

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**SPECIFIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI
PÉČI O SENIORY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Bakalářská práce

Autor práce: **Martina Vobořilová DiS.**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2018

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**SPECIFICS OF GENERAL NURSES' WORK IN
CARE OF THE ELDERY IN SOCIAL SERVICES**

Bachelor's thesis

Author: **Martina Vobořilová DiS.**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucího bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 17. 9. 2018

.....

podpis autora

Poděkování

Ráda bych na tomto místě vyjádřila upřímné poděkování vedoucímu práce prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za jeho poskytnuté konzultace, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala své rodině a nejbližším za podporu v průběhu celého mého studia.

OBSAH

OBSAH	5
Úvod.....	7
Teoreticko-přehledová část	8
1. Senior, stáří a stárnutí	8
1.1 Senior	8
1.2 Stáří a jeho členění.....	8
1.3 Biologické, psychologické a sociální problematika stáří.....	9
1.3.1 Biologické aspekty.....	11
1.3.2 Psychické aspekty stárnutí	14
1.3.3 Sociální aspekty	16
2. Sociální služby.....	18
2.1 Poskytování sociálních služeb	18
2.2 Zákonné normy v sociální oblasti.....	21
2.2.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	21
2.2.2 Vyhláška č. 505/2006 Sb.	24
2.3 Druhy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb.....	25
2.4 Financování sociálních služeb	26
2.4.1 Financování pobytových sociálních služeb	26
2.5 Personální zajištění v pobytové sociální službě.....	27
2.5.1 Sociální pracovníci	27
2.5.2 Pracovník v sociálních službách.....	28
2.5.3 Zdravotničtí pracovníci a ošetrovatelská péče v sociálních službách.....	29
Empirická část.....	34
3. Cíle práce	34
3.1 Zkoumané soubory všeobecných sester.....	35

3.2	Použitá metoda.....	36
4.	Výsledky	37
4.1	Kontext poskytované ošetrovatelské péče	37
4.1.1	Domov U Biřičky.....	37
4.1.2	Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové	41
4.1.3	III. Interní gerontometabolická klinika FN v Hradci Králové	43
4.2	Předpoklady pro ošetrovatelskou činnost	44
4.3	Vlastní ošetrovatelská péče.....	45
4.4	Shrnutí specifík práce sester v zařízeních sociální péče	60
5.	Diskuse.....	63
	Závěr	64
	Abstrakt	66
	Abstract	67
	Použitá literatura a prameny	68
	Seznam grafů	71
	Seznam tabulek.....	72
	Seznam příloh	74

Úvod

„Nejenom očima a ušima vede cesta k člověku, ale také srdcem a citem.“

Jan Werich

Jedním z důvodů k této práci byl fakt jisté odměřenosti ve vztahu mezi sestrami „v normálním“ zdravotnickém zařízení a v zařízeních typu domova pro seniory. Pramení z toho, že práce zdravotních sester v sociálním zařízení není jak laické, tak odborné veřejnosti v plném rozsahu známa, což může vést k jejímu částečnému podceňování nebo dokonce nepochopení. Protože jsem ve své praxi prošla zařízeními obou typů, myslím že mohu k osvětlení tohoto faktu alespoň trochu přispět a vysvětlit určité rozdíly a specifika. Při tom bych ráda zdůraznila, že co se sociálních služeb týče, nemám zkušenosti jen z práce se seniory, ale i s mentálně postiženými v Ústavu sociálních služeb pro mentálně postiženou mládež Chotělicích (nyní Domov sociálních služeb Chotělice) a z chráněného bydlení pro osoby se sníženou soběstačností BONA, o.p.s. Praha.

Zároveň cítím potřebu uvést, že tato práce nevznikala jenom jako práce bakalářská v rámci studia Ošetrovatelství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové, ale má sloužit jako podkladový materiál pro všeobecné sestry, aby se seznámily s prací (a jejími specifiky) všeobecné sestry v sociálních službách. Vzhledem k tomu, že jsem při přípravě této práce vykonávala funkci vedoucí zdravotně ošetrovatelského úseku v Domově U Biřičky (dříve Domov důchodců Hradec Králové), soustředila jsem se při podrobnějším průzkumu na činnost všeobecných sester v tomto zařízení s cílem využít poznatků při dalším zkvalitňování ošetrovatelské péče především v tomto zařízení. Vzhledem k tomu, že v Hradci Králové se na péči o seniory podílí významně III. Interní gerontometabolická klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové a Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové, soustředil se průzkum i na tato zařízení. Nejenom kvůli podobnostem a rozdílům v práci sester, ale i ve vztazích mezi zdravotnickými a sociálními funkcemi v těchto zařízeních. Byla bych ráda, aby práce pomohla zdravotnické i sociální praxi.

Teoreticko-přehledová část

Má-li čtenář pochopit specifika práce všeobecné sestry v zařízeních sociálních služeb, je třeba tuto problematiku nejprve zasadit do širšího kontextu. Proto první část bakalářské práce charakterizuje nejpočetnější skupinu osob, o níž sestry a další pracovníci v sociálních službách pečují: seniory a pojmy s nimi související pojmy (stáří a stárnutí). Následuje přehled o sociálních službách, legislativních normách, jimiž se příslušná zařízení řídí. Jsou představeny hlavní skupiny pracovníků, včetně zdravotníků.

1. Senior, stáří a stárnutí

1.1 Senior

Přesná definice pojmu senior neexistuje. Obecně se hovoří o člověku, který dosáhl vyššího věku.

Občan v postproduktivním věku se specifickými potřebami v oblasti např. sociální a zdravotní péče, vyplývajícími z obecných (stárnutí organismu) i konkrétních faktorů (rodinná, zdravotní, bytová situací daného jedince).

1.2 Stáří a jeho členění

Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potenciálu zdraví. Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce), (Kalvach, Onderková, 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje stáří jako období života, kdy se fyzické a psychické poškození stává výraznější ve srovnání s předchozími fázemi životního cyklu (World Health Organization, 2015).

Jednotné vymezení a periodizace stáří jsou obtížné, neboť existuje mnoho různých typů a druhů stáří (biologické, sociální, kalendářní). Jde o přirozený úsek ontogenetického vývoje, který má své znaky a dělí se na tři stádia:

- vyšší věk 60 – 74 let

- vysoký věk 75 – 89 let
- dlouhověkost nad 90 let (Farková, 2009)

Členění dle Mühlpachra (2005):

- mladí senioři 65 – 74 let
- staří senioři 75 – 84 let
- velmi staří senioři 85 a více let

Členění dle Švancara (1979):

- zralá dospělost (presenium) 46 – 65 let
- stáří (senium) nad 65 let
- vysoký věk nad 80 let

Všechny tyto periodizace vycházejí pouze z věku. Možná by bylo zajímavé členit stáří i podle „nároku, které život na seniora klade“. To by mělo i jistou výhodu. Vzhledem k postupně se zvyšující věkové hranici důchodového věku, by toto členění nebylo konstantní, ale kopírovalo by vývoj v této oblasti. Pak by se nabízelo základní členění:

- Senior předdůchodového věku
- Senior „mladšího“ důchodového věku (např. do 10 let po dosažení důchodového věku)
- Senior „staršího“ důchodového věku (nad 10 let od dosažení důchodového věku)

Z lingvistického hlediska by se (vzhledem k tomu, že sám termín senior je komparativ) pro tuto třetí kategorii se nabízela i možnost využití superlativu senissimus, abychom nemuseli používat termínu typu dlouhověkost, případně oxymórony mladí senioři, či redundance staří senioři a velmi staří senioři.

1.3 Biologické, psychologické a sociální problematika stáří

Historicky bylo stáří ve větší vážnosti společnosti než dnes. A to v první řadě, protože stáří bylo samo o sobě výjimečné díky oficiální velmi krátké střední délce života a tím menšímu počtu starých lidí v populaci. Postupným prodlužováním střední délky života rostl počet seniorů. Jinými slovy stáří přestávalo být kvalitou samo o sobě a jeho respekt se tím pádem snižoval. Dnes tento proces akceleruje v některých komunitách do té míry, že stárnutí populace a počet lidí v postproduktivním věku začíná být pro společnost chápán

téměř jako přítěž (nároky na důchodové zabezpečení, zdravotní péči, sociální péči). Spolu s prodlužujícím se věkem odchodu do důchodu se pak také objevují názory typu: „Stáří zabírají místa mladým“. Zároveň se snižováním počtu vícegeneračních bytů a domů, migrací za prací, vylidňování malých obcí a redukcí jejich infrastruktury (pošty, školy, obchody) se pak stáří stává izolovanějším a z hlediska péče o seniory náročnějším. V druhé řadě bych ještě připomněla, že v předhistorické a ranně historické době, kdy se zkušenosti předávaly spíše přímou komunikací než zprostředkovaně (písemně), měli staří lidé významnější roli v mezigeneračním přenosu informací (rady starších). O tom svědčí názvy typu senát apod.

Nezadržitelné stárnutí celosvětové populace je aktuálním tématem i v České republice. Často jsou senioři vnímáni jako stejnorodá skupina, ale jsou mezi nimi výrazné odlišnosti ve věku, zdravotním stavu, funkční zdatnosti, rodinné situaci, v sociálním zázemí, ekonomických podmínkách, vzdělání, genetických dispozicích atd. Ze vzájemné odlišnosti vyplývá rozdílnost v očekávání, přáních a potřebách (a to ve zdraví i v nemoci).

V organismu probíhá ve stáří řada změn. Venglářová (2007) je popisuje na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální (tabulka 1).

Tabulka 1 Přehled změn ve stáří (podle Venglářové, 2007)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
- změny vzhledu	- zhoršení paměti	- odchod do penze
- úbytek svalové hmoty	- obtížnější osvojování nového	- změna životního stylu
- změny termoregulace	- nedůvěřivost	- stěhování
- změny činnosti smyslů	- snížená sebedůvěra	- ztráty blízkých lidí
- degenerativní změny smyslů	- sugestibilita	- osamělost
- kardiopulmonální změny	- emoční labilita	- finanční obtíže
- změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování)	- změny vnímání	
- změny vylučování moči	- zhoršení úsudku	
- změny sexuální aktivity		

Rozdíly mezi stárnutím mužů a stárnutím žen v oblasti biologické jsou evidentní, potvrzené mnoha výzkumy a dobře známé. Oproti tomu rozdíly mezi stárnutím mužů a žen je v oblasti psycho – sociální je komplikováno velkými interindividuálními rozdíly v každé z uvedených kategorií. Souhrnné informace o této oblasti vyšli již před 40 lety v publikaci Jana Srnce.

Mezi muži a ženami nejsou jen rozdíly biologické. Duševní vývoj probíhá od dětství poněkud odlišně; v chování chlapců se projevují jiné sklony než v chování dívek. V souladu s rozdílnou profesní orientací je poněkud rozdílná i příprava na povolání, takže jsou více rozvíjeny a posilovány jiné schopnosti u mužů a jiné u žen. Odlišnosti v biologickém a duševním vývoji a rozdíly v převažujících sociálních rolích způsobují, že i stárnutí probíhá poněkud odlišně u žen a u mužů. V elementárních duševních funkcích rozdíly nejsou žádné nebo jen malé, větší rozdíly se zjišťují ve sféře osobnosti, v postojích a v celkovém přizpůsobení svému stárnutí. Důležitým činitelem je změna v sociálních rolích. U většiny mužů se náhle a výrazně mění životní situace odchodem ze zaměstnání se všemi důsledky (pohled sociální prestiže, změna životního stereotypu, ztráta výrazného zdroje uspokojování, náhlý úbytek sociálních kontaktů apod.). U zaměstnaných žen nemívá přechod do důchodu tak závažné důsledky. Stárnoucí žena je obvykle více orientovaná na rodinu, kde se její funkce často až do pozdního věku prakticky nemění. S tím ovšem souvisí, že v průměru intenzivněji než muž reaguje na mimořádné události v rodině. Bylo zjištěno, že ženy se hůře přizpůsobují pobytu v ústavu hlavně proto, že ztrácejí svou téměř celoživotní rodinnou roli; pro muže – důchodce bývá pobyt v ústavu jen jinou variantou stejně neuspokojivé situace (Srnc, 1982).

1.3.1 Biologické aspekty

Biologické aspekty stárnutí představují průběh typických tělesných změn ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří.

Typické projevy a rysy biologického stárnutí – Typickými obecnými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změny reakcí organismu na určitou zátěž (Malíková, 2011).

Jarošová (2006) uvádí přehled typických biologických změn:

- Objevuje se celková atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně (např. atrofovaná mozková tkáň je nahrazena pojivovou tkání), dále dochází k atrofii kůže, svalů, jater atd.).
- Snižuje se elasticita orgánů a tkání – projevuje se to především v cévním systému a plicích.
- Snižuje se funkce endokrinních žláz – vzniká hormonální nerovnováha v důsledku nerovnoměrného snížení jednotlivých funkcí.
- Mění se distribuce tělesných tekutin – celkové množství vody v těle se nemění, ale snižuje se obsah tekutiny v buňkách, tj. intracelulární tekutiny, a mění se složení vody v organismu.
- Zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle – vápník proniká do buněk a membrán.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.
- Změna v minerálovém hospodářství vede k nižšímu množství vápníku v kostech, vzniká osteoporóza a vyšší riziko lomivosti kostí, snižuje se kvalita zubů.
- Snižuje se elasticita a výkonnost kosterního svalstva.
- Objevují se změny na kůži – kůže je v důsledku nižšího obsahu vody suchá, tenká a svráštělá, je snížený kožní turgor, vznikají stařecké skvrny na kůži.
- V důsledku snížené činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků padají a šedivějí vlasy.
- Zpomaluje se růst nehtů, v důsledku zpomalených metabolických procesů mají nehty vyšší lomivost.
- Snižuje se činnost nervového systému – ke změnám dochází na centrálním i periferním nervovém systému, ukládá se stařecký lipofuscin, odpadový produkt při odbourávání buněk, tvoří se senilní plaky, mění se množství neurotransmiterů, snižuje se funkce senzitivních nervů, vzniká senilní porucha motoriky – zhoršení pohybových schopností, porušení stability, problém udržet rovnováhu aj.
- Objevují se poruchy spánku – insomnie (subjektivně nedostatečná kvalita spánku, obtížné usínání, časté noční buzení, mělký spánek a časně probouzení).

- Projevují se metabolické změny – zhoršuje se vstup glukózy do buňky s poruchou glukózové tolerance, snižuje se bazální metabolismus, klesá maximální spotřeba kyslíku, snižuje se adaptabilita na změnu tělesné teploty.
- Vznikají změny v oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, především ledvinami, vzniká izolovaná systolická hypertenze, klesá výkonnost levé srdeční komory, zanikají buňky převodního srdečního systému, degenerují srdeční chlopně, do chlopní se ukládá vápník, klesá srdeční výkonnost při zátěži.
- Nastávají změny v respiračním systému – snižuje se poddajnost plic, klesá vitální kapacita plic a funkce řasinkového epitelu, což vede k infektům dýchacího ústrojí, zvětšují se alveolární prostory – stařecký emfyzém.
- Ve vylučovacím systému zanikají ledvinné glomeruly a následně se snižuje glomerulární filtrace, výrazně se snižuje očišťovací a maximální koncentrační schopnost ledvin, klesá elasticita uretery, snižuje se kapacita močového měchýře, zvyšuje se post mikční reziduum (obsah moči v močovém měchýři po vymočení), často se vyskytuje inkontinence.
- V trávicím systému klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, klesá motilita trávicí trubice, vyprazdňování žaludku se zpomaluje. Klesá schopnost vstřebávání vitaminů a minerálů, atrofují buňky Langerhansonových ostrůvků v pankreatu – vzniká diabetes mellitus. Snížená peristaltika vede k zácpě.
- Zhoršuje se funkce smyslových orgánů – snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak. Úbytek orbitálního tuku vede k zapadnutí očí, snižuje se akomodační schopnost oka a zhoršuje se vidění do blízka, zhoršuje se stav čočky, zvyšuje se výskyt glaukomu a katarakty – zeleného a šedého zákalu, celkové atrofické změny oka vedou ke snížení zrakové ostrosti, zhoršení vidění v šeru aj. Atrofické změny sluchové dráhy vedou ke stařecké nedoslýchavosti (presbykuzii). Na zhoršení funkce smyslových orgánů mají vliv i další okolnosti: dlouhodobé nadměrné působení hluku, ateroskleróza, civilizační choroby aj. Pokud jsou smyslové poruchy řešitelné (operace očí a uší, kompenzační pomůcky – brýle, kontaktní čočky,

naslouchadla atd.), mohou výrazně zlepšit prožívání seniora, přispět k jeho spokojenosti a vést k usnadnění komunikace.

1.3.2 Psychické aspekty stárnutí

Vlastnosti, které se začínají projevovat v procesu stárnutí, jsou často spíše důsledkem individuálních zvláštností osobnosti než důsledkem přibývajících let. S ohledem na jedinečnost každého člověka i na heterogenitu lidí v seniorském věku jako celku není jednoduché popsat obecné psychické charakteristiky stáří (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová & Sucharda, 2004; Pacovský, 1990). Úbytek kognitivních funkcí může být efektivně kompenzován množstvím zkušeností, které jedinec nabyl v průběhu předchozího života (Lindenberger, 2009). Afektivní změny v procesu stárnutí se týkají především snížené kontroly emocí, větší emoční lability a zvýšené citové zranitelnosti (Pacovský, 1990). S postupujícím věkem dochází k oploštění emotivity v oblasti vyšších citů, což se může projevovat společensky nevhodným chováním. Citová oploštělost a labilita se navzájem nevylučují a mohou se vyskytovat současně (Haškovcová, 2010; Pacovský, 1990). Z oblasti psychopatologie v emocionalitě seniorů je vhodné zmínit depresivní symptomy, které se v seniorské populaci objevují častěji a mohou negativně ovlivnit jejich prožívání i kontakt s okolím (Brez, 2015). Ve stáří dochází k nárůstu dokonaných sebevražd, což může být právě důsledkem vyšší prevalence deprese (Holsboer, 2009).

Obecně se ale předpokládá, že v psychické oblasti a rysech osobnosti by nemělo ani přes pokračující věk docházet k zásadním změnám. Změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna (Malíková, 2011).

Typické změny v psychické oblasti a intelektových schopnostech – Jarošová (2006) uvádí tyto psychické změny:

- Snížení kognitivních a gnostických funkcí – zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, zapamatování nových informací, schopnosti rozpoznat viděné předměty, rozumět slyšeným zvukům.
- Snížení fatických funkcí – tj. snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči.

- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.
- Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.
- Někdy naopak citová oploštělost ve stáří, ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních, nebo úplně opačně z negativních vlastností a postojů do neutrálních či pozitivních (např. Dříve laskavý člověk je najednou neochotný, nevstřícný, reaguje tak, jak nikdy v průběhu svého života nereagoval, nebo naopak; jeho postoj je překvapením pro blízké osoby).
- Zvýraznění povahových vlastností a osobnostních projevů, většinou těch negativních.
- Celkový nebo částečný pokles zájmu seniora – buď ve všech oblastech života, nebo je v některých (apatie, rezignace, sociální izolace, neochota zapojit se do jakékoliv činnosti a být aktivní apod.).
- Změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty.
- Změny potřeb a jejich pořadí – souvisejí se změnou životních hodnot a orientují se více na uspokojování potřeb lásky, sounáležitosti, duchovních potřeb a spirituality.
- Změna zájmů a potřeby jejich uspokojování – často klesá, ale někdy se naopak probouzí zájem o nové oblasti a činnosti (souvisí to s více okolnostmi).
- Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem, z nadhledu.
- Snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace.

V reakci na převažující negativní pohled na stárnutí přišel Křivohlavý (2011) s bilancí změn ve stáří z pohledu pozitivní psychologie. Počítá k nim tyto:

- Tendenci předávat kulturní hodnoty mladé populaci.
- U řady seniorů nastupuje určitá moudrost, nadhled.
- Mnozí senioři projevují vděčnost těm, kteří o ně pečují.
- Nastupuje u nich realistické sebepojetí.

- U části seniorů se objevuje spokojenost se životem a s prací, která za nimi zůstává.
- Nastupuje hledání smysluplnosti poslední fáze života (stránky hodnotové i duchovní)
- Realistický pohled na kvalitu života v poslední fázi života.

1.3.3 Sociální aspekty

Proces stárnutí je spojen se změnami v sociálních vztazích jedince s jeho okolím i se společností. Životní styl starého člověka je určen mimo jiné jeho zdravotním stavem a soběstačností, ekonomickou situací a sociálním zabezpečením, a množstvím a kvalitou sociálních vztahů (Pacovský, 1990).

Nejdůležitějším úkolem každého jedince ve věku nad 60 let je potřeba dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Podle Eriksona každý člověk v tomto věku řeší konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Pro dosažení integrity jsou nezbytné základní podmínky: pravdivost, smíření a kontinuita. Správné zpracování tématu integrity vede k tomu, že senior přijme globálně celý svůj život a akceptuje jeho smysl. Přijímá své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle. Akceptuje sám sebe takového jaký je, neodsuzuje se, odpouští si. To mu dává prostor svobodně a důstojně dožít. Jinak nemůže dosáhnout integrity (Malíková, 2011).

V naší společnosti stále přetrvává model šedesátých let, který spatřuje úspěšné stárnutí v trávení volného času v klidu domova, a také v ochotě přijmout změny sociálních rolí, dobrovolně nést sociální osamělost a postupně se také vzdát životních i společenských rolí a odpočívat doma s myšlenkou, že si to zasloužím, protože jsem se už dost napracoval (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty (Malíková, 2011):

- Odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy, koníčky a jakékoliv jiné než pracovní aktivity.
- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.
- Změna ekonomické situace seniorů – zhoršení finančního zabezpečení, limitace vyšší penze atd.

- Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby.
- Zhoršená možnost kontaktu s přáteli a jinými osobami, zhoršení participace na dříve vykonávaných oblíbených činnostech.
- Sociální izolace (z mnoha příčin) – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel z důvodu jejich nemoci či úmrtí.
- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Fyzická závislost – z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení apod.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.
- Strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti.
- Vliv ageismu.
- Stěhování.

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty (Jarošová, 2006):

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta.
- Plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří – zajištění vhodného bydlení, penzijní připojištění atd.
- Plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, dohodnutá forma občasné výpomoci atd.) a efektivní nakládání s volným časem.
- Možnost uspokojení potřeb seniora.

První kapitolou ukončujeme přehled faktorů, které souvisejí se stárnutím, stářím a seniory, jako nečetnějšími adresáty sociálních služeb. Nyní je na čase se věnovat samotným sociálním službám podrobněji.

2. Sociální služby

2.1 Poskytování sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb v České republice se změnilo po roce 1989, ale k zásadněji až se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

V minulosti byli lidé s postižením v jakékoliv věku, staří, nemocní či umírající byli izolováni v ústavech – převážně sociálních, ale i zdravotnických, a existence skupin těchto osob se tabuizovala. To ale znamenalo direktivní přístup, rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby a pocity, cítí a vnímá, jak je o ni postaráno (Malíková, 2011).

Na počátku 80. let 20. století bylo již jasné, že péče na lůžku už nemůže být převažující strategií. Byla vypracována strategie nová, která byla označována jako 4 x D ve zdravotní a sociální péči o seniory – deinstitutionalizace, demedicalizace, deprofesionalizace a derezortizace.

- Deinstitutionalizace – péče o staré nemocné lidi nemůže být realizována výhradně nebo převážně na lůžku, tedy v institucích, ať již v rámci resortu zdravotnictví nebo sociálních věcí. Je třeba podpořit starající se rodiny, soustavně rozvíje domácí péči a všechny formy komunitní péče.
- Demedicalizace – znamená, že medicína, resp. Lékaři nemohou vyřešit všechny problémy nemocných seniorů ani garantovat jejich spokojenost a štěstí. Lékaři mají povinnost léčit seniory a v případě dlouhodobé nemoci mít na paměti především kvalitu jejich života. V rámci možností usilují o návrat praktické soběstačnosti svých pacientů a tím, že právě ona je limitujícím faktorem pro zachování sociálních rolí, ať již v domácí či ústavní péči. Odpovědnost medicíny je jasně vymezena a její kompetence jsou omezeny. Péče o staré nemocné občany musí být značnou měrou přenesena do ambulantního režimu zdravotnických a sociálních služeb.
- Deprofesionalizace – upozorňuje na obrovské rezervy, které v péči o staré lidi reprezentují nejen rodiny, přátelé a sousedé, ale také dobrovolníci. O staré lidi se může určitým způsobem postarat každý. Proto ten, kdo je ochoten a schopen se podílet na péči, má být přizván ke spolupráci, jinak řečeno, nikomu nemá být bráněno v účasti na ní. Angažování laikové však musí být určitým způsobem poučeni, co a jakým způsobem mohou dělat buď přímo pro seniory, nebo pro jejich

starající se rodinné příslušníky. V této souvislosti je jistě třeba pamatovat na koordinační roli, které se musí někdo z odborníků ujmout.

- Deresotizace (též desektorizace) – znamená, že reprezentanti každého resortu lidské společnosti mohou něco udělat pro současnou seniorskou populaci a pro své příští stáří. Zdraví a ekonomicky činní lidé by proto měli alespoň rámcově znát potřeby svých starších a starých spoluobčanů. Hovoří se o celospolečenské propojenosti seniorské problematiky. Nejprve je třeba systematicky bořit bariéry mezi resorty zdravotnictví a sociálních služeb, ale pak mezi dalšími resorty, které mají zatím nevyužitou kapacitu pomoci zdravým i nemocným seniorům (Haškovcová, 2010).

Po roce 1989 už neposkytuje sociální služby jen stát, ale i kraje a obce, nestátní neziskové organizace, církve, fyzické i právnické osoby. Sociální služby procházení procesem transformace.

Po fázi rozšíření druhů sociálních služeb, služeb sociální péče a prevence pro osoby v nepříznivé sociální situaci bylo vnímání zacíleno na kvalitu poskytovaných služeb, na nastavení jejich pravidel, na přístup ke klientům či uživatelům služeb a na odbornost pracovníků, kteří tyto služby zajišťují (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

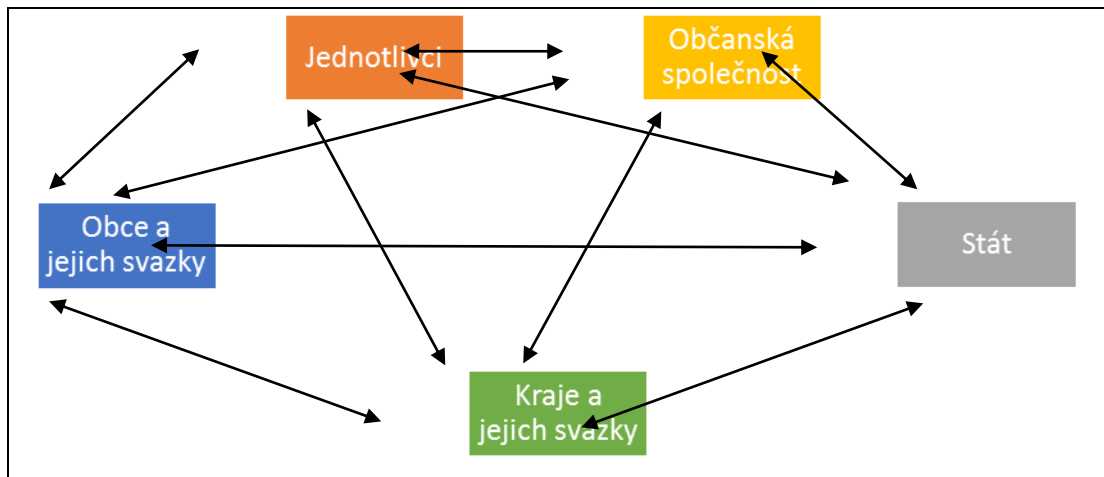
Sociální služby jsou poskytovány s důrazem na dodržování lidských práv, individuální poskytování služeb, dodržování svobodné vůle, zajištění důstojného života a to vše směřuje k sociálnímu začleňování klientů.

Dle Bílé knihy v sociálních službách (2003) existuje sedm vůdčích principů, které tvoří základ všech sociálních služeb:

- 1) Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli závislost
- 2) Začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení
- 3) Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem
- 4) Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- 5) Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- 6) Rovnost bez diskriminace
- 7) Standardy národní, rozhodování v místě

Sociální služby jsou vybudovány na základech pětistranného partnerství (Bílá kniha v sociálních službách, 2003).

Tabulka 2 Pětistranné partnerství (Bílá kniha v sociálních službách, 2003)



- **Jednotlivec** – Starají se o sebe, své příbuzné a mají za sebe a svou rodinu odpovědnost. Udržují dobré sousedské vztahy a angažují se v oblasti práce ve svépomocných skupinách, pracují jako dobrovolníci, mohou dostávat příspěvky na náklady některých služeb.
- **Obce/komunity** – Posuzují potřeby jednotlivců a komunity a podle analýzy vytvářejí komunitní plány tak, aby uspokojovaly potřeby komunity i jednotlivců. Organizují poskytování služeb a podporují rozvoj nových typů služeb, podílejí se na zlepšení občanské vybavenosti ve svém regionu, podporují dialog, spolupráci a výměnu informací v rámci komunity.
- **Kraje** – Posuzují potřeby svého regionu a podle zhodnocení a získaných závěrů připravují plány rozvoje a komunitní plány. Podporují rozvoj nových služeb a občanskou vybavenost v kraji, spolupracují s obcemi a s příslušnými ministerstvy.
- **Občanská společnost** – Občanská společnost je tvořena nestátními neziskovými organizacemi a dobrovolníky. Poskytuje služby a rozvíjí nové typy služeb, podporuje dobrovolnickou činnost a práci svépomocných skupin, hájí zájmy uživatelů služeb a vytváří jednotlivcům příležitost k příspěvku společnosti.
- **Stát** – Spolupracuje se samosprávou a nestátními neziskovými organizacemi. Podle zjištěných poznatků prosazuje státní politiku a priority. Určuje národní standardy pro poskytování sociálních služeb, vytváří systém inspekce ke kontrole kvality poskytovaných služeb, podporuje vývoj a inovaci v poskytovaných službách, vytváří právní rámec pro poskytování služeb, shromažďuje výroční zprávy z krajů a obcí a jejich výsledky využívá pro další rozvoj společnosti a prosazování priorit.

Rozhoduje o nakládání se zdroji na rozvoj a poskytování sociálních služeb (Malíková, 2011).

2.2 Zákonné normy v sociální oblasti

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony.

Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

S poskytováním sociálních služeb a s realizací všech činností je spojena celá řada dalších zákonných norem a právních předpisů. Všichni poskytovatelé je musí znát, vytvořit podmínky k jejich dodržování a dodržovat je.

2.2.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Tento zákon upravuje:

- podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči
- podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb
- výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb
- inspekci poskytování sociálních služeb
- předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách
- předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u

poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních

Definuje tři okruhy služeb:

- sociální poradenství – nedílná součást všech sociálních služeb
- služby sociální péče – jejich cílem je zabezpečení základních životních potřeb v případě, že nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby
- služby sociální prevence – slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy (Malíková, 2011)

Podle místa poskytování se sociální služby člení na:

- terénní služby – jsou poskytovány v prostředí, kde jedinec žije; nejčastěji jde o poskytování služeb pečovatelské služby, osobní asistence či terénní programy pro ohroženou mládež
- ambulantní služby – za těmito službami dochází jedinec sám do specializovaných zařízení (např. poradny, denní stacionáře, kontaktní centra)
- pobytové služby – jsou poskytovány v zařízeních, kde jedinec po určitou dobu celodenně nebo celoročně pobývá (např. domovy pro seniory či lidi se zdravotním postižením, chráněné bydlení, azylové domy) (Malíková, 2011)

Přehled zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- **domovy pro seniory**
- **domovy se zvláštním režimem**
- chráněné bydlení
- azylové domy
- domy na půl cesty
- zařízení pro krizovou pomoc
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

- noclehárny
- terapeutické komunity
- sociální poradny
- sociálně terapeutické dílny
- centra sociálně rehabilitačních služeb
- pracoviště rané péče

Mezigenerační a integrovaná centra lze zřizovat kombinací jednotlivých zařízení sociálních služeb.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- základní sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Dále jsou základní činnosti konkrétně uvedeny u jednotlivých druhů sociálních služeb v §37, 39 až 52 a §54 až 70 a tyto jsou poskytovatelé vždy povinni zajistit.

Nad rámec základních činností mohou poskytovatelé zajišťovat další činnosti – fakultativní služby.

§ 49 Domovy pro seniory

Zde se poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby.

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

§ 50 Domovy se zvláštním režimem

Zde se poskytují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.2.2 Vyhláška č. 505/2006 Sb.

Obsah vyhlášky ve vztahu k péči o seniory:

- Vymezuje obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a určuje maximální výši úhrad za poskytování některých služeb.

- Definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb.
- Stanoví náplň kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách pečujících o seniory.
- Stanoví hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb.
- V příloze č. 1 předkládá škálu hodnocení schopností zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti včetně odchylného způsobu hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku – netýká se seniorů.
- V příloze č. 2 seznamuje v plném znění se standardy kvality sociálních služeb.
- V příloze č. 3 předkládá vzor zvláštního oprávnění zaměstnance obce při sociálním šereň. (Malíková, 2011)

2.3 Druhy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb

Sociální služby mohou poskytovat pouze subjekty, které mají oprávnění sociální služby poskytovat schválením rozhodnutí o registraci. Ukazuje se, že existují případy, kdy tyto služby se snaží poskytovat i soukromníci bez příslušného oprávnění, kteří jsou motivováni finančními důvody, ale péče o klienty bývá nekvalitní, ohrožující zdraví seniorů.

Poskytovatelem sociálních služeb mohou být:

- subjekty zřizované obcí a krajem;
- nestátní neziskové organizace a fyzické osoby nabízející široké spektrum služeb;
- MPSV

Neziskový sektor má v České republice poměrně krátkou tradici. Po roce 1989 vznikly první neziskové organizace a v devadesátých letech vznikla první pobytová zařízení, jejich poskytovatelem jsou neziskové organizace. Spektrum poskytovaných sociálních služeb je ale širší, a dokonce se podílí i na poskytování zdravotní péče – v terénu formou domácí péče a v pobytových službách např. formou církevních hospiců apod. (Malíková, 2011)

2.4 Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou financovány z více zdrojů. Dle druhu poskytované služby a dle zřizovatele, jsou ve financování rozdíly.

Přehled finančních zdrojů:

- Státní dotace a granty
- Dotace ze strukturálních fondů
- Příspěvky zřizovatelů
- Příjmy od uživatelů
- Příspěvky na péči
- Příjmy z veřejného zdravotního pojištění
- Příspěvky samosprávných celků
- Dary
- Vedlejší hospodářská a mimořádná činnost

2.4.1 Financování pobytových sociálních služeb

Financování pobytových sociálních služeb je podle Hermana a kol. (2008) složeno ze čtyř hlavních částí:

- plateb uživatelů sociálních služeb;
- příspěvků na péči podle § 11, zákona č. 108/2006 Sb.;
- státních dotací;
- příjmů z veřejného zdravotního pojištění.

Konkrétní výše jednotlivých zdrojů může být výrazně odlišná. Závisí to především na struktuře uživatelů, kvalitě poskytované péče, typu zřizovatelského subjektu, případně i na dalších okolnostech (Malíková, 2011).

Jako další zdroje pro pobytová zařízení Herman a kol. (2008) uvádí:

- vedlejší hospodářskou činnost (pronájem nebytových prostor, výroba stravy, praní prádla, prodej výrobků aj.);
- příspěvek zřizovatele na činnost (výše příspěvku je velmi různorodá s ohledem na typ zřizovatele a regionu);
- dary;
- ostatní granty a příspěvky na sekundární a terciální aktivity poskytovatele;
- ostatní zdroje.

2.5 Personální zajištění v pobytové sociální službě

Odbornou činnost v sociálních službách poskytují pracovníci, kteří jsou definováni v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Setkávají se tak pracovníci z různých oborů, a tak vytvářejí, dnes tolik populární, multidisciplinární týmy. V současné době se uvádí tato spolupráce jako charakteristický rys sociální služby.

Odbornou činnost v sociálních službách vykonávají:

- sociální pracovníci – dle zákona o sociálních službách
- pracovníci v sociálních službách – dle zákona o sociálních službách
- zdravotničtí pracovníci – upraveno zdravotnickými předpisy (zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů)
- pedagogičtí pracovníci – dle školských předpisů

2.5.1 Sociální pracovníci

Sociální pracovnice doprovází zájemce o službu i jeho rodinu již od prvního telefonického či osobního kontaktu.

Sociální pracovnice zajišťuje sociální šetření, a to buď v domácnosti zájemce, nebo v prostředí, kde se zájemce aktuálně nachází (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných aj.) a veškeré podklady ze sociálního šetření eviduje a zpracovává. Vyřizuje veškerou agendu, která souvisí s nástupem klienta do zařízení, včetně přijímání a uvítání klienta v den jeho nástupu. Popisuje klientovi a rodině klienta chod zařízení, režim, a veškeré další záležitosti, které s nástupem do zařízení souvisí, včetně pravidel kolektivního soužití.

Sociální pracovnice se společně s klíčovým pracovníkem klienta (pečovatelka – pracovník v sociálních službách, která o klienta nejvíce pečuje) podílí na plánování průběhu sociální služby. Znamená to, že každému z klientů je naplánována péče individuálně tak, aby byla péče „šitá na míru“ dle aktuálního stavu, potřeb klienta a jeho nepříznivé sociální situace.

V rámci sociální práce vyřizuje sociální pracovnice veškeré úřední záležitosti, které souvisí s pobytem klienta v zařízení (korespondence s institucemi), nebo které si klient sám nebo prostřednictvím rodiny, nemůže vyřídit. Komunikuje se soudy ve věci opatrovnictví klienta, nebo ohledně jiných, soudem uložených věcí. Komunikuje také s úřady nebo rodinou ve věci financí a úhrad za službu.

Sociální pracovníce se podílí na organizaci kulturních akcí v domově, vyřizuje praxe a stáže na oddělení sociální práce a aktivizace, zajišťuje roznášku pošty na pokoj. Vyřizuje korespondenci ohledně ukončení pobytu klienta (úmrtí či ukončení pobytu) s institucemi, zajišťuje vyřízení pohřbu, nemůže-li pohřeb zajistit rodina či jiný blízký klienta, sepisuje pozůstalostní hlášení.

Krom výše uvedené jsou sociální pracovníce pověřené také k poskytování základního sociálního poradenství v tomto rozsahu:

- poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby,
- poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče,
- poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě,
- poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu.

2.5.2 Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách je kvalifikovaný pracovník, který klientů sociálních služeb poskytuje přímou obslužnou péči v ambulantních nebo pobytových sociálních zařízeních. Tato péče spočívá v udržování a nácviku jednoduchých denních činností v souvislosti s péčí o vlastní osobu. Předpokladem pro výkon pracovníka v sociálních službách je zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Kvalifikační podmínky pro pracovníka v sociálních službách jsou stanoveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 116 ukládá jako podmínku k dosažení potřebné odbornosti absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu po ukončení základního nebo středního vzdělávání a to nejpozději do 18 měsíců od nástupu zaměstnance k zaměstnavateli, který poskytuje sociální službu. Pracovník v sociálních službách si musí dále vzdělávat. Zaměstnavatel má povinnost zajistit další vzdělávání

v rozsahu nejméně 24 hodin ročně, kterým si pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.

Pracovníci v přímé péči provádějí zejména tyto činnosti:

- podílí se na nácviku denních všedních činností
- uspokojování psychosociálních potřeb
- manipulují s pomůckami a udržují je v čistotě a pořádku
- zajišťují hygienickou péči o klienty
- podávají klientům stravu a krmí je
- zajišťují polohování klientů

2.5.3 Zdravotničtí pracovníci a ošetrovatelská péče v sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ukládá poskytovateli pobytových sociálních služeb povinnost, dle § 36 zajistit klientům zdravotní péči, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči a to v první řadě prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří musí být odborně způsobilí k výkonu zdravotnického povolání.

Podmínky pro získávání a uznávání odborné způsobilosti pro nelékařské zdravotnické pracovníky stanovuje zákon 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. Tento zákon definuje zdravotnického pracovníka jako fyzickou osobu, která vykonává zdravotnické povolání podle tohoto zákona.

Ve sledovaném sociálním zařízení zajišťují ošetrovatelské péče bez odborného dohledu všeobecné zdravotní sestry, praktické sestry (dříve zdravotničtí asistenti) a fyzioterapeut. Ostatní pracovníci, kteří poskytují ošetrovatelskou péči klientům sociálního zařízení, patří do resortu sociálních služeb. Jde o pracovníky v sociálních službách – pracovník přímé obslužné péče. Tato skupina nahradila dřívější zdravotnické pracovníky – ošetrovatelky a sanitáře.

Všeobecná sestra

Všeobecná sestra je představitelkou poměrně mladého vědního oboru Ošetrovatelství. Člověk je chápán jako holistická (celostní) bytost. Všeobecná sestra aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické a sociální potřeby zdravých a

nemocných lidí. Podílí se zejména na zajištění podpory a udržení zdraví. Všemi dostupnými prostředky se snaží o navrácení zdraví a pokud už návrat zdraví není možný, zmírňuje utrpení a umožňuje klidnou a důstojnou smrt.

Definice profese zdravotní sestry dle Mezinárodní rady sester (ICN): „Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Základní ošetrovatelské vzdělání je formálně uznáný studijní program, který studentovi poskytne široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetrovatelství, který student potřebuje pro všeobecnou ošetrovatelskou praxi, pro řídicí úlohu a pro navazující specializační studium, nebo navazující studium potřebné k výkonu odbornější ošetrovatelské praxe. Sestra je připravena a oprávněna: 1. zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních, 2. vyučovat témata spadající do zdravotnické péče, 3. plně se zapojovat do zdravotnického týmu, 4. dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči a školit je, 5. zapojovat se do výzkumu“ (Alexander, Runciman, 2003). z této definice lze odvodit klíčové kompetence zdravotních sester.

Podmínky pro získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecná sestra

Pro výkon všeobecné sestry stačilo v České republice před rokem 2004 středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Jak se obor dynamicky rozvíjel vyvstala potřeba změny vzdělávacího systému sester. Všeobecná sestra se stala plnohodnotnou členkou multidisciplinárního týmu pracovníků pečujících o člověka. Nepodstatné nebyla ani nutnost sjednotit vzdělávání sester v rámci Evropské unie.

V současné době je možné získat odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry na základě:

- trestní bezúhonnosti
- zdravotní způsobilosti
- získání odborné způsobilosti

Dle zákona 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 č. 96/2004 Sb. lze získat odbornou způsobilost absolvováním:

- tříletého bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester
- tříletého pomaturitního studia v oboru všeobecná sestra na vyšších odborných školách
- studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry, byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání

Zdravotním sestřám, které své vzdělání získaly před vstupem v platnost tohoto zákona, je vzdělání uznáno.

Činnosti vykonávané všeobecnou sestrou

Činnosti všeobecné sestry jsou dány Vyhláškou MZČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ze dne 1.března 2011, ve znění pozdějších předpisů. Dle této vyhlášky vykonávají všeobecné sestry zejména:

Na základě své odborné způsobilosti, bez indikace lékaře, v souladu s lékařskou diagnózou

- poskytuje zdravotní péči na základě platných předpisů a standardů
- dbá na dodržování a dodržuje hygienicko-epidemiologický režim
- vede zdravotnickou dokumentaci a pracuje s informačním systémem zařízení
- v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje klientovi/pacientovi informace
- podílí se na praktické výuce studentů
- podílí se na přípravě ošetrovatelských standardů

Prostřednictvím ošetrovatelského procesu:

- vyhodnocuje potřeby klientů/pacientů (dále jen K/P) pomocí ošetrovatelských měřících technik, sleduje úroveň soběstačnosti a projevy jejich onemocnění, měří intenzitu bolesti, sleduje rizika vzniku proleženin, sleduje stav výživy a další
- sleduje a vyhodnocuje fyziologické funkce K/P (krevní tlak, puls, saturaci O₂, dechovou frekvenci, tělesnou teplotu a další)
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav K/P
- zajišťuje odběr a provádí vyšetření biologického materiálu neinvazivní cestou

- zajišťuje průchodnost dýchacích cest, odsává sekret z horních cest dýchacích
- hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, pečuje o chronické rány, pečuje o stomie, o periferní a centrální žilní vstupy
- spolupracuje s ergoterapeutem nebo fyzioterapeutem, provádí rehabilitaci v rámci prevence dalších poruch způsobených imobilitou
- zvyšuje soběstačnost K/P nácvikem sebeobsluhy
- provádí edukační činnosti K/P a dalších osob, připravuje edukační materiály
- orientačně hodnotí sociální situaci K/P, spolupracuje se sociálním pracovníkem
- zajišťuje činnosti související s příjmem, přemístěním a propuštěním K/P
- zajišťuje psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým, zajišťuje péči o tělo zemřelého
- zajišťuje uložení a dostatečné zásobení léčivými přípravky a zdravotnickým materiálem.

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

- podává léčivé přípravky (s výjimkou nitrožilních injekcí)
- zavádí a udržuje kyslíkovou terapii
- odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické
- provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů
- provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 10ti let. Provádí výplach močového měchýře a pečuje o průchodnost permanentních katétrů u K/P všech věkových kategorií
- provádí výměnu a péči o tracheostomii, zavádí nazogastrické sondy K/P při vědomí nad 10 let věku, pečuje o sondu a podává výživu sondou K/P všech věkových kategorií
- provádí výplach žaludku u K/P při vědomí starších 10 let

Pod odborným dohledem lékaře

- aplikuje nitrožilně krevní deriváty
- spolupracuje při podávání transfúzních přípravků

Praktická sestra (dříve zdravotnický asistent)

Praktická sestra (dříve zdravotnický asistent) je od 1. 9. 2017 novou profesí mezi zdravotníky. Odborná způsobilost k výkonu povolání praktické sestry je získávána studiem na střední zdravotnické škole a studium je ukončeno maturitou. Praktická sestra je zařazena mezi pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Fyzioterapeut

Fyzioterapeut je dalším zdravotnickým pracovníkem pracujícím ve sledovaném zařízení. Je to odborník, který provádí rehabilitaci zaměřenou na léčbu poruch pohybového systému. Neřeší pouze návrat pohybových schopností klientů, v převážné většině po úrazech a mozkových příhodách, ale pracuje s klienty na udržení stávajících pohybových schopnostech.

Odborná způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeut je získávána studiem na vysoké škole, popřípadě vyšší zdravotnické škole. V minulosti také na středních zdravotnických školách se zahájením studia nejpozději v roce 1996/1997.

Ve sledovaném zařízení působí 1 fyzioterapeut na 340 klientů. Je zaměstnancem jiného subjektu. V době výzkumu nebylo možné odbornost 902 - fyzioterapeut pro sociální zařízení nasmlouvat se zdravotní pojišťovnou.

Z teoreticko-přehledové části vyplývá, že všeobecná sestra v sociálních službách má stejné vzdělání a kompetence, jako sestra ve zdravotnických zařízeních. Má však její práce se seniory v sociálních službách i nějaká specifika v porovnání se zdravotnickými zařízeními? Například v délce pobytu K/P na oddělení nebo v četnosti provádění jednotlivých úkonů?

Empirická část

Na teoreticko-přehledovou část práce navazuje část empirická. Obecně lze říci, že empirická část hledá odpověď na výzkumnou otázku: Má práce všeobecných sester se seniory v sociálních zařízeních svá specifika v porovnání s prací všeobecných sester ve zdravotnických zařízeních a pokud ano, v čem spočívají?

3. Cíle práce

Naše práce si stanovila tyto cíle:

U tří souborů všeobecných sester, které pečují o seniory (první soubor zahrnoval sestry pracující v domově pro seniory, druhý sestry pracující v LDN a třetí sestry pracující na Interní gerontometabolické klinice Fakultní nemocnice) *popsat, analyzovat a zhodnotit shody a rozdíly v poskytované péči:*

1. **Kontext péče:** Popsat důležité charakteristiky každého ze tří uvedených pracovišť.
2. **Předpoklady** pro poskytování péče: přítomnost lékaře na pracovišti, vedení zdravotnické dokumentace.
3. **Vlastní ošetrovatelská péče**, které byla operacionalizována takto:
 - vyhodnocování potřeb klientů/pacientů
 - vyhodnocování fyziologických funkcí klientů/pacientů
 - odebírání biologického materiálu
 - podávání léčivých přípravků
 - příprava a aplikování infuzní terapie i.v.
 - příprava a aplikování infuzní terapie i.v. za účelem hydratace
 - zajišťování průchodnosti dýchacích cest
 - zavádění a udržování kyslíkové terapie
 - ošetřování poruch celistvosti kůže
 - ošetřování akutních a operačních ran
 - provádění katetrizace močového měchýře u žen
 - provádění nácviku sebeobsluhy klientů/pacientů
 - provádění edukační činnosti u klientů/pacientů
 - čas pro komunikaci s klienty/pacienty
 - orientační hodnocení sociální situace klienta/pacienta
 - péče o tělo zemřelého

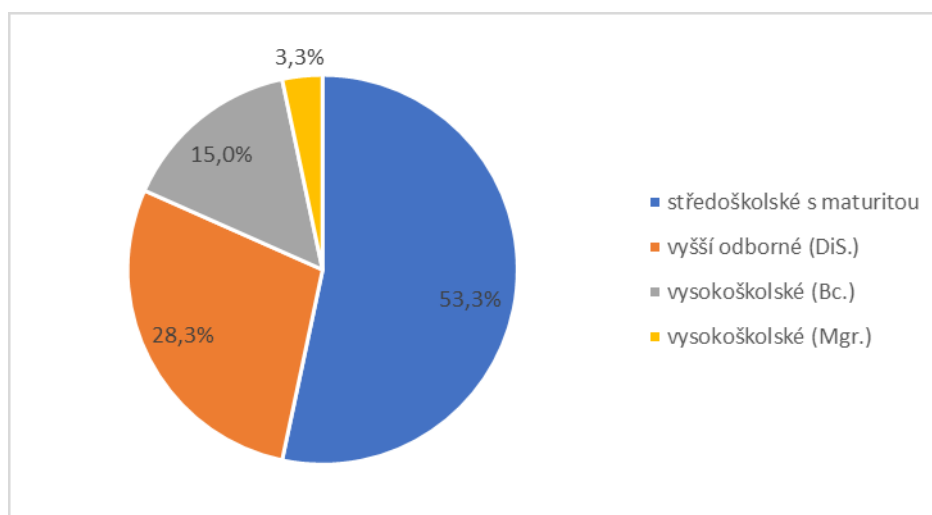
3.1 Zkoumané soubory všeobecných sester

Našeho šetření se zúčastnilo celkem 60 všeobecných sester, z toho: 20 sester z Domova pro seniory v Hradci Králové (Domov u Biřičky), 20 sester z Léčebny pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové a 20 sester z III. Interní gerontometabolická kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Výběr těchto sester byl dán jejich dostupností a ochotou spolupracovat.

Podrobnější údaje o zkoumaném souboru všeobecných sester jsou tyto:

Mezi sestrami převládaly ty, které měly středoškolské vzdělání s maturitou (32 odpovědí; 53,5 %) a poté sestry s vyšším odborným vzděláním (DiS.) (17 odpovědí; 28,3 %). Rozdělení vzdělání nezávisí na tom, kde sestry pracují.

Graf 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání sester



Pokud jde o délku praxe, nejčastěji šlo o sestry, které v oboru pracovaly 15 a více let (26 odpovědí; 43,3 %). Stejně zastoupení pak měly sestry s praxí do 5 let a 6 až 14 let. V obou skupinách bylo shodně 17 odpovědí (28,3 %). Délka praxe nezáležela na tom, kde sestry pracují.

Tabulka 3 – Délka praxe sester

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než 5 let	17	28,3
6–14 let	17	28,3
15 a více let	26	43,3
Celkem	60	100,0

Samotný soubor sester, které pracovaly v **sociálním zařízení** - domově pro seniory, měl tyto charakteristiky:

- Sestry s předchozí praxí ve zdravotnickém zařízení
- Sestry, které pracovali pouze ve zkoumaném sociálním zařízení, ale více než 15 let
- Sestry absolventky bez předchozí praxe

3.2 Použitá metoda

Naše práce se opírá o dotazníkové šetření. Byl použit dotazník vlastní konstrukce, který má 22 položek a zaměřuje se na specifika poskytované ošetrovatelské péče. Položky byly voleny tak, aby umožnily (v souladu s cíli práce) porovnat a zhodnotit specifika práce všeobecných sester ve třech výše zmíněných zařízeních. Plné znění dotazníku je v příloze této práce.

4. Výsledky

4.1 Kontext poskytované ošetrovatelské péče

V tomto oddíle popíšeme důležité charakteristiky každého ze tří uvedených pracovišť, v němž dotázané všeobecné sestry pracují.

4.1.1 Domov U Biřičky

Domov U Biřičky zřizuje Královéhradecký kraj jako svoji příspěvkovou organizaci, jejímž úkolem je provozování pobytových služeb sociální péče, a to v souladu se zákonem o sociálních službách.

Zařízení má celkovou kapacitu 340 lůžek ve dvou budovách. Ubytování je možné v jednolůžkových, dvoulůžkových a vícelůžkových pokojích. Zařízení patří mezi největší poskytovatele sociálních služeb v České republice od roku 1965.

Posláním Domova u Biřičky je poskytování podpory, pomoci a péče seniorům, kteří z důvodu věku, zdraví a sociální situace potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby, a ani za pomoci rodiny, přátel a terénních sociálních služeb nevládají život v domácnosti.

Služby jsou poskytovány seniorům s bydlištěm v Královéhradeckém kraji, případně seniorům, kteří prokazatelně měli většinu svého života bydliště na území Královéhradeckého kraje nebo seniorům jejichž rodinní příslušníci mají bydliště na území Královéhradeckého kraje.

Sociální péče. V rámci služeb "domov pro seniory" a "domov se zvláštním režimem" registrovaných dle zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách Domov U Biřičky zajišťuje vlastním personálem pro klienty níže uvedené úkony. Personál splňuje kvalifikaci dle zmíněného zákona, na činnostech se podílí pečovatelky metodičky, pečovatelky, pomocné pečovatelky, instruktorky aktivit (dle zákona pracovníci v sociálních službách) a sociální pracovníce. Personál udržuje a rozvíjí své schopnosti pečovat o člověka průběžným vzděláváním v rozsahu minimálně 24 hodin ročně a supervizemi nezávislých odborníků.

Činnosti a úkony sociální péče nemohou být poskytovány všem klientům ve stejném rozsahu, nejsou "nárokové", jsou poskytovány v individuálním rozsahu dle možností a schopností každého klienta. Personál maximálně podporuje zachování

soběstačnosti tak, aby klient péči o sebe alespoň částečně zajišťoval sám do doby, dokud je to vzhledem ke zdravotnímu stavu možné. Při zajištění péče spolupracuje s rodinou. Konkrétně jde o tyto činnosti:

- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
- pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
- pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- pomoc při podávání jídla a pití (*prostíráme v hlavní jídelně, v jídelnách na odděleních, v pokoji klienta nebo přímo na lůžku, pomáháme při jídle a pití také speciálními pomůckami, připravujeme speciálně upravenou stravu atd.*)
- pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru (*pomáháme při chůzi a pohybu v budově i venku, zajišťujeme procházky a pobyt na terasách atd.*)
- pomoc při úkonech osobní hygieny (*zajišťujeme koupel ve speciálním lůžku nebo vanách upravených pro lidi s omezeným pohybem, zajišťujeme hygienu v plenkové oblasti atd.*)
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
- pomoc při použití WC,
- podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů (*personál umožňuje návštěvu kantýny, kavárny, kadeřnice a pedikérky, které sídlí nebo dochází do zařízení, zajišťuje léky, klienti mají možnost využít televize, rádia, počítače s internetem a novin, 2x týdně zajišťuje nákupy nebo pochůzky mimo domov atd.*)
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob (*personál rodinu zapojuje do péče, pomáhá v písemném nebo elektronickém kontaktu s rodinou atd.*)
- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob (*personál spolupracuje s dobrovolnickým centrem, se školami, jinými sociálními službami, spolky atd.*)
- volnočasové a zájmové aktivity (*tento úkon může personál poskytovat pouze pro klienty domova pro seniory, jedná se o nabídku uvedenou v sekci AKTIVITY PRO KLIENTY*)

- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím (*personál pomáhá v písemném nebo elektronickém kontaktu s přáteli, s jinými seniory atd.*)
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností (*personál podporuje péči o sebe, schopnost najíst se, umýt se, podporuje pohyb, procházky, udržení jemné motoriky ručními pracemi a výtvarnou tvorbou, procvičováním paměti atd.*)
- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů (*pomoc s vyřizováním úředních záležitostí atd.*)

Jiné činnosti nemohou být poskytovány v rámci základních činností sociální služby a úhrady za poskytování sociálních služeb.

Ošetrovatelská péče. Klientům Domova U Biřičky je poskytována komplexní ošetrovatelská péče se zaměřením na udržení, podporu a zachování nebo navrácení zdraví a soběstačnosti, uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb klientů změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu. Ošetrovatelská péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zvláštního právního předpisu a ošetrovatelských standardů.

Ošetrovatelská péče je poskytována prostřednictvím zaměstnanců Domova U Biřičky, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Jsou to všeobecné sestry a praktické sestry. Úsek Zdravotní péče a hygieny řídí vrchní sestra.

Domov *není* zdravotnickým zařízením, nemůže tedy garantovat nemocniční způsob zdravotní péče. Rozsah péče je omezen podmínkami zákona a podmínkami zařízení, pojišťovnou nehrazenou ošetrovatelskou péčí poskytujeme v maximální možné míře limitované počtem zdravotnických pracovníků. Úkony ošetrovatelské péče, které jsou podmíněny indikací lékaře, je možné provádět pouze v mezích určených praktickým lékařem.

Významná část ošetrovatelské péče je prováděna v běžné denní době, 340 klientů v průběhu dne ošetřuje cca 12–15 zdravotnických pracovníků. Noční služba je zajištěna 1 všeobecnou zdravotní sestrou na všech 340 klientů. (Příloha č. 1)

Všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem zajišťuje klientům termíny vyšetření u praktického lékaře a u specialistů, zajišťuje písemnosti, účty, laboratoř, přístrojové vyšetření, asistenci při lékařských výkonech anebo některé výkony sama provádí. Podílí se na edukaci pacientů (např. diabetiků), na poradenství ve správné výživě, ke snížení hmotnosti, při poruchách lipidového metabolismu, při močové inkontinenci, při ošetřování stomií a chronických ran.

Mezi **základní odborné výkony**, které zdravotnický personál provádí ve spolupráci s lékařem v zařízení, patří:

- péče o ránu,
- péče o bércové vředy,
- péče o dekubity I. a II. stupně
- klyzma
- péče o permanentní katétr, výměna permanentního katétru u žen
- péče o PEG
- EKG záznam
- vyšetření glykémie pomocí glukometru
- ošetření kožních lézí pomocí biolampy
- ošetření stomií
- odběry biologického materiálu, včetně orientačního vyšetření moči
- aplikace léků p. o., s. c., i. m.,
- sledování fyziologických funkcí

Mezi domovem a zdravotními pojišťovnami je uzavřena „Zvláštní smlouva“ týkající se poskytování a úhrady ošetrovatelské péče pojištěncům žijícím v Domově U Biříčky.

Výkon ošetrovatelské péče se zde řídí zákonem 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, dále zákonem 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 souvisejícími předpisy.

Ošetrovatelská rehabilitace. Cílem ošetrovatelské rehabilitace je udržet klienty v co nejlepší fyzické i psychické pohodě, zachovat nebo zlepšit jejich mobilitu, samostatnost a soběstačnost, pomoci od bolesti a zabránit imobilizačnímu syndromu. Jedná se

především o polohování, nácvik soběstačnosti, kondiční cvičení, dechová cvičení, vysazování. Léčebnou ošetrovatelskou rehabilitaci indikovanou praktickým lékařem zajišťuje jedna fyzioterapeutka.

Na léčebnou ošetrovatelskou rehabilitaci navazuje pohybová aktivizace, která je prováděná aktivizačními instruktorkami, bez indikace lékaře, avšak po konzultaci se zdravotní sestrou.

Lékařská péče. Do Domova U Biřičky dochází 3x v týdnu praktický lékař a 1 x měsíčně psychiatr. Nepravidelně dochází lékařka z ambulance pro léčbu bolesti a oční lékařka. (Neznámo. *Domov U Biřičky* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: www.ddhk.cz)

4.1.2 Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové

Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN) Hradec Králové je příspěvková organizace KÚ Královéhradeckého kraje, který je jejím zřizovatelem. Profiluje se jako nestatní zdravotnické zařízení poskytující následnou péči dle zák. č. 372/2011 Sb. a souvisejících vyhlášek 92 a 99/2012 Sb. Hospodaří s finančními prostředky získanými vlastní činností ze zdravotního pojištění, finančními prostředky z rozpočtu zřizovatele a dary fyzických a právnických osob.

Do sítě zdravotnických zařízení se začlenila přestavbou staré budovy na Pospíšilově třídě, do té doby sloužící pro potřeby ZDŠ. Rekonstrukce byla ukončena kolaudací 27.2.1984 s následným zařazením do podoby zdravotnického zařízení OÚNZ HK. Mezi roky 1991-2003 byla vymezena jako příspěvková organizace OKÚ v Hradci Králové a od roku 2004 je zřizována KÚ Královéhradeckého kraje. Samosprávní a obchodní činnosti jsou zajišťovány Zdravotnickým holdingem a.s.

Personálně zajišťuje provoz a péči 92 zaměstnanců. Zdravotníků je 66, pracovníků HTS a dělníků je 26 (podrobnější personální členění je rozvedeno v dalších odkazech). Léčebna je trvale se rozvíjejícím zdravotnickým zařízením a neoddělitelnou součástí sítě zdravotnictví města i kraje. K areálu léčebny patří i rozsáhlá zahrada, která se postupně upravuje do parkové podoby a parkoviště pro osobní automobily zaměstnanců.

Léčebná péče. Zdravotnickou péči zajišťují 4 lékaři včetně ředitele léčebny a dále 24 zdravotních sester a 5 fyzioterapeutů. Velký důraz je kladen na symptomaticko-ošetrovatelskou péči, kterou zajišťuje 7 ošetrovatelů a 18 sanitářů. Nedílnou součástí komplexní péče o klienty je péče klinického psychologa, klinického logopeda a nutričního terapeuta. (Příloha č. 2)

Léčebna má vlastní sanitní vůz pro převozy pacientů na různá vyšetření a využívá jej i při propouštění pacientů do domácí péče či při překladech do jiných zdravotnických a sociálních zařízení v Hradci Králové. Překlady klientů za hranice města jsou realizovány prostřednictvím centrálního dispečinku sanitních vozidel.

Základním posláním léčebny je rekondiční a rehabilitační péče se snahou zlepšit prosperitu nemocných se zkvalitněním jejich života a s následným návratem do domácího prostředí.

Rehabilitaci představuje pasivní i aktivní cvičení s využíváním všech dostupných pomůcek. Základem jsou různé mobilizační prostředky (chodítka, podkovy, bradlové chodníčky, rotopedy atd.), ale i ultrazvuk, diadynamik, magnetoterapie apod. U pacientů po zlomeninách dolních končetin, kteří představují nejvyšší procento hospitalizovaných, se využívají i motorové dlahy a válce.

Jak již bylo i výše uvedeno, spektrum přijímaných pacientů především z FN Hradec Králové je rozsáhlé. K následné péči jsou přijímáni především pacienti z chirurgické, neurologické, ortopedické kliniky a samozřejmě z klinik interních.

Kromě výše uvedené RHB je zařízení schopno zajistit mimo jiné oxygenoterapii, infusní a transfusní léčbu, nutričně definovanou výživu do žaludečních sond, převazy i komplikovaných ran s využíváním nejmodernějších převazových materiálů atd. Lékařská a ošetrovatelská péče je zajištěna v léčebně permanentně, i o víkendech a svátcích, sloužícími atestovanými lékaři a dalším erudovaným personálem.

Pobyt v léčebně není striktně žádnou zákonnou normou limitován. LDN je však zdravotnické zařízení pravidelně revidované zdravotními pojišťovnami, a proto převáží-li nad zdravotními a léčebnými důvody hospitalizace důvody sociální, je nutné najít pro nesoběstačné a péči vyžadující klienty lůžka v institucích zajišťujících převážně péči sociální. Poradenství v této oblasti zajišťuje sociální sestra. (BLÁHA, Petr. *LDN - Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: www.ldnhk.cz)

4.1.3 III. Interní gerontometabolická klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Fakultní nemocnice Hradec Králové náleží k největším zdravotnickým zařízením nejen ve východních Čechách, ale i v celé České republice. Na 39 pracovištích včetně 24 klinik s 1360 lůžky je každý rok hospitalizováno přes 41 tisíc pacientů, z nichž kolem 40 % je operováno. Ambulantně je v nemocnici ošetřeno okolo 700 tisíc pacientů. Jsou zde prováděny nejsložitější chirurgické výkony a používanými technologiemi v oblasti diagnostiky i léčby i léčebnými výsledky snese FN Hradec Králové srovnání s obdobnými nemocnicemi v Evropě. Fakultní nemocnice Hradec Králové je také významným výzkumným a výukovým pracovištěm úzce spojeným s Lékařskou fakultou UK v Hradci Králové.

III. Interní klinika poskytuje ambulantní a ústavní léčebnou péči se zvláštním zaměřením na:

- akutní diagnostiku a léčbu nemocných s poruchami metabolismu a výživy
- intenzivní metabolickou péči
- péči o kritické nemocné s interními diagnózami a interními komplikacemi chirurgických a traumatologických onemocnění
- zajištění nemocných vyžadujících parenterální a enterální výživu, zejména v komplikovaných situacích
- speciální diagnostiku a terapii chorob látkové výměny a výživy (diabetologie, obezitologie, poruchy metabolismu lipidů)
- diagnostiku a léčbu akutních stavů ve stáří
- diagnostiku a léčbu interních onemocnění se zvláštním zaměřením na interní choroby ve stáří a problematiku předčasného stárnutí
- diagnostiku a léčbu onemocnění ledvin včetně léčby akutního i chronického selhání ledvin hemodialýzou, peritoneální dialýzou a kontinuálními metodami
- sledování a léčbu nemocných po transplantaci ledviny
- léčbu plazmaferézou a další eliminační metody (LDL-aferézy)
- léčbu nemocných s intoxikacemi vyžadujícími použití eliminačních metod (hemoperfuze, hemodialýza)

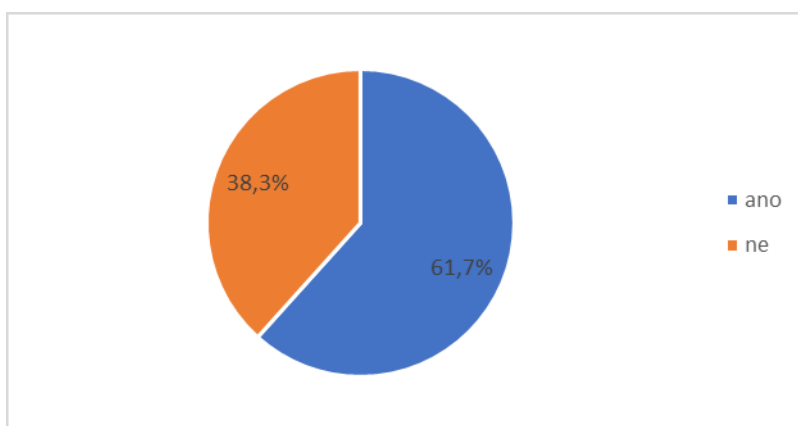
Kliniku tvoří dvě jednotky intenzivní péče, interní a geriatrické a 4 standardní lůžková oddělení metabolické, nefrologické, geriatrické (Příloha č. 3) a diabetologické. Součástí kliniky je hemodialyzační středisko a je odbornou a technickou základnou pro mezioborové diabetologické centrum.

Klinika má všeobecné ambulance a specializované poradny vyplývající z odborného profilu kliniky. Je základnou subkatedry diabetologie, nefrologie a gerontologie pro postgraduální vzdělávání a základnou pro doškolování a specializaci lékařů a sester v metabolismu, výživě a intenzivní péči. Účastní se pregraduální výuky podle plánu lékařské fakulty a samostatně zajišťuje postgraduální výuku ve výše uvedených oborech. Klinika je základnou pro klinický výzkum zaměřený na metabolismus, klinickou výživu, gerontologii, intenzivní péči a diabetologii a nefrologii. (Neznámo. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: www.fnhk.cz)

4.2 Předpoklady pro ošetrovatelskou činnost

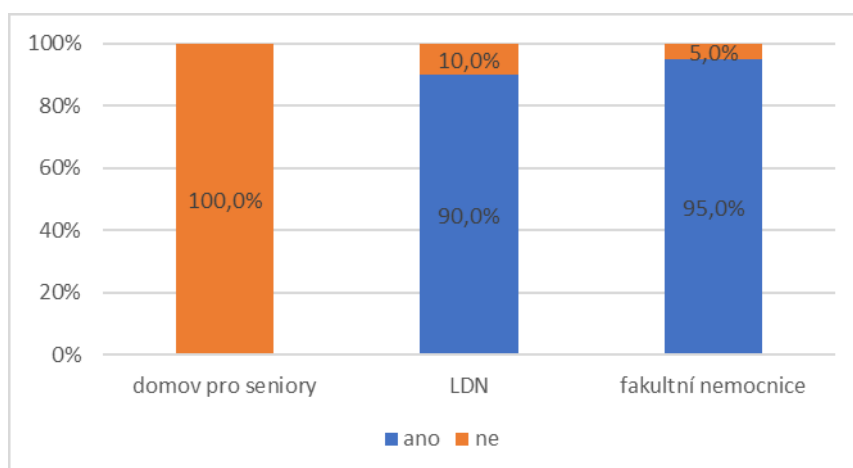
Dotazníková položka č. 4 zjišťovala, zda je na daném pracovišti přítomen lékař po celých 24 hodin. Z grafu 2 můžeme vidět, že 37 sester uvedlo (61,7 %), že je na jejich pracovišti přítomen lékař.

Graf 2 – Rozdělení odpovědí na položku č. 4 – „Je na Vašem pracovišti přítomen lékař 24 hodin?“



Není překvapující, že odpovědi na tuto položku závisí na tom, kde sestry pracují. Výsledky podle pracovišť můžeme vidět na grafu 3. Na grafu můžeme vidět, že lékař je na pracovišti pouze u LDN (18 odpovědí; 90,0 %) a ve Fakultní nemocnici (19 odpovědí; 95,0 %). V Domově pro seniory není přítomen ani v jednom případě.

Graf 3– Rozdělení odpovědí na položku č. 4 podle pracoviště



Dotazníková položka č. 6 zjišťovala, zda všeobecné sestry vedou na svém pracovišti zdravotnickou dokumentaci. Všechny dotázané sestry uvedly, že na svém pracovišti zdravotnickou dokumentaci vedou.

4.3 Vlastní ošetrovatelská péče

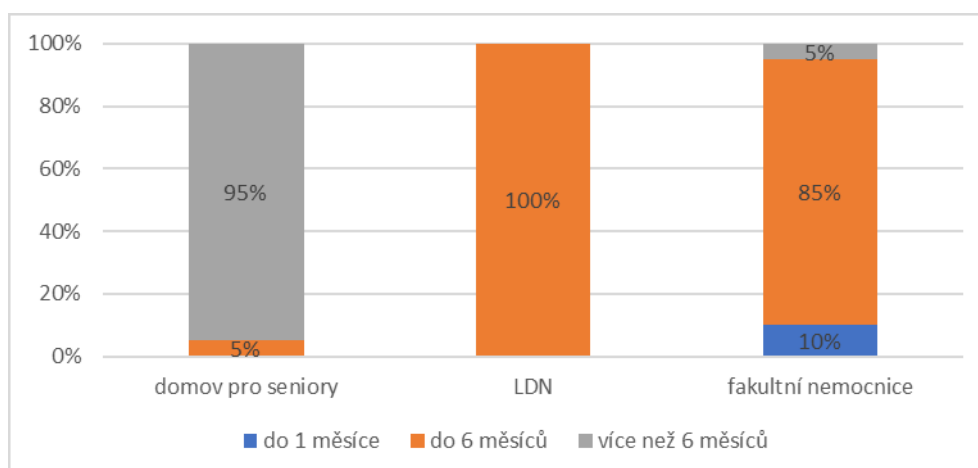
Dotazníková položka č. 5 zjišťovala, jaká je průměrná délka pobytu klienta/pacienta (dále jen K/P) na oddělení, kde sestry pracují. Nejčastěji jsou pacienti na sledovaných oddělení do 6 měsíců (38 odpovědí; 63,3 %) a dále pak více než 6 měsíců (20 odpovědí; 33,3 %).

Tabulka 4 - Rozdělení odpovědí na položku č. 5 - "Průměrná délka pobytu klienta/pacienta na oddělení".

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
do 1 měsíce	2	3,3
do 6 měsíců	38	63,3
více než 6 měsíců	20	33,3
Celkem	60	100,0

I u této otázky můžeme sledovat statistické rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými pracovišti. V grafu 4 můžeme vidět, že největší podíl klientů, které jsou na oddělení více než 6 měsíců je v domově pro seniory, největší podíl pacientů do 1 měsíce má samozřejmě fakultní nemocnice. V LDN se jedná ve všech případech o pacienty do 6 měsíců.

Graf 4 - Rozdělení odpovědí na položku č. 5 podle pracoviště



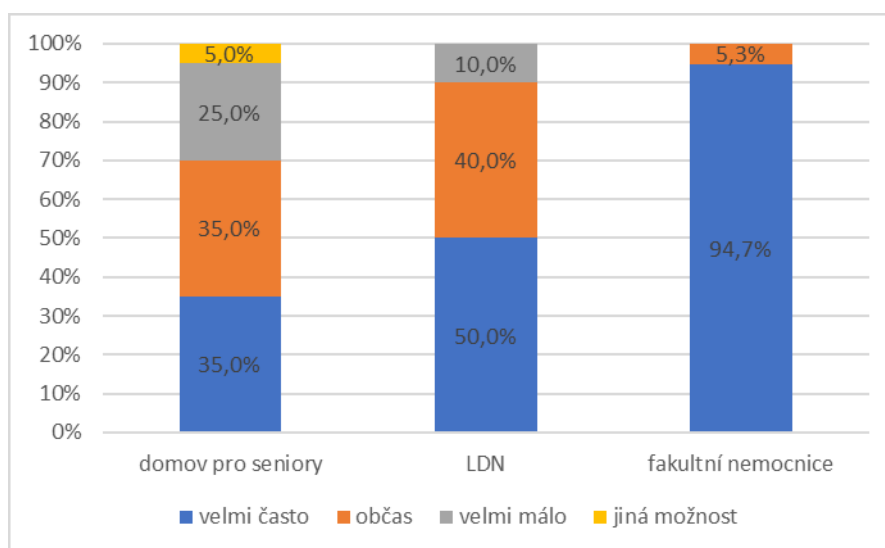
Dotazníková položka č. 7 se zajímala o to, zda sestry vyhodnocují potřeby klientů, resp. pacientů pomocí ošetrovatelských měřících technik, jako je úroveň soběstačnosti, intenzita bolesti či rizika vzniku proleženin. Z tabulky 4 můžeme vidět, že nejčastěji sestry vyhodnocují tyto potřeby klientů velmi často (35 odpovědí; 59,3 %) popř. občas (16 odpovědí; 27,1 %).

Tabulka 5 - Rozdělení odpovědí na položku č. 7 - "Vyhodnocujete potřeby K/P pomocí ošetrovatelských měřících technik?"

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často	35	59,3
občas	16	27,1
velmi málo	7	11,9
jiná možnost	1	1,7
Celkem	59	100,0

Odpovědi na tuto položku opět závisí na tom, kde sestry pracují. Rozdělení odpovědí na tuto otázku podle pracoviště sester ukazuje graf 5. Nejčastěji vyhodnocují potřeby klientů ve fakultní nemocnici. Velmi často je vyhodnocují v 18 případech (94,7 %). V LDN tyto potřeby vyhodnocují velmi často v 10 případech (50,0 %), nejméně často vyhodnocují tyto potřeby v domovech důchodců (7 případů; 35,0 %).

Graf 5 - Rozdělení odpovědí na položku č. 7 podle pracoviště



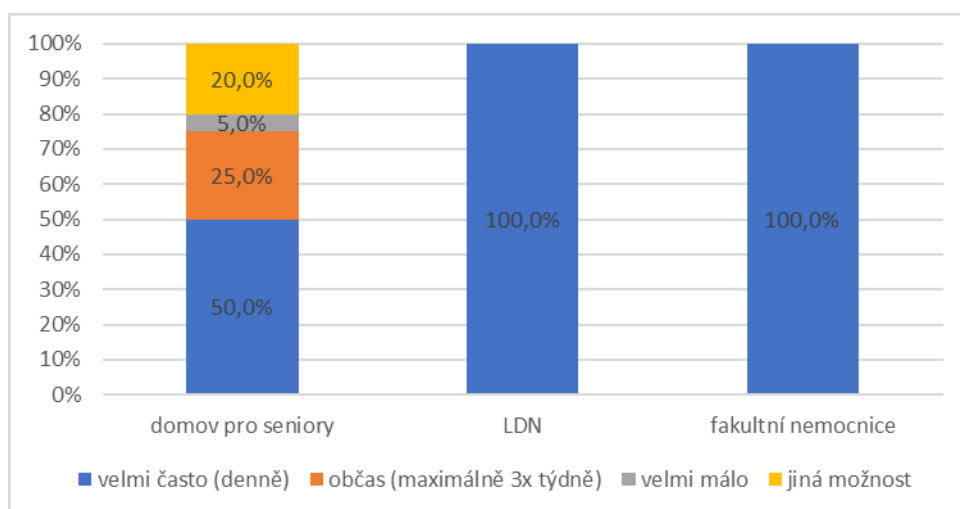
Dotazníková položka č. 8 zjišťovala, zda sestry sledují a vyhodnocují fyziologické funkce (TK, P, D, TT, ...). Výsledky ukazuje tabulka 5. Sestry tyto funkce vyhodnocují velmi často, tj. denně v 50 případech (83,3 %) a občas, tj. maximálně 3x týdně v 5 případech (8,3 %).

Tabulka 6 - Rozdělení odpovědí na položku č. 8 - "Sledujete a vyhodnocujete fyziologické funkce (TK, P, D, TT, ...)?"

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	50	83,3
občas (maximálně 3x týdně)	5	8,3
velmi málo	1	1,7
jiná možnost	4	6,7
Celkem	60	100,0

Odpovědi na tuto položku záleží na tom, kde sestry pracují. Rozdělení odpovědí podle pracoviště sestry ukazuje graf 6. Fyziologické funkce vyhodnocují velmi často, tj. denně ve všech případech na LDN a ve fakultní nemocnici. V domově pro seniory jsou tyto funkce velmi často vyhodnocovány v 10 případech, tj. 50 %.

Graf 6 - Rozdělení odpovědí na položku č. 8 podle pracoviště



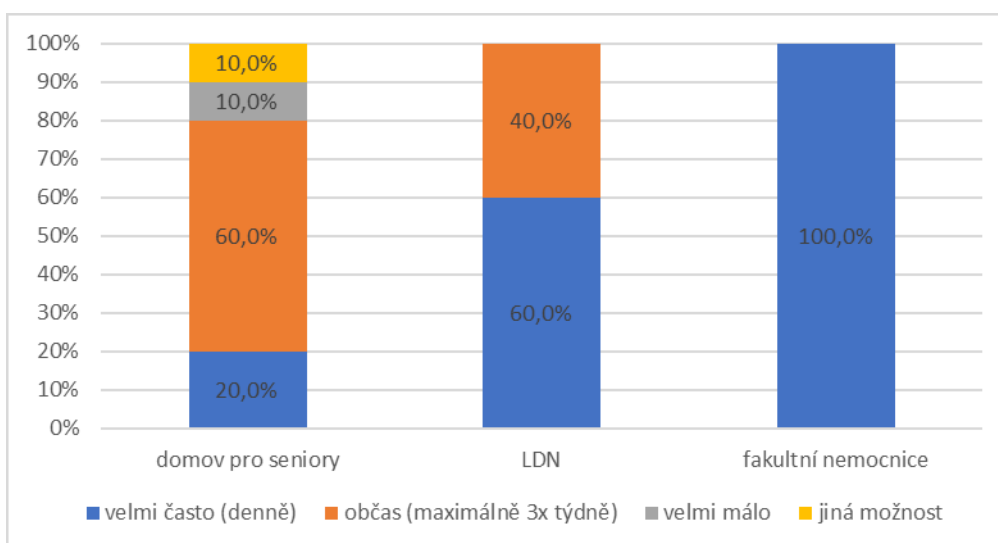
Dotazníková položka č. 9 sledovala, zda sestry odebírají biologický materiál. Výsledky ukazuje tabulka 6. Z této tabulky můžeme vidět, že odběr biologického materiálu odebírají sestry velmi často, tj. denně v 36 případech (60,0 %), popř. občas, tj. maximálně 3x týdně v 20 případech (33,3 %).

Tabulka 7 - Rozdělení odpovědí na položku č. 9 – „Provádíte odběr biologického materiálu?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	36	60,0
občas (maximálně 3x týdně)	20	33,3
velmi málo	2	3,3
jiná možnost	2	3,3
Celkem	60	100,0

I u této položky není překvapující, že rozdělení odpovědí záleží na tom, kde sestry pracují (Graf 7). Ve fakultní nemocnici odebírají biologický materiál velmi často, tj. denně ve 100 % případech. U LDN sestry odebírají denně biologický materiál v 12 případech (60,0 %), u domova důchodců je tento podíl pouze 20 % (4 případy).

Graf 7 - Rozdělení odpovědí na položku č. 9 podle pracoviště



Dotazníková položka č. 10 sledovala, zda sestry podávají léčivé přípravky (Tabulka 7). Celkově podávají sestry léčivé přípravky velmi často, tj. denně v 59 případech, tj. 98,3 %. V tomto případě rozdělení sester podle jejich pracoviště nemá na hodnocení odpovědí žádný vliv.

Tabulka 8 – Rozdělení odpovědí na položku č. 10 – „Podáváte léčivé přípravky?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	59	98,3
jiná možnost	1	1,7
Celkem	60	100,0

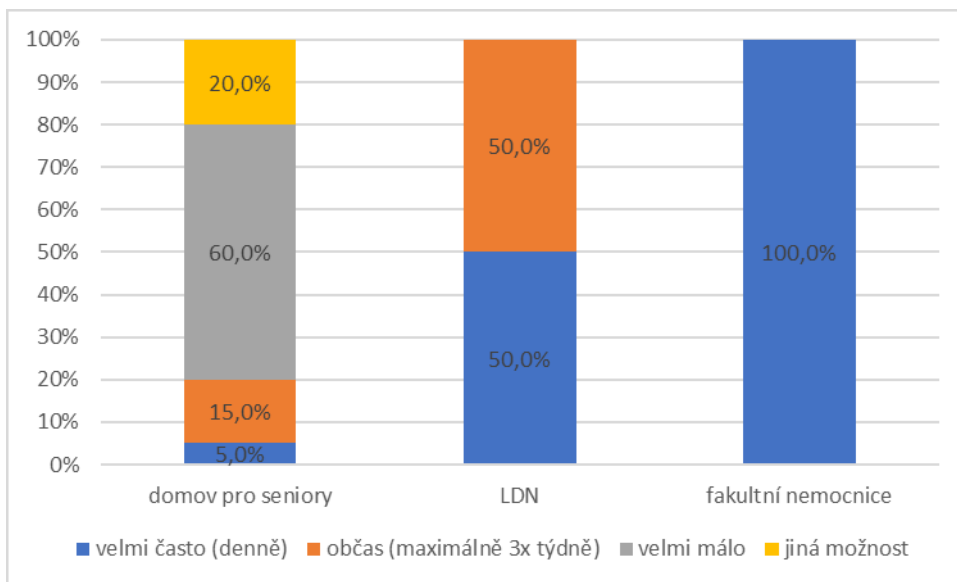
Dotazníková položka č. 11 zjišťovala, zda sestry připravují a aplikují infuzní terapii i.v. Celkové výsledky vidíme v tabulce 8. V 31 případech (51,7 %) podávají sestry infuzní terapii i.v. velmi často, tj. denně. Občas, tj. maximálně 3x týdně ji připravují a aplikují v 13 případech (21,7 %).

Tabulka 9 - Rozdělení odpovědí na položku č. 11 – „Připravujete a aplikujete infuzní terapii i.v.?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	31	51,7
občas (maximálně 3x týdně)	13	21,7
velmi málo	12	20,0
jiná možnost	4	6,7
Celkem	60	100,0

I zde odpovědi závisejí na tom, na kterém pracovišti sestry pracují (Graf 8). Ve fakultní nemocnici sestry připravují a aplikují infuzní terapii i.v. denně ve 100 % případů (20 odpovědí). U LDN denně podávají infuzní terapii 10 sester (50 %), denní podávání infuzní terapie v domově pro seniory bylo zaznamenáno pouze v jediném případě (5,0 %).

Graf 8 - Rozdělení odpovědí na položku č. 11 podle pracoviště



Dotazníková položka č. 12. sledovala, zda sestry připravují a aplikují infuzní terapie s.c. za účelem hydratace. Z tabulky 9, která sleduje celkově rozdělení odpovědí na tuto otázku, můžeme vidět, že denně tyto infuze připravuje 12 sester (20,0 %), občas (maximálně 3x týdně) 5 sester (8,3 %). Celkem 33 sester (55,0 %) uvedlo jinou možnost. Všechny sestry uvedly, že infuzní terapie s.c. za účelem hydratace v jejich zařízení neprovádí. Sestry, které uvedly jinou možnost a zároveň pracují v domově pro seniory ještě doplňovaly, že rozhodující je ordinace lékaře.

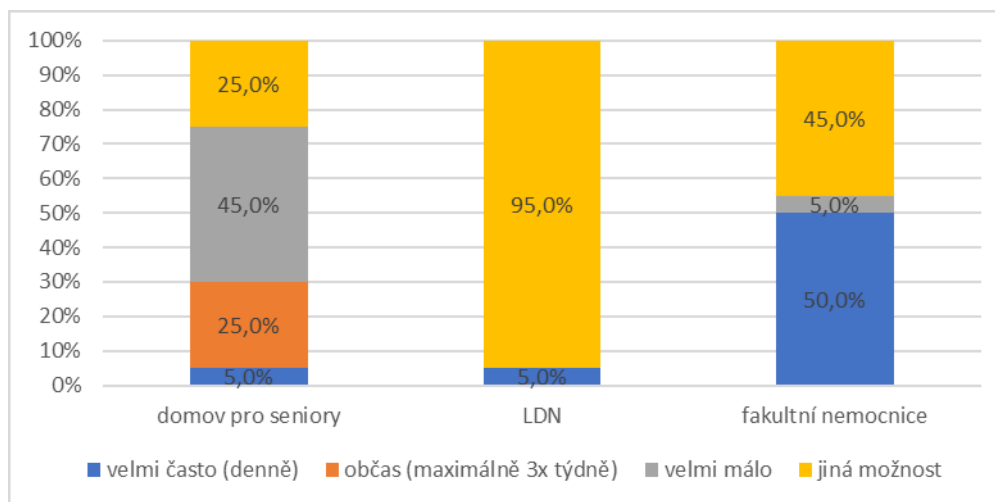
Tabulka 10 – Rozdělení odpovědí na položku č. 12 – „Připravujete a aplikujete infuzní terapie s.c. za účelem hydratace?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	12	20,0
občas (maximálně 3x týdně)	5	8,3
velmi málo	10	16,7
jiná možnost	33	55,0
Celkem	60	100,0

Stejně jako předchozí otázka i tato záleží na pracovišti sester. Z grafu 9 vidíme, že denně podává tuto infuzní terapii ve fakultní nemocnici 20 sester (50 %), v LDN i v domově pro seniory 1 sestra (5,0 %). Nejčastěji u LDN byla volena jiná možnost

odpovědi (19 případů; 95,0 %). V tomto případě byla jiná možnost volena jako alternativa záporné odpovědi.

Graf 9– Rozdělení odpovědí na položku č. 12 podle pracoviště



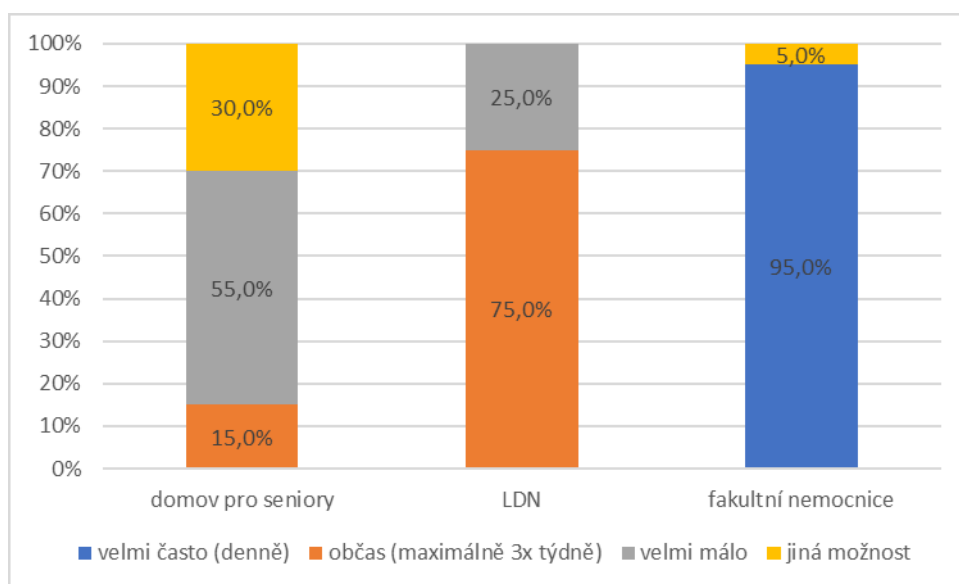
Dotazníková položka č. 13 zjišťovala, zda sestry zajišťují průchodnost dýchacích cest odsátím sekretu z horních cest dýchacích. Celkové výsledky můžeme vidět v tabulce 10. Velmi často, tj. denně musí zajišťovat průchodnost dýchacích cest 19 sester (31,7 %), občas (maximálně 3x týdně) 18 sester (30,0 %).

Tabulka 11 – Rozdělení odpovědí na položku č. 13 – „Zajišťujete průchodnost dýchacích cest odsátím sekretu z horních cest dýchacích?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	19	31,7
občas (maximálně 3x týdně)	18	30,0
velmi málo	16	26,7
jiná možnost	7	11,7
Celkem	60	100,0

Tato otázka také závisí na pracovišti sester (graf 10). Sestry z fakultní nemocnice musí zajišťovat průchodnost dýchacích cest odsátím sekretu z horních cest dýchacích denně v 19 případech (95,0 %). Sestry z LDN toto nezajišťují nikdy denně, ale nejčastěji 3x do týdne (14 odpovědí; 75,0 %). V domově pro seniory toto zajišťují nejčastěji velmi málo (12 odpovědí; 55,0 %).

Graf 10 - Rozdělení odpovědí na položku č. 13 podle pracoviště



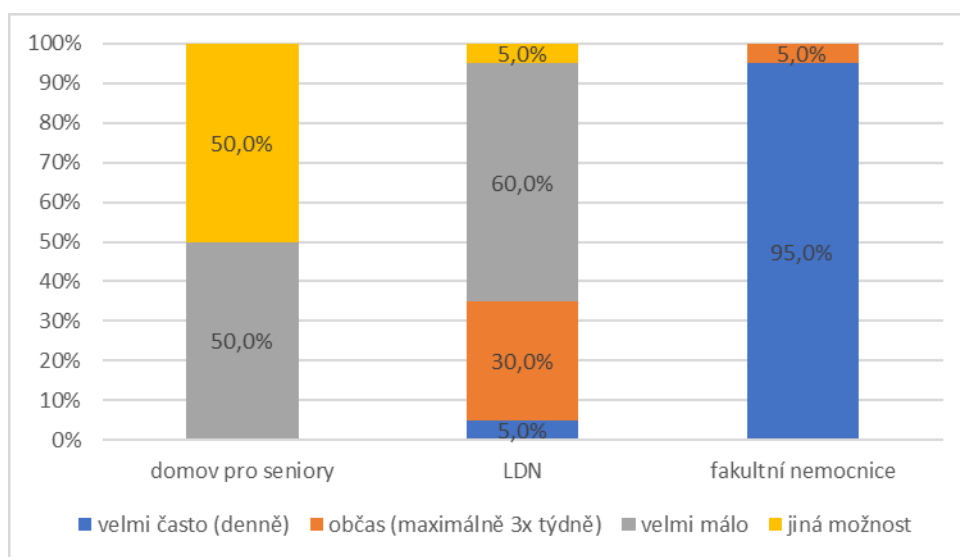
Dotazníková položka č. 14. zjišťovala, zda sestry zavádějí a udržují kyslíkovou terapii. Z tabulky 11 můžeme vidět, že nejčastěji se s tím setkávají velmi málo (22 odpovědí; 36,7 %) anebo naopak denně (20 odpovědí; 33,3 %).

Tabulka 12 - Rozdělení položky na otázku č. 14 – „Zavádíte a udržujete kyslíkovou terapii?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	20	33,3
občas (maximálně 3x týdně)	7	11,7
velmi málo	22	36,7
jiná možnost	11	18,3
Celkem	60	100,0

Rozdělení odpovědí podle pracoviště ukazuje graf 11. Ve fakultní nemocnici zavádí kyslíkovou terapii denně 19 sester (95,0 %), v LDN denně kyslíkovou terapii zavádí pouze 1 sestra (5,0 %). U sester z domova pro seniory denně kyslíkovou terapii nezavádí nikdo.

Graf 11– Rozdělení odpovědí na položku č. 14 podle pracoviště



Dotazníková položka č. 15 zjišťovala, zda sestry v rámci své práce ošetřují poruchy celistvosti kůže. Z tabulky 12 vidíme, že velmi často tyto poruchy ošetřují téměř všechny sestry, tj. 57 sester (97,0 %). Z tohoto důvodu nejsou odpovědi rozdílné podle pracoviště.

Tabulka 13 – Rozdělení odpovědí na položku č. 15 – „Ošetřujete poruchy celistvosti kůže?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často	57	95,0
občas	3	5,0
Celkem	60	100,0

Dotazníková položka č. 16 sledovala, zda sestry provádějí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů. Celkové výsledky můžeme vidět v tabulce 13. Denně tyto rány ošetřuje 24 sester (40,0 %) a občas, tj. maximálně 3x do týdne 15 sester (25,0 %).

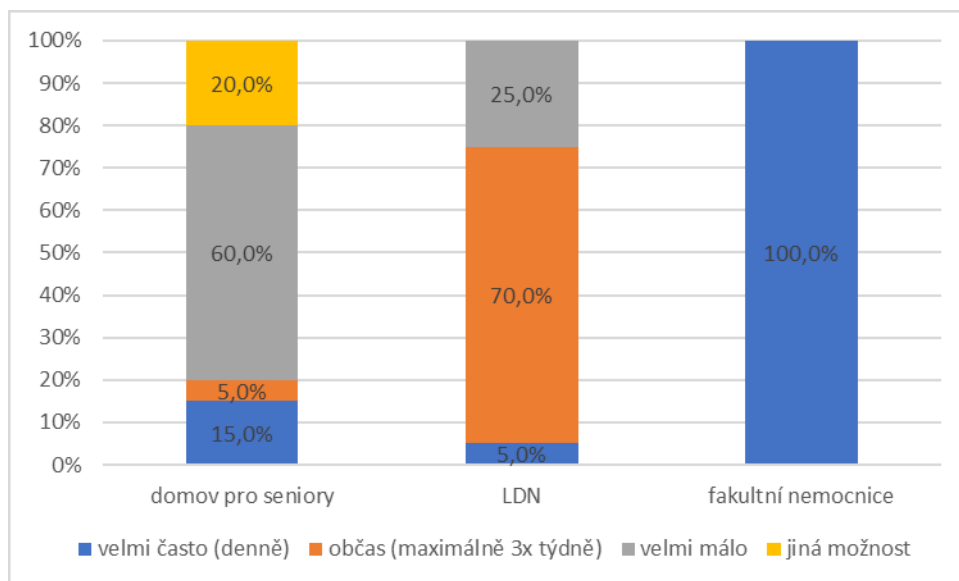
Tabulka 14 – Rozdělení odpovědí na položku č. 16 – „Provádíte ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	24	40,0
občas (maximálně 3x týdně)	15	25,0
velmi málo	17	28,3
jiná možnost	4	6,7
Celkem	60	100,0

U této otázky opět závisí na tom, kde sestry pracují. Z grafu 12 můžeme vidět, že s ošetřením těchto ran se denně setkávají všechny sestry, které pracují ve fakultní

nemocnici. V LDN se s těmito ranami denně setkává pouze 1 sestra (5,0 %), většina sester tyto rány ošetřuje maximálně 3x do týdne (14 odpovědí; 70,0 %)

Graf 12 – Rozdělení odpovědí na položku č. 16 podle pracoviště



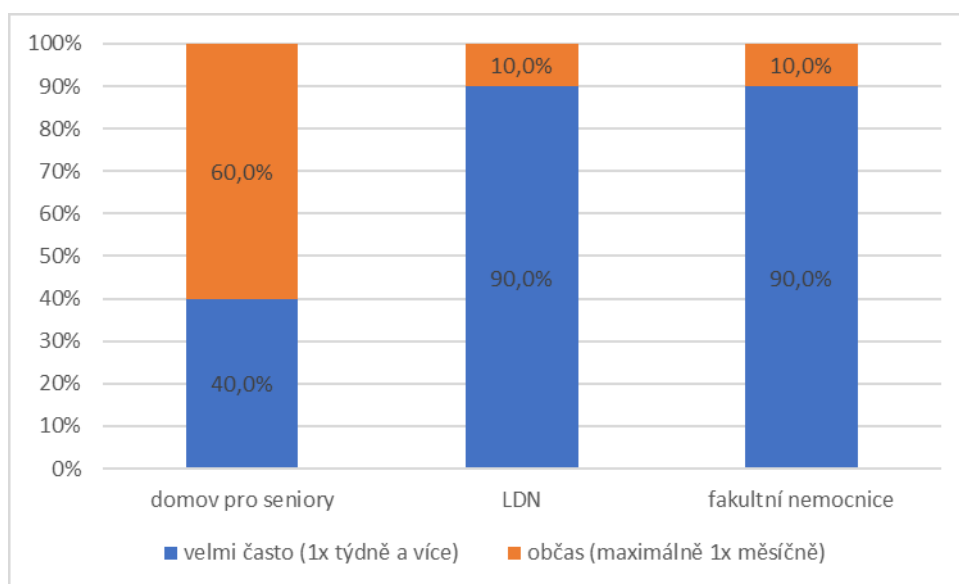
Dotazníková položka č. 17 sledovala, zda sestry v rámci své pracovní činnosti provádějí katetrizaci močového měchýře u žen. Celkové výsledky vidíme v tabulce 14. Velmi často, tj. 1x týdně a více tuto katetrizaci provádí 44 sester (73,3 %), zbytek sester (16 odpovědí; 26,7 %) tuto katetrizaci provádí občas, tj. maximálně 1x do měsíce.

Tabulka 15 - Rozdělení odpovědí na položku č. 17 - "Provádíte katetrizaci močového měchýře žen?"

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (1x týdně a více)	44	73,3
občas (maximálně 1x měsíčně)	16	26,7
Celkem	60	100,0

I tato otázka závisí na tom, kde sestry pracují. Výsledky ukazuje graf 13. Z tohoto grafu můžeme vidět, že velmi často, tj. 1x týdně a více provádí jak ve fakultní nemocnici i v LDN 18 sester (90,0 %). U sester z domova pro seniory se katetrizace močového měchýře u žen provádí velmi často, tj. 1x týdně a více to činí 8 sester (40,0 %).

Graf 13 – Rozdělení odpovědí na položku č. 17 podle pracoviště



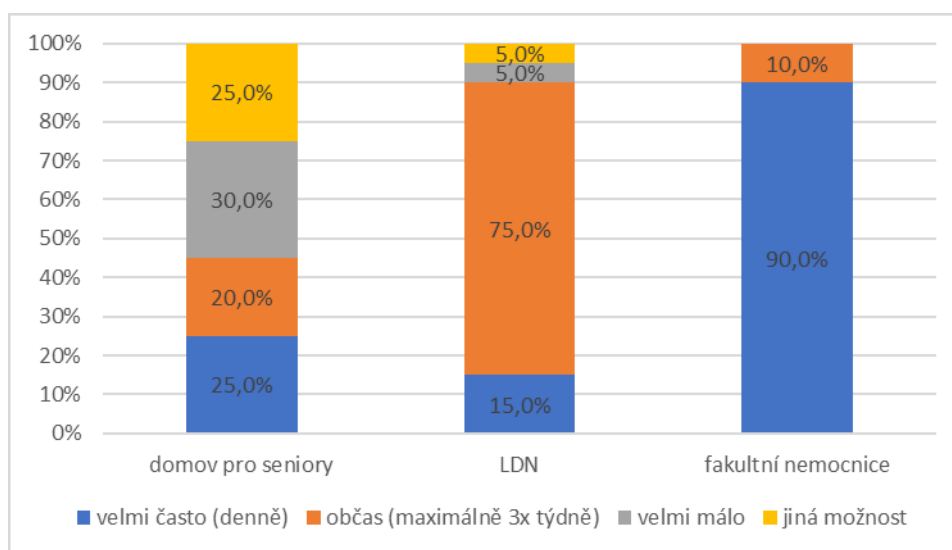
Dotazníková položka č. 19 sledovala, zda sestry provádějí s klienty, resp. pacienty nácvik sebeobsluhy. Celkové výsledky ukazuje tabulka 15. Denně tento nácvik provádí 26 sester (43,3 %), občas, tj. maximálně 3x do týdne tento nácvik provádí 21 sester (35,0 %).

Tabulka 16 - Rozdělení odpovědí na položku č. 18 – „Provádíte s K/P nácvik sebeobsluhy?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	26	43,3
občas (maximálně 3x týdně)	21	35,0
velmi málo	7	11,7
jiná možnost	6	10,0
Celkem	60	100,0

Rozdělení odpovědí na otázku č. 18 podle pracoviště můžeme vidět na grafu 14. Nejčastěji se s každodenním nácvikem sebeobsluhy setkávají sestry, které pracují ve fakultní nemocnici (18 případů, 90,0 %). Sestry z LDN nácvik sebeobsluhy provádějí obvykle „občas“, tj. maximálně 3x do týdne (15 sester; 75 %). S denním nácvikem sebeobsluhy klientů, resp. pacientů v domově pro seniory se setkává 5 sester (25,0 %).

Graf 14 – Rozdělení odpovědí na položku č. 18 podle pracoviště



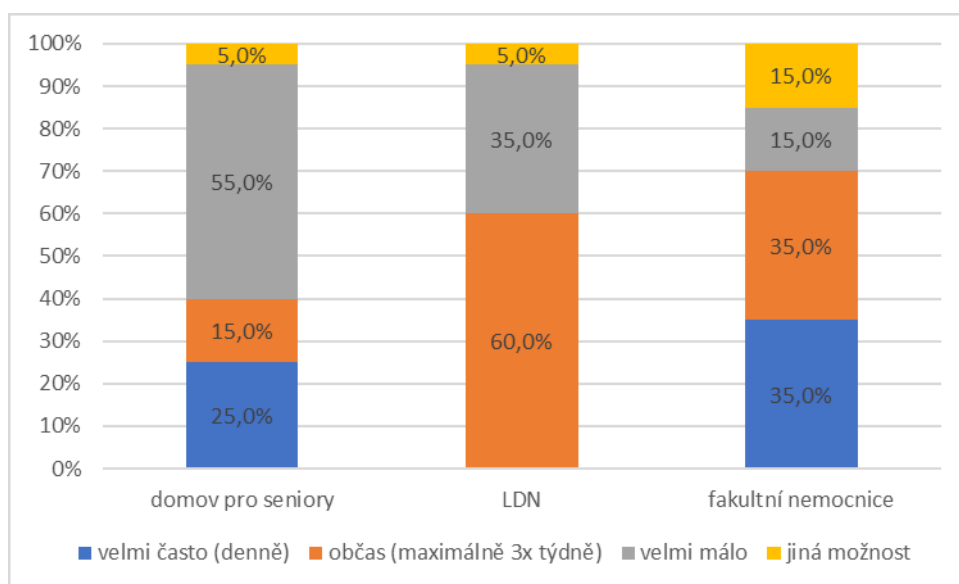
Dotazníková položka č. 19 zjišťovala, zda sestry provádějí edukační činnosti K/P a dalších osob, např. zaučování aplikace inzulínu. Celkové výsledky můžeme vidět v tabulce 16. Nejčastěji sestry provádějí edukační činnost maximálně 3x týdně (22 odpovědí; 36,7 %) anebo velmi málo (21 odpovědí; 35,0 %).

Tabulka 17 - Rozdělení odpovědí na položku č. 19 – „Provádíte edukační činnost K/P a dalších osob (např. zaučování aplikace inzulínu)?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	12	20,0
občas (maximálně 3x týdně)	22	36,7
velmi málo	21	35,0
jiná možnost	5	8,3
Celkem	60	100,0

Stejně jako u předcházející položky, i zde odpověď závisí na tom, kde sestry pracují. Výsledky podle pracoviště ukazuje graf 15. Nejčastěji provádějí edukační činnost opět sestry, které pracují ve fakultní nemocnici. Denně tuto činnost provádí 7 sester (35,0 %), u sester z domova pro seniory tuto činnost denně provádí 5 sester (25,0 %). Sestry z LDN edukační činnost denně neprovádí, nejčastěji ji provádí občas, tj. maximálně 3x týdně (12 sester; 60,0 %).

Graf 15 – Rozdělení odpovědí na položku č. 19 podle pracoviště



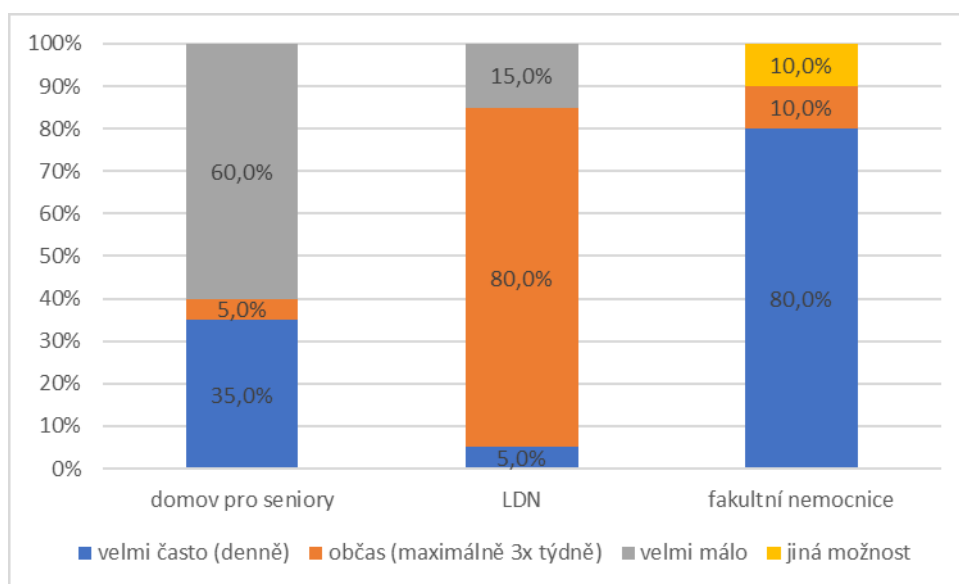
Dotazníková položka č. 20 sledovala, zda mají sestry dostatek času pro komunikaci s klienty, resp. pacienty. Celkové výsledky vidíme v tabulce 17. Celkově sestry mají čas na klienty velmi často, tj. denně (24 odpovědí; 40,0 %) anebo občas, tj. maximálně 3x týdně (19 odpovědí; 31,7 %).

Tabulka 18 - Rozdělení odpovědí na položku č. 20 – „Máte dostatek času pro komunikaci s K/P?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	24	40,0
občas (maximálně 3x týdně)	19	31,7
velmi málo	15	25,0
jiná možnost	2	3,3
Celkem	60	100,0

I tato položka závisí na pracovišti sester. Z graf 16 můžeme vidět, že nejčastěji mají čas na komunikaci s klienty, resp. pacienty sestry ve fakultní nemocnici. Denně s pacienty komunikuje 16 sester (80,0 %). Sestry z domova pro seniory denně komunikují s klienty v 7 případech (35,0 %). U sester z LDN jde pouze o jednu (5,0 %), která komunikuje s klienty, resp. pacienty velmi často, tj. denně. Nejčastěji s klienty komunikují občas, tj. maximálně 3x do týdne (16 odpovědí; 80,0 %).

Graf 16 – Rozdělení odpovědí na položku č. 20 podle pracoviště



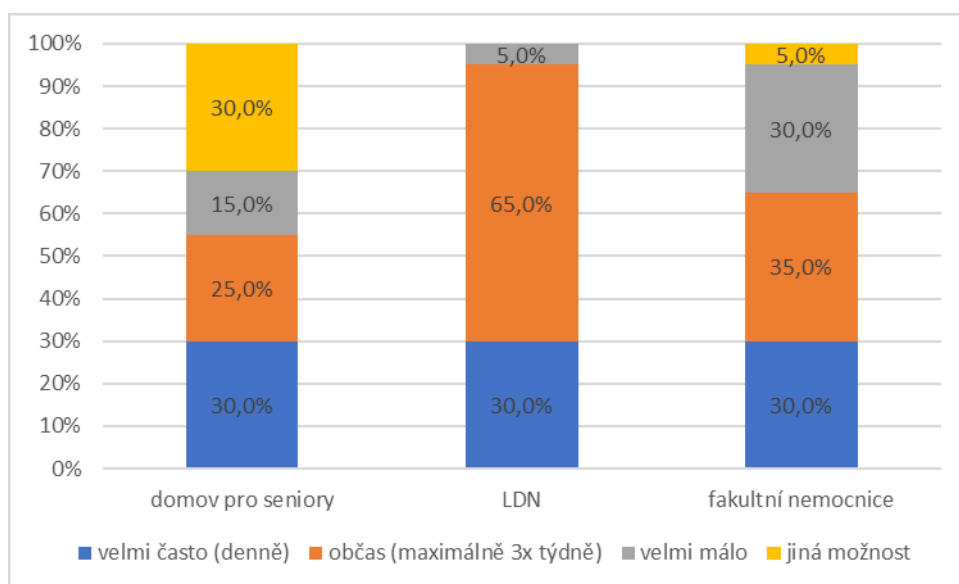
Předposlední dotazníková položka č. 21 sledovala, jak často sestry hodnotí orientačně sociální situaci klientů, resp. pacientů a jak často zajišťují spolupráci se sociálním pracovníkem. Celkové výsledky ukazuje tabulka 18. Nejčastěji toto sestry provádějí občas, tj. maximálně 3x týdně (25 odpovědí; 41,7 %) velmi často, tj. denně hodnotí orientační sociální situaci klientů, resp. pacientů 18 sester (30,0 %).

Tabulka 19 - Rozdělení odpovědí na položku č. 21 – „Hodnotíte orientačně sociální situaci K/P, zajišťujete spolupráci se sociálním pracovníkem?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (denně)	18	30,0
občas (maximálně 3x týdně)	25	41,7
velmi málo	10	16,7
jiná možnost	7	11,7
Celkem	60	100,0

I tato otázka závisí na tom, kde sestry pracují. Denně orientačně hodnotí sociální situaci klientů, resp. pacientů 6 sester (30,0 %) na všech sledovaných pracovištích. Maximálně 3x týdně situaci nejčastěji hodnotí v LDN, kde tuto činnost provádí 13 sester (65,5 %) zatímco ve fakultní nemocnici je to pouze 7 sester (35,0 %) a v domově pro seniory je to 5 sester (25,0 %)

Graf 17 – Rozdělení odpovědí na položku č. 21 podle pracoviště



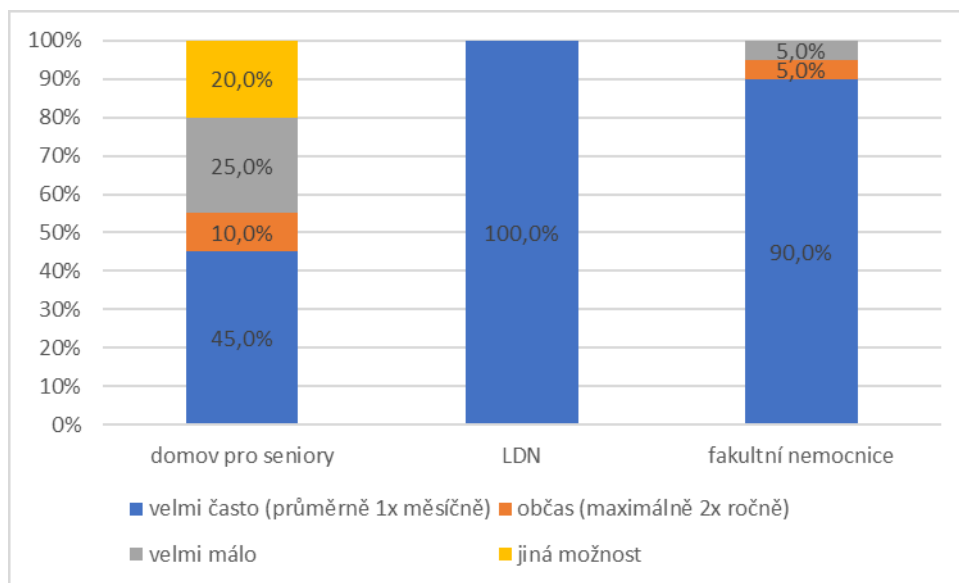
Poslední dotazníková položka č. 22 zjišťovala, jak často sestry ve své pracovní činnosti zajišťují péči o tělo zemřelého. Výsledky ukazuje tabulka 19. Velmi často, tj. průměrně 1x měsíčně tuto péči zajišťuje 47 sester, tj. 78,3 %. Občas, tj. maximálně 2x ročně tuto činnost zajišťují 3 sestry (5 %).

Tabulka 20 - Rozdělení odpovědí na položku č. 22 – „Zajišťujete péči o tělo zemřelého?“

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi často (průměrně 1x měsíčně)	47	78,3
občas (maximálně 2x ročně)	3	5,0
velmi málo	6	10,0
jiná možnost	4	6,7
Celkem	60	100,0

Také zde odpovědi na poslední položku závisejí na tom, kde sestry pracují. Velmi často, tj. průměrně 1x měsíčně tuto péči zajišťují všechny sestry, které pracují na LDN. Stejně často tuto péči zajišťuje 18 sester z fakultní nemocnice (90,0 %). U sester z domova pro seniory se velmi často, tj. průměrně 1x měsíčně, se jedná o 9 odpovědí (45,0 %).

Graf 18 – Rozdělení odpovědí na položku č. 22 podle pracoviště



4.4 Shrnutí specifík práce sester v zařízeních sociální péče

V oddíle 4.1 jsme prezentovali srovnání různých aspektů ošetrovatelské péče ve třech typech zařízení, která pečují o seniory. V souladu se stanovenými cíli se nyní soustředíme na přehled specifičnosti ošetrovatelské péče v sociálním zařízení.

Základním specifíkem je **absence trvalé přítomnosti lékaře** v sociálním zařízení. To na jedné straně zvyšuje odpovědnost sester za celkový chod a úroveň ošetrovatelské péče, na straně druhé vede například k možnému snížení intenzity provádění některých úkonů, protože nejsou lékařem tak často indikovány. To vyplývá z výsledků dotazníku prezentovaných v oddíle 4.3.

Dalším specifíkem je prakticky **trvalá spolupráce s pracovníky v sociálních službách**, kteří realizují mnohé činnosti ve zdravotnických zařízeních prováděné zdravotnickými pracovníky pod dohledem nebo pod přímým vedením všeobecné sestry. V mnoha případech (znalost z vlastní zkušenosti) je tato spolupráce pro sestru časově náročnější než v zařízení čistě zdravotnických.

Pro pracovníky nemocnic (především fakultní nemocnice) jsou domovy seniorů zařízeními především zdravotnickými; mohou pokračovat v následné péči o seniory po odeznění akutního stavu a po propuštění z nemocnice. Pro **zdravotní pojišťovny jsou**

domovy seniorů sociálními zařízeními; ve smlouvách s nimi je patrná tendence omezit zdravotnické výkony na míru co nejnižší.

Jako jeden z nejkontroverznějších úkonů můžeme uvést podávání medikace p. o., které je pojišťovny akceptováno pouze v několika přesně určených případech (klient/pacient prokazatelně není schopen léčivý přípravek ani sám vložit do úst ani jej spolehlivě spolknout). Přitom paradoxně právě toto podávání je v domově pro seniory časově náročnější než ve zdravotnických zařízeních. Každý ze seniorů má své vlastní léky, které si hradí z vlastních prostředků, svěřuje je k přípravě a podávání všeobecné sestře. Jejich spektrum je pak pochopitelně širší než spektrum léků podávaných sestrou na specializovaných odděleních zdravotnického zařízení. A vzhledem k typickému jevu u nás – o poznání větší spotřebě medikamentů než v západní Evropě, je tento jev ještě výraznější.

Limitování péče ze strany pojišťoven pochopitelně vede i k nevykazování některých úkonů, a tudíž k snižování podílu úhrad zdravotní péče na celkovém rozpočtu zařízení. Není tedy divu, že u pracovníků v sociálních službách v těchto zařízeních vzniká pocit, že „zdravotní sestry si na sebe nevydělavají a my na ně doplácíme“, že tyto pocity nevytvářejí pro práci zdravotních sester a její oceňování zrovna optimální klima. Pro ilustraci složitých vztahů mezi zdravotnickým personálem a personálem sociálních služeb uvádím vyjádření jedné konkrétní všeobecné sestry (přičemž se dá předpokládat, že pracovnice sociálních služeb by na jejich spolupráci měla odlišný názor): „Nejsme přítomny hygienám, podávání stravy a jsme tak závislé na informacích od neprofesionálních pracovníků, na jejich základě máme něco vyhodnocovat (například průjmy). Často nelehká spolupráce s laiky – pracovníky v sociálních službách, to je v péči zásadní. Pracovníci v sociálních službách, kteří jsou v práci bez zájmu a chodí tam jen proto, že musí, to se někde odrazí“.

Dalším faktem, s kterým musí zdravotní sestra v domově pro seniory pracovat je svým způsobem **větší emoční náročnost její práce a vztahů s pacienty**. Například musí zvládat přesvědčení některých klientů, že je rodina zradila, že je „odložila“ a z toho plynoucí jejich pocity rezignace a nechuti dál pečovat o svůj zdravotní a psychický stav. Rovněž na rozdíl od sester ve zdravotnických zařízeních (především fakultní nemocnice), které se setkávají častěji s odchodem vyléčeného pacienta domů, musí ona počítat s tím, že

prakticky každý její pacient, dříve nebo později, odejde z jejich zařízení zároveň s odchodem z tohoto světa.

I když to svým způsobem přesahuje rozsah této práce, cítím potřebu uvést, že přesnější vymezení rolí zdravotnické a sociální oblasti (včetně jejich zákonných úprav) by bylo jako systémové řešení na místě. Z tohoto pohledu se některé zkušenosti ze západní Evropy (Rakousko, Švýcarsko), kde je péče o seniory poskytována daleko komplexněji, jeví jako dobrý vzor. Domovy pro seniory jsou součástí nemocnic a zařízení následné péče. V případě, že klient domova pro seniory má zdravotní problém, je neprodleně přeložen do zdravotnické části zařízení a vrací se až když je jeho zdravotní stav plně kompenzován.

5. Diskuse

Texty, které by se (alespoň ve většině aspektů shodovaly s tématem a cíli mé práce), se mi v dostupné literatuře nepodařilo objevit. Některé styčné body obsahují práce VAŘEKOVÁ, Vlasta. *Využití nelékařských zdravotnických pracovníků v ústavu sociální péče*, Brno 2011; STUHLÍKOVÁ, Lenka. *Specifika přímé ošetrovatelské péče o člověka trpícího demencí v zařízení sociální péče*. Hradec Králové, 2008, ale u nich není orientace na specifiku práce sestry v zařízeních pro seniory na prvním místě. Tam kde se mé postupy stýkají s jejich, se objevuje více shodných rysů než rozdílů a ty pak zřejmě vyplývají z rozdílů mezi jednotlivými konkrétními zařízeními a nejsou tedy systémové.

Má-li být obsahem této kapitoly rozbor a srovnání dosažených výsledků s dosud publikovanými údaji pro danou problematiku, zdůraznění nových, důležitých aspektů, prezentace závěrů, které z práce vyplývají a představují přínos pro rozvoj poznání, pak bych byla ráda, aby jako moje „poznání“ byla chápána moje práce jako celek. Zejména pak srovnání situace zdravotních sester v zařízení vysloveně zdravotnickém (fakultní nemocnice), zdravotnickém, leč občas suplujícím některé funkce zařízení sociálního (LDN) a zařízení vysloveně sociálního (domov pro seniory). A to i proto, že se v praxi často setkáváme s názory bagatelizujícími náročnost a odbornost práce sester v sociálních zařízeních.

Závěr

Naše výzkumná sonda se pokusila porovnat shody a rozdíly práce všeobecné sestry v domově pro seniory, LDN a na klinice fakultní nemocnice. Nejdůležitější zjištění, které dotazníkové šetření přineslo, by se dala shrnout do těchto bodů:

- délka pobytu klienta/pacienta na oddělení je zásadní
- četnost provedených odborných úkonů je závislá na pracovišti sester
- léčivé přípravky se podávají velmi často bez ohledu na pracovišti sester
- ošetřování celistvosti kůže se provádí velmi často bez ohledu na pracovišti sester
- příprava a aplikace infuzní terapie s.c. se provádí výhradně v domově pro seniory

Práce všeobecné sestry se seniory je náročná jak v sociálních službách, tak ve zdravotnických zařízeních. Senior jako geriatrický pacient, stejně jako klient sociálního zařízení má svá specifika a je pojítkem pro všeobecné sestry ve všech třech zařízeních, kde probíhal výzkum. Rozdílem je pak momentální zdravotní stav klienta/pacienta. Zatímco ve zdravotnických zařízeních poskytuje ošetrovatelskou péči všeobecná sestra seniorovi v akutní fázi jeho onemocnění a následném doléčení po odeznění akutního stavu, sestra v sociálním zařízení pečuje ideálně o kompenzovaného klienta. Bohužel, stále častěji se stává, že klient/pacient senior je ze zdravotnického zařízení překládán do sociálního zařízení po odeznění akutního stavu, ne zcela kompenzován. Naproti tomu se běžně stává, že pacient/klient ve zdravotnickém zařízení zůstává i po odeznění akutního stavu a blokuje tak lůžko určené pro vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči.

Obecně lze konstatovat: Stejně jako trvalo mnoho let, než se po rozdělení ministerstva školství a kultury, přesně specifikovali role, návaznosti a spolupráce mezi oblastmi školství a kultury, po rozdělení ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí na ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí, nejsou všechny problémy v této oblasti ještě ani dnes plně dořešeny. A právě v zařízeních sociální péče s výrazným podílem ošetrovatelské péče (kromě domovů pro seniory i zařízení pro osoby se zdravotním postižením) jsou tyto problémy nejvýraznější.

Jak jsem uvedla v bodě 4.4, bez dořešení a harmonizace vztahů mezi těmito dvěma oblastmi (především legislativou počínaje), není možné očekávat výraznějších zlepšení, zvýšení kvality a efektivnosti práce těchto zařízení. S tím souvisí i specifika práce všeobecných sester se seniory v těchto zařízeních, a to včetně společenské prestiže tohoto povolání.

Tím rozhodně nechci říci, že by tato zařízení své funkce neplnila, nebo plnila pouze z části, naopak i mé vlastní zkušenosti z dvou typů těchto zařízení (Domov U Biřičky dříve Domov důchodců Hradec Králové, Domov sociálních služeb Chotělice, dříve Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež Chotělice) dokazují, že dělají „maximum možného“ a že jejich personál je jak odborně, tak morálně připraven na plnění těchto funkcí.

Abstrakt

Autor:	Martina Vobořilová DiS.
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Specifika práce všeobecných sester se seniory v sociálních službách
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	88
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2018
Klíčová slova:	senior, sociální zařízení, sociální služby, ošetrovatelská péče

Bakalářská práce se zabývá specifiky práce všeobecných sester se seniory v sociálních službách. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části charakterizuje pojmy senior, stáří, stárnutí a aspekty tohoto období. Pozornost je také věnována specializované péči o seniory, jak v sociálních službách, tak ve zdravotnických zařízeních. Poměrně obsáhlá část je věnována sociálním službám, což je nezbytné ke komplexnímu pochopení problematiky.

Empirická část hledá odpověď na otázku, zda práce všeobecných sester se seniory v sociálních zařízeních má svá specifika v porovnání s všeobecnými sestrami ve zdravotnických zařízeních. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na odborné znalosti a dovednosti všeobecných sester a jejich využívání v péči o seniory. Šetření bylo provedeno v domově pro seniory, v léčebně pro dlouhodobě nemocné a ve fakultní nemocnici na geriatrickém oddělení.

Práce zjistila tato specifika:

Absence trvalé přítomnosti lékaře v domově pro seniory.

Trvalá spolupráce s pracovníky v sociálních službách (nezdravotničtí pracovníci).

Jiné úhrady od zdravotních pojišťoven za odborné výkony všeobecných sester.

Dlouhá doba pobytu klienta na oddělení, vznik vazby mezi klientem a sestrou.

Abstract

Name and surname of the author:	Martina Vobořilová DiS.
Institution:	Charles University Faculty of Medicine in Hradec Králové Department of Social Medicine, Department of Nursing
Title:	Specific of General Nurses' Work in Care of the Elderly in Social Services
Supervisor:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Number of pages:	88
Number of attachments:	7
Year of defense:	2018
Keywords:	senior, social care, social service, nursing care

My bachelor's thesis is about specifics of general nurses' work in the care of elderly in social services people. It has two parts – theoretical and practical.

In the theoretical part I'm explaining words like senior, age, ageing and typical aspect of this part. Attention is also paid to specialized care for the elderly, both in social services and in health care facilities. A relatively large part is devoted to social services, which is necessary for a comprehensive understanding of the problems.

An empiric part is looking for answer to question if the work of nurses with seniors in social facilities has its own specificities compared to general nurses in health care facilities. The test was focused on the expertise and skills of nurses and their use in the care of the elderly. The investigation was carried out in the home for the elderly, in the long-term hospital, and in the geriatric department's faculty hospital. My work found out this specificates:

Doctor's constantly absence in care home.

Constantly cooperating with employer in social service (nonmedic employer)

Another payment by insurance company for nurses by specialised work

Patient's long time in the unit, relationships between nurse and patient

Použitá literatura a prameny

- ALEXANDER, M., F., RUNCIMAN, P., J. 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-392-9
- BREAZ, M.A. 2015. Changes characteristic to elderly persons. *Agora Psycho-Pragmatica*, 9(1), 203 – 210
- BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči: postulát křesťanské etiky v péči o seniory*. Karolinum. 139 s. ISBN 978-80-246-2296-5
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2004. *Psychologický slovník*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-303-X
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha : Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9
- HAUKE, M. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9
- HAUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. Grada Publishong a.s. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7
- HERMANOVÁ, M.; HERMAN, J.; PROKOP, J.; ROZPRÝMOVÁ, H. 2008. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7.
- HOLSBOER, F. 2009. Stařecká onemocnění: vrozená dispozice nebo způsob života? In Gruss,P. (Ed.), *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje* (pp. 95 – 136). Praha: Portál. 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6
- HROZENSKÁ, M.; DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 190 s. ISBN 978-80-247-4139-0
- JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z., a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006 *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén. 2006. 48 s. ISBN 80-7262-455-5
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9

- KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P. a SEMBNER, J. *Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. APSS ČR, rok ani místo vydání neuvedeno. ISBN 978-80-254-3427-7
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 141 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4
- LINDENBERGER, U. 2009. Technologie ve stáří: šance z pohledu výzkumu chování. In Gruss, P. (Ed.), *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje* (pp. 137 – 151). Praha: Portál. 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MÜHLPACHR, P. 2005. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita. 302 s. ISBN 80-210-3838-1
- PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. 136 s. ISBN 80-201-0076-8
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2014. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin. Osveta. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0
- STUHLÍKOVÁ, L. 2008. *Specifika přímé ošetrovatel'ské péče o člověka trpícího demencí v zařízení sociální péče*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jaroslava Pečenková.
- ŠTĚPÁNKOVÁ H., HÖSCHL C., VIDOVIČOVÁ L. 2015. *Gerontologie - současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha, Karolinum, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4
- ŠVANCARA, J. 1979. *Psychologie stárnutí a stáří: Určeno pro posl. fak. filozof. 1. vyd.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 82 s.
- VAŘEKOVÁ, V. 2011. *Využití nelékařských zdravotnických pracovníků v ústavu sociální péče*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Dipl. Theol. Univ. Stanislava Ševčíková
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Grada Publishing a.s. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- WORKMAN, B., A., BENNETT, C., L. 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha. PBtisk s.r.o. 260 s. ISBN 80-247-1714-X

Seznam použitých elektronických zdrojů:

Bílá kniha v sociálních službách. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: mpsv.cz

Domov U Biřičky [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: ddhk.cz

Fakultní nemocnice Hradec Králové [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: fnhk.cz

Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: ldnhk.cz

Mezinárodní rada sester. International Council of Nurses [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: www.icn.ch

Světová zdravotnická organizace. World Health Organization [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: who.int

Věstník Ministerstva zdravotnictví, září 2004. Dostupné na: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-vestnik2004.php> [online], [4.5.2018]

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: mzcr.cz

Vyhláška č. 505/2006 Sb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: mpsv.cz

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: mzcr.cz

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: mpsv.cz

Seznam grafů

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání sester.....	35
Graf 2: Rozdělení odpovědí na položku č. 4 – „Je na vašem pracovišti přítomen lékař 24 hodin?“	44
Graf 3: Rozdělení odpovědí na položku č. 4 podle pracoviště.....	45
Graf 4: Rozdělení odpovědí na položku č. 5 podle pracoviště.....	46
Graf 5: Rozdělení odpovědí na položku č. 7 podle pracoviště.....	47
Graf 6: Rozdělení odpovědí na položku č. 8 podle pracoviště.....	48
Graf 7: Rozdělení odpovědí na položku č. 9 podle pracoviště.....	49
Graf 8: Rozdělení odpovědí na položku č. 11 podle pracoviště.....	50
Graf 9: Rozdělení odpovědí na položku č. 12 podle pracoviště.....	51
Graf 10: Rozdělení odpovědí na položku č. 13 podle pracoviště.....	52
Graf 11: Rozdělení odpovědí na položku č. 14 podle pracoviště.....	53
Graf 12: Rozdělení odpovědí na položku č. 16 podle pracoviště.....	54
Graf 13: Rozdělení odpovědí na položku č. 17 podle pracoviště.....	55
Graf 14: Rozdělení odpovědí na položku č. 18 podle pracoviště.....	56
Graf 15: Rozdělení odpovědí na položku č. 19 podle pracoviště.....	57
Graf 16: Rozdělení odpovědí na položku č. 20 podle pracoviště.....	58
Graf 17: Rozdělení odpovědí na položku č. 21 podle pracoviště.....	59
Graf 18: Rozdělení odpovědí na položku č. 22 podle pracoviště.....	60

Seznam tabulek

Tab. 1: Přehled změn ve stáří.....	10
Tab. 2: Pětistranné partnerství.....	19
Tab. 3: Délka praxe sester.....	35
Tab. 4: Rozdělení odpovědí na položku č. 5 – „Průměrná délka pobytu klienta/pacienta na oddělení“.....	45
Tab. 5: Rozdělení odpovědí na položku č. 7 – „Vyhodnocujete potřeby K/P pomocí ošetrovatelských měřících technik?“.....	46
Tab. 6: Rozdělení odpovědí na položku č. 8 – „Sledujete a vyhodnocujete fyziologické funkce (TK, P, D, TT, ...)?“.....	47
Tab. 7: Rozdělení odpovědí na položku č. 9 – „Provádíte odběr biologického materiálu?“.....	48
Tab. 8: Rozdělení odpovědí na položku č. 10 – „Podáváte léčivé přípravky?“.....	49
Tab. 9: Rozdělení odpovědí na položku č. 11 – „Připravujete a aplikujete infuzní terapii i.v.?“.....	49
Tab. 10: Rozdělení odpovědí na položku č. 12 – „Připravujete a aplikujete infuzní terapii s.c. za účelem hydratace?“.....	50
Tab. 11: Rozdělení odpovědí na položku č. 13 – „Zajišťujete průchodnost dýchacích cest odsátím sekretu z horních cest dýchacích?“.....	51
Tab. 12: Rozdělení odpovědí na položku č. 14 – „Zavádíte a udržujete kyslíkovou terapii?“.....	52
Tab. 13: Rozdělení odpovědí na položku č. 15 – „Ošetřujete poruchy celistvosti kůže?“.....	53
Tab. 14: Rozdělení odpovědí na položku č. 16 – „Provádíte ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů?“.....	53
Tab. 15: Rozdělení odpovědí na položku č. 17 – „Provádíte katetrizaci močového měchýře žen?“.....	54
Tab. 16: Rozdělení odpovědí na položku č. 18 – „Provádíte s K/P nácvik sebeobsluhy?“.....	55

Tab. 17: Rozdělení odpovědí na položku č. 19 – „Provádíte edukační činnost K/P a dalších osob (např. zaučování aplikace inzulínu)?“.....	56
Tab. 18: Rozdělení odpovědí na položku č. 20 – „Máte dostatek času pro komunikaci a K/P?“.....	57
Tab. 19: Rozdělení odpovědí na položku č. 21 – „Hodnotíte orientačně sociální situaci K/P, zajišťujete spolupráci se sociálním pracovníkem?“.....	58
Tab. 20: Rozdělení odpovědí na položku č. 22 – „Zajišťujete péči o tělo zemřelého?“.....	59

Seznam příloh

Příloha č. 1: Personální zajištění oddělení – Domov U Biřičky

Příloha č. 2: Personální zajištění oddělení – Léčebna pro dlouhodobě nemocné v HK

Příloha č. 3: Personální zajištění oddělení – III. interní gerontometabolická klinika
fakultní nemocnice Hradec Králové

Příloha č. 4: Anonymní dotazník pro nelékařský zdravotnický personál

Příloha č. 5: Žádost o umožnění sběru dat – Domov U Biřičky

Příloha č. 6: Žádost o umožnění sběru dat – Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci
Králové

Příloha č. 7: Žádost o umožnění sběru dat – III. Interní gerontometabolická klinika
fakultní nemocnice Hradec Králové

Příloha č. 1: Personální zajištění oddělení - Domov U Biřičky

Počet lůžek: 60 na oddělení/340 celkem

Průměrná délka hospitalizace: 183 dní

Celkový počet zdravotnických nelékařských pracovníků na oddělení: 4,75 (0,5 staniční sestra, 4 všeobecná sestra, 0,25 fyzioterapeut)

Provoz: nepřetržitý, denní - noční

Rozvržení pracovníků do služeb na 24 hodin:

denní – 0,5 staniční sestra, 1 všeobecné sestry, 0,25 fyzioterapeut

noční – 1 všeobecná sestra na 340 klientů

Cílová skupina: klient starší 65 let (často polymorbidní) v kompenzovaném stavu

Přítomnost lékaře: nepřítomen, pouze návštěvní služba

Běžný režim dne:

7:00 – 19:00 denní služba

- předání služby
- odběry biologického materiálu
- příprava a podání ranních léků
- plnění ordinace lékaře (bandáže dolních končetin)
- snídaně
- vizita lékaře dle potřeby a požadavku klientů
- plnění ordinací
- odesílání pacientů na vyšetření
- příprava a podání poledních léků
- práce s dokumentací
- oběd
- plnění odpoledních ordinací
- návštěvy pacientů (komunikace s příbuznými, reakce na dotazy)

- práce s dokumentací
- příprava a podání večerních léků
- večeře
- příprava na další den

19:00 – 7:00 noční služba

- předání služby
- příprava a podání nočních léků
- plnění nočních ordinací
- práce s dokumentací
- plnění harmonogramu prací pro noční službu
- pravidelná kontrola pacientů, jejichž zdravotní stav to vyžaduje

Příloha č. 2: Personální zajištění oddělení - Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové

Počet lůžek: 44 na oddělení/ 94 celkem

Průměrná délka hospitalizace: 60 dní

Celkový počet zdravotnických nelékařských pracovníků na oddělení: 25 (1 staniční sestra, 11 všeobecná sestra, 11 sanitář, 2 fyzioterapeut)

Provoz: nepřetržitý, denní – noční

Rozvržení pracovníků do služeb na 24 hodin:

denní – 1 staniční sestra, 1 všeobecné sestry, 4 sanitář

noční – 2 všeobecné sestry, 1 sanitář

Cílová skupina: geriatrický pacient ze všech klinických oborů (často polymorbidní) v subakutním stavu

Přítomnost lékaře: nepřetržitě

Běžný režim dne:

6:00 – 18:30 denní služba

- předání služby
- podání léků v 6:00 hod.
- hygiena, úprava lůžek
- měření diuréz
- odběry biologického materiálu
- podání ranních léků
- snídane, dopomoc při podání stravy
- vizita
- plnění ordinací
- rehabilitace
- odesílání pacientů na vyšetření (nejčastěji Fakultní nemocnice, oddělení traumatologie)

- psychologická vyšetření
- podání poledních léků
- oběd
- plnění odpoledních ordinací
- rehabilitace
- návštěvy pacientů (komunikace s příbuznými, reakce na dotazy)
- celkové koupele pacientů
- podání večerních léků
- večeře, dopomoc při podání stravy

18:00 – 6:30 noční služba

- předání služby
- večerní hygiena
- podání nočních léků
- příprava na další den
- plnění harmonogramu prací pro noční službu
- pravidelná kontrola pacientů, jejichž zdravotní stav to vyžaduje

**Příloha č. 3: Personální zajištění oddělení - III. interní gerontometabolická klinika
fakultní nemocnice Hradec Králové**

Počet lůžek: 21 na oddělení/ 100 celkem

Průměrná délka hospitalizace: 8 dní

Celkový počet zdravotnických nelékařských pracovníků na oddělení: 17 (1 staniční sestra, 11 všeobecná sestra, 5 sanitář)

Provoz: nepřetržitý, ranní – odpolední – noční

Rozvržení pracovníků do služeb na 24 hodin:

ranní – 1 staniční sestra, 3 všeobecné sestry, 1 sanitář

odpolední – 2 všeobecné sestry, 1 sanitář

noční – 2 všeobecné sestry, 1 sanitář

Cílová skupina: geriatrický pacient s interním onemocněním (často polymorbidní)
v akutním stavu

Přítomnost lékaře: nepřetržitě, specialisté z ostatních klinik, resuscitační tým

Běžný režim dne:

6:00 – 14:30 ranní

- předání služby
- odběry biologického materiálu
- hygiena (provádí sanitář pod odborným dohledem všeobecné sestry)
- rozdávání léků
- snídaně, dopomoc při podání stravy
- vizita
- plnění ordinací
- příprava na vyšetření
- oběd, dopomoc při podání stravy
- rozdávání léků

- práce s dokumentací
- příjmy, propuštění, překlady

14:00 – 22:30 odpolední

- předání služby
- plnění odpoledních ordinací
- práce s dokumentací
- návštěvy pacientů (komunikace s příbuznými, reakce na dotazy)
- práce s dokumentací
- příjmy, propuštění, překlady
- plnění harmonogramu práce
- večeře, dopomoc při podání stravy
- rozdávání léků

22:00 – 6:30 noční

- předání služby
- plnění nočních ordinací
- příprava na další den (žádanky na odběry, žádanky na vyšetření, překlady, propuštění, ...)
- plnění harmonogramu prací pro noční službu
- práce s dokumentací
- pravidelná kontrola pacientů, jejichž zdravotní stav to vyžaduje

Příloha č. 4: Anonymní dotazník pro nelékařský zdravotnický personál

Milé kolegyně,

jmenuji se Martina Vobořilová a jsem studentkou bakalářského studia – obor Všeobecná sestra, na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Zajímají nás specifika práce sester v sociálních službách, což je málo zmapovaný problém. Ráda bych Vás požádala o spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku, který obsahuje 22 otázek.

Zakroužkujte, prosím, vždy pouze jednu odpověď. Pokud se spletete nebo chcete změnit svoji odpověď, škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Předem děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas, který si na vyplnění dotazníku najdete.

Vyplněný dotazník vložte, prosím, do připravené obálky.

Děkuji Vám za spolupráci a vyplnění dotazníku.

Martina Vobořilová

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné (DiS.)
- c) vysokoškolské (Bc.)
- d) vysokoškolské (Mgr.)

2. Kde pracujete:

- a) domov pro seniory
- b) LDN
- c) Fakultní nemocnice
- d) jiná varianta:

3. Délka vaší praxe:

- a) méně než 5 let
- b) 6 -14 let
- c) 15 a více let

4. Je na vašem pracovišti přítomen lékař 24 hodin?

- a) ANO
- b) NE

5. Průměrná délka pobytu klienta/pacienta (dále jen K/P) na vašem oddělení:

- a) do 1 měsíce
- b) do 6 měsíců
- c) více než 6 měsíců

6. Vedete na pracovišti zdravotnickou dokumentaci?

- a) ANO
- b) NE, protože:

7. Vyhodnocují sestry na vašem pracovišti potřeby K/P pomocí ošetrovatelských měřících technik (úroveň

soběstačnosti, intenzita bolesti, rizika vzniku proleženin, ...)?

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

8. Sledují a vyhodnocují sestry na vašem pracovišti fyziologické funkce (TK, P, D, TT):

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

9. Provádí sestry na vašem pracovišti odběr biologického materiálu:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

10. Podávají sestry na vašem pracovišti léčivé přípravky:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

11. Přípravují a aplikují infuzní terapii i. v. sestry na vašem pracovišti:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

12. Přípravují a aplikují infuzní terapie s. c. za účelem hydratace sestry na vašem pracovišti:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

13. Zajišťují sestry na vašem pracovišti průchodnost dýchacích cest odsátím sekretu z horních cest dýchacích:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

14. Zavádějí a udržují kyslíkovou terapii sestry na vašem pracovišti:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

15. Ošetřují sestry na vašem pracovišti poruchy celistvosti kůže:

- a) velmi často
- b) občas
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

16. Provádějí sestry na vašem pracovišti ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

17. Provádějí sestry na vašem pracovišti katetrizaci močového měchýře žen:

- a) velmi často (1x týdně a více)
- b) občas (maximálně 1x měsíčně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

18. Provádějí sestry na vašem pracovišti s K/P nácvik sebeobsluhy:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

19. Provádějí sestry na vašem pracovišti edukační činnost K/P a dalších osob (např. zaučování aplikace inzulinu):

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

20. Mají sestry na vašem pracovišti dostatek času pro komunikaci s K/P:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

(pokračování je na další straně)

21. Hodnotí sestry na vašem pracovišti orientačně sociální situaci K/P, zajišťují spolupráci se sociálním pracovníkem:

- a) velmi často (denně)
- b) občas (maximálně 3x týdně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

22. Zajišťují sestry na vašem pracovišti péči o tělo zemřelého:

- a) velmi často (průměrně 1x měsíčně)
- b) občas (maximálně 2x ročně)
- c) velmi málo, protože:
- d) jiná možnost:

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a prosím: projděte ještě jednou celý dotazník a **zkontrolujte**, zda jste někde nezapomněli vyplnit svoji odpověď.

Možná, že jsem se Vás zapomněla na něco důležitého zeptat. Pokud chcete, napište mi to zde:

Příloha č. 5: Žádost o umožnění sběru dat – Domov U Biřičky

Vážená paní

Ing. Daniela Lusková, MPA
ředitelka
Domov U Biřičky
K Biřičce 1240
500 08 Hradec Králové

V Hradci Králové 16. 1. 2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově U Biřičky

Vážená paní ředitelko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vašem zařízení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Marty Vobořilové DiS., narozené 26. 9. 1977, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem bakalářské práce je zjistit specifika práce všeobecné sestry v péči o seniory v sociálních službách. Jednotlivé úkony porovnat s prací všeobecné sestry v léčebně pro dlouhodobě nemocné a geriatrického oddělení FNHK. Přínosem by mělo být vymezení činností všeobecné sestry v pobytových sociálních službách se zaměřením na seniory. Využití při výběru nových zaměstnanců a zvýšení prestiže tohoto povolání v rámci sociálních služeb.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku a rozhovoru, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., tajemníka Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem.

Martina Vobořilová DiS.
Pospíšilova 1155/33
500 03 Hradec Králové
Tel. č.: 608 876 667


prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
Tel. č.: 495 816 426

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Domov U Biřičky
K Biřičce 1240
500 08 Hradec Králové
tel.: 495 405 311, ddhk@ddhk.cz
IČ: 00579033

Datum: 18. 1. 2018

Podpis a razítko

Příloha č. 6: Žádost o umožnění sběru dat – Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové

Vážený pan

MUDr. Radim Faltus
ředitel
Léčebna pro dlouhodobě nemocné
Pospíšilova 351
500 03 Hradec Králové

V Hradci Králové 16. 1. 2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Léčebně pro dlouhodobě nemocné

Vážený pane řediteli,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vašem zařízení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Marty Vobořilové DiS., narozené 26. 9. 1977, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem bakalářské práce je zjistit specifika práce všeobecné sestry v péči o seniory v sociálních službách. Jednotlivé úkony porovnat s prací všeobecné sestry v léčebně pro dlouhodobě nemocné a geriatrického oddělení FNHK. Přínosem by mělo být vymezení činností všeobecné sestry v pobytových sociálních službách se zaměřením na seniory. Využití při výběru nových zaměstnanců a zvýšení prestiže tohoto povolání v rámci sociálních služeb.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku a rozhovoru, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., tajemníka Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem.

Martina Vobořilová DiS.
Pospíšilova 1155/33
500 03 Hradec Králové
Tel. č.: 608 876 667

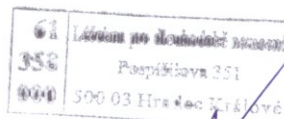

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
Tel. č.: 495 816 426

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

22.1.2018



Podpis a razítko

**Příloha č. 7: Žádost o umožnění sběru dat – III. Interní gerontometabolická klinika
fakultní nemocnice Hradec Králové**



FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ

**Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici
Hradec Králové**

Příjmení a jméno studenta, titul:	VOBOŘILOVÁ MARTINA D.S.
datum narození:	26.9.1977
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	POSPÍŠILOVA 1155/33, 500 03 HK
telefonní kontakt:	602 976 667
e-mail:	voborilova.martina@seznam.cz
Název školy, fakulta, katedra:	UNIVERZITA KARLOVA LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Studijní program, Studijní obor / ročník:	OSTĚŽOVÁŘSTVÍ VŠEDBECNÁ SESTRA
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, absolventská, seminární):	BAKALÁŘSKÁ
Téma:	SPECIFIKA PRÁCE VŠEDBECNÉ SESTRY VE PÉČI O SEVIROU V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH
Jméno vedoucího práce:	prof. PhDr. JIŘÍ MAŘEŠ, CSc.
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	20
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	III. INTERNÍ GERONTOMETABOLICKÁ KLINIKA
Metodika výzkumu:	DOTAZNÍK
Období výzkumu (od – do):	27.3. - 15.4. 2019
Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn	
Jméno:	III. interní gerontometabolická klinika
Pozice:	Mgr. Petra Kholová vrchní sestra
Razítko a podpis:	

Tímto dávám souhlas s poskytnutím svých osobních údajů v rozsahu podkladů pro účely administrace odborné praxe ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Datum: 23.3.2019

Podpis studenta:

.....
Vedoucí práce

.....
Student