii pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010-2020, která s ohledem na častou souvztažnost mezi zdravotním postižením a stárnutím obsahuje příslušná opatření týkající se starších lidí. V návaznosti na koncepci „designu pro všechny“ jsou důležitá zejména opatření zaměřená na přístupnost. Podstatná jsou rovněž opatření na podporu samostatného bydlení a začlenění do společnosti, mimo jiné ta, která se zaměřují na starší osoby se zdravotním postižením, kteří potřebují vysokou úroveň podpory, mají složitější potřeby a jsou obzvláště zranitelní a náchylní k sociálnímu vyloučení. Kromě toho Unie a všechny členské státy podepsaly Úmluvu Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením, která obsahuje mimo jiné ustanovení týkající se starších lidí.
- (25) Evropský den mezigenerační solidarity se každoročně slaví dne 29. dubna. Poskytuje vhodnou příležitost k tomu, aby Unie obnovila svůj závazek posílit solidaritu a spolupráci mezi generacemi s cílem propagovat spravedlivou a udržitelnou společnost.
- (26) Toto rozhodnutí stanoví finanční krytí, které bude pro rozpočtový orgán hlavní referenční hodnotou ve smyslu bodu 37 interinstitucionální dohody ze dne 17. května 2006 mezi Evropským parlamentem, Radou a Komisí o rozpočtové kázní a řádném finančním řízení. (\*)
- (27) Na aktivní stárnutí se zaměřuje také několik fondů, programů a akčních plánů Unie, jako je Evropský sociální fond (\*), Evropský fond pro regionální rozvoj (\*), program PROGRESS (\*), program celoživotního učení (\*), a v rámci tohoto programu zejména program Grundevig, program v oblasti zdraví (\*), specifické programy v oblasti informačních a komunikačních technologií a v oblasti sociálně-ekonomických a humanistických věd v Sedmém rámcovém programu pro výzkum a rozvoj (\*), akční plán „Důstojné stáří v informační

(\*) Úř. věst. C 139, 14.6.2006, z. 1.

(\*) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1081/2006 ze dne 5. července 2006 o Evropském sociálním fondu (Úř. věst. L 210, 31.7.2006, z. 12).

(\*) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1080/2006 ze dne 5. července 2006 o Evropském fondu pro regionální rozvoj (Úř. věst. L 210, 31.7.2006, z. 1).

(\*) Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1672/2006/ES ze dne 24. října 2006, kterým se zavádí program společenství pro zaměstnanost a sociální solidaritu – Progress (Úř. věst. L 315, 15.11.2006, z. 1).

(\*) Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1720/2006/ES ze dne 15. listopadu 2006, kterým se zavádí akční program v oblasti celoživotního učení (Úř. věst. L 327, 24.11.2006, z. 45).

(\*) Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES ze dne 23. října 2007, kterým se zavádí druhý akční program Společenství v oblasti zdraví (2008–2013) (Úř. věst. L 301, 20.11.2007, z. 3).

(\*) Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1982/2006/ES ze dne 18. prosince 2006 o sedmém rámcovém programu Evropského společenství pro výzkum, technologický rozvoj a demonstrace (2007 až 2013) (Úř. věst. L 412, 30.12.2006, z. 1).

(\*) Úř. věst. L 308, 24.11.2010, z. 46.

společnosti", společný program asistovaného žití v domácím prostředí (AAL) <sup>(1)</sup>, rámcový program pro konkurenceschopnost a inovace <sup>(2)</sup>, který zahrnuje pilotní projekty na zavádění informačních a komunikačních technologií pro akční plán Důstojné stáří, přípravná akce CALYPSO pro sociální cestovní ruch a akční plán pro městskou mobilitu.

- (28) S cílem zajistit účast široké škály organizací by se během evropského roku mělo co nejvíce umožňovat pořádání akcí a činností menšího rozsahu.
- (29) Zapojení příslušných sílí na úrovni Unie v rámci evropského roku by mělo být motivováno a podpořeno odpovídajícími zdroji.
- (30) Jelikož cíl evropského roku nemůže být uspokojivě dosaženo na úrovni členských států vzhledem k nutnosti nadnárodní výměny informací a šíření osvědčených postupů v celé Unii, a proto jich může být vzhledem k rozsahu navrhovaných činností lépe dosaženo na úrovni Unie, může Unie přijmout opatření v souladu se zásadou subsidiarity stanovenou v článku 5 Smlouvy o Evropské unii. V souladu se zásadou proporcionality stanovenou v uvedeném článku nepřekračuje toto rozhodnutí rámec toho, co je nezbytné pro dosažení těchto cílů.

PŘIJALY TOTO ROZHODNUTÍ

#### Článek 1

##### Předmět

Rok 2012 se vyhláší Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (dále jen „evropský rok“). Měl by podporovat vitalitu a důstojnost všech.

#### Článek 2

##### Cíle

Celkovým cílem evropského roku je usnadnit v Evropě vytvoření kultury aktivního stárnutí založené na společnosti pro všechny věkové skupiny. V tomto rámci evropský rok podněcuje a podporuje úsilí členských států, regionálních a místních orgánů, sociálních partnerů, občanské společnosti a podnikatelského sektoru, včetně malých a středních podniků, zaměřené na podporu aktivního stárnutí a větší snahu o mobilizaci potenciálu rychle rostoucího počtu obyvatel ve věku nad 55 let. Přítom posiluje solidaritu a spolupráci mezi generacemi s přihlédnutím k rozmanitosti a rovnosti žen a mužů. Podporování aktivního stárnutí znamená vytvoření lepších příležitostí, aby starší ženy a muži mohli plnit svou úlohu na trhu práce, boj proti chudobě, zejména žen, a sociálnímu vyloučení, posílení dobrovolné činnosti

<sup>(1)</sup> Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 742/2008/ES ze dne 9. července 2008 o účasti Společenství v programu výzkumu a vývoje prováděném několika členskými státy a zaměřeném na zvyšování kvality života starších občanů prostřednictvím využití nových informačních a komunikačních technologií (Úř. věst. L 201, 30.7.2008, z. 49).

<sup>(2)</sup> Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1639/2006/ES ze dne 24. října 2006, kterým se zavádí rámcový program pro konkurenceschopnost a inovace (2007–2013) (Úř. věst. L 310, 9.11.2006, z. 15).

a aktivního zapojení do rodinného života a společnosti a podporu zdravého a důstojného stárnutí. To zahrnuje mimo jiné přizpůsobení pracovních podmínek, boj proti negativním stereotypům spojeným s věkem a proti diskriminaci na základě věku, zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, přizpůsobení systémů celoživotního učení potřebám stárnoucí pracovní síly a zajištění toho, aby systémy sociální ochrany byly odpovídající a poskytovaly vhodné pobídky.

S ohledem na první pododstavce jsou cíle evropského roku:

- a) zvýšit obecné povědomí o významu aktivního stárnutí a jeho různých aspektů a zajistit, aby mu bylo přiznáno významné postavení v politické agendě zúčastněných subjektů na všech úrovních, s cílem vyzdvihnout cenný přínos starších lidí pro společnost a hospodářství a více jej uznávat, podporovat aktivní stárnutí, solidaritu mezi generacemi a vitalitu a důstojnost všech lidí, více se snažit o mobilizaci potenciálu starších lidí bez ohledu na jejich původ a umožnit jim věst nezávislý život;
- b) podněcovat diskuzi, vyměňovat si informace a rozvíjet vzájemnou výměnu zkušeností mezi členskými státy a zúčastněnými subjekty na všech úrovních s cílem podporovat politiku aktivního stárnutí, určit a šířit osvědčené postupy a podporovat spolupráci a součinnost;
- c) nabídnout rámec pro závazky a konkrétní opatření, které umožní Unii, členským státům a zúčastněným subjektům na všech úrovních, při výrazném zapojení občanské společnosti, sociálních partnerů a podniků a se zvláštním důrazem na podporu informačních strategií, aby prostřednictvím konkrétních činností vypracovaly inovativní řešení, politiky a dlouhodobé strategie, včetně komplexních strategií řízení zohledňujících věkovou strukturu v oblasti zaměstnanosti a práce, a sledovaly konkrétní cíle týkající se aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity;
- d) podporovat činnosti, které pomohou bojovat proti diskriminaci na základě věku, překonávat stereotypy související s věkem a odstranit bariéry, zejména pokud jde o zaměstnatelnost.

#### Článek 3

##### Obsah opatření

1. Opatření, která je třeba přijmout k dosažení cílů stanovených v článku 2, zahrnují tyto činnosti na úrovni Unie, celostátní, regionální nebo místní úrovni:
- a) konference, akce a iniciativy, s aktivním zapojením všech příslušných zúčastněných subjektů, s cílem podpořit diskuzi, zvyšovat povědomí a podněcovat závazky ke konkrétním cílům přispívajícím k udržitelným a earlym dopadům;

- b) informační, propagační a vzdělávací kampaně využívající multimédia;
- c) výměnu informací, zkušeností a osvědčených postupů, a to mimo jiné prostřednictvím otevřeně metody koordinace a sítě zúčastněných subjektů usilujících o dosažení cílů evropského roku;
- d) výzkum a šetření na úrovni Unie, celostátní nebo regionální úrovni a šíření výsledků s důrazem na hospodářský a sociální dopad podpory aktivního stárnutí a s ním spojených politik.

2. Při uskutečňování činností uvedených v odstavci 1 je věnována pozornost zapojení všech generací do úsilí o dosažení cílů evropského roku, zejména prostřednictvím snahy o vytvoření přístupu umožňujícího začlenění a podpory účasti starších a mladších lidí na společných iniciativách.

3. Komise nebo členské státy mohou označit další činnosti jako přínosné pro cíle evropského roku a mohou umožnit, aby byl název evropského roku použit k propagaci těchto činností za podmínky, že budou přispívat k dosažení cílů stanovených v článku 2.

4. Komise a členské státy zohlední při všech svých činnostech spojených s evropským rokem rovnost žen a mužů.

5. Komise zohlední potenciál přeshraničních činností, které se konají na regionální nebo místní úrovni, pro dosažení cílů stanovených v článku 2.

6. Je vyvíjeno úsilí o zajištění toho, aby všechny činnosti v rámci evropského roku určené širší veřejnosti byly snadno přístupné všem, včetně osob se zdravotním postižením.

#### Článek 4

##### Koordinace na úrovni členských států

1. Každý členský stát určí vnitrostátního koordinátora pověřeného organizací účasti daného členského státu na evropském roce a informuje o jeho jmenování Komisi.

2. Vnitrostátní koordinátoři rovněž dbají na to, aby vnitrostátní činnosti v rámci evropského roku byly řádně koordinovány, a mohou v této souvislosti rovněž podporovat a usnadňovat místní a regionální činnosti. Vnitrostátní koordinátoři rovněž prosazují zapojení všech příslušných zúčastněných subjektů, včetně občanské společnosti, do činností v rámci evropského roku.

3. Členské státy se vyzývají, aby do 25. listopadu 2011 informovaly Komisi o svém pracovním programu, který bude obsahovat podrobný popis vnitrostátních činností plánovaných v rámci evropského roku.

#### Článek 5

##### Zúčastněné země

Evropského roku se mohou zúčastnit:

- členské státy;
- kandidátské země;
- země západního Balkánu a
- státy Evropského sdružení volného obchodu, které jsou smluvními stranami Dohody o Evropském hospodářském prostoru.

#### Článek 6

##### Koordinace na úrovni Unie

- Komise provádí evropský rok na úrovni Unie.
- Komise svolává zasedání vnitrostátních koordinátorů za účelem koordinace činností v rámci evropského roku na úrovni Unie a za účelem výměny informací a znalostí, včetně informací o případných závazcích a jejich provádění v členských státech.
- Komise usnadňuje a podporuje činnosti v rámci evropského roku na celostátní, regionální a místní úrovni, mimo jiné prostřednictvím případného navrhování nových metod a nástrojů pro dosažení cílů evropského roku a jejich hodnocení.
- Koordinace činností v rámci evropského roku na úrovni Unie spadá rovněž do působnosti stávajících politických výborů a poradních skupin.
- Komise rovněž svolává zasedání zástupců evropských organizací nebo subjektů působících v oblasti aktivního stárnutí, aby jí pomáhaly s organizací průběhu evropského roku.
- Komise v komunikační činnosti svých zastoupení v členských státech a příslušné klíčové síti na úrovni Unie, které získávají na své provozní náklady podporu ze souhrnného rozpočtu Unie, učiní ve svých pracovních programech z tématu evropského roku prioritou.
- Evropský parlament, členské státy, Evropský hospodářský a sociální výbor a Výbor regionů se připojí k činnostem v rámci evropského roku.

**Článek 7****Finanční a nefinanční podpora**

1. Činnosti uvedené v čl. 3 odst. 1 na úrovni Unie mohou být uskutečňeny na základě zadání veřejné zakázky či grantů financovaných ze souhrnného rozpočtu Unie.

2. Tam, kde je to vhodné, mohou programy a politiky v oblastech, které přispívají k podpoře aktivního stárnutí, jako jsou zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti, vzdělání a kultura, zdraví, výzkum, informační společnost, regionální politika a dopravní politika, podpořit evropský rok, a to v souladu s plánovými pravidly a v rámci jejich stávajících možností pro stanovování priorit.

3. Nefinanční podporu může Unie přiznat pro činnosti, které veřejné a soukromé organizace podnikly v souladu s čl. 3 odst. 3.

**Článek 8****Rozpočet**

1. Finanční krytí na provádění tohoto rozhodnutí na úrovni Unie, zejména na činnosti uvedené v čl. 3 odst. 1, na období od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2012 činí 5 000 000 EUR.

2. Roční rozpočtové prostředky schvaluje rozpočtový orgán v mezích finančního rámce.

**Článek 9****Soudržnost**

Komise spolu s členskými státy zajišťuje, aby opatření stanovená v tomto rozhodnutí byla v souladu s ustanoveními unijními, celostátními i regionálními programy a iniciativami, které přispívají k dosažení cílů evropského roku.

**Článek 10****Mezinárodní spolupráce**

Komise může pro účely evropského roku spolupracovat s příslušnými mezinárodními organizacemi, zejména s

Organizací spojených národů a Radou Evropy, přičemž dbá na zajištění viditelnosti úsilí Unie o podporu aktivního stárnutí.

**Článek 11****Hodnocení**

1. Do 30. června 2014 předloží Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů zprávu obsahující celkové hodnocení iniciativ stanovených v tomto rozhodnutí s podrobnostmi o provádění a výsledcích, která bude sloužit jako základ pro budoucí politiky, opatření a činnosti Unie v této oblasti.

2. Zpráva uvedená v odstavci 1 bude také obsahovat informace o tom, jakým způsobem byla do činnosti evropského roku začleněna rovnost žen a mužů a jak byl zajištěn přístup k uvedeným činnostem pro osoby ze zdravotním postižením.

3. Ve zprávě uvedené v odstavci 1 bude také zdůrazněno, jaké trvalé výsledky evropský rok přinesl pro podporu aktivního stárnutí v celé Unii.

**Článek 12****Vstup v platnost**

Toto rozhodnutí vstupuje v platnost prvním dnem po vyhlášení v Úředním věstníku Evropské unie.

**Článek 13****Určení**

Toto rozhodnutí je určeno členskými státním.

Ve Štrasburku dne 14. září 2011.

Za Evropský parlament  
předseda  
J. BUZEK

Za Radu  
předseda  
M. DOWGIELEWICZ

Zdroj:

*Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 940/2011/EU ze dne 14. září 2011 o Evropském roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012).* [on line]. 2011 [2013-09-24]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/12082/rozhodnuti.pdf>

Příloha 4.

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL-activity daily living)**

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
<b>1. najedení, napití</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>2. oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>3. koupání</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>4. osobní hygiena</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>5. kontinence moči</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>6. kontinence stolice</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>7. použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>8. přesun na lůžko - židle</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>9. chůze po rovině</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>10. chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>Celkové hodnocení</b>		

**Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.**

0 – 40 bodů = vysoký stupeň závislosti

45 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů = lehký stupeň závislosti

100 bodů = nezávislý

Zdroj:

STAŇKOVÁ, M. (2004) *České ošetřovatelství* 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO, s. 35.

ISBN 80-7013-323-6.

**Kapitola 913 – všeobecná sestra v sociálních službách****06611 ZAVEDENÍ NEBO UKONČENÍ ODBORNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře při převzetí pacienta do lékařem indikované péče.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 60

body: 178

Nositel	INDX	Čas
S3	3	60

ZUM: ne

ZULP: ne

**06613 OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE – ČASOVÁ DISPOZICE 10 MINUT**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře. Možnost opakování výkonu, maximálně však 3 hodiny/den. Výkon lze kombinovat s ostatními materiálovými výkony odbornosti 913.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 18/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 10

body: 24

Nositel	INDX	Čas
S2	2	10

ZUM: ne

ZULP: ne

**06621 KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU, EVENT. ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 10

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06623 APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., I. M., S. C., I. V., UV, EVENT. DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI. INSTALACE LÉČIV**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu. Léčebná terapie p. o. se vykáže jen v případě, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta musí být lék vložen do úst a musí být za pomoci pomůček kontrolována dutina ústní, neboť pacient není schopen spolehlivě polknout lék sám.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 4/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 5

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ano

**06625 PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 57

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06627 APLIKACE INHALAČNÍ LÉČEBNÉ TERAPIE, OXYGENOTERAPIE**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičti k výkonu ošetřovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 7

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06629 PÉČE O RÁNU**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetrovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 27

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06631 KOMPLEX – KLYSMA, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ A ZAVÁDĚNÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ U ŽEN**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetrovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 10

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06633 ZAVÁDĚNÍ NASOGASTRICKÉ SONDY**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetrovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 41

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06635 KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU, OŠETŘENÍ KOŽNÍCH LÉZÍ PŘÍSTROJOVOU TECHNIKOU**

Provedení vyšetření pomocí přístroje – např. EKG, spirometrie, glykémie. Ošetření kožních lézí pomocí přístrojů. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetrovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 1/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 20

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06637 NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetrovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den, max. 14 dní

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 7

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06639 OŠETŘENÍ STOMIÍ**

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci výkonů na určité období. Přičítá k výkonu ošetrovatelská intervence – časová dispozice, jen materiálové náklady výkonu.

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 3/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 22

Nositel	INDX	Čas
S2	2	0

ZUM: ne

ZULP: ne

**06645 BONIFIKAČNÍ KÓD ZA PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN**

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 12/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 8

ZUM: ne

ZULP: ne

---

**06649 BONIFIKAČNÍ KÓD ZA PRÁCI SESTRY V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU**

Kategorie: P – hrazen plně

OF: 36/1 den

OM: A – pouze ambulantně

čas výkonu: 0

body: 8

ZUM: ne

ZULP: ne

**Zdroj:**

Vyhláška č. 472/2009 kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.(2009). *Sbírka zákonů Česká republika*. ISSN 1211-1244.



Příloha 6.

### **Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů**

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

## **Zdravotnický pracovník a spoluobčané**

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

### **Zdravotnický pracovník a praxe**

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

### **Zdravotnický pracovník a společnost**

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdravé lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

### **Zdravotnický pracovník a spolupracovníci**

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

### **Zdravotnický pracovník a profese**

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Zdroj:

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů [online]. [cit. 2013-09-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/věstník\\_36\\_46\\_17\\_78\\_11](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/věstník_36_46_17_78_11). Huml.

## Příloha 7 Autogenní relaxační trénink podle Schultze

Cílem je nejen navození svalové relaxace, ale i prohlubování sebezpoznávání, zlepšování koncentrace, zdokonalování sebekontroly, snižování vlivu negativních afektů, tlumení bolesti a sebeřízení klidového ladění.

### *Vhodné polohy:*

- vsedě, nohy v mírném rozkroku ploskami plně na podlaze, ruce leží volně dlaněmi na stehnech a záda mírně ohnutá, hlava visí mírně dopředu a oči jsou zavřené,
- vleže na zádech s podloženou hlavou – doporučuje se přikrýt tělo v pase dekou,
- jiná (alternativní) poloha vsedě – provádí se v křesle nebo v lenošce, ruce jsou volně položeny předloktími na opěradlech křesla a hlava je mírně zakloněna, popřípadě podložena šálem.

### *Doporučený sled:*

- pravá ruka, levá ruka, obě ruce,
- pravá noha, levá noha, obě nohy
- obě ruce, obě nohy

Postup je uveden pro praváky, leváci musí postup pravá-levá obrátit. Počet opakování je různý. Schultz doporučoval při trénování jednoho jediného cviku opakovat ho šestkrát. Provádíme-li celý soubor všech šesti cviků a daří-li se nám hlouběji se soustředit na to, co právě cvičíme, stačí jedenkrát.

### *Šest základních fází cvičení:*

0. Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.
1. Pravá ruka je těžká, zcela těžká – levá ruka je zcela těžká.
2. Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.
3. Dýchá mi to klidně a pravidelně.
4. Srdce mi tlučte klidně a pravidelně.
5. V břiše se mi rozlévá teplo.
6. Hlava je příjemně chladná.

*Poznámky k jednotlivým cvičením:*

0. Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.

Je dobré se na uváděnou končetinu nejen soustředit, ale i s ní mírně pohnout, abychom si ji lépe uvědomili. Na konci tohoto „soustředění“ je vhodné si v duchu říkat „jsem klidný, jsem naprosto klidný, jsem zcela klidný“.

1. Pravá ruka je těžká, zcela těžká – levá ruka je zcela těžká.

Představa tíže, která navazuje na představu uvolnění všech končetinových svalů, prohlubuje dále celkový pocit uklidnění.

2. Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.

Cílem je zde zaměření na rozšíření cév v dané končetině, zvýšit povrchovou teplotu o jeden stupeň Celsiovy stupnice. Prohloubení může napomáhat např. představa šíření teploty od ramene k lokti a dále až do dlaní a prstů. Někomu pomáhá představa teplých kamen. Délka cvičení je dána dosažením pocitu příjemného tepla v dané končetině.

3. Dýchá mi to klidně a pravidelně.

Zde je důležité nemyslet na sebe – „já dýchám“, ale „ono mi to dýchá“. Někomu pomáhá představa houpání loďky na vlnách klidného moře. Někomu pomáhá sledování pohybů hrudníku, jenž se pomalu zvedá a klesá.

4. Srdce mi tluč klidně a pravidelně.

Zde je hlavním aktérem to tělo – „Srdce mi tluč klidně a pravidelně“. Jde o to jiný slyší tlukot srdce a někdo si přímo přiloží ruku na tepnu (např. na krku).

5. V břiše se mi rozlévá teplo.

Zde se soustředíme na největší uzel vegetativních nervů v dané oblasti, tj. na solar plexus, který se nachází uprostřed mezi dolním koncem hrudní

kosti a pupkem. Někomu pomáhá představa slunění, kdy se tato oblast příjemně uklidňuje a ohřívá.

#### 6. Hlava je příjemně chladná.

Nejde o násilnou představu chladu, ale o příjemný pocit chladu. Příkladem může být, když vás ofoukne slabý vánek. Začíná se pocitem mírného chladu na čele.

#### Ukončení autogenního relaxačního tréninku

Musí být pozvolné a nenásilné. Obdobný postup je jako pod vedením instruktora, který může říkat: „Dosáhli jsme největší hloubky vnitřního klidu. Nyní se budeme z této hloubky vynořovat, a to způsobem, že já budu počítat zpátky od deseti do jedné. Při každém nižším čísle se váš stav přiblíží k normálnímu bdění. Při vyslovení číslíce jedna otevřete oči, podívejte se kolem sebe. Koho uvidíte, na toho se usmějte, protáhněte všechny údy a zhluboka se nadechněte a vydechněte.“

Zdroj:

KŘIVOHLAVÝ, J. (2010). *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu* 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

Příloha 8.

**Test instrumentálních denních činností – IADL ( Instrumental aktivity daily living )**

<b>Činnost</b>	<b>Zvládnutí činností</b>	<b>Body</b>
<b>Telefonování</b>	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	<b>10</b>
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	<b>5</b>
	Nedokáže používat telefon	<b>0</b>
<b>Transport</b>	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	<b>10</b>
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	<b>5</b>
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	<b>0</b>
<b>Nakupování</b>	Je schopný si samostatně nakoupit	<b>10</b>
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	<b>5</b>
	Neschopný bez podstatné pomoci	<b>0</b>
<b>Vaření</b>	Uvaří samostatně celé jídlo	<b>10</b>
	Jídlo si ohřeje	<b>5</b>
	Jídlo musí připravit jiná osoba	<b>0</b>
<b>Domácí práce</b>	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	<b>10</b>
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	<b>5</b>
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	<b>0</b>
<b>Práce kolem domu</b>	Vykonává samostatně a pravidelně	<b>10</b>
	Vykonává pod dohledem	<b>5</b>
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	<b>0</b>
<b>Užívání léků</b>	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	<b>10</b>
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	<b>5</b>
	Léky musí podávat jiná osoba	<b>0</b>
<b>Finance</b>	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	<b>10</b>
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	<b>5</b>
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	<b>0</b>

**Vyhodnocení stupně závislosti:**

**0 – 40 bodů– závislý**

**41 – 75 bodů – částečně závislý**

**76 – 80 bodů– nezávislý**

Zdroj:

STAŇKOVÁ, M. (2004) *České ošetřovatelství* 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO, s. 37-38.

ISBN 80-7013-323-6.



**Folsteinův test kognitivních funkcí**  
**Mini-Mental-State test (MMS)**  
(modifikace Topinková, E., Mellanová, A. 1993)

<b>Orientace</b>	<b>maximální počet bodů</b>
Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum?	5
Kde nyní jste – země, oblast, ulice, č. domu, ev. nemocnice - podlaží, číslo pokoje. <i>Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu.</i>	5
<b>Paměť</b>	
Vyšetřující jmenuje 3 předměty během 3 vteřin, např. strom, okno, kniha a vyzve nemocného, aby je opakoval. <i>Správná odpověď – za každý předmět 1 bod.</i>	3
<b>Pozornost a počítání</b>	
Odečítejte 7 od čísla 100. <i>Ukončit po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod.</i>	5
<b>Krátkodobá paměť</b>	
Vybavte si a jmenujte 3 dříve uvedené předměty	3
<b>Jazyk</b>	
Vyšetřující ukáže 2 předměty (tužka, hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval.	2
Opakujte následující: „ale, avšak, a přece:	1
Proveďte po sobě tyto úkony: „vezměte papír do pravé ruky - přeložte jej ne polovinu a položte na stůl“	3
Přečtěte a proveďte tento příkaz (nemocný dostane postupně lístky s výzvami): „zavřete oči“	1
„napište větu, obsahující podmět a přísudek“	1
„namalujte podle předlohy tento obrazec“:	1
<b>Celkem</b> .....	
Hodnocení:	0 - 10 bodů těžká kognitivní porucha
	11 - 20 bodů kognitivní porucha středního stupně
	21 - 23 bodů lehká porucha

Zdroj:

STAŇKOVÁ, M. (2004). *České ošetřovatelství* 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO, s. 30.

ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 10. Okruh otázek

### **Okruhy otázek k rozhovoru se sestrami v domově pro seniory:**

1. Identifikační údaje.
2. Co vás vedlo k tomu pracovat v domově pro seniory?
  - Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?
  - Kdo vám nejvíce pomohl ve vašich začátcích?
  - S čím máte největší problémy při práci?
3. Co vše je nutné umět ve vaší práci (teoretické znalosti i praktické dovednosti)?
  - Jaká je podle vás hlavní náplně sestry v domově pro seniory?
  - Máte dostatek času věnovat se ošetrovatelské péči u vašich klientů?
4. Potřebovala jste někdy radu nebo pomoc od zdravotnického personálu, popřípadě od jakého?
  - Pokud ano, byli ochotni?
5. Je pro vás práce psychicky náročná, popř. co je pro vás psychicky nejvíce náročné?
  - Pokud ano, jak to zvládáte a jak relaxujete?
  - Myslíte si, že byste někdy potřebovala rozhovor s psychologem, popř. co byste uvítala?
6. Je pro vás práce fyzicky náročná, popř. co je pro vás nejvíce zatěžující?
  - Spolupracuje s vámi rodina (rodina klienta)?
  - Co byste uvítala k odpočinku?
7. Jaké je vaše kvalifikační vzdělání a studujete nyní?
  - Pokud studujete: Máte nějaké překážky při vzdělání (ze strany zaměstnavatele, kolegyň, rodiny)?
  - Jaké si myslíte, dle vašeho názoru, že je nejlepším vzdělání pro tuto práci?
8. Umožňuje vám zaměstnavatel nějaká vzdělání?
  - Pokud navštěvujete školení, jaká školení si vybíráte?
  - Je pro vás absolvované školení přínosné?
  - Máte pocit, že máte dostatek informací o vaší práci?
9. Jaké jsou podle vás formy vzdělávání pro sestry v oblasti geriatrie?
10. Chtěla byste něco dodat k práci na vašem oddělení, v domově?

Příloha 11. S.O.C. dotazník A. Antonovského

**Dotazník S.O.C.**

A. Antonovského

V tomto dotazníku je celkem 29 různých otázek či tvrzení a současně vždy pod písmeny a) a b) jsou uvedeny odpovědi, formulované tak, že, představují buď: bezvýhradný souhlas, nebo naopak nesouhlas s těmito otázkami a tvrzeními.

Každou otázku či tvrzení si vždy pozorně přečtete a míru vašeho postoje vyznačte na číselné škále pracovního listu. Zakroužkováním čísla 1 vyjádříte plný souhlas s odpovědí uvedenou

pod písmenem a); zakroužkováním čísla 7 vyjádříte plný souhlas s odpovědí uvedenou pod písmenem b).

Pokud s formou nabízené odpovědi souhlasíte jen zčásti, nebo s výhradami, zakroužkujete jinou číselnou hodnotu směrem ke středu. Zakroužkováním čísla 4 odpovídáte tak, že váš názor je někde uprostřed mezi nabízenými odpověďmi.

Při vyplňování dotazníku se u jednotlivých položek příliš nezastavujte. Důležitá je vaše bezprostřední odpověď.

1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že Vám nerozumějí?
  - a) nemám ho nikdy
  - b) mám ho vždy
2. Když jste v minulosti měl /a/ dělat něco, kde spolupráce s druhými lidmi byla nezbytná, měl /a/ jste pocit:
  - a) že to jistě nebude uděláno
  - b) že to jistě bude uděláno
3. Jak dobře a dokonale znáte lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy své vlastní rodiny)?
  - a) mám pocit, že jsou mi cizí
  - b) znám je velmi dobře
4. Máte pocit, že se v podstatě moc nezajímáte o to, co se děje kolem Vás?
  - a) velmi zřídka mám tento pocit
  - b) mám jej velmi často
5. Stalo se v minulosti, že jste byl /a/ překvapen /a/ chováním lidí, o nichž jste se domnívali, že je dobře znáte?
  - a) nestalo se to nikdy
  - b) tak tomu bylo velmi často

6. Stalo se vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval /a/ a s nimiž jste počítal /a/ ?
- nikdy se to nestalo
  - tak tomu bylo vždy
7. Život je:
- velmi zajímavý
  - jen běžná a rutinní záležitost
8. Váš život doposud:
- neměl jasný smysl a cíl
  - měl velice zřetelný a jasný smysl a cíl
9. Máte pocit, že se s Vámi zachází „nefér“ (nespravedlivě)?
- velmi často
  - velmi zřídka kdy nebo nikdy
10. V minulých deseti letech:
- byl Váš život plný změn, kdy jste nikdy nevěděl /a/, co se bude dít dál
  - Váš život plynul pořád stejně dál ve stálé shodě a pohodě
11. Většina věcí, které v budoucnosti budete dělat, bude:
- vzrušujících
  - velice nudných
12. Míváte pocit, že jste v neobvyklé situaci a nevíte dost dobře, co dělat?
- mám ten pocit velmi často
  - tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy
13. Co lépe vystihne, jak Vy sám /sama/ vidíte svůj vlastní život?
- člověk může vždy najít řešení těžkých životních situací
  - neexistuje žádné řešení těžkých životních situací
14. Když myslíte na svůj život, pak velmi často:
- cítíte, jak je dobré, že můžete žít
  - ptáte se sám /sama/ sebe, proč vlastně žijete (existujete)
15. Když stojíte před obtížným problémem, pak jeho řešení se Vám zdá:
- vždy nejasné a těžko se Vám hledá
  - vždy zcela jasné
16. Když máte dělat to, co děláte, každý den, pak je to pro Vás:
- zdrojem hluboké radosti a uspokojení
  - zdrojem utrpení a nudy

17. Váš budoucí život bude pravděpodobně:  
a) plný změn, kdy sám /sama/ ani nebudete dost dobře vědět, co se bude dít  
b) plynout souvisle a vše bude jasné
18. Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše reakce byla:  
a) „užírat se“ a „trápit se nad tím“  
b) říci si „ano, stalo se to, nedá se nic dělat, musím s tím prostějt a jde se dál“
19. Míváte nejasné představy a smíšené pocity?  
a) mám je velmi často  
b) mám je velmi zřídka kdy nebo nikdy
20. Když něco děláte, co Vám dává dobrý pocit, jste si jist /a/:  
a) že se tak dobře budete cítit i nadále  
b) že se něco stane, co Vám tento dobrý pocit pokazí
21. Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl /a/ ?  
a) velmi často  
b) velmi zřídka kdy nebo nikdy
22. Očekáváte, že Váš budoucí život bude:  
a) neúčelný a zcela bezesmyslný  
b) bude mít dobrý smysl, cíl a účel
23. Domníváte se, že vždy budou lidé, na něž se budete moci v budoucnu spolehnout?  
a) jsem si jist /a/, že zde budou takoví lidé  
b) pochybuji, že zde budou takoví lidé
24. Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dále dít?  
a) velmi často se mi to stane  
b) stane se mi to velmi zřídka kdy nebo vůbec
25. Mnozí lidé, i ti, kteří mají pevný charakter, se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se v minulosti takto cítil /a/ Vy?  
a) nikdy  
b) velmi často
26. Když se někdy něco stalo, zjistil /a/ jste obvykle:  
a) že jste buď podcenil /a/ nebo přecenil /a/ důležitost toho, co se dělo  
b) že jste viděl /a/ věci ve správném světle

27. Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáváte v důležitých úsecích svého dalšího života, máte pocit, že:
- a) vždy nad obtížemi zvítězíte a krize zvládnete
  - b) obtíže nezdoláte a nezvítězíte nad nimi
28. Jak často máte pocit, že to, co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl?
- a) tento pocit mám velmi často
  - b) tento pocit mám zřídka kdy nebo nikdy
29. Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist /a/, zda se dokonale ovládáte?
- a) tento pocit mám často
  - b) tento pocit mám zřídka kdy nebo nikdy

Příloha 12. S.O.C. Tabulka pro dotazník A. Antonovského

Dotazník SOC A. ANTONOVSKY

Pracoviště ( JIP, Standard atd.) .....Věk.....

Délka praxe :.....

Příklad vyplnění: Se svými přáteli se stýkám:

	Velmi často	a	1.	2.	3	4	5	6	7	b	Velmi zřídka
1.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	1.	.....
2.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	2.	.....
3.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	3.	.....
4.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	4.	.....
5.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	5.	.....
6.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	6.	.....
7.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	7.	.....
8.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	8.	.....
9.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	9.	.....
10.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	10.	.....
11.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	11.	.....
12.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	12.	.....
13.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	13.	.....
14.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	14.	.....
15.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	15.	.....
16.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	16.	.....
17.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	17.	.....
18.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	18.	.....
19.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	19.	.....
20.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	20.	.....
21.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	21.	.....
22.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	22.	.....
23.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	23.	.....
24.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	24.	.....
25.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	25.	.....
26.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	26.	.....
27.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	27.	.....
28.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	28.	.....
29.	a	1	2	3	4	5	6	7	b	29.	.....

Výsledek vyšetření:.....  
 .....

Příloha 13.

## **Přednáška na téma Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory**

Stáří

*Definice stáří Světovou zdravotnickou organizací:*

„Stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“. (Haškovcová, 2010, str. 20).

„Stáří je fyziologický a nevyhnutelný stav ve vývoji člověka. Stáří neznamena nemoc, ale proces, který začíná již od narození“ (Šafránková a Nejedlá, 2006, str. 193).

Členění stáří

WHO rozdělila věkové cykly pro stáří po patnácti letech:

- ✓ 60 – 74 let senescence, vyšší, starší věk (počínající, časné stáří)
- ✓ 75 – 89 let kmetství, vysoký, stařecký, pokročilý věk (neboli senium, vlastní stáří)
- ✓ 90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

Stárnutí populace, demografický vývoj

- ✓ demografické stárnutí společnosti se stává jedním z celosvětových problémů
- ✓ od poloviny 20. století postihuje v různé míře všechny země
- ✓ v souvislosti se zvyšujícím se počtem starých osob se hovoří o sociálním problému, hlavně ve spojitosti s důchodovým systémem, nárůstem nákladů na zdravotní péči a na sociální zabezpečení

Péče o člověka v domovech pro seniory

- ✓ v domovech pro seniory postupně přibývá nemocných seniorů, kteří zde očekávají především zdravotní péči
- ✓ domovy pro seniory patří mezi sociální zařízení, kde si senior pobyt hradí
- ✓ pobyt zde je většinou trvalý a zdravotní péče patří mezi doplňkové služby
- ✓ jsou zde klienti s vážnými zdravotními problémy (plně inkontinentní, imobilní, s různými stupni demence, zmatení, s akutními i chronickými chorobami), o které se musí seštra postarat



### Zdravotní péče v domovech pro seniory

- Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách podle §36 stanovuje povinnost pobytovým zařízením sociálních služeb zajistit přístup ke zdravotní péči osobám, poskytujícím své sociální služby.
- Poskytovatelé sociálních služeb nejsou povinni zdravotní péči poskytnout – to jsou povinna pouze zdravotnická zařízení dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
  - ✓ zdravotní péče je zajištěna smluvně s praktickými a odbornými lékaři
  - ✓ mezi odborné lékaře, kteří spolupracují se sociálním zařízením, patří: psychiatr, logoped, psycholog, stomatolog, neurolog, urolog (záleží na možnosti jednotlivých zařízení)
  - ✓ klient má právo ponechat si svého praktického lékaře, má také možnost zaregistrovat se u lékaře, se kterým má pobytové zařízení smlouvu
  - ✓ lékařská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a lékař, který péči poskytl, si ji také vykazuje
  - ✓ pokud vznikne závažný akutní stav, který vyžaduje odbornou zdravotnickou péči (vyšetření, ošetření, terapeutický postup), kontaktuje se praktický lékař, popřípadě lékařská pohotovostní služba či zdravotnická záchranná služba

### Ošetřovatelská péče v domovech pro seniory

- ✓ ošetřovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností, které se zaměřují na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob
- ✓ součástí ošetřovatelství je rozvoj soběstačnosti, péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti
- ✓ ošetřovatelství se také podílí na diagnostice, terapii a rehabilitaci
- ✓ podle § 36 zákona č. 108/2006 o sociálních službách poskytují domovy pro seniory pouze ošetřovatelskou a rehabilitační péči prostřednictvím svých zaměstnanců
- ✓ zaměstnanci mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
- ✓ na ošetřovatelské péči se podílí i pracovníci v sociálních službách

- ✓ při poskytování péče platí úměra – čím větší je závislost seniora, tím se zvyšují nároky na poskytovanou ošetrovatelskou péči a zvyšuje se ošetrovatelská zátěž pro personál
- ✓ do ošetrovatelské zdravotní péče o klienty patří sledování, vyhodnocování a zaznamenávání změn v jejich zdravotním stavu, chování a psychice
- ✓ sestra tyto informace posoudí, informuje lékaře a dále postupuje podle jeho ordinace
- ✓ důležité je vyhodnocování přítomnosti rizikových faktorů, včasný záchyt komplikací a jejich řešení
- ✓ informace o poskytované ošetrovatelské péči se předávají ústní i písemnou formou na začátku i konci každé služby
- ✓ samozřejmostí je vedení ošetrovatelské dokumentace o poskytované ošetrovatelské péči

#### Sestra v domově pro seniory

- mezi základní potřeby seniora patří vztah vytvořený na základě důvěry, jistoty a bezpečí
- základem práce sestry se seniory je naplňování těchto potřeb
- péče má být podřízena přáním seniora, má zachovávat lidskou důstojnost
- důležitou složkou při péči o seniory je naslouchání, vcítění a tolerance
- u geriatrického klienta se nelze soustředit pouze na jeho nemoc, ale musí se brát jako celek
- při péči o seniora se má zjišťovat zpětná vazba a účinek léčby podle subjektivního hodnocení seniora
- sestry musí poskytovat ošetrovatelskou péči dle zásad ošetrovatelského procesu, který vychází z holistického pojetí a zohledňuje specifické odlišnosti geriatrického ošetrovatelství
- sestra je nositelkou zdravotnických výkonů vykazovaných příslušné zdravotní pojišťovně
- sestra v zařízení nevykonává jen odbornou práci, ale běžně se účastní základní ošetrovatelské péče

- mzdové náklady sester jsou vyšší než u pracovníků v sociální péči, díky tomu dochází v současné době ke snižování stavu sester v domovech pro seniory

#### Psychická zátěž

- ✓ ošetřujících v geriatrici je nedostatek
- ✓ pečující o seniora u lůžka, se místo ocenění dočkávají většinou kritiky - na rozdíl od ošetřujících u akutních lůžek, kterým se dostává poděkování
- ✓ péče o seniory není atraktivní, jsou problémy s financováním, s motivací sester
- ✓ práce má malou prestiž i nepřiměřené finanční ohodnocení
- ✓ rodina vyžaduje, aby se sestra starala o seniora do „roztrhání těla“, aby kolem sebe šířila jen radost a lásku
- ✓ senioři se opakovaně dožadují pomoci i v oblastech, které sami zvládají
- ✓ sestry jsou napadány různými neoprávněnými výtkami, verbálními i fyzickými útoky
- ✓ sestra často supluje různé vztahy s osobami, které zemřely
- ✓ při péči o nemocné kolem sebe vidí to, co většina lidí vidět odmítá – nemoc, stárnutí a s ním spojený konec života – smrt.

#### Psychická zátěž sester se podílí na:

- ✓ vzniku somatických onemocnění (kardiovaskulárního systému, žaludeční potíže, problémy s vylučováním, bolesti svalového systému, potíže s dýcháním)
- ✓ na problémech v pracovních a rodinných vztazích
- ✓ hrozí syndrom vyhoření (úplné fyzické a psychické vyčerpání)

#### Pro psychickou pohodu ošetřujících je vhodná

- ✓ podpora zaměstnavatele
- ✓ supervize
- ✓ pomoc psychologa
- ✓ je vhodné, aby sestra uměla provádět i jednu z relaxačních technik. Například: relaxační cvičení, autogenní relaxační trénink profesora Schultze, jógovou relaxaci, Jacobsonovu progresivní relaxaci

- ✓ používání některých z relaxačních technik, prospívá tělesné, duševní a pracovní kondici

#### Fyzická zátěž

- ✓ vliv působení fyzické zátěže se projevuje onemocněním svalově kosterního aparátu, zejména páteře
- ✓ na fyzickou zátěž má vliv omezená pohyblivost seniora a ztráta jeho soběstačnosti

#### *Druhy fyzické zátěže:*

- ✓ statické a dynamické zatížení (vychází z pohybu a stání sestry při ošetřování pacienta)
- ✓ hluk
- ✓ nesprávné osvětlení
- ✓ vibrace
- ✓ zatížení páteře a kloubního a svalového systému (při úpravě lůžka a manipulaci s klienty)
- ✓ kontakt s nepříjemnými podněty (zápach, rány, exkrementy)
- ✓ riziko infekce
- ✓ směnný provoz a narušení spánku
- ✓ nepravidelné stravování a pitný režim
- ✓ manipulace s imobilními a bezvládnými klienty je pro sestru fyzicky velmi náročná

#### Příčiny náročnosti práce sestry v domovech pro seniory

- ✓ sestra se musí často samostatně rozhodovat - proto je výkon profese na tomto místě náročnější než ve zdravotnickém zařízení.
- ✓ lékař je přítomen pouze některý den v týdnu
- ✓ sestra nemá možnost konzultace při vzniku akutní situace

- ✓ kompetencí sestry (sestra je oprávněna pouze samostatně měřit fyziologické funkce a provádět základní vyšetření klienta) – na tomto základě rozhoduje o dalším postupu a nese za svá rozhodnutí odpovědnost
- ✓ sestra nesmí indikovat bez ordinace lékaře (ve zdravotnickém zařízení může sestra využít posouzení situace lékařem a následná medikace je bez časové prodlevy)
- ✓ nelze zde okamžitě provést laboratorní vyšetření
- ✓ příbuzní často nedokážou přijmout fakt postupného zhoršování zdravotního stavu a blízcího se konce života – vnímají ho často jako pochybení v péči o seniora
- ✓ sestra častěji zavolá lékařskou pomoc nebo RZP, a tím se stává, že ona i domov jsou vystaveny nevhodným komentářům ze strany přivolaných zdravotníků, kteří bagatelizují situaci a degradují péči a úsilí sestry
- ✓ klienti a jejich příbuzní se orientují pouze na uplatňování svých práv, ale neznají své povinnosti.
- ✓ chovají se k sestram arogantně, nadřazeně, vulgárně, napadají personál s tím, že na to mají právo - pro sestry má toto silně devalvující charakter
- ✓ z důvodu nedostatku pracovníků vykonávají sestry roli klíčového pracovníka

#### sestra musí

- ✓ mít dostatek ošetrovatelských a odborných znalostí, vést dokumentaci
- ✓ zhodnotit zdravotní stav seniora a zajistit případnou navazující péči
- ✓ mít znalosti z oblasti sociální péče
- ✓ musí se orientovat v geriatrickém ošetrovatelství, komunikaci, psychologii, podpůrných terapeutických a aktivizačních postupech
- ✓ mít organizační schopnosti a spolupracovat s kolegy
- ✓ umět zvládat konfliktní situace
- ✓ být empatická, trpělivá, vstřícná, pohotová a zodpovědná

Zdroje:

BARTOŠÍKOVÁ, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BRŮHA, D. a E. PROŠKOVÁ. (2011). *Zdravotnická povolání*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

ČEVELA, R. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2010). *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 384 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

KALVACH, Z. a kol. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2010). *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu* 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

MALÍKOVÁ, Eva. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

PIECKOVÁ, L. (2011). Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 21, č. 4, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

POCHYLÁ, K. (2005). *České ošetřovatelství I*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. (2006). *Interní ošetřovatelství II*. 2.vyd. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

Příloha 14. Seznam kódů k jednotlivým kategoriím a podkategoriím

**Kategorie: „Impulz k nástupu do zaměstnání v domově pro seniory“**

**- Pracovní důvody**

Volné pracovní místo: S1/13-14, S3/7, S4/8-9, S9/6-8, S10/4-5

Malá nabídka pracovních příležitostí: S1/6, S8/5

Vystudovaný obor všeobecné sestry: S4/6

Zrušení minulého pracoviště: S2/4, S3/5-7

Nevyhovující nemocniční režim: S6/6-7

**- Osobní důvody**

Děti a rodina: S1/7, S5/7, S8/6, S9/8

Odmítání dojíždění: S1/6, S2/7-8, S4/8, S5/6, S8/6

Pracující přítel v domově: S4/7

Péče o seniory: S7/5

**Kategorie: „Pomoc v začátcích“**

**- Pracovní tým**

Kolegyně: S2/11, S4/12, S6/14, S8/11, S9/18, S10/7

Staniční sestra: S1/15, S2/11, S3/8, S7/7, S8/9, S10/6

Vrchní sestra: S1/16, S2/11

Dobrý kolektiv: S1/15

**- Ostatní**

Komunikace: S1/19, S2/12, S6/18, S7/8, S8/10, S10/8

Možnost výměny služby: S1/18, S2/12-13

Rodina: S5/7

## **Kategorie: „Největší problémy v práci sestry“**

### **- Klienti**

Adaptace: S1/22,30, S2/30, S8/72

Stav po hospitalizaci: S1/175-176

Povahové rysy: S1/21,23

Pocity a nálady: S1/23,31, S6/30, S9/51, S10/32

Představy o péči: S1/28

Vinění personálu z pobytu v domově: S1/35-36

Nesmíření se s pobytem v domově: S1/39

Nespolupráce klienta: S1/127, S4/21, S6/31, S8/57

### **- Rodina klienta**

Informace podávané klientovi: S1/26-27, 149-151, S2/117-118

Napadání a obviňování personálu rodinou: S1/40,52, 123, 137, 142-143,  
S2/96, S3/45-46 S4/24-25, S6/34, 77-78

Nespolupráce rodiny – nezájem o zdravotní stav: S1/54, 57

- nerespektování dietního omezení: S1/147-148,  
S2/114-115, S3/24, 46, S4/26, 83

- při adaptaci klienta: S2/30

- odvoz klienta bez oznámení personálu: S1/60

Malý zájem o klienta: S3/29, 37, S4/28-29, S6/90, S10/30

Nepřiměřené požadavky: S1/45-46, S3/43-45, S4/25-26, S5/32-33, S7/44-45

### **- Sestra**

Interpersonální vztahy: S2/14-15, S8/13, S9/29

Nedostatečně vzdělaný personál (pracovníci v sociální péči): S2/19-20,  
S2/25,27

Neplnění povinností kolegyně: S1/135-136, S2/20-21, S3/12-13, S8/14

Přístup kolegyně: S1/136, S2/22, 27-28, 166, S3/37, S4/19, S9/23

Zodpovědnost – v souvislosti s nepřítomností lékaře: S1/65,68, S2/45-46,  
S6/54, S7/27, S8/24, S10/13

- za velký počet klientů: S6/73-75, S9/26-27



- za ošetrovatelskou péči všech pracovníků: S2/61,  
S8/121

Sklobení ošetrovatelské a sociální péče: S2/179-182, S4/55, S5/14, S8/119-120,  
S9/25, S10/21

Sklobení práce s rodinou: S10/11

Malé kompetence sestry: S7/29

#### **- Provoz**

Nedostatek času na péči: S1/48, S4/54-55, S7/10-11, S9/41-42

Nedostatek personálu: S1/46, S4/53, S6/104, S9/42

Fluktuace personálu: S5/10-11

Noční služby: S6/26

Málo prostoru na oddělení: S10/9-10

#### **- Legislativa**

Administrativa: S4/38-39, S5/15, S7/10, S9/42-43, S10/22

Změny v legislativě: S9/21-22

### **Kategorie: „Sestra v domově a její schopnosti“**

#### **- Hlavní náplň práce**

Ošetrovatelská péče: S1/90,92, S2/60, S4/41-42, S5/14, S6/48, S7/24-25, S8/29,  
S9/40, S10/17-18

Vedení dokumentace: S1/91, S4/38, S5/15, S6/48, S7/25, S8/28, S9/40, S10/18

Odborné činnosti: S1/91-92, S6/40, S7/24, S8/26, S10/18

Sociální práce: S1/82, 84, 86, S2/31, 57, S4/48-49, S5/14, S8/31, S9/25, 27,  
41, S10/20-21

#### **- Vlastnosti sestry**

Empatie: S3/17, S4/47, 115

Trpělivost: S1/71, S2/40

Vstřícnost: S2/41

**- Psychická odolnost:** S2/59, S3/18-20, S5/29-30, S6/99, S7/47-48,  
S9/39-40, S10/34

### **- Předpoklady k práci**

Osobní předpoklady: S4/114-116, S9/80, S10/54

Chuť k práci: S7/71-72, S10/54

Pozitivní osobnost: S9/39

Tělesná zdatnost: S10/16

Převzetí odpovědnosti: S2/48, S3/20, S7/28, S9/26-27, S10/13

### **- Komunikace**

Schopnost komunikace: S1/70, S2/23, 33, 66, 69, 78, S4/46, 72, S7/23, S8/36, S9/36

Předávání informací: S1/70, S2/23

Dovednost - předcházet konfliktům: S1/70, S2/41,

- zvládat konfliktní situace: S1/72-73, S2/41, S7/24

Jednání - s rodinou: S1/72, S2/36, S3/16-17

- s klienty: S2/35-36, S3/18, S7/25, S9/38

- s lékařem: S1/78, 80, S2/38-40, S4/45

### **- Odborné znalosti**

Ošetřovatelství: S2/31, S3/18, S4/31, 41-43, S5/12, S6/35, 55, S8/16, S9/34-35, S10/15

Znalosti zvláštností chorob ve stáří: S1/73, S7/22, S8/18-19, S9/31, S10/18

Obhajoba ošetřovatelské práce (před pojišťovnou): S1/81, S2/36

### **- Odborné dovednosti**

Odborné zákroky: S1/74, S2/32-33,37, S4/33-37, S5/13, S7/19-20,22

Celkové ošetřovatelské péče o klienta upoutaného na lůžko: S7/21

Zhodnocení klienta sestrou: S2/43-44, S7/22, S8/22, S10/13

### **- Spolupráce**

Spolupráce s kolegyněmi: S1/93, S2/29, S3/20, S5/17-18, S6/52-53, S8/35, S9/44, S10/27

Spolupráce s lékařem: S1/78, 80, S2/38-39, S4/45

### **- Administrativní dovednosti**

Vedení ošetrovatelské dokumentace: S1/78-79, S2/33, 39, 43, S4/38, 40, S5/15, S6/46, S7/18, S9/42, S10/18

Vedení sociální dokumentace: S1/86, S2/58, S5/14-15, S9/27, S10/20

### **- Znalost sociální práce**

Sladění sociální péče se zdravotní péčí: S1/88-89

Plánování sociální služby: S1/81-84, S2/57, S8/31, S9/27, S10/20-21

Znalosti ze sociální oblasti: S2/31, S4/48-49, S5/14, S9/25

## **Kategorie „Zátěž sester“**

**- Psychická zátěž:** S1/118-119, S2/55-56, S3/29, S4/66, S5/25, S6/72-73, S7/38, S8/24,50, S9/49-50, S10/28

Důvody psychické zátěže:

- Klient – zvláštní přístup, demence: S1/125-127, 134-135, S2/98, S4/46, 69, 47, 76, S6/75, S7/39
- motivace: S1/178, S2/23-24
- zdravotní stav: S1/119-120, S2/89,97, S3/30-31, 36, S5/27, S6/77, S8/54, S10/30
- přístup klienta: S1/127, S2/90, 97-98, S5/28
- nálada klientů: S1/132, S6/79, S10/32
- obviňování personálu: S1/52, 133, S2/97-99
- Rodina klienta – jednání s rodinou při úmrtí klienta: S2/88
  - obviňování ze zanedbání péče: S1/123, S2/91
  - přístup rodiny: S1/137, 142-143, S2/142-144, S3/36, S6/77
  - nespolupráce rodiny: S1/142-143, 149-151, S3/29-30, S4/84-86, S5/32, S6/77, S8/70-71, S10/30
- Komunikace – s rodinou: S7/39, 46-47, S8/54-55
  - s demenzními klienty: S7/38-43, S8/56, S9/50, S10/31
- Nemocnice: S1/230-231, S2/80-81, S6/61-62
- Dokumentace: S3/35

- Vzdělání: S2/19-20
- Pracovní klima: S1/135-136, S2/26, 99, S3/37, 40, S6/79, S8/64, S9/77, S10/32-33
- Zodpovědnost: S1/65,68, S2/45,61, S6/54, S7/27, S8/24, S10/13, S6/73, S9/26-27, S2/61, S8/121
- Stereotyp v práci bez zpětné vazby: S8/50-51
- Sexuální obtěžování: S8/58
- Projektování své budoucnosti: S3/32, S9/53-54

#### Podněty zlepšující psychický stav:

- Spokojenost (rodiny, klienta) S1/138, S2/83-84, S8/61
- Dobrá nálada a parta: S1/138, S2/100, 102, S6/80
- Poděkování - rodiny: S1/138-139, S2/100, S5/34-35, S10/37
  - nadřízeného: S2/102-103
- Zlepšení zdravotního stavu klienta: S2/100, S8/53
- Spolupráce s rodinou: S7/51, 53

#### Subjektivní hodnocení psychického stavu

- Sklíčenost, lítostivost, bezmocnost: S3/41, S4/77
- Vyčerpávající, vysilující: S6/76, S7/43,47, S9/76
- Nízká společenská prestiž: S1/230, S2/ 125, S3/92, S5/26, S6/62, S8/122-123, S9/55

#### Zvládání psychické zátěže

- Dobře: S1/140-141, S2/104, S7/48, S10/34
- Jak kdy - jako na houpačce: S1/162, S2/104, S3/39, S6/80
- Obtížně zvládá: S8/66-67 (vztek, špatná nálada, nezájem)
- **Fyzická zátěž:** S1/168, S2/127, S3/62. S4/98, S5/39, S6/100, S7/60, S8/85, S9/66, S10/44

#### Důvody fyzické zátěže

- Imobilita: S1/170, S3/63, S5/40, S6/102, S7/61, S8/83, S9/67-68,69, S10/44-45
- Inkontinence: S5/40, S6/102, S7/61, S8/83, S2/128, S9/67

- Nespolupráce klienta: S1/169, S3/63
- Zdravotní stav klienta: S2/128, S4/101
- Prostorové omezení na pokoji: S2/133-134
- Zhoršení zdravotního stavu po hospitalizaci: S1/175-176, S2/82-83, 134-136
- Noční směny: S6/101

#### Zvládání fyzické zátěže sestrou

- Špatně: S6/105
- Dobře: S1/180, S4/102, S8/81, S7/58, S10/45
- Zdravotní potíže: - bolest zápěstí: S3/66
  - bolest zad: S1/180, S2/136, S5/42, S6/106, S7/60, S8/86, S9/70
  - bolest krční páteře: S1/180, S6/106
  - bolest nohou: S1/181, S5/36, 42, S6/106, S7/60, S8/86

#### Řešení problémů spojených s fyzickou zátěží

- Zvládá sama bez lékařské pomoci: S1/182, S2/138, S5/43
- Zvýšená poloha dolních končetin: S4/88, S5/35-36, S7/63
- Masáže, cvičení: S2/137, S3/68, S7/62
- Omezení nočních služeb: S6/105-106
- Užívání analgetik: S1/181, S2/138, S6/107, S7/62

Neochota rodinných příslušníků k pomoci při přesunu klienta při návštěvě: S1/182, S2/139-141, S3/70-72, S4/107-108, S5/44, S6/108, S7/64-66, S8/87-89, S9/71, S10/47-48 (malé procento spolupracujících)

## **Kategorie: „Potřeby sester“**

### **- Vzdělání**

Vhodné vzdělání pro práci v domově pro seniory: S1/194-195, S2/149-150, S3/75,77, S4/113-114, S5/49,66-67, S6/113-114, S7/71-72, S8/94-95, S9/80-82, S10/52-53

Sestra a celoživotní vzdělávání: S1/204-205, S2/159, S3/85, S4/125, S5/62, S6/126, S7/81, S8/101, S9/93

Přínos vzdělání: S1/205-206, 214, S2/163-165, S3/85, S4/129-130, S5/61, S6/130, S8/105

Oblasti získávání informací

- Školení: S1/214-216, S6/137
- Internet: S1/221, S4/134, S6/138, S7/87, S8/116
- Literatura: S1/222, S4/133, S6/137, S7/86, S8/114, 116
- Ošetřovatelské standardy: S1/223
- Studium: S2/172

Preferovaná témata

- Práce se seniory: S1/208-209, S4/127-128, S8/102, S9/93, S10/61
- Komunikace: S2/162, S4/126, S6/128, S7/80, S8/103-104, S9/94, S10/60
- Dokumentace: S1/210-211, S2/162, S6/129
- Ošetřovatelská péče: S1/210, S4/127-128, S6/129, S8/103-104, S10/61
- Legislativa: S1/209, 211, S7/81, S9/94
- Psychologie a psychohygiena: S1/210, S2/178, S4/128, S9/94, 101
- Psychiatrie: S2/178, S8/103
- Vztahy na pracovišti: S8/103

Překážky ve studiu: S1/196, S2/152-154, S4/118, S6/115,119, S9/84-85

### **- Podpora zaměstnavatele:**

Podpora celoživotní formou krátkodobých školení: S1/198-200, S2/155, S3/80-81, S4/123, S5/52-53,57, S6/123-125, S7/76-78, S8/98-99, S9/89, S10/58-61

## Podpora studia ve škole

- Není oceněno: S9/87-88, S6/121-122
- Umožňuje: S1/201-202, S2/151, S4/120, S6/117, S7/74-75, S10/57
- Nepodporuje: S1/202, S2/152, 158-159, S4/121-122, S6/117, S9/86
- **Spolupráce:** S1/93,97, S2/64, S3/21, S4/56-57, S6/58, S7/26, S8/35, S10/24

Kolegů: S1/97, 172, S2/66, S4/59, 69-70, 78-80, S5/20, S6/18, 50, 58, S7/32, 36-37, S8/44-45, S9/44, 46, S10/23, 26-27

Klientů: S1/139

Rodiny: S1/139-140, S2/101-102, S3/42-43, S6/84-85, S7/50-51, S10/36-37

- **Komunikace:** S1/70-72, S2/66,69, S3/18, S4/46, 78-80, S6/38, 53, 59 S8/37, S10/72

- **Uznání:** S1/230, S2/79-80, 125-127, S3/93-94, S5/25-26, S6/62, S8/118-119,122-123, S9/55

- **Psychická rovnováha**

Využití zájmových činností: S1/159-160, S2/122, S3/52-53, 59-60, S4/89, 91, S5/37, S6/98, S7/47, 54-55, S8/74, 76-79, S9/57-58, 63-64, S10/35, 39

Spolupráce vlastní rodiny: S4/81, S5/31, S8/69, S10/35

Rozhovor s psychologem - uvítala by: S1/163-164, S2/123, S4/92-93, 95-97,

S5/37, S8/79, S9/65, S10/40, 43

- odmítá: S3/56-57, S6/99, S7/55-56

- **Fyzická rovnováha**

Při péči o fyzický stav by uvítala

- Více času: S1/187, S2/145, S6/110, S8/90
- Zkrácení pracovní doby: S9/74
- Rehabilitaci: S1/187, S7/69, S10/49
- Masáže: S2/145, S6/111, S8/91
- Sport: S4/105, S6/110, S8/90
- Kontakt s přáteli: S8/91

## **Kategorie „Spolupráce“**

### **- Důvody spolupráce:**

Konzultace zdravotního stavu: S2/64-65, 69, 72-73, S3/22-23, S4/59-62, S6/51-52, 59, S7/27, S8/39-40, S10/27

Sjednocení léčebného postupu: S1/99, S2/66-67, 75-76, S6/63-66, S7/34,36, S8/41,43-44

Objednávání léků: S1/102, S6/60

Laboratoř: S1/108, S2/76-77, S3/25, S4/61

### **- Kolegů**

Z domova pro seniory: : S1/97, 172, S4/69-70, 78-80, S5/17-18, S6/18, 50, S7/26-27, S8/45, S9/44, S10/23-24

Z odborných ambulancí: S1/97, S2/66, S4/59,63, S5/20, S6/57-58, S7/32, S8/39, S9/46, S10/27

Z nemocnice: S1/230-231, 232-233, S2/79-80, S4/63-64, S6/63-66, S7/33-34

Zdroj:

Vlastní



