

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Role sestry v péči o geriatrického pacienta

Bakalářská práce

Autor: Ondřej Sadílek

Vedoucí práce: PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.

Jihlava 2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:

Ondřej Sadílek

Studijní program:

Ošetrovatelství

Obor:

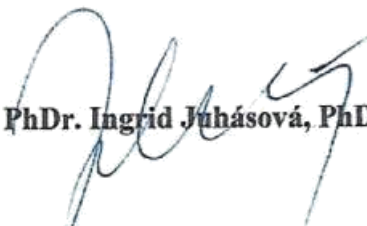
Všeobecná sestra

Název práce:

Role sestry v péči o geriatrického pacienta

Cíl práce:

Cílem práce bude zjistit, zda mají sestry povědomí o profesních rolích, které vykonávají a jak zvládají obor, v němž pracují – tedy péči o geriatrické pacienty.


PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.

vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Při vykonávání sesterského povolání je zastoupeno mnoho profesních rolí, s nimiž by měly být sestry nejen obeznámeny, ale i identifikovány. Cílem práce je zjistit, zda mají sestry povědomí o profesních rolích, které vykonávají a jak zvládají svůj obor – péči o geriatrické pacienty. Výzkumný soubor tvoří 92 sester pracujících na vybraných pracovištích zaměřených na péči o geriatrické pacienty. K výzkumu je použit dotazník vlastní tvorby, který je staticky zpracován do grafů a tabulek s popisem absolutní a relativní četnosti. Byla zjištěna dobrá informovanost sester o rozdělení profesních rolí. Sestry považují za roli ošetřovatelky jako nejdůležitější a nejméně důležitá je role výzkumnice. Doporučujeme zaměstnavatelům nadále pořádat povinná školení a semináře, aby se zdravotní personál mohl opírat o silnou teoretickou základnu a orientoval se v nové problematice a situacích, které mohou nastat. Je také důležité, aby se profesní role upevňovaly již v průběhu studia. Sestry by měly být identifikovány s rolemi, které zastávají. Je třeba též akceptování ostatními pracovníky, s nimiž spolupracují – lékařskými i nelékařskými. Navrhujeme též pravidelné ošetřovatelské supervize, neboť práce s geriatrickými pacienty je pro zdravotnický personál, velmi náročná a vysilující.

Klíčová slova: role sestry, profese, geriatrie, pacient, ošetřovatelská péče

Abstract

Many professional roles are represented in the nursing profession, with which nurses should be not only acquainted but also identified. The aim of the thesis is to find out whether the nurses have a knowledge of the professional roles they perform and how they manage their field of care for geriatric patients. The research team consists of 92 nurses working at selected workplaces dedicated to the care of geriatric patients. A questionnaire of our own work, which is statically processed into graphs and tables with description of absolute and relative frequency, is used for the research. Good nurses' awareness of the division of professional roles was found. Furthermore, research has shown that the role of the nurse and the least important role of the researcher are considered among the respondents. We recommend that employers continue to undertake compulsory training and seminars so that health professionals can rely on a strong theoretical basis and focus on the new issues and situations that may arise. It is also important for professional roles to be strengthened during their studies. Nurses should be identified with the roles they hold. It is also necessary to accept the other workers with whom they work – both medical and non-medical. We also propose regular nursing supervision because working with geriatric patients is very demanding and exhausting for medical staff.

Keywords: role of nurse, profession, geriatric, patient, nursing care

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucí práce PhDr. Ingrid Juhásové PhD. za její trpělivost, rady a věcné připomínky, jež přispěly k napsání této práce. Dále děkuji všem sestrám, které se zúčastnily výzkumného šetření – nejen za vyplněné dotazníky, ale i za bohuľibou práci, kterou vykonávají. V neposlední řadě velice děkuji své rodině za podporu při studiích.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že souhlasím s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

Podpis

Obsah

ÚVOD.....	8
1 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU PROBLEMATIKY	9
1.1 Vymezení pojmu role	9
1.1.1 Vývoj profesní role sestry.....	9
1.1.2 Role sestry v minulosti	10
1.1.3 Role sestry v současnosti.....	12
1.2 Předpoklady pro úspěšnou identifikaci s rolí sestry	15
1.2.1 Náplň práce sestry	16
1.2.2 Sestra jako součást zdravotnického týmu	16
1.3 Geriatrie a geriatrický pacient	17
1.3.1 Krize stárnutí.....	19
1.3.2 Indikace ke geriatrické léčbě.....	19
1.3.3 Role sester při péči o geriatrického pacienta.....	20
1.3.4 Geriatrické syndromy	21
1.3.5 Hodnotící nástroje v geriatrii.....	22
1.4 Role sestry na konci pacientova života.....	25
2 VÝZKUM – POVĚDOMÍ O SESTRSKÝCH ROLÍCH	27
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	27
2.2 Metodika výzkumné práce.....	27
2.2.1 Výzkumný nástroj	27
2.2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	28
2.2.3 Zpracování výzkumných dat.....	30
2.3 Výsledky výzkumného šetření.....	31
2.4 Diskuse.....	42
2.5 Návrhy a doporučení pro praxi.....	46
ZÁVĚR.....	47
Seznam použité literatury	50
Seznam grafů a tabulek.....	53
Seznam příloh.....	54

„Největším štěstím člověka je, když může žít pro to, zač by byl ochoten zemřít.“

Honoré De Balzac

ÚVOD

Práce sestry je velmi náročná, neboť musí vykonávat mnoho profesních rolí, s nimiž by měla být i identifikována. Obzvláště geriatrickí pacienti jsou mnohdy odkázáni na pomoc zdravotnického personálu a je nutné k nim přistupovat s trpělivostí, opatrností, empatií, respektem a podporovat je v soběstačnosti.

Práce je rozdělena na analýzu současného stavu problematiky a výzkumnou část. Analýza současného stavu problematiky obsahuje informace čerpané z odborné literatury, periodik a internetových zdrojů o profesních rolích sester a jejich vývoji až po současnost. Dále se zaměřuje na vymezení pojmu „geriatrický pacient“ a seznámení se specifiky péče o takového pacienta.

Ve výzkumné části je rozbor dotazníkového šetření. Dotazníky byly anonymní a určené pro sestry pracující s geriatrickými pacienty. Data získaná z výzkumu od 92 respondentů jsou zaokrouhlena na celá procenta a vyobrazena pomocí tabulek nebo grafů s popiskem.

V závěru práce je diskuse nad výzkumnými otázkami a cíli s celkovým shrnutím výsledků. Součástí práce jsou i přílohy obsahující vzor dotazníku, který respondenti vyplňovali a žádost o umožnění dotazníkového šetření na pracovišti.

Cílem práce je zjistit:

- jestli mají sestry povědomí o rozdělení profesních rolí,
- jaký mají sestry názor na profesní role
- jestli se podle sester jejich profese v současné době orientuje více na dokumentaci než na přímou péči o pacienty
- jak sestry pracující s geriatrickými pacienty vnímají smrt a umírání.

1 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU PROBLEMATIKY

1.1 Vymezení pojmu role

Rolí se obecně v psychologii rozumí postavení osoby v nějakém společenském systému. Pojmem sociální role rozumíme očekávané chování daného jedince, které souvisí s jeho sociálním postavením.

Profesní role představuje úlohu, kterou má jedinec zastávat při plnění požadavků své práce. Pojem role zdůrazňuje skutečnost, že lidé vždy při práci hrají určitou úlohu. Role tedy sleduje úlohu, nikoli samotné úkoly, které jedinci plní.

Role je chování, které je pro jedince v určitém postavení vhodné a žádoucí. Je to předpokládaný způsob chování jedince v určité sociální situaci, pro které je dána konkrétní společenská norma (Hartl, Hartlová, 2000).

Zjednodušeně je to tedy očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti.

Role sestry jsou společensky dané a jsou historicky podmíněné. Mění se s rozvojem medicíny a ošetrovatelství, ale také s rozvojem společenských věd – psychologie, pedagogiky a etiky. Sestra se stává rovnocennou partnerkou lékaři a je součástí zdravotnického týmu. Je schopná pracovat samostatně a její kompetence se stále rozvíjí a mění se také náplň práce (Staňková, 2002).

Role sestry se měnila společně s rozvojem ošetrovatelství od charitativní činnosti přes chápání sestry jako pomocníka lékaře, až k samostatné práci rovnocenné členky zdravotnického týmu. Hlavní funkcí sestry, kromě spolupráce se členy zdravotnického týmu, je řízení a poskytování ošetrovatelské péče, výchova pacientů/klientů, aktivní účast na rozvoji a výzkumu ošetrovatelské praxe.

S konkrétním popisem role sestry se začalo až ve druhé polovině 20. století.

1.1.1 Vývoj profesní role sestry

Sociální role označuje očekávané chování jedince související s jeho společenským postavením, názory, postoji, hodnotami, emočním prožíváním a vlastnostmi. Profesní role je užší pojetí sociální role a označuje očekávané chování jedince v profesi.

Jednoznačné vymezení sesterských rolí není možné, protože profese sester je velmi různorodá, vždy svázána s konkrétním kulturním, socio-politickým a ekonomickým systémem a neustálý vývoj přináší potřebu změn i v definování profesních rolí sestry.

K základní struktuře náleží role ošetrovatelky, edukátorky, komunikátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky, týmové hráčky a výzkumnice (Špirudová, 2015).

Například podle Hildegardy E. Peplauové se role rozdělují na základní a dílčí. Mezi základní zařazuje navíc roli neznámé osoby a technického experta. K doplňkovým řadí roli tutora, konzultanta, zástupce pro socializaci, bezpečnostního technika, mediátora, manažera životního prostředí, administrátora a roli správce „pozorovatelského zápisníku“.

Podle Špirudové a Kazvalové (2010), které se zabývaly profesními rolemi u ambulantních sester, se prokázalo, že respondenti (sestry, lékaři a pacienti) si myslí, že sestry neplní roli výzkumnice.

Špirudová (2015) zmiňuje problém tzv. zavádění pokročilých rolí sester do praxe. Jedná se o převzetí některých kompetencí lékařů (např. objednání k testům, předepisování některých léků apod.).

Současný obraz sestry zachycuje obraz konfliktu rolí. Ošetrovatelská role je v pozadí, ale formálně se vyžaduje. Prioritní se stává role administrátorky, dokumentátorky a „papírově vystudované profesionálky“ (Špirudová, 2015).

1.1.2 Role sestry v minulosti

Povolání sestry prodělalo velké změny. V polovině 19. století byl vývoj umocněn rychlým rozvojem techniky v medicíně a postupně docházelo k určité dehumanizaci ošetrovatelství. Ve 20. století viděla Virginie Hendersonová základní funkci sestry v pomoci zdravému či nemocnému člověku, profese sestry začala vycházet z orientace na zdraví jako celek. Do popředí se postupně dostávaly činnosti zaměřené na primární péči, udržování a podporu zdraví, prevenci chorob a posílení komunit (Plevová, 2011).

Morrow (1988) v publikaci „Nurses, nursing and women“ rozdělila základní role sester do tří skupin:

- I. **role matky** – sestra je laskavá, má pečovatelské schopnosti, pochopení a je nesobecká,
- II. **role ženy** – očekávání lékaře, že bude loajální, bude plnit jeho pokyny a bude je respektovat jako autoritu,

III. role hospodyně – sestra bude vědět o všem, poradí si v každé situaci, nestěžuje si, je organizačně schopná a samostatná (In: Bláha, Staňková, 2004).

Kozierová et al. (1995) rozdělila profesní role sester takto:

- sestra ošetřovatelka
- komunikátorka / pomocnice
- učitelka
- poradkyně
- advokátka pacienta (ochránkyně práv)
- nositelka změn
- manažerka
- lídr
- výzkumnice

Peplauová definovala šest rolí sestry:

- role neznámé osoby – poskytuje bezpečné a vstřícné klima
- role učitele – předává znalosti
- role poradce – pomáhá klientovi rozumět aktuální životní situaci, poskytuje mu rady a podporu
- role zástupce – pomáhá v oblasti závislosti pacienta na pomoc
- role aktivního vůdce – pomáhá pacientovi převzít odpovědnost k naplnění cílů léčby
- role technického experta – používá různá zařízení a přístroje (In: Iqbal, 2013)

V 50. letech se rolemi sester zabývali sociologové, od nichž známe čtyři nejdůležitější rolové znaky (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001).

1. Funkční specifita – znamená nutnost formální a faktické odborné kompetence pro výkon profese. Rozlišujeme horizontální kompetence (dány druhem oddělení, na kterém sestra působí) a vertikální kompetence (např. vrchní sestry, staniční apod.).
2. Sociocentrismus (kolektivní orientace) – sestra při práci zásadně vychází z potřeb nemocného nikoliv ze svých. Tento postoj souvisí s nezištností, schopností sebezapření a výraznou motivací pro sesterské povolání.

3. Univerzalismus – od sester se vyžaduje, aby své role plnily ke všem pacientům bez ohledu na vlastní postoj k nim. Důležité je kladné přijetí člověka.
4. Emocionální neutralita – požadavek podřízení emocí rozumové kontrole v situacích, kdy sestra nesmí propadnout panice a zmatku.

Tyto znaky jsou stejné i pro roli lékaře (Plevová, 2011).

1.1.3 Role sestry v současnosti

V současné době se setkáváme s uceleným rozdělením role sestry. Podle Staňkové (2002) se všechny níže uvedené role při výkonu profese zdravotní sestry prolínají.

1. Sestra ošetrovatelka – je to základní a hlavní role každé sestry. Tento vztah je charakteristický holistickým chápáním jedince a skupiny zohledňující jejich zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb. Není to pouze základní ošetrovatelská činnost, při níž uplatňuje své poznatky a dovednosti např. podávání léků, odběr biologického materiálu, plnění lékařských ordinací, ale také přístup k pacientovi a péči, která s tím souvisí.

„Povolání sestry je jedním z nejtěžších, ale i nejhumánnějších povolání. Předmětem práce sestry je celková (komplexní) péče o nemocné a udržování hygienicky nezávadného prostředí. Tato činnost se nazývá ošetrovatelství.“ (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

2. Sestra manažerka – v rámci ošetrovatelské péče řídí jednotlivce, rodiny i komunity. Jako manažerka pověřuje úkoly jiné sestry a pomocný personál, dohlíží na ně a vyhodnocuje výsledky. Působí v řízení a organizaci na různých úrovních. Plní i úlohu manažerky ošetrovatelské péče přímo u jednotlivců a skupin tím, že řídí ošetrovatelský proces. Pokud se sestra s touto rolí neztotožní, může být následkem nekoordinovaná a neefektivní péče. Důležitá je její autorita a zodpovědnost.

3. Sestra edukátorka – mnohostranné zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování jedince v zájmu podpory zdraví nebo jeho obnovy. Tato funkce klade na sestru požadavky při podpoře a uchovávání pacientova zdraví.

„Pomáhat při předcházení – prevenci nemocí a získávat spoluobčany k aktivní účasti na péči o vlastní zdraví. To se uskutečňuje např. besedami a přednáškami zaměřenými na jednotlivá témata.“ (Rozsypalová, Šafránková 2002).

4. Sestra advokátka – obhájí práva pacienta, reprezentuje jeho práva a vysvětluje mu je, zároveň také tlumočí jeho požadavky a názory. Obhájí jeho zájmy. Projevem této role je zájem sester o pacienta. Toto obsahuje také respektování pacientova názoru. Setkáváme se

také s názvy role obhájce nebo ochránce pacienta. Sesterská profesní role advokáta se uplatňuje tam, kde pacient nezná, není schopen, neumí či je pro něj obtížné projevit nebo účinně saturovat své potřeby, problémy a přání. Sestra se v těchto situacích stává jeho mluvčím, advokátem, obhájcem a ochráncem. Cílem je zabránění poškození pacienta, zachování jeho důvěry, minimalizování rizika a ohrožení a zabránění situacím, které vedou k žalobám na péči. Role advokáta pacienta zahrnuje rozpoznání nesaturovaných potřeb a ošetrovatelských problémů, multioborový a týmový přístup. Sestra potřeby identifikuje – jejich efektivní řešení je v kompetenci jiných zdravotnických profesionálů. Úskalím může být nadměrné poskytování obhajoby a ochrany, která vede k sociální závislosti pacienta na sestře. Toto je příklad poškození pacienta sestrou tzv. sororigenie (Špirudová, 2015).

5. Sestra nositelka změn – ošetrovatelství se stále vyvíjí a mění. Bez těchto změn by bylo ošetrovatelství stagnující obor. Pro sestru by měla být tato role hnací silou.

6. Sestra výzkumnice – tato role se stává aktuální ve společnosti, ve které se utváří ošetrovatelství jako sociálně významná vědecká profese. Pro tuto roli je důležité vzdělání, možnosti a potenciál.

Každá sestra se může účastnit výzkumu v ošetrovatelském oboru. Základním krokem je si uvědomovat hodnotu a význam výzkumu.

7. Sestra mentorka – zodpovídá za klinický dohled nad studenty ošetrovatelství. Tato role vyžaduje adekvátní klinickou a pedagogickou způsobilost a zralou osobnost. Mentorství je proces, při kterém speciálně vybraná, školená a zkušená osoba – registrovaná sestra dobrovolně podporuje, pomáhá a předává zkušenosti méně zkušené osobě (mentee). Je to řízený proces založený na důkazech obrácený na výsledky. K hlavním cílům patří vedení, podpora vlastní iniciativy, osobního rozvoje, povzbuzování a konstruktivní kritika. K efektivnímu mentoringu patří pozitivní rovnocenný vztah založený na důvěře a ochotě učit se jeden od druhého. Důležitá je komunikace, reflexe a průběžné hodnocení. Ideálně by měl fungovat tento progresivní model: sestra – edukátorka, sestra – mentorka, sestra – školitelka, sestra supervizorka (Špirudová, 2015).

8. Sestra poradkyně – pomáhá pacientovi poznat psychické či sociální problémy a vyrovnat se s nimi, poskytuje citovou a psychologickou podporu, rozvíjí lepší mezilidské vztahy.

9. Sestra komunikátorka – komunikace se uplatňuje při všech fázích ošetrovatelského procesu a její správné a účelné používání napomáhá sestře při všech jejích činnostech.

Sestra vykonává mnoho rozličných, avšak stejně důležitých rolí. Pro kvalitní vykonávání profese je tedy důležité, aby sestra byla všestranná a pracovala podle etických norem. Pokud

sestra zvládá jen některé role, měla by se na ně zaměřit. Pakliže sestra své role neplní, nemůžeme mluvit o sestře kvalitně vykonávající své poslání.

Role sester ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatelstva apod. (Farkašová, 2006).

Roli sestry ovlivňuje také utváření ošetrovatelství jako vědní disciplíny. Sestra se má více podílet na rozhodování a plánování zdravotní péče a více se orientovat na podporu zdraví. Dosažení požadovaného standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester nové vědomosti a využívání nových poznatků.

Změna pojetí sestry se projevuje i v kladení důrazu na její samostatnost. Sestry jsou vedeny tak, aby si dokázaly poradit s moderní technikou i v mezilidských vztazích. Mění se odborné aktivity sester, jejich kompetence a odpovědnost. Sestra se stává stále více samostatným odborníkem, specialistou na uspokojování potřeb nemocného (Farkašová, 2001).

Rozeznáváme tři základní znaky charakterizující roli sestry:

1. sestra vychází z potřeb nemocného a chápe jeho problémy
2. sestra zajišťuje nemocnému pocit jistoty a uspokojuje jeho potřeby
3. sestra je emocionálně neutrální (Farkašová et al., 2006).

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) popisuje, že se za poslední desetiletí s rozvojem moderní společnosti výrazně posunulo ošetrovatelství a náplň sesterského práce. Tradičně je sestra poskytovatelka základní péče nemocnému. Moderní pohled na funkci sestry mluví o poskytování péče nejen nemocným, ale také zdravým lidem, a to v činnostech týkajících se zdraví a jeho ochrany v situaci, kdy toho člověk není sám schopen, nemá potřebnou sílu, vůli, znalosti. Sestra profesionálka může ovlivnit, nebo změnit celkovou úroveň péče o nemocného, a kromě jiného také posuzuje osobnost svých spolupracovníků.

Sestra patří do profesí pomáhajících, proto jsou kladeny vyšší nároky na její osobnost a profesionalitu. Pro práci sestry je důležité, aby k ní měl pacient a jeho rodina důvěru.

V 21. století by měla sestra splňovat několik požadavků:

- být důvěryhodná
- být vzdělaná – sama usilovat o celoživotní vzdělávání
- být emancipovaná – samostatně pracovat a převzít zodpovědnost za svá rozhodnutí
- být angažovaná – sama hledat nové cesty a směry pro své povolání
- být členkou některé ze sesterských organizací
- zavádět do práce nové vědecké poznatky

- samostatně provádět prevenci a profylaxi – tzn. terénní péči (Staňková, 2002).

K dobré komunikaci patří přímý pohled, věnování plné pozornosti, nepřerušování pacienta aj.

Sestra, která umí dobře komunikovat, si lépe získá důvěru pacienta a ten se jí ochotněji svěří se svými problémy.

Vedle komunikace je základní dovedností sestry umění vcítit se do druhých, tedy empatie. Přistupuje potom ke každému pacientovi jako k individualitě, měla by ho vnímat jako sobě rovného, a především jako člověka. Měla by si uvědomit, že choroba neubírá pacientovi lidství a že se na jeho místě může ocitnout ona sama (Vašková, 2006).

1.2 Předpoklady pro úspěšnou identifikaci s rolí sestry

Takovým předpokladem je především sociálně zralý jedinec orientovaný na druhého člověka, respektující činnosti a myšleni ostatních. Člověk, který je tolerantní, přizpůsobivý, autonomní s přiměřeným sebehodnocením a je schopný kooperace a nesení odpovědnosti za druhé (Říčan, 2007).

Osvojení si role závisí i na společenské prestiži povolání. Prestiž sesterského povolání se zvyšuje a byla i jedním z prioritních cílů strategického planu České asociace sester v letech 2007–2010 (Plevová, 2011).

Systém ošetrovatelských modelů a diagnóz vychází z celostního, holistického, přístupu. Od sester se požaduje, aby pohlížely na člověka jako na bytost bio-psycho-sociálně-duchovní. Sestra poskytuje pacientovi ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu. Dosažení a dodržování standardů péče vyžaduje od sester nové schopnosti, které se nepoužívaly v minulosti, např. ve vztahu k sociálním problémům, které provázejí chorobu, či zdraví jedince anebo skupiny. Role sestry je svojí povahou vnitřně konfliktní. Pro výkon většiny činností jsou v ošetrovatelství stanovené přesné normy, ale sestry jsou přitom nuceny uplatňovat je v jedinečných situacích (Jarošová, 2000).

Osvojení si role a adaptace na nové funkce a zodpovědnost a na nové vzory chování se do značné míry odvíjí také od společenské prestiže povolání sestry.

Mezi základní atributy ošetrovatelského povolání patří pevné zanícení pro službu, kterou ošetrovatelství lidem poskytuje, přičemž tento atribut je pokládán za principiální. Dalším atributem ošetrovatelského povolání je víra a důstojnost a hodnota každého člověka.

Tento aspekt je založený na etické, ale i křesťanské filozofii posvátnosti lidského života a hodnoty jedince (Jarošová, 2000).

Jedním ze základních atributů ošetrovatelského povolání je i potřeba celoživotního vzdělávání. V ošetrovatelském povolání je tento typ vzdělávání nevyhnutelný. Erudovaná sestra by si v současnosti měla udržovat a rozšiřovat své profesionální umění, předvídat svou roli do budoucnosti a rozšiřovat si základnu profesionálních vědomostí (Jarošová, 2000).

1.2.1 Náplň práce sestry

Všeobecná sestra poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dodržuje hygienicko-epidemiologický režim, vede zdravotní dokumentaci, podílí se na vzdělávání studentů a tvoření standardů.

Ve Vyhlášce č. 55/2011 o činnostech zdrav. pracovníků: sestra pracuje metodou ošetrovatelského procesu a uplatňuje při tom výše zmíněné role. Sestry mají povinnost pomáhat upevňovat zdraví a uspokojovat potřeby společnosti.

Základní náplň práce sestry vydává MZ ČR a podrobně je musí rozpracovat zaměstnavatel.

Lze ji rozdělit do několika skupin:

- základní ošetrovatelská péče – identifikace potřeb a jejich uspokojování
- diagnosticko-terapeutická činnost – příprava a asistence při vyšetření
- psychosociální činnost – komunikace, edukační činnost, kontakt s okolím
- administrativní práce – záznam ošetrovatelské dokumentace, žádanky na vyšetření
- přípravné a dokončovací práce – příprava výkonů, péče o pomůcky, doplňování léků, příprava materiálu.

1.2.2 Sestra jako součást zdravotnického týmu

Týmová práce předpokládá, že sestra je schopná spolupracovat s ostatními členy týmu a má schopnosti předávat informace o nemocných ostatním členům týmu. Zodpovědnost sester se překrývá se zodpovědností za ostatní členy týmu, v důsledku čehož není často jasné, kde přesně její zodpovědnost končí. Sestry někdy vykonávají úkoly i za jiné členy týmu či plní úlohy za nižší zdravotnický personál, anebo v některých případech vykonávají i činnosti, které jsou v kompetenci lékařů (Beňadiková, Rapčíková, 2009).

Vždy se to však odvíjí od dané situace. Ve zdravotnických týmech je často nedostatek sester a sestry se mnohdy střídají, což může vést sestru do pozice, kdy ví, co je pro pacienta dobré, ale nemůže to splnit pro nedostatek času a situační podpory. Běžným dilematem, se kterým se sestry setkávají, je bohužel neprofesionální anebo neetické chování některých členů týmu vůči pacientům. Protože kodex sestry obsahuje povinnost chránit pacienta před daným chováním, vyžaduje se od sestry takovéto aktivity zabránit (Jarošová, 2000).

Pozice sestry v týmu předpokládá nejen humanizaci vztahů mezi sestrou a pacientem, mezi ošetřujícím personálem a rodinou nemocného, ale i polidštění vztahů mezi členy týmu. S etickými aspekty práce zdravotnického týmu souvisí i interpersonální vztahy zdravotníků v týmu, které působí na atmosféru týmu, na pracovní spokojenost, výkonnost, na motivaci členů týmu, ale i na spokojenost pacienta s poskytovanou péčí (Jarošová, 2000).

Péče o geriatrického pacienta vyžaduje širokou spolupráci vedoucí k ucelenému přístupu k pacientovi. Geriatrický tým je tvořen pacienty, rodinnými příslušníky, lékaři, ošetřujícím personálem, psychology, pracovníky duchovní péče, sociálními pracovníky a terapeuty (například ergoterapeuty, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty aj.). Zdravotní sestry a ošetřující personál stráví s pacientem většinu času, proto je jedním ze základních pilířů léčby aktivizační péče a pozorné sledování pacienta, jeho omezení i duševního stavu. K úspěšné spolupráci patří aktivní komunikace a přesná výměna informací v týmu na poradách a sezeních (Schuler, Oster, 2010).

Znaky dobrého týmu:

- tým má jasné vědomí sebe samého jako skupiny
- tým vstupuje do pozitivní interakce s nečleny týmu
- vytváří pozitivní předpoklady a přesvědčení
- v týmu probíhá jasná komunikace (Plevová, 2011).

1.3 Geriatrie a geriatrický pacient

Geriatrie je samostatný lékařský obor zabývající se stárnoucím a starým člověkem zvláště v nemoci. Realizuje prevenci, diagnostiku, léčbu, specifickou rehabilitaci a dispenzarizaci (včasné vyhledání péče).

Předmětem geriatrie je poradenství a multidisciplinární přístup k léčbě starých a dlouhodobě nemocných lidí.

Cílem geriatrie je co nejdelší možné udržení soběstačnosti a nezávislosti starého člověka. Jádrem geriatrie je všeobecná interna s přesahy do dalších oborů – především do neurologie, gerontopsychologie, rehabilitace a ošetrovatelství (Kalvach et al., 2008).

Geriatrická prevence se zabývá upevňováním zdraví, podporou vědy a gerontologického výzkumu, pozitivním ovlivněním životního prostředí a podmínek života, imunizací starých lidí a rehabilitací. Cíl je zachovat sociální a zdravotní funkce starého člověka.

V geriatrii se často setkáváme s těmito pojmy:

- Multimorbidita
- Polypragmazie
- Biopsychosociální přístup k léčbě
- Nestabilita
- Inkontinence
- Iatrogenní faktory (Kalvach et al., 2008).

Geriatrická medicína je zaměřena na řešení problémů geriatrických pacientů – ti jsou charakterizováni vyšším věkem, výraznou morbiditou a hrozícími nebo přítomnými funkčními omezeními (Schuler, Oster, 2010).

V širším smyslu slova se hovoří o nemocných starších 75–80 let. Začlenění pacienta do geriatrických programů vyžaduje věk minimálně 65 let.

V užším smyslu slova se za geriatrického pacienta považuje senior, který vykazuje závažný pokles potenciálu zdraví vedoucí ke specifickým zdravotním problémům a je tak zranitelnější.

Často se setkáváme s pojmem „křehkost“ (frailty), který je dán omezenou či chybějící funkční rezervou potřebnou k překonání nemoci a odvrácení komplikací (Kalvach et al., 2008).

Koval zmiňuje, že se člověk nad 75 let označuje jako geront či geron.

Stáří se dělí několika způsoby. První způsob:

- mladí staří (young old) – 65–74 let
- Staří staří (old-old) 75–84 let
- Velmi staří staří (very old-old) 85 a více let (rozdělení podle WHO).

Druhý způsob dělení:

- rané stáří – 60–74 let
- vlastní stáří, sénuim – 75–89 let
- dlouhověkost – nad 90 let (Koval, 2001)

Třetí způsob:

- mladí staří 55–74 let
- staří staří – 75 a více let (Koval, 2001)

V roce 1980 OSN vymezila začátek stáří na 60 let a definovala populaci na mladou populaci, zralou populaci a starou populaci (Koval, 2001).

1.3.1 Krize stárnutí

Během stárnutí většinou dochází ke krizi identity. Společnost upřednostňuje mladou a aktivní část obyvatelstva a starší občané jsou často vnímáni jako chorobní, senilní lidé, kteří potřebují pomáhat. Nejhorší se se stářím vyrovnávají neurotici, egoisti a vysokoškoláci, protože dochází k poklesu jejich společenského postavení. Proces stárnutí je individuální a začíná po 25. roku života, kdy se završuje vývoj organismu. Velkým náparem pro psychiku je odchod dětí z domu, vědomí nemoci a smrti, odchod do důchodu, ztrácení smyslu života, pasivita a další.

Stárnutí organismu zpravidla probíhá v tomto pořadí:

1. mozek – nálada, paměť, intelekt (deprese, dezorientace, stařecká demence)
2. endotel – kardiovaskulární systém
3. regulace průtoku – periferní odpor (arteriová hypertenze)
4. smysly – degenerativní změny (tinnitus)
5. degenerace kostí a kloubů – osteoporóza, artropatie
6. metabolismus – diabetes mellitus 2. typu
7. sociální situace – osamění, závislost (Kalvach et al., 2008).

1.3.2 Indikace ke geriatrické léčbě

Geriatrický pacient musí splňovat následující podmínky:

- věk alespoň 80 (či 85) let
- křehkost
- nutnost péče zjevná nebo požadovaná

- omezení základních aktivit všedního života ADL – existující nebo hrozící (Schuler, Oster, 2010).

U mladších pacientů (asi od 65 let) se přihlíží k těmto okolnostem:

- pády v anamnéze
- zhoršující se pohyblivost
- iktus v posledních 3 měsících
- delirium
- deprese, dekubitus, chronické rány
- demence
- vážnou výživu
- pobyt v nemocnici v posledních 3 měsících
- prodloužená nepohyblivost po těžké nemoci nebo operaci
- inkontinence
- chronická bolest (Schuler, Oster, 2010).

1.3.3 Role sester při péči o geriatrického pacienta

Ve vyspělých zemích tvoří senioři nad 65 let 12–15 % celkové populace a jejich počet stále roste. Senioři tvoří převážnou část pacientů většiny klinických oborů.

Mezi nejčastější způsoby terapie ve vyšším věku patří farmakologická léčba. Doprovází ji ovšem mnohem více problémů, které vyplývají ze samotného procesu stárnutí. Pro farmakoterapii ve stáří je typický vyšší výskyt nežádoucích účinků léčiv, vznik lékových interakcí a užívání vícero léků různých indikačních skupin. Hlavně polyfarmacie výrazně snižuje kvalitu života seniorů (Zrubáková, Krajčík a kol., 2016).

Zdravotničtí pracovníci by měli během léčby dodržovat všeobecné zásady přístupu k seniorovi:

- péči o geriatrického pacienta povýšit na prvořadý zájem
- jednat zdvořile a ohleduplně
- respektovat důstojnost a soukromí
- poslouchat seniora a respektovat jeho názory
- poskytnout informace ve srozumitelné formě
- respektovat právo spolurozhodovat o léčbě
- zvyšovat svoje profesionální vědomosti a schopnosti

- trvat na tom, aby předsudky neovlivnily zdravotnickou péči
- vyvarovat se zneužití pozice zdravotníka
- pracovat ve prospěch seniora

Vzhledem k věku pacienta, snížené úrovni kognitivních funkcí a zhoršeném zdravotním stavu bývají tyto zásady často porušovány (Nemčeková, 2008; Zrubáková, Krajčík, 2016). Všeobecná sestra si v rámci legislativně vymezených kompetencí musí být vědoma své nezastupitelné role v péči o seniory. Jednou z nejvýznamnějších je pozice důležitého zdroje informací o nemocném zajišťovaná každodenním kontaktem s ním. Pouze správně provedené zhodnocení aktuálního stavu nemocného a jeho schopností či omezení může být základem vhodně zvolené péče a dopomoci.

Normální stárnutí s sebou přináší nevyhnutelné změny, které jsou částečně zodpovědné za zvýšené riziko vzniku zdravotních problémů v rámci starší populace.

Přísně individualizované posuzování schopností seniorů je základem pro plánování péče a možnost podpory seniora.

Obecně má geriatrický pacient snížené funkční rezervy a horší adaptabilitu a v této souvislosti hovoříme o geriatrických syndromech (Pokorná a kol., 2013).

Geriatrický screening se používá k zjištění problémových oblastí a pacienta a k naplánování vhodné léčby. Mezi nejčastější problémové oblasti patří zrak, sluch, krátkodobá paměť, deprese, funkce horních a dolních končetin, kontinence, sociální situace, pády, léky, kognitivní dostatečnost, bolest a časté hospitalizace. Často využívaným screeningem je screening podle Lachse (Schuler, Oster, 2010).

1.3.4 Geriatrické syndromy

Sestra musí být obeznámena se specifickými problémy, které mohou postihnout geriatrického pacienta. Mezi velké geriatrické syndromy patří tzv. „5 I“:

- imobilita
- instabilita
- inkontinence
- intelektové poruchy
- iatrogenie

Mezi další problémy ve stáří patří poruchy spánku, problémy s jídlem, vlastním příjmem potravy nebo krmením, inkontinence, zmatenost, pády a poruchy kůže.

Geriatrické syndromy představují skupiny problémů, které jsou provázané, souvisí se stářím, mají multifaktoriální etiologii a chronický průběh, špatně se léčí. Vedou k poklesu nezávislosti člověka.

V současnosti se stále častěji objevují následující syndromy:

- syndrom hypomobility, dekondice a sarkopenie
- syndrom anorexie a malnutrice
- syndrom duálního kombinovaného senzorického deficitu (zrak, sluch)
- syndrom dehydratace s následným projevem akutního renálního selhání
- syndrom z poruchy termoregulace
- syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání
- syndrom geriatrické maladaptace na změnu prostředí (Weber et al., 2011).

1.3.5 Hodnotící nástroje v geriatrii

K souhrnnému hodnocení nemocného v geriatrii je používáno komplexní geriatrické hodnocení CGA (Comprehensive Geriatric Assessment). Je zaměřeno na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů seniorů a podle něj se stanovuje plán léčení a dlouhodobé sledování (Kalvach, Zadák, 2004).

CGA respektuje skutečnost, že zdravotní obtíže se prolínají s problémy psychosociálními. V České republice se používá označení **FGV** – funkční geriatrické vyšetření. Například ve Spojených státech řada institucí nyní požaduje, aby se FGV-CGA prováděl u všech klientů v dlouhodobé péči několikrát za pobyt. Publikované studie potvrzují, že to vede k přesnějším a komplexnějším informacím o nemocném, že se zlepšuje kvalita péče a současně se získají také informace o účelném využití vynaložených zdrojů (Topinková, Neuwirth, 2002).

V rámci tohoto posuzování hodnotíme:

- osobnost seniora (životní situaci, priority, kvalitu života)
- tělesné zdraví (nemoc a funkční závažnost chorob)
- funkční výkonnost (chůze, stabilita, soběstačnost, výživa)
- duševní zdraví (kognitivní a afektivní poruchy, delirantní stavy)
- sociální souvislosti (sociální role, vztahy a potřeby).

CGA probíhá ve třech stupních:

- empirický – na základě klinického vyšetření
- orientační – využívá screeningové testování

- podrobná úroveň – využívá speciální vybavení.

CGA je východiskem pro cílenou intervenci, která následně optimalizuje péči o seniora. Tento způsob vyšetření je užitečný nejen pro pacienty, ale má i celospolečenský význam. Metaanalýza 28 randomizovaných kontrolovaných studií s CGA, provedená Stuckem a spol. (1993) prokázala všestranně pozitivní efekt geriatrického funkčního vyšetření (Topinková, Neuwirth, 2002). Průkopníkem konceptu CGA byl L.Z.Rubinstein.

Role všeobecné sestry je nezastupitelná v kontextu dlouhodobého vztahu s nemocným, zejména možností srovnání aktuálního stavu seniora v časové ose. Při posuzování kognitivních funkcí seniorů je nutné vycházet z nejnovějších poznatků, znalostí rizik a následných komplikací při nesprávné identifikaci poruchy kognice. Vzdělaná sestra tak předchází následnému postižení seniora a případnému trvalému postižení.

K hodnocení současného stavu nemocného využívá jak orientační screeningové nástroje, tak komplexní testy s bodovým hodnocením. V rámci své odbornosti užívá adekvátní postupy péče a vyhýbá se způsobům péče, které traumatizují a poškozují nemocného.

Nepostradatelnou součástí péče o seniory je spolupráce s rodinou. Dostatečná edukace příbuzných zajišťuje, že požadované postupy v péči o seniora budou uplatňovány také v přirozeném prostředí seniora, mimo lékařské zařízení.

Hodnocení nutričního stavu seniorů je součástí CGA. U geriatrických pacientů je výskyt poruch výživy velmi častý. Ve vyšším věku má kvalitativně i kvantitativně odpovídající výživa pozitivní vliv na udržení optimálního fyzického i psychického zdraví. K tomu je žádoucí i tělesná aktivita odpovídající věku a zdravotnímu stavu.

Malnutrice zhoršuje soběstačnost seniorů, prodlužuje hospitalizaci, zvyšuje náklady na léčbu i mortalitu nemocných vyššího věku. Identifikace rizikových podvyživených pacientů je relativně snadná. Doporučováno je provádět screening poruch výživy pomocí hodnotících škál v rámci preventivní prohlídky, u hospitalizovaných pacientů před umístěním do dlouhodobé ústavní péče. Důležitý je také důsledný rescreening – opakované hodnocení v rámci prevence i následné terapie.

Terapie poruch výživy zahrnuje nejprve dietní opatření, která bývají často dostačující.

Základem nutriční péče by mělo být denní sledování perorálního příjmu, podávání a příjem nutričních roztoků, enterální a parenterální výživa.

Včasnou detekcí malnutrice lze eliminovat zhoršení funkční výkonnosti, zvýšení morbidit a mortality a předejít tak závažným zdravotním komplikacím a zhoršení kvality života seniorů.

Neoddělitelnou součástí komplexního přístupu péče musí být také hodnocení hydratace nemocného.

Hodnocení mobility, pohybu a sebepéče senioru je opět součástí CGA.

Soběstačnost seniora je s ohledem na involuční změny značně ovlivněna a vede mnohdy k disabilitě. Nastupující rozvoj závislosti různého stupně a rozsahu ovlivňuje kvalitu života seniorů, kterou lze adekvátní péčí do jisté míry ovlivnit a zlepšit. Abychom mohli soběstačnost seniora rozvíjet správným směrem, je nutné nejdříve zhodnotit stupeň soběstačnosti v ADL činnostech.

Abychom mohli jedince považovat za soběstačného, musí zvládat činnosti, které jsou součástí každodenního života: osobní a intimní činnosti komplexně nazývané **všední nebo běžné denní činnosti**, nebo také **aktivity denního života (ADL)**.

ADL činnosti lze rozdělit:

- PADL – personální běžné denní činnosti
- IADL – instrumentální aktivita denního života

PADL – týkají se aktivit intimního charakteru a patří sem sedm základních aktivit:

- celková hygiena, koupání, sprchování
- osobní hygiena – péče o vzhled, vlasy, hygiena dutiny ústní, péče o kůži, nehty a vousy
- oblékání
- příjem potravy
- přesun z lůžka na židli
- WC a jeho užití
- kontinence – vědomá kontrola močení a vyprazdňování

IADL – mnohem složitější, vyžadují fyzickou i psychickou zdatnost. Patří sem úkony prováděné se záměrem zabezpečení vlastní domácnosti a zařazení se do společnosti:

- cestování – chůze, odemykání, užívání veřejné dopravy
- telefonování
- užívání léků
- nakupování
- manipulace s penězi
- příprava stravy
- péče o domácnost

Pro účelné hodnocení míry soběstačnosti a závislosti seniorů je nezbytná jednotnost při užívání standardních škál pro objektivní zhodnocení jedince v čase, kdy o něj pečují různé osoby odlišných oborů (sociální péče, zdravotní péče).

Hodnocení bolesti je označováno jako algometrie nebo dolorimetrie. Bolest lze vždy hodnotit pouze nepřímým podle verbálních a nonverbálních projevů – je proto třeba hodnotit subjektivní verbální i fyziologické odpovědi (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006).

Hodnocení bolesti v klinické praxi vyžaduje vysoce profesionální a specifický přístup ze strany zdravotníků. Ti mají tendenci intenzitu bolesti u pacientů podceňovat.

Senioři často trpí z nerozpoznané a neléčené bolesti. Záměrně neinformují o svých potížích ze strachu, z předchozí zkušenosti s neochotou zdravotníků nebo z obavy z užívání dalších léků, z dalších nepříjemných vyšetření.

Hledání cest v pomoci a eliminaci bolesti vede ke zlepšení kvality života seniora.

Před hodnocením bolesti je třeba poučit pacienta, proč je nutné bolest sledovat, jak bude proces probíhat a proč je nutná jeho aktivní spolupráce. Je potřeba se s pacientem dohodnout na cílech, které jsou oboustranně žádoucí, realistické, měřitelné a dosažitelné.

Léčbu bolesti vždy řídí lékař, sestry se podílí na vytváření léčebného plánu, při medikamentózním ovlivnění bolesti sledují nežádoucí účinky léčiv, alergické projevy aj. (Topinková, Neuwirth, 2002).

1.4 Role sestry na konci pacientova života

Mezi povinnostmi sestry vyplývající z jejího vztahu k pacientovi patří také vyprovodit ho až k posledním chvílím jeho života. Pro její profesionální rozvoj v této oblasti je důležité především vlastní vyrovnání se s touto skutečností a uvědomování si vlastní smrtelnosti, dále naučit se respektovat postoj pacienta, umět s ním o smrti hovořit i neodporovat jeho nadějím. Právě v posledních dnech pacientova života je způsob komunikace velmi důležitý, ale také obtížný. Sestra má možnost zjistit, jak pacient svou situaci prožívá, jaké jsou jeho potřeby, musí ho podpořit a být mu nablízku, zvláště nemá-li oporu v rodině (Kleťková, 2004).

Sestra by měla znát fáze psychické odezvy na závažná onemocnění podle Elisabeth Kübler-Rossové, snažit se rozpoznat, v jaké fázi se pacient nachází a udělat vše pro to, aby proces vyrovnání se s vážnou nemocí vyústil do fáze smíření.

Sestra by si měla uvědomit, že zvýšenou pozornost vyžadují i pacientovi nejbližší a věnovat jim svou péči a pomoc.

Celý ošetrovatelský tým by měl zvážit, zda by pacient nemohl prožít poslední chvíle v domácím prostředí, popř. hospici (Jankovský, 2003).

2 VÝZKUM – POVĚDOMÍ O SESTRSKÝCH ROLÍCH

Hlavní cíl výzkumu byl stanoven jako **zmapování, zdali mají sestry povědomí o profesních rolích, které vykonávají v rámci svého povolání.**

Tento cíl vychází z problému výzkumu: **Mají sestry povědomí o rolích, které vykonávají v rámci své profese?**

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavní cíl jsme rozdělili na tři dílčí cíle, k nimž se vztahují výzkumné otázky. Prvním dílčím cílem je zmapování mínění sester o profesních rolích. Druhým je zaznamenání názoru sester pracujících s geriatrickými pacienty na svou ošetrovatelskou činnost. Třetím dílčím cílem je zjištění, jestli se sesterské povolání dnes více orientuje na dokumentaci.

C1: Zmapovat mínění sester o profesních rolích.

VO1: Vědí sestry o rolích, které ve své profesi vykonávají?

C2: Zaznamenat názor sester pracujících s geriatrickými pacienty na svou ošetrovatelskou činnost.

VO2: Jak respondenti vnímají smrt a umírání pacientů?

C3: Zjistit, jestli se sesterské povolání dnes více orientuje na dokumentaci.

VO3: Na co je podle sester v současnosti orientováno sesterské povolání?

2.2 Metodika výzkumné práce

2.2.1 Výzkumný nástroj

Ke sběru dat byl využit kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření vlastní konstrukce.

Dotazník měl polostrukturovanou formu a byl rozdán mezi sestry pracující na geriatrických odděleních a oddělení, na nichž se nachází geriatřičtí pacienti.

Dotazník (příloha 1) byl zcela anonymní a obsahoval 25 položek, z čehož byly 3 otázky anketní a 4 polootevřené. První 3 otázky byla zaměřeny na specifikaci respondenta (věk, délku praxe, dosažené vzdělání), následující otázky se věnovaly sesterským rolím (položka 1, 4, 5, 6, 7, 8). Vzděláváním respondentů se věnovala položka 3 a 4.

Následovaly otázky zjišťující názor na dehumanizaci ošetrovatelství a úroveň sociální prestiže sesterského povolání (položka 9, 10, 11 a 12). Další otázky se zabývaly péčí o geriatrického pacienta a sebereflexí tázané sestry (položka 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22).

Výzkumná otázka 1 „Budou některé role respondenty vnímány jako zbytečné?“, byla ověřena položkami 5, 6, 7 a 8. S výzkumnou otázkou 2 „Jak respondenti vnímají smrt a umírání pacientů?“ souvisí otázky 20, 21 a 22. Výzkumnou otázku 3 „Na co je podle sester v současnosti orientováno sesterské povolání?“, ověřují otázky 9, 10 a 11. Zbývající položky dopomáhají zmapovat názory sester pracujících s geriatrickými pacienty.

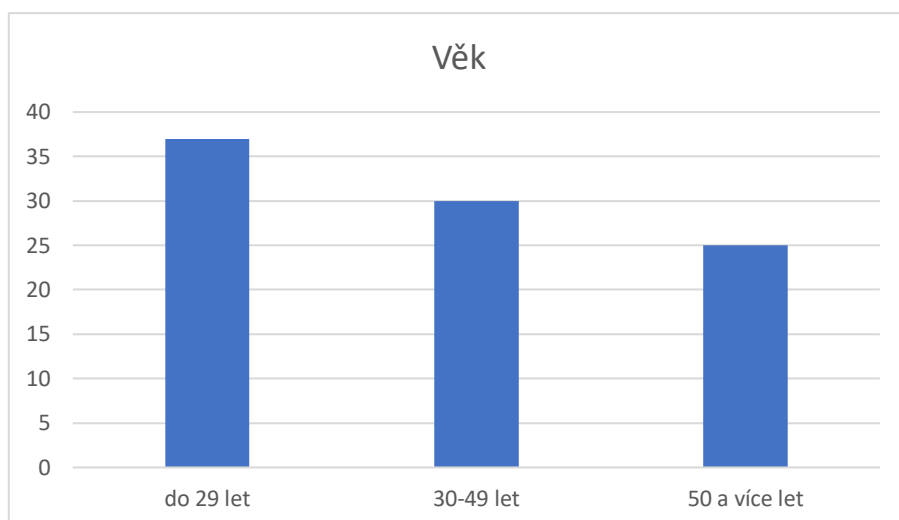
2.2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazníky byly určeny pro sestry a zdravotní asistenty pracující na odděleních a pracovištích, kde se setkávají s geriatrickými pacienty. Byly rozdány na Oddělení geriatrické a následné péče v Jihlavské nemocnici, Paliativní oddělení v Nemocnici Jihlava a Traumatologické oddělení, kde tvoří většinu pacientů právě senioři, Domov pro seniory Stříbrné terasy. Dále na Alzheimer centrum, Charitu Jihlava – domácí péče a Domov pro seniory Telč.

Od vedoucích jednotlivých pracovišť jsme dostali písemné svolení provádět dotazníkové šetření v daném prostředí. Tato žádost bude přiložena k práci (příloha 2). Šetření probíhalo v říjnu 2017.

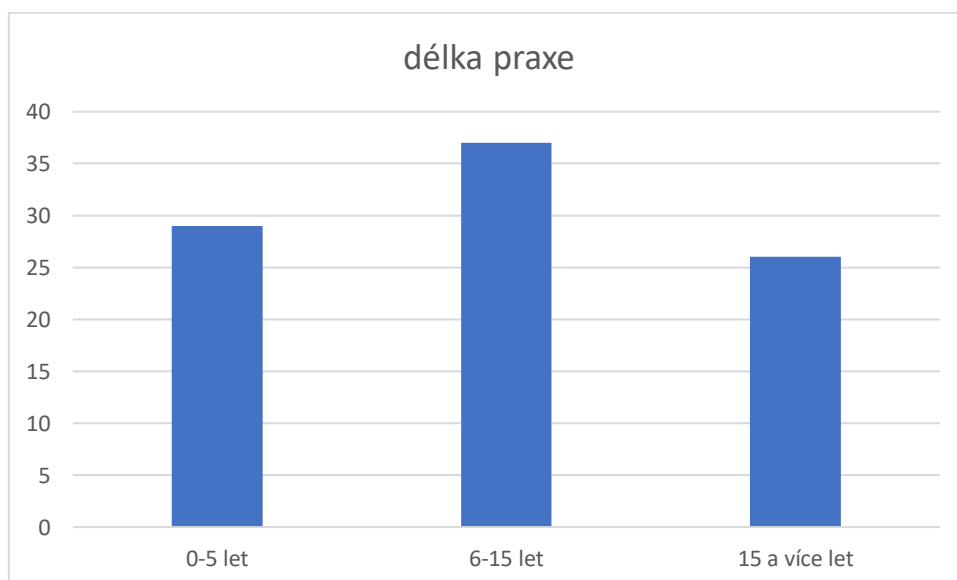
Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků, z čehož se vrátilo 92 vyplněných (92 % návratnost).

V rámci sociodemografických údajů byl u respondentů zjišťován věk, nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání a délka jejich odborné praxe.



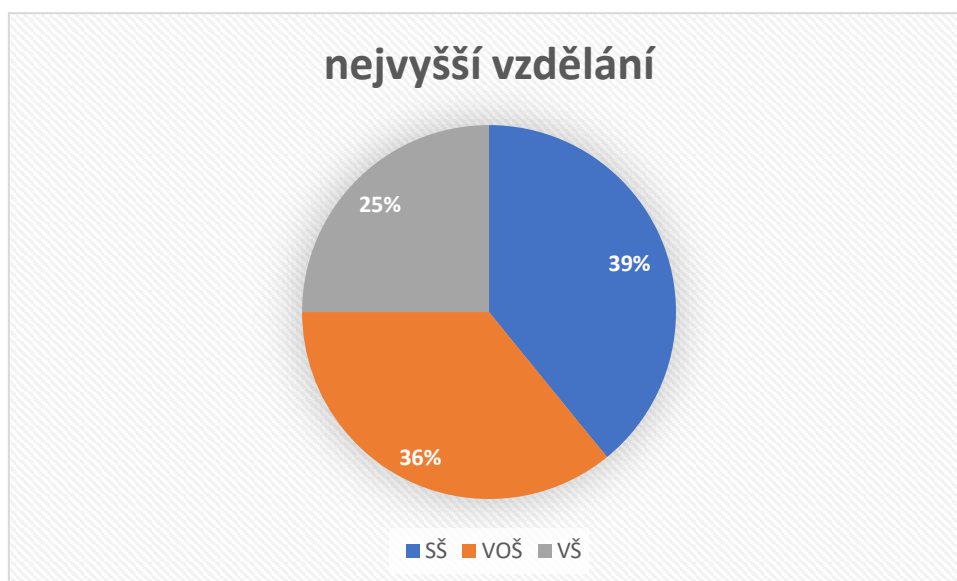
Graf 1 Věk respondentů

Z celkového počtu 92 (100 %) uvedlo 37 respondentů (40,2 %) věk do 29 let, 30 dotazovaných (32,6 %) bylo ve věku 30–49 let a 25 respondentů (27,2 %) uvedlo věk 50 a více let (Graf 1).



Graf 2 Délka praxe

Z celkového počtu dotazovaných 37 respondentů uvedlo (40,2 %) délku své praxe 6-15 let, 29 respondentů (31,5 %) vykonává profesi sestry 0-5 let a dalších 26 tázaných (28,3 %) se v sesterské praxi pohybuje 15 a více let (Graf 2).



Graf 3 Nejvyšší vzdělání

Z Grafu 3 je vidět, že nejvíce respondentů, tedy 36 (39,1 %) uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské vzdělání, 33 respondentů (35,9 %) dosáhlo vyššího odborného vzdělání. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 23 tázaných (25 %).

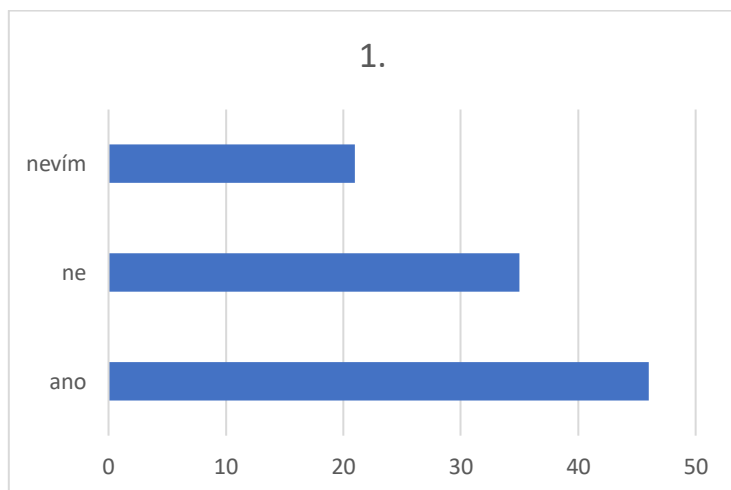
2.2.3 Zpracování výzkumných dat

Text bakalářské práce byl zpracován v programu Microsoft Office Word 2016, data získaná z dotazníkového šetření jsou zpracována v programu Microsoft Office Excel 2016 a Microsoft Office Word 2016.

Data jsou zaokrouhlena na desetinná místa a znázorněna v tabulkách nebo grafech s popisky.

2.3 Výsledky výzkumného šetření

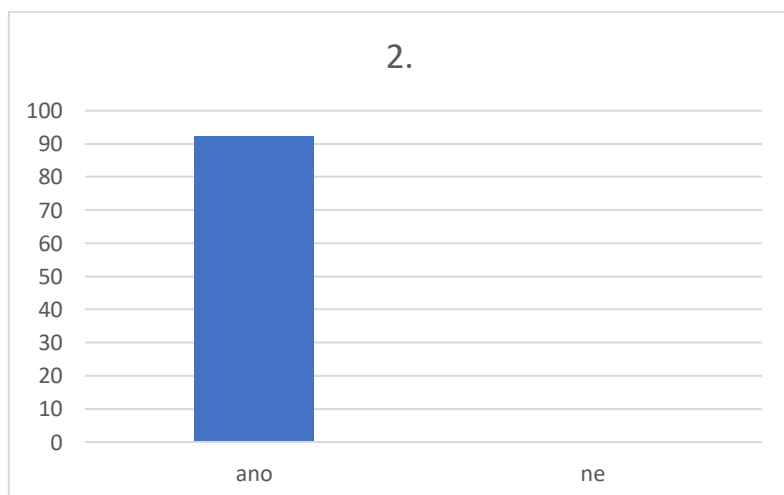
Otázka 1: Slyšela jste o rozdělení profesních rolí sester?



Graf 4 Povědomí o rozdělení rolí

Z Grafu 4 vyplývá, že největší část respondentů – 46 (50 %) již slyšelo o rozdělení profesních rolí sester, naopak 35 dotázaných (38 %) se s rozdělením sesterských rolí nesetkalo. 21 respondentů (22,8 %) uvedlo, že o tom neví.

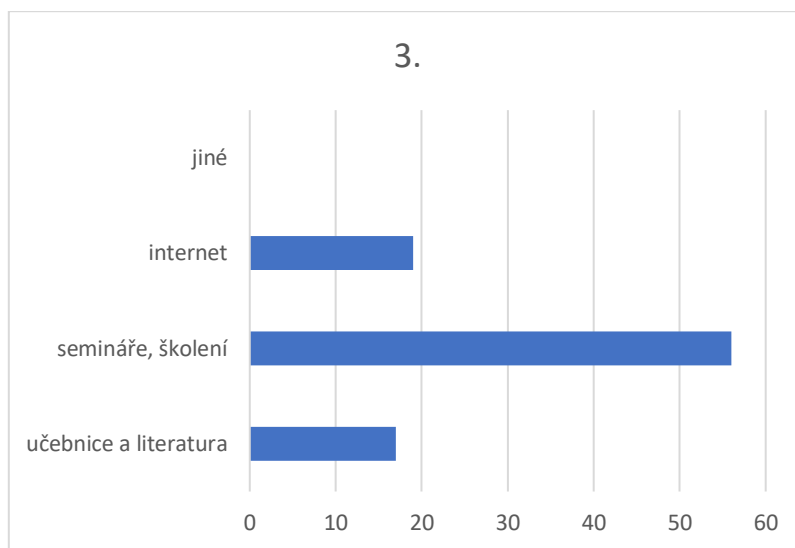
Otázka 2: Doplnujete své vzdělání?



Graf 5 Doplnění vzdělání

Všech 92 respondentů (100 %) doplňuje své vzdělání (Graf 5).

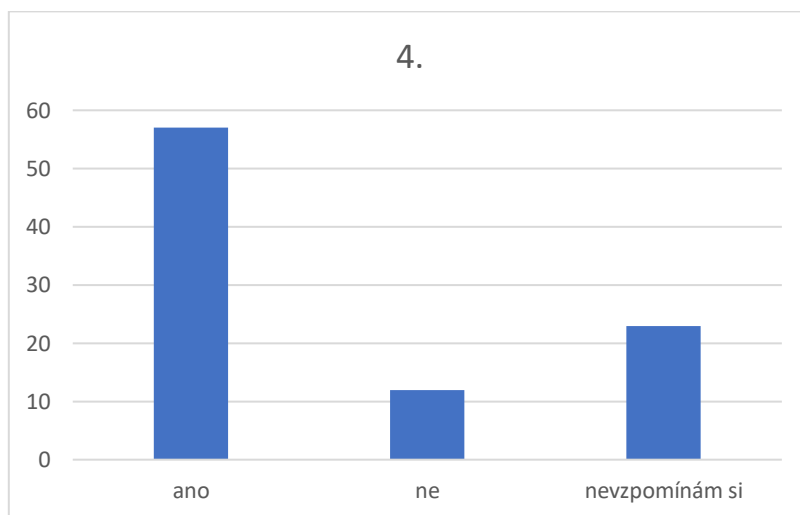
Otázka 3: Z jakých zdrojů čerpáte nové informace?



Graf 6 Zdroje, z nichž respondenti čerpají informace

Více než polovina tázaných – 56 respondentů (60,9 %) uvedlo, že své vzdělání doplňuje pomocí školení a seminářů. Nové informace čerpá z internetu 19 dotazovaných (20,7 %). 17 sester uvedlo (18,5 %), že nové informace získávají z učebnice a odborné literatury (Graf 6).

Otázka 4: Znáte nějakou profesní roli, kterou při své práci vykonáváte?



Graf 7 Povědomí o roli, kterou sestra vykonává

Z Grafu 7 je vidět, že 57 dotázaných (62 %) znalo nějakou roli, kterou při své práci vykonávají, 23 respondentů (25 %) si na žádnou nevzpomnělo a 12 sester (13 %) uvedlo, že žádnou roli neznají.

Otázka 5: Která z rolí Vám připadá nejdůležitější?

Tabulka 1 Nejdůležitější role

Role	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
četnost	53	4	7	5	3	4	6	7	3
(%)	57,6	4,4	7,6	5,4	3,3	4,4	6,5	7,6	3,3

Pozn.: Role byly očíslovány podle pořadí v dotazníkovém šetření – role ošetrovatelky (1.), manažerka (2.), edukátorka (3.), advokátka (4.), nositelka změn (5.), výzkumnice (6.), mentorka (7.), poradkyně (8.) a komunikátorka (9.).

Nejvíce respondentů – 53 (57,6 %) považuje za nejdůležitější roli ošetrovatelky, 7 dotázaných (7,6 %) uvedlo, že nejdůležitější rolí je role poradkyně a role edukátorky. 6 sester (6,5 %) se domnívá, že nejdůležitější je role mentorky, 5 respondentů (5,4 %) uvedlo roli advokátky. 3 dotázaní (3,3 %) uvedli roli sestru komunikátorky a nositelka změn (Tabulka 1).

Otázka 6: Je podle Vašeho názoru některá z výše uvedených rolí nadbytečná?

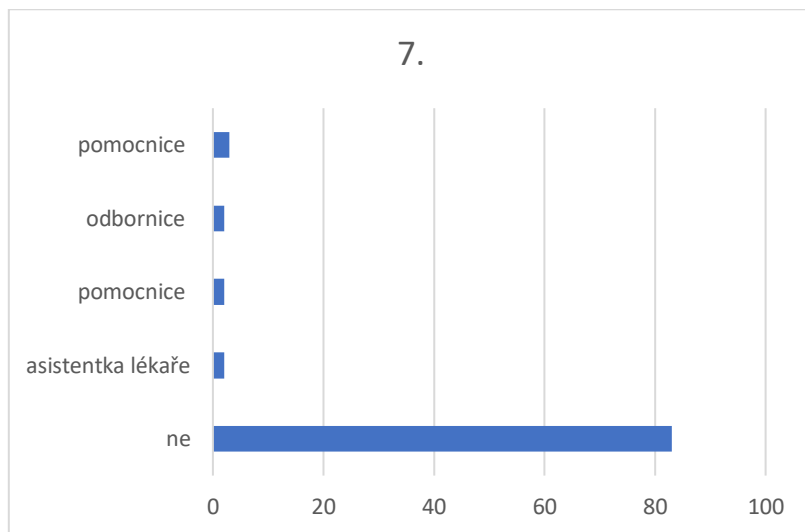
Tabulka 2 Nadbytečné role

Role	Žádná	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Četnost	52	5	4	8	4	9	5	3	2
(%)	56,5	5,3	4,4	8,7	4,4	9,8	5,3	3,3	2,2

Pozn.: Rolím byla přidělena čísla, role ošetrovatelky je zde vynechána, jelikož u této položky nebyla ani jednou respondenty uvedena. Manažerka (2.), edukátorka (3.), advokátka (4.), nositelka změn (5.), výzkumnice (6.), mentorka (7.), poradkyně (8.) a komunikátorka (9.).

Respondenti nejčastěji uváděli, že žádná z rolí není nadbytečná. Z celkového počtu tak odpovědělo 52 tázaných (56,5 %), 9 respondentů (9,8 %) si myslí, že nejméně důležitou rolí je role výzkumnice. Roli advokátky zvolilo 8 respondentů (8,7 %). 5 dotázaných (5,3 %) uvedlo roli mentorky a manažerky. 4 odpověděli (4,4 %), že nadbytečnou rolí je edukátorka a nositelka změn. 3 dotázaní uvedli (3,3 %) roli sestry poradkyně a nejméně respondentů – 2 (2,2 %) zmínilo roli sestry komunikátorky (Tabulka 2).

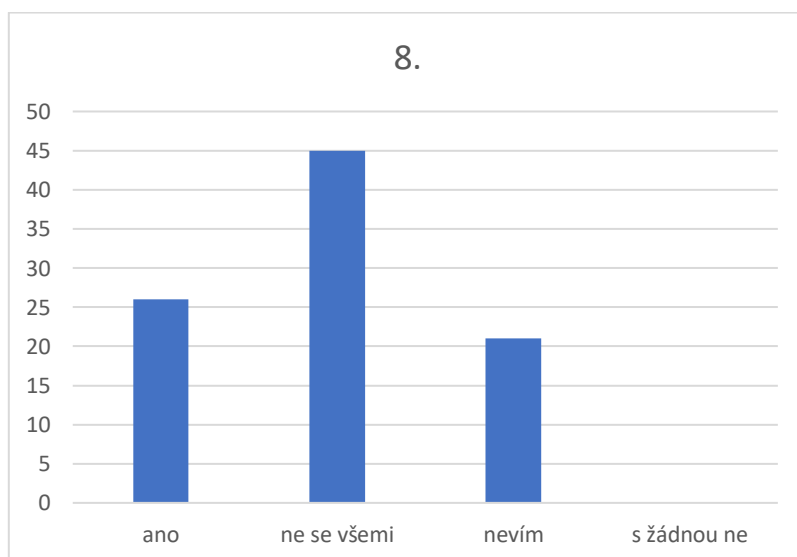
Otázka 7: Napadá Vás nějaká další profesní role, kterou při práci sestry naplňujete?



Graf 8 Další role

Nejpočetnější část respondentů – 83 dotázaných (90,2 %) uvedlo, že neznají jiné role, které při své práci vykonávají. 5 sester (5,4 %) zmínilo roli pomocnice, 2 respondenti (2,2 %) připomněly roli asistentky lékaře a roli odbornice (Graf 8).

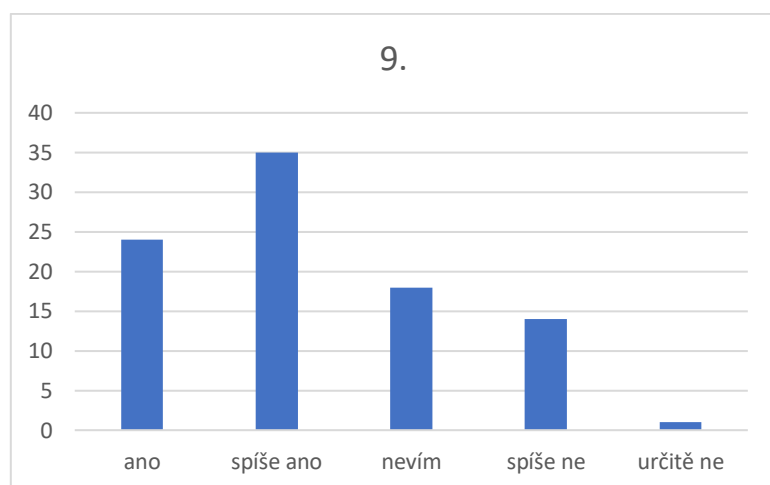
Otázka 8: Cítíte se s výše uvedenými rolemi identifikovaná?



Graf 9 Identifikace s rolemi

Téměř polovina respondentů – 45 (48,9 %) uvedla, že není identifikována se všemi zmíněnými rolemi. 26 sester (28,3 %) si myslí, že jsou se všemi rolemi identifikovány. Nevědělo 21 respondentů (22,8 %). Nikdo neodpověděl, že s žádnou rolí není identifikován (0 %). Tato data vyplývají z Grafu 9.

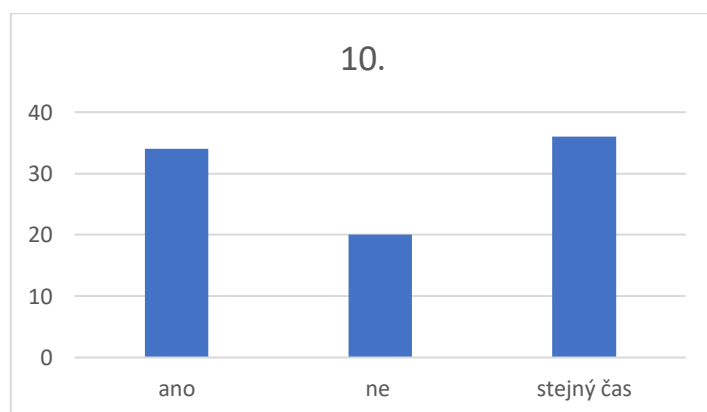
Otázka 9: Souhlasíte s tvrzením, že se sesterské povolání a ošetrovatelství v poslední době orientuje více na dokumentaci než na péči o pacienta?



Graf 10 Orientace na dokumentaci

Největší část respondentů – 35 (38 %) uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí. 24 dotázaných (26,1 %) s tím plně souhlasilo. 18 sester (19,6 %) nevědělo, jak odpovědět, 14 respondentů (15,2 %) spíše nesouhlasilo s výrokem a 1 dotázaný (1,1 %) uvedl, že určitě nesouhlasí (Graf 10).

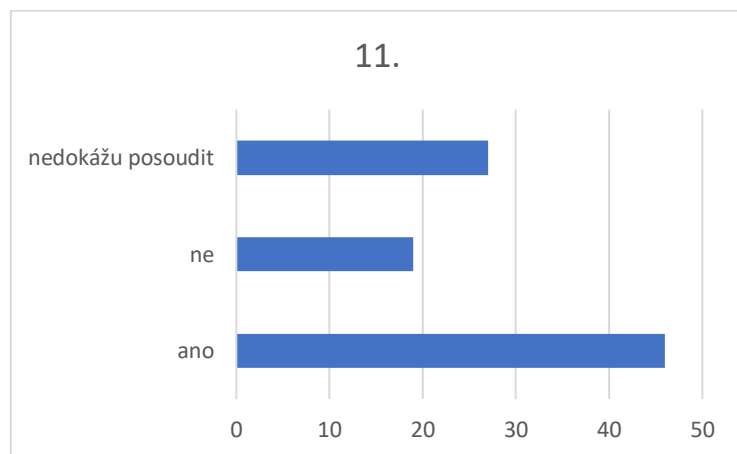
Otázka 10: Převažuje ve Vaší práci přímá péče o pacienta?



Graf 11 Přímá péče

Z Grafu 11 je vidět, že 36 respondentů (39,1 %) tráví stejný čas s přímou péčí i dokumentací, 34 dotázaných (37 %) uvedlo, že v jejich práci převažuje přímá péče o pacienta. 20 respondentů (21,7 %) s výrokem nesouhlasilo a zaznačilo negativní odpověď.

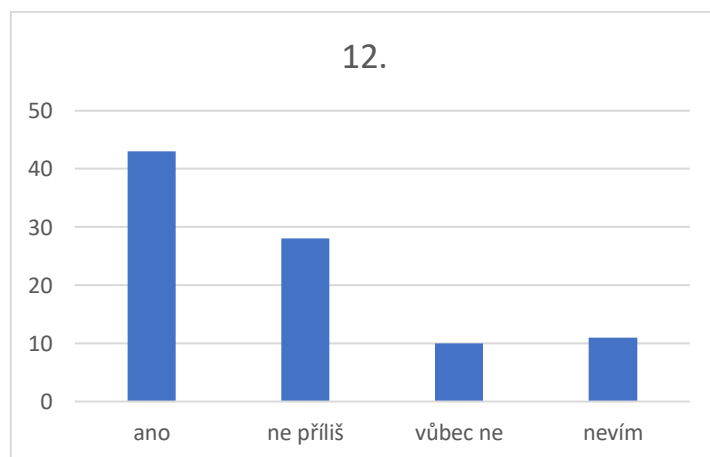
Otázka 11: Myslíte si, že se dříve sestry více zaměřovaly na přímou péči o pacienta než na nepřímou péči?



Graf 12 Sestry v minulosti

Polovina respondentů – 46 (50 %) si myslí, že se sestry v minulosti více zabývaly přímou péčí o pacienty. 27 dotázaných (29,4 %) nedokázalo posoudit a 19 sester (20,7 %) si nemyslí, že by tvrzení bylo pravdivé (Graf 12).

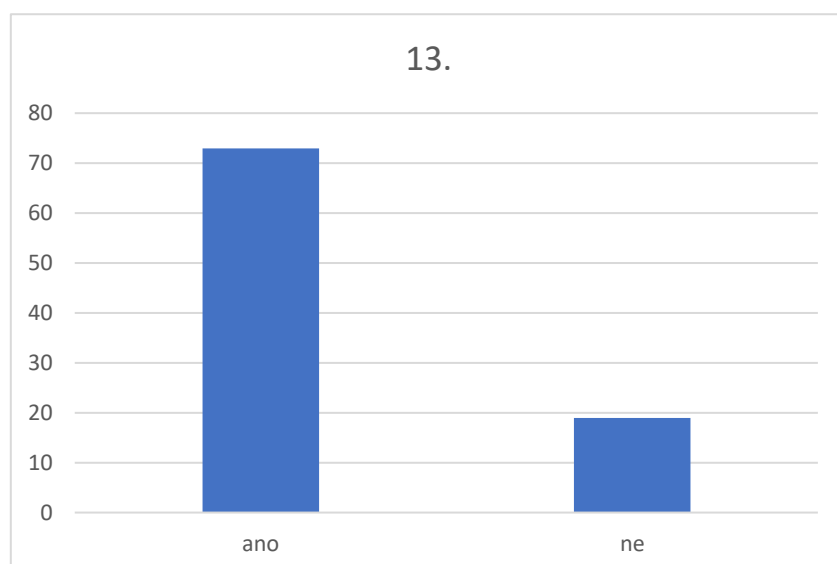
Otázka 12: Myslíte si, že má sesterské povolání v České republice vysokou prestiž?



Graf 13 Prestiž povolání

43 dotázaných (46,7 %) si myslí, že má jejich povolání vysokou prestiž. 28 respondentů (30,4 %) uvedlo, že nemají příliš vysokou prestiž, 10 sester (10,9 %) se domnívá, že jejich povolání vůbec nemá vysokou prestiž, 11 dotázaných (12 %) nevědělo, jak odpovědět (Graf 13).

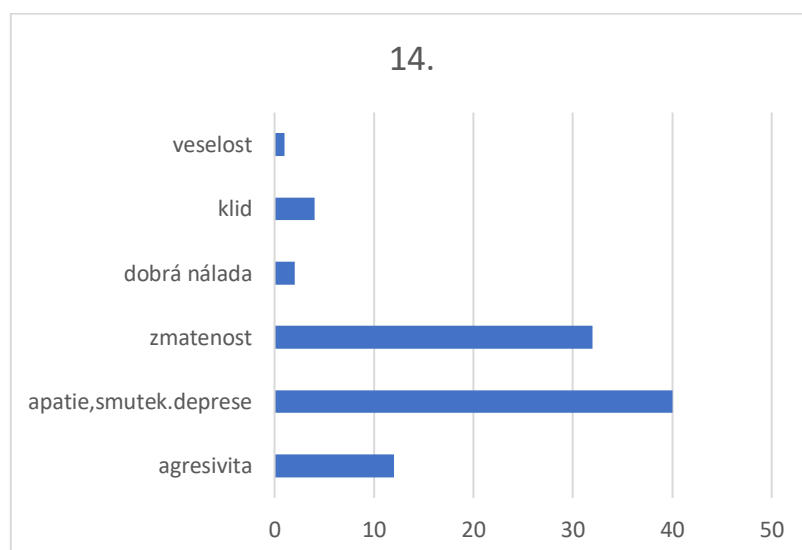
Otázka 13: Vyžaduje péče o geriatrického pacienta speciální přístup?



Graf 14 Speciální přístup ke geriatrickému pacientovi

Z Grafu 14 je vidět, že více než 2/3 respondentů - 73 sester (79,4 %) uvedlo, že je třeba k péči o geriatrického pacienta speciální přístup v péči. S tím nesouhlasilo 19 dotázaných (20,7 %).

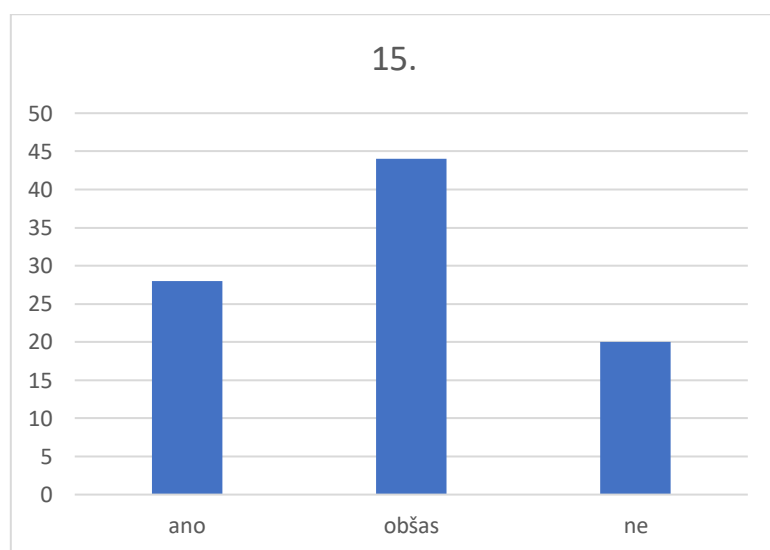
Otázka 14: Jaký z přístupu nejčastěji sledujete u pacientů?



Graf 15 Nejčastější přístup pacientů

40 dotázaných (43,5 %) uvedlo jako nejčastější přístup svých pacientů stav apatie, smutku až deprese. 32 respondentů (34,8 %) pozoruje nejčastěji zmatenost, 12 uvedlo (13 %) agresivitu u pacientů. 4 sestry (4,4 %) vnímá u pacientů klid, 2 respondenti (2,2 %) uvedli, že u pacientů nejčastěji převažuje dobrá nálada, 1 odpověď (1,1 %) byla veselost (Graf 15).

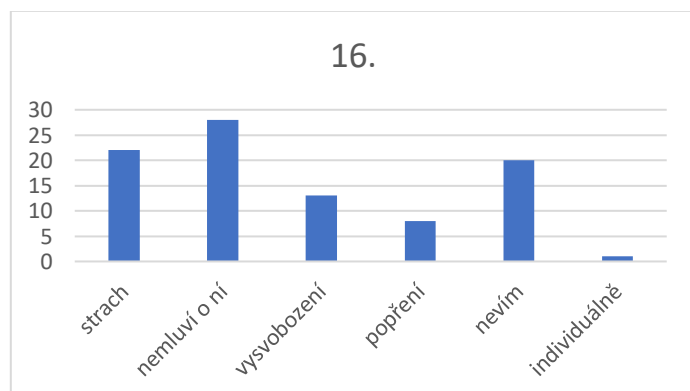
Otázka 15: Máte při náplni své práce čas pacienta a jeho rodinu lépe poznat?



Graf 16 Prostor pro poznání pacienta

Z Grafu 16 je vidět, že necelá polovina respondentů – 44 dotázaných (47,8 %) uvedlo, že občas mají čas na lepší poznání pacienta. Práce však bývá tolik, že ne vždy je prostor pro seznamování. 28 respondentů (30,4 %) zmínilo, že mají prostor pro poznání pacienta. 20 sester (21,7 %) odpovědělo negativně, neboť zastávají pouze profesionální přístup.

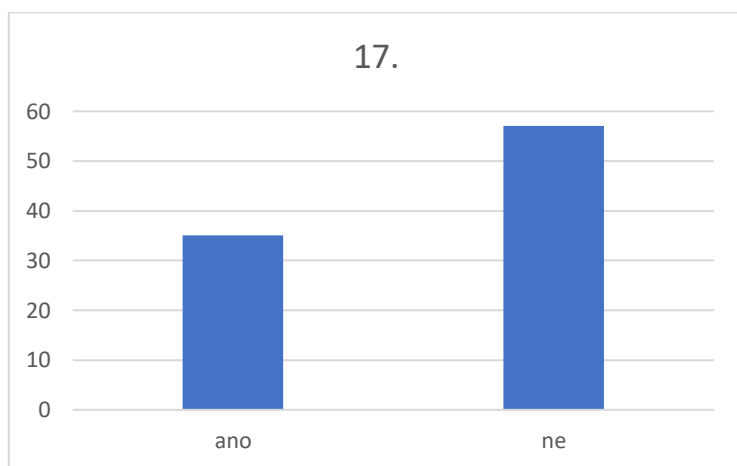
Otázka 16: Jak Vaši pacienti obvykle vnímají smrt?



Graf 17 Vnímání smrti

28 dotázaných (30,4 %) uvedlo, že pacienti o smrti nemluví, 22 respondentů (23,9 %) si myslí, že obvykle mají pacienti ze smrti strach, 20 sester (21,7 %) nevědělo, jak odpovědět. 13 dotázaných (14,1 %) uvedlo, že pacienti většinou vnímají smrt jako vysvobození, 8 sester (8,7 %) sleduje u svých pacientů popírání smrti. 1 opověď (1,1 %) připomenula, že jde o konkrétní individualitu pacienta (Graf 17).

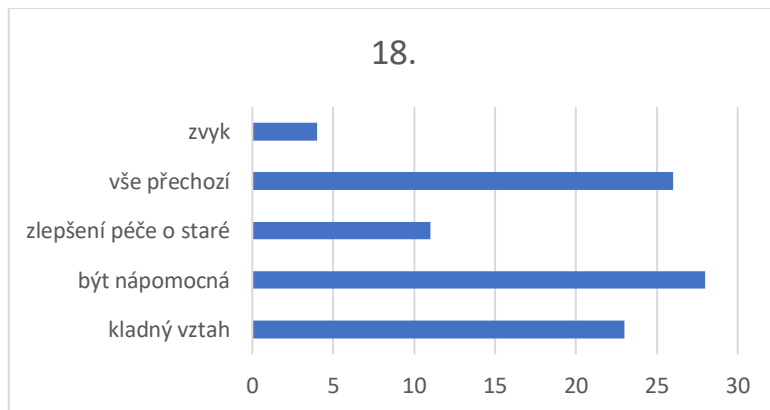
Otázka 17: Může podle Vás vykonávat sesterskou profesi každý?



Graf 18 Může být sestrou kdokoliv?

57 dotázaných (62 %) uvedlo, že sesterská profese není pro každého. Je k tomu třeba mít osobní předpoklady pro tuto práci. 35 respondentů (38 %) si myslí, že jako sestra může pracovat každý, kdo se vyučí (Graf 18).

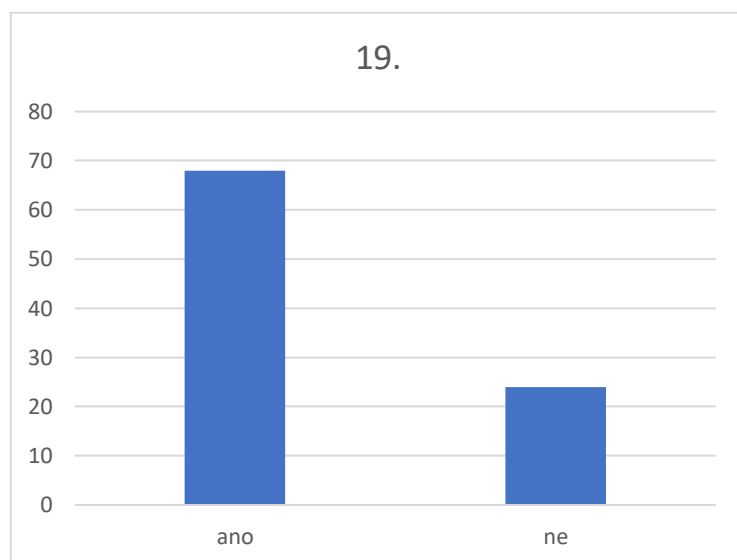
Otázka 18: Jaký je hlavní důvod pro Vaše zaměření v geriatrii?



Graf 19 Důvod pro zaměření v geriatrii

Jak vyplývá z Grafu 19, nejvíce z dotázaných – 28 respondentů (30,4 %) uvedlo, že se chtějí cítit užitečně a být nápomocní. 23 tázaných (25 %) zmínilo kladný vztah ke starším lidem. Zlepšit péči o staré by chtělo 11 respondentů (12 %). Všechny zmíněné odpovědi uvedlo 26 dotázaných (28,3 %). Ze zvyku provádí tuto práci 4 respondenti (4,4 %).

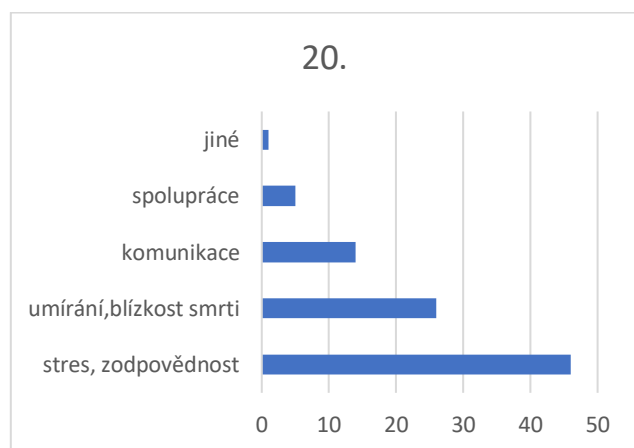
Otázka 19: Myslíte si, že by vzrostl zájem o práci na geriatrických odděleních, kdyby se zvýšilo finanční ohodnocení sester?



Graf 20 Zájem o geriatrická pracoviště

68 respondentů (73,9 %) si myslí, že kdyby byly sestry pracující s geriatrickými pacienty lépe finančně ohodnoceny, zvýšil by se i zájem o tuto práci. 24 sester (26,1 %) uvedlo, že si nemyslí, že by vzrostl zájem o tuto práci, i kdyby se zlepšily finanční podmínky (Graf 20).

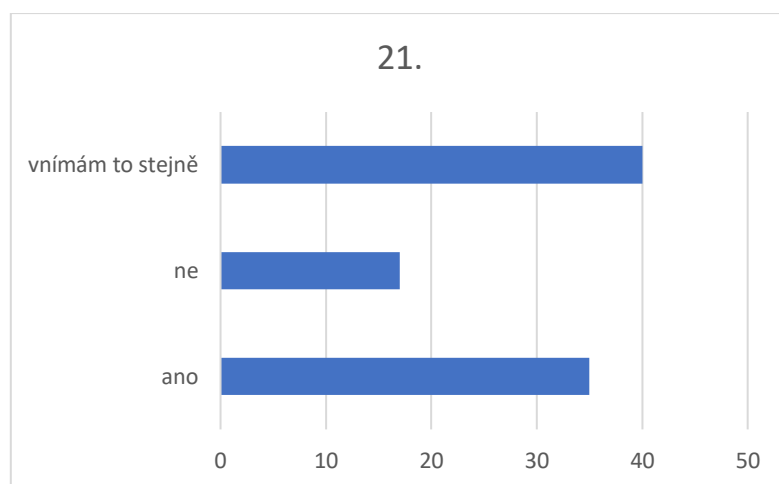
Otázka 20: Co je pro Vás při práci na geriatrickém oddělení nejobtížnější?



Graf 21 Nejobtížnější část práce

Polovina dotázaných – 46 sester (50 %) uvedlo, že nejobtížnější částí práce je neustálý stres a míra zodpovědnosti. 26 respondentů (28,3 %) vnímá jako nejnáročnější umírání pacientů a blízkost smrti. 14 sester (15,2 %) vnímá jako nejobtížnější součást své práce komunikaci s pacienty a jejich rodinami. 5 tázaných (5,4 %) si myslí, že nejobtížnější částí profese je spolupráce v týmu. 1 odpověď (1,1 %) zvýraznila odpověď jiných důvodů (Graf 21).

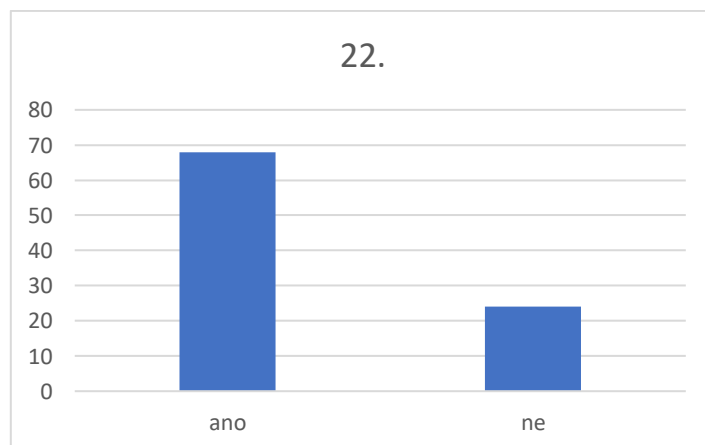
Otázka 21: Vnímáte smrt a umírání pacientů méně citově než v začátcích své profesní kariéry?



Graf 22 Vnímání smrti v průběhu kariéry

Z Grafu 22 vyplývá, že 40 respondentů (43,5 %) uvedlo, že smrt vnímají stále stejně. 35 sester (38 %) zmínilo, že vnímají smrt a umírání méně citově než na začátku své kariéry. 17 tázaných (18,5 %) zaznačilo negativní odpověď.

Otázka 22: Zvládáte se, podle Vašeho názoru, vyrovnat se smrtí Vašeho pacienta?



Graf 23 Vyrovnání se s úmrtím

Z celkového počtu uvedlo 68 respondentů (73,9 %), že se dokážou se smrtí svého pacienta vyrovnat. 24 sester (26,1 %) si myslí, že se nezvládají vyrovnat s úmrtím pacienta (Graf 23).

2.4 Diskuse

Ve výzkumné práci jsem si stanovil hlavní cíl a tři dílčí cíle, k nimž se vážou tři výzkumné otázky. Každá výzkumná otázka byla ověřena několika otázkami v dotazníku.

Hlavním cílem bylo zmapování, jestli mají sestry povědomí o profesních rolích, které v rámci svého povolání vykonávají. Bylo zjišťováno povědomí bez bližší specifikace a dále znalosti středoškolsky vzdělaných respondentů (zdravotních asistentů).

Z celkového počtu 92 respondentů uvedlo 82 tázaných (89,1 %), že se s rozdělením profesních rolí sester již setkala. Tento výsledek je překvapující. Jako nejvyšší stupeň svého vzdělání uvedlo 36 respondentů (39,1 %) středoškolské vzdělání. Z těchto tázaných odpovědělo kladně na první otázku („Slyšela jste o rozdělení profesních rolí sester?“) 29 respondentů, tedy 80,6 %. Tento výsledek dokázal, že sesterské role a jejich rozdělení znají i respondenti se středoškolským vzděláním. Všech 92 dotazovaných (100 %) v následující otázce, která se zajímala, jestli sestry doplňují své vzdělání, odpovědělo, že ano. Povinnost celoživotního vzdělávání sester je v souladu se směrnicí EU 2005/36/ES. Čl. 22 písm. b), kde je vyjádřena povinnost státu (respektive zaměstnavatelů) zajistit pracovníkům další vzdělání a odbornou přípravu, aby dokázali udržet krok s vývojem svého povolání. Čtvrtá otázka („Znáte nějakou profesní roli, kterou při své práci vykonáváte?“) dosáhla mezi středoškolsky vzdělanými respondenty 17 kladných odpovědí (47 %). Zbytek uváděl odpověď „ne“ a „nevzpomínám si“. Jelikož respondenti často vyplňovali dotazník ve spěchu, je pravděpodobné, že kdyby měli na dotazník více klidu, bylo by procento kladných odpovědí vyšší než 47 %.

Cíl byl tímto průzkumem splněn. Jen nepatrná část respondentů uvedla, že se s profesními rolemi sester nesetkala. Úroveň znalostí je potěšující, jistě ji podpořily semináře a školení, kterých se sestry účastní. Ačkoliv nebyla zatím publikována monografie zabývající se rolemi sester, zmínky o různém rozdělení jsou součástí mnoha publikací (viz použitá literatura).

Výzkumná otázka 1 – Vědí sestry o profesních rolích, které v rámci svého povolání vykonávají?

Výzkumná otázka si kladla za cíl zmapovat mínění sester o profesních rolích. Ověřovaly ji položky 5, 6, 7 a 8. Více než 57 % (53 respondentů) uvedlo v otázce 5 („Která z rolí vám připadá nejdůležitější?“) roli ošetrovatelky, což souvisí s přímou ošetrovatelskou péčí o pacienta, kterou sestra vykonává. Následovala role poradkyně a edukátorky (7,6 %), role mentorky připadala nejdůležitější 6 respondentům (6,5 %). 5 tázaných (5,4 %) uvedlo roli advokátky, stejného počtu (4,6 %) dosáhla manažerka a výzkumnice. Nejméně respondentů (3,3 %) uvedlo nositelku změn a komunikátorku. K otázce 6 („Je podle Vašeho názoru nějaká z výše uvedených rolí nadbytečná?“) neuvedlo žádnou roli 56,5 % dotázaných (52 respondentů). Nejčastěji byla uvedena role výzkumnice (9,8 %) a role advokátky (8,7 %). 5,4 % respondentů uvedlo shodně roli mentorky a manažerky, 4 tázaní (4,4 %) považují za nadbytečnou roli edukátorky a nositelky změn. Poradkyně byla uvedena třikrát (3,3 %), dvě odpovědi patřily roli komunikátorky (2,2 %). Nikdo (0 %) neuvedl roli ošetrovatelky, což koresponduje s výsledky předchozí položky. V otázce 7 („Napadá Vás nějaká další profesní role, kterou při práci sestry naplňujete?“) neuvedlo přes 90 % respondentů (83) jinou roli. 4 dotázaní (4,4 %) zmínili asistentku lékaře, 3, 3 % získala odbornice a 2, 2 % pomocnice. Otázka 8 („Cítíte se s výše zmíněnými rolemi identifikovaná?“) prokázala, že sestry některé role považují za zbytečné - 45 respondentů (48,9 %) se necítí identifikováno se všemi rolemi. 28,3 % tázaných uvedlo, že jsou identifikováni se všemi uvedenými rolemi, avšak 22,8 % nevědělo, jak na tuto otázku odpovědět. Identifikace s profesními rolemi je předpokladem pro integrovanou osobnost.

Práce se staršími pacienty je velice náročná a její součástí často bývá úmrtí pacientů. Sestry by měly zajišťovat důstojné doprovázení pacientů na sklonku života a chovat se vždy profesionálně. Je to však velice citlivá a emočně náročná situace, která mnohé sestry může psychicky vyčerpávat. Dílčí cíl se nám podařilo splnit.

Výzkumná otázka 2 – Jak respondenti vnímají smrt a umírání pacientů?

Tato otázka předpokládala nejčastější odpověď respondentů na otázku, co považují za nejobtížnější část své práce, umírání pacientů a blízkost smrti. Zjišťují ji z dotazníku položky 20, 21, 22 a otázka na věk a délku praxe. Do věku 49 let se zúčastnilo šetření 67 tázaných, tj. 73 %. Pouze 20 sester (30 %) odpovědělo na otázku 20 („Co je pro Vás při práci na geriatrickém oddělení nejobtížnější?“), že za nejobtížnější část své práce považují umírání pacientů a blízkost smrti. Nejvíce respondentů se klonilo k odpovědi, že nejobtížnější částí jejich práce je neustálý stres a míra zodpovědnosti. Dvacátá otázka tedy dokázala, že jsou sestry na profesionální úrovni a přijímají smrt jako běžnou součást každého života. V práci Stručovské (2015) uvedlo 42 % respondentů, že sesterské povolání vykonává 0-9 let. 10-15

let uvedlo jako délku své praxe 18 % dotázaných a 16 a více let se profesi věnuje 40 %. Z mého výzkumu vyplývá, že zkušených sester s praxí nad 15 let bylo jen 29 % a nejvíce respondentů uvedlo délku praxe 6-15 let. Z výsledků výzkumu Stručovské (2015) vyplývá, že 74 % dotázaných mělo středoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání uvedlo 13 %, pomaturitní specializační studium 12 % respondentů. Pouze 1 % dosáhlo vysokoškolského vzdělání. V mém šetření také nejvíce respondentů uvedlo středoškolské vzdělání (39 %), avšak dalších 36 % dotázaných vystudovalo vyšší odbornou školu a 25 % dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Nemohu posuzovat míru odbornosti jednotlivých respondentů, avšak z těchto dat lze naznat, že v nemocničním prostředí pracuje více sester s vyšším a vysokým stupněm vzdělání než v domovech pro seniory.

V otázce 21 („Vnímáte smrt a umírání méně citově než v začátcích své kariéry?“) odpověděla více než polovina respondentů do věku 49 let, že vnímají smrt stále stejně. Jednalo se o 35 dotázaných (52 %). 25 respondentů (37 %) potvrdilo, že již vnímají smrt méně citově než na začátku své kariéry. 7 respondentů (11 %) uvedlo negativní odpověď. Z toho vyplývá, že profese sestry vyžaduje spíše racionální než emocionální přístup – dosud je v českém zdravotnictví přetrvávající racionální psychoterapeutický přístup orientovaný na zdravotníka a na onemocnění. Pacient se stává objektem péče a zdravotník mnohdy jedná direktivně (Špirudová, 2015).

Pro zdravotníky není smrt tabu a měli by k ní přistupovat s respektem i jistým profesionálním odstupem jako k přirozené součásti života. V naší společnosti je smrt a umírání často tabuizováno. Zdravotníci by měli považovat za výzvu učit se přijímat smrt jako součást života, nikoliv jen jako svou prohru nebo prohru medicíny (Ptáček, 2011). Otázka 22 („Zvládáte se, podle Vašeho názoru, vyrovnat se smrtí Vašeho pacienta?“) prověřovala psychickou stabilitu a vyzrálост osobnosti sester. Přestože je úmrtí vždy velmi smutné, sestry by měly disponovat duševní stabilitou a zdravím. Více než 2/3 respondentů – 53 dotázaných (79 %) uvedlo, že se s touto nešťastnou událostí dokážou vyrovnat. Výsledek lze považovat za velmi dobrý.

K sesterskému povolání je třeba silné psychické zdraví, a proto je duševní hygiena důležitou součástí této práce. Má-li zdravotní sestra pečovat o pacienty, neměla by opomíjet péči o sebe sama. Pečovat podle holistického pojetí zdraví znamená starat se o celého člověka – jeho tělo i duši. Správná duševní hygiena pak může zabránit a předcházet syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2004).

Míra profesionality sester našeho výzkumu umožňuje pracovat s umírajícími pacienty bez větší újmy na jejich duševním zdraví. Z našeho výzkumu jsme zjistili, že vnímání smrti

nezáleží na věku nebo délce praxe sester. Je to záležitostí individuality každé sestry a její psychické síly a stability. Citlivější jedinci by proto měli zvážit, zdali se na sesterské povolání hodí. Psychické vyčerpání totiž může způsobovat vážné duševní i psychické následky a může vyústit až v pracovní neschopnost.

Jelikož bylo cílem poskytnut názor sester, které pracují s geriatrickými pacienty, můžeme považovat druhý dílčí cíl za splněný.

Posledním dílčím cílem výzkumné části práce bylo zjišťování, jestli se sesterské povolání dnes více orientuje na dokumentaci. Plevová a kol. (2011) uvádí, že v dnešní době dochází k dehumanizaci zdravotní péče. Toto tvrzení bylo v našem výzkumu také zjišťováno.

Výzkumná otázka 3 – Na co je podle v současnosti orientováno sesterské povolání?

Přímá péče o pacienty je nedílnou součástí ošetrovatelství, stejně tak se klade důraz na bezchybné vyplňování dokumentů. To však zabírá mnoho času, takže sestry mnohdy musí trávit více času v kanceláři než mezi pacienty. „Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení“ (Česká asociace sester, 2002). Tvrzení prověřovaly otázky 9, 10 a 11. Z celkového počtu 92 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku 9 („Souhlasíte s tvrzením, že sesterské povolání a ošetrovatelství v poslední době orientuje více na dokumentaci než na péči o pacienta?“) 35 respondentů (38 %), že spíše ano, dalších 24 tázaných (26 %) o tom bylo přesvědčených. S odpovědí si neumělo poradit 18 respondentů (20 %). Odpověď „spíše ne“ uvedlo 14 dotazovaných (15 %), jeden respondent (1 %) tvrdil, že určitě ne. 64 % sester tedy uvedlo kladnou odpověď, z čehož lze vyčíst, že podstatnou část jejich práce tvoří právě dokumentace. Otázka 10 („Převažuje ve Vaší práci přímá péče o pacienta?“) přinesla nejednoznačné výsledky. Nejvíce dotázaných 36 (39 %) uvedlo, že přímou péčí a dokumentací tráví přibližně stejný čas.

34 respondentů (37 %) uvedlo, že přímá péče je převažující složkou jejich práce. S tímto tvrzením nesouhlasilo 20 tázaných (22 %) – tolik sester tedy potvrdilo, že dokumentace zabírá více času než přímá péče o pacienty. Otázka 11 („Myslíte si, že se dříve sestry více zaměřovaly na přímou péči o pacienta než na nepřímou péči?“) směřovala do minulosti, neboť současná podoba sesterského povolání prošla mnoha změnami. Přesná polovina respondentů 46 (50 %) uvedla, že s tímto výrokem souhlasí. 27 dotazovaných (29 %) nedokázalo tuto otázku posoudit. Zbylých 20 respondentů (21 %) s výrokem nesouhlasilo.

Názory sester na tuto problematiku se v mnoha ohledech různily, nicméně více než ½ respondentů uvedla, že souhlasí s tvrzením, že v současnosti tráví dokumentací více času než péčí o pacienta, proto považují výzkumnou otázku za dokázanou.

Podle 57 dotazovaných (62 %) nemůže sesterské povolání vykonávat každý, byť se vyučí. Záleží na osobních předpokladech a motivaci k práci. 72 respondentů (79 %) zmínilo, že geriatrickí pacienti vyžadují speciální přístup. Nejčastěji zaznamenávají sestry u geriatrických pacientů apatii a smutek, který někdy vrcholí až depresí a dále zmatenost. Toto zaměření je velice fyzicky i psychicky náročné a personál se často mění. Dlouhodobá zátěž a zodpovědnost vede k vyčerpání sester. Podle 68 respondentů (74 %) by se zvýšil zájem o práci s geriatrickými pacienty, kdyby se zvýšilo finanční ohodnocení.

Výzkum byl porovnán s prací Stručovské (2015) „Role sestry v paliativní ošetrovatelské péči“. Dotazníkové šetření zde probíhalo převážně v domovech pro seniory. Zaměřili jsme se na společné prvky práce, tedy na sociodemografické údaje – délku praxe, dosažené vzdělání respondentů a jejich další vzdělávání.

Stručovská (2015) ve své práci také zjišťovala, odkud respondenti získávají nové informace a jak se vzdělávají. 60 % uvedlo, že se novým poznatkům přiučují na seminářích a školení, 27 % dotázaných pak uvedlo, že se učí pomocí samostudia.

V našem výzkumu se ½ respondentů (61 %) vzdělává pomocí seminářů a školení, samostudium – tedy čerpání informací z literatury a internetu uvedlo 39 %. Tato data jasně vyzdvihují povinné semináře a školení, které zaměstnavatelé pořádají pro své zaměstnance. Sestry se tak neustále seznamují s novými poznatky ze svého oboru, díky čemuž se mohou orientovat i v nových a neznámých situacích. Třetí dílčí cíl, jímž bylo zaznamenání názoru sester pracujících s geriatrickými pacienty na svou ošetrovatelskou činnost, se nám podařilo splnit.

2.5 Návrhy a doporučení pro praxi

Jak už bylo zmíněno, práce s geriatrickými pacienty vyžaduje specifickou péči a přístup. Je to pro mnoho sester fyzicky i psychicky náročné a finanční ohodnocení není dostatečnou motivací k setrvání v tomto oboru.

Z výzkumu vyplynulo, že zvýšení finančního ohodnocení by znamenalo nárůst zájmu o práci s geriatrickými pacienty. Podle výzkumu Bártové (2006) pracovní spokojenosti

zdravotních sester v České republice se 4/5 respondentů shodli, že jsou nejvíce nespokojeni se špatným finančním ohodnocením sesterské profese.

Z našich výzkumných dat vyplynula důležitost celoživotního vzdělávání sester a povinných seminářů a školení, které zajišťuje zaměstnavatel. Sestry jsou většinou dobře obeznámeny s rozdělením profesních rolí, zároveň však vzrůstá konflikt rolí – zvláště pak role ošetřovatelky a administrátorky je v současné době v nepoměru. Jestliže sestra vede bezchybnou dokumentaci, zbývá jí méně času na samotnou přímou péči o pacienta, což může vést k frustraci zdravotníka, anebo zanedbání péče. Navrhujeme proto, aby se poskytnout dostatečný počet zdravotnické personálu, aby nedocházelo k nuceným přesčasům, přetěžování sester, a podobně.

Z výzkumu vyplynulo, že necelých 10 % (9,8 %) respondentů považuje za nejméně důležitou roli výzkumnici, druhou nejčastější odpovědí (8,7 %) byla advokátka. Bylo by zapotřebí poskytnout sestrám podnětné prostředí pro identifikaci se všemi rolmi (48,9 % respondentů uvedlo, že není identifikováno se všemi zmíněnými rolmi). Sesterské role by měly být upevňovány již od studia, díky čemuž by se s nimi sestry dokázaly více ztotožnit. Je také důležité, aby byly tyto role akceptovány ostatními zdravotními pracovníky a lékaři.

Doporučujeme zařadit pravidelné ošetřovatelské supervize – zdravotníci zažívají náročné situace, které vyvolávají mnoho emocí, se kterými si často neumějí poradit. Z našeho výzkumu vyplynulo, že za nejobtížnější část své profese považují neustálý stres a velkou míru zodpovědnosti. „Během supervize dochází k ventilaci, propracování a zvládnutí emocí, které mohou jednak negativně působit na jejich nositele, a zároveň v různých formách dopadat zpět na pacienty.“ (Venglářová a kol., 2013)

ZÁVĚR

V sesterském povolání či spíše poslání je důležité žít pro pomoc druhým, mít k lidem kladný vztah a obětovat se pro druhé, je-li to třeba. Ve vyspělých zemích žije v současné době 12-15 % populace na 65 let. Staří lidé často trpí poruchou sebepéče, a je proto třeba zajistit odbornou péči. Součástí každého života je smrt. U starších pacientů musí být smrt brána na zřetel a považována za závěr života, jenž si zaslouží důstojnost a respekt.

Úctu si však zaslouží i zdravotní personál, který se věnuje péči o geriatrické pacienty. Má práce se takovými pracovníky zabývala.

Při vykonávání sesterského povolání je zastoupeno mnoho profesních rolí, s nimiž by měly být sestry nejen obeznámeny, ale i identifikovány. Definicemi a rozdělením rolí sester se zabývalo mnoho autorů a sociologové, proto se v této práci seznamujeme s různě roztříděnými rolemi.

V současné době dochází ke konfliktu rolí sester. Formálně se vyžaduje ošetrovatelská role, avšak prioritní se stává role administrátorky. V práci je popsána osobnost sestry a předpoklady, jimiž by měla disponovat. Dále je přiblížena náplň práce sester, kterou upravuje Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Specifika geriatrického pacienta, geriatrické syndromy a hodnotící nástroje v geriatrii byly zde popisovány, stejně tak i péče sester o geriatrické pacienty a pacienty v terminální fázi života.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zdali mají sestry povědomí o rolích, které vykonávají. Ve výzkumné části byl použit dotazník vlastní konstrukce. Výzkumný soubor tvořil sestry (N=92) pracující s geriatrickými pacienty, ať už na odděleních či na speciálních pracovištích.

Získaná data byla vyhodnocena a zpracována do grafů a tabulek s popisem relativní i absolutní četnosti. Pro výzkumnou část jsme stanovili hlavní cíl a tři dílčí cíle, jimiž bylo zmapování mínění sester o profesních rolích, zaznamenání názoru sester pracujících s geriatrickými pacienty na svou ošetrovatelskou činnost a průzkum, jestli se sesterské povolání dnes více orientuje na dokumentaci. Hlavní cíl lze považovat za splněný, stejně tak i tři dílčí cíle. K těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky. V první výzkumné otázce jsme se ptali, jestli sestry vědí o profesních rolích, které vykonávají v rámci svého povolání. Byla zjištěna dobrá informovanost dotazovaných sester. Dále jsme zjistili, že sestry v našem výzkumu považují za nejméně důležitou roli výzkumnice a advokátky. Za nejdůležitější roli naopak považují roli ošetrovatelky. Ve druhé výzkumné otázce jsme se zajímali, jak respondenti vnímají smrt a umírání pacientů. Za nejobtížnější část sesterského povolání nejčastěji považovali respondenti vysokou míru zodpovědnosti a neustálý stres, nikoliv umírání pacientů a blízkost smrti. Neprokázala se souvislost věku ani délky praxe s vnímáním smrti pacientů. V poslední výzkumné otázce jsem zjišťoval, na co je podle sester v současnosti orientováno sesterské povolání. Zjistili jsme, že podle sester v našem výzkumu, se sesterská profese více orientuje na vyplňování dokumentace.

Doporučujeme navýšit počet zdravotnického personálu a navrhujeme pravidelnou účast zdravotníků v ošetrovatelské supervizi.

Péče o geriatrické pacienty je náročná, ale také naplňující. Sestra bývá obohacena se životními situacemi a moudry od starších pacientů, jež si zaslouží úctu. Přejeme si, aby se více sester o geriatrický obor zajímalo a do budoucna byla starším lidem zajištěna co nejlepší péče.

Seznam použité literatury

- BÁRTOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v ČR*. 2006; 9 (4): 166.
- BEŇADIKOVÁ, D., T. RAPČÍKOVÁ. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. [online]. 2009, 19(12) [cit. 25.07.2017]. ISSN 12-10-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-osetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>
- BLÁHA, K., M. STAŇKOVÁ. České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient (komunikace v praxi). Brno: NCONZO, 2004. 68 s. ISBN 80-7013-388-0.
- ČECHOVÁ, V., A. MELLANOVÁ, M. ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IPDVZ, 2011. ISBN 80-7013-342-2.
- Česká asociace sester. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. Praha: 2002. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
- FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 135 s. Edícia učebníc pre stredné zdravotnické školy. ISBN 80-8063-086-0.
- FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatel'stvi teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- IQBAL, Z. *Peplau's Interpesonal Relation Theory*. [online]. ppt.presentation. Jinnah College of Nursing, 2013. [cit. 2015-05-01]. Dostupné z <http://www.slideshare.net/zarafiqbal/peplausinterpersonalrelationstheorypowerpoint>
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- JAROŠOVÁ, D.: *Teorie moderního ošetrovatel'stvi*. 1. vyd. Praha, Management press 2000. 132 s. ISBN 8085866552.
- KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, D. *Důstojný konec života v domácím prostředí*. Sestra. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 26. ISSN 1210-0404.

- KOVAL, Š: 2001. *Základy gerontológie pre sociálnu prácu*. Trnava: TU FZ SP (CDR), 2001.
- KOZIEROVÁ, B., Erbová, G., Olivierová, R.: *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta 1995; 1457 s. ISBN 80-86073-97-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J., J. PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
- NEMČEKOVÁ, M. *Etika v ošetrovatel'stve*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. ISBN 978-80-80633-14-1.
- o uznávání odborných kvalifikací. In: EUR-Lex [právní informační systém]. [cit. 12. 11. 2017]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=celex%3A32005L0036>
- PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- POKORNÁ, A. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
- PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíne*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 9788024739762.
- ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigis, 2006. ISBN 80-903750-0-6.
- ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 8086073963.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 5., rozš., vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
- SCHULER, M. a OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005
- STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-368-6.
- STRUČOVSKÁ, Renáta. *Role sestry v paliativní ošetrovatelské péči*. Jihlava, 2015. Bakalářská práce (Bc.). Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií, 2015-06-03.
- ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN: 978-80-247-5711-7.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.

TOPINKOVÁ, E., J. NEUWIRTH. *Funkční geriatrické vyšetření – komplexní pohled na starého člověka*. Sanquis, 2012, č.20. ISSN 1212-6535.

VAŠKOVÁ, Z. *Lékaři a sestry...máme v sobě empatii?* Sestra. Praha: 2006, roč. 16, č. 11, s. 23. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

Vyhláška č. 55/ 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka předpisů České republiky*. 21. 12. 2015. ISSN 1213-2241.

WEBER, P. ABROŠOVÁ P., WEBEROVÁ, D., BIELAKOVÁ, K. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny. *Vnitřní lékařství*, Praha: Galén, 2011, 57 (11): 18. ISSN 0042-773-X.

ZACHAROVÁ, E. a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK Š. a kol. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5229-7.

Seznam grafů a tabulek

Graf 1 Věk respondentů	29
Graf 2 Délka praxe.....	29
Graf 3 Nejvyšší vzdělání	30
Graf 4 Povědomí o rozdělení rolí	31
Graf 5 Doplnění vzdělání	31
Graf 6 Zdroje, z nichž respondenti čerpají informace.....	32
Graf 7 Povědomí o roli, kterou sestra vykonává.....	32
Tabulka 1 Nejdůležitější role.....	33
Tabulka 2 Nadbytečné role.....	33
Graf 8 Další role	34
Graf 9 Identifikace s rolemi.....	34
Graf 10 Orientace na dokumentaci	35
Graf 11 Přímá péče	35
Graf 12 Sestry v minulosti.....	36
Graf 13 Prestiž povolání.....	36
Graf 14 Speciální přístup ke geriatrickému pacientovi	37
Graf 15 Nejčastější přístup pacientů	38
Graf 16 Prostor pro poznání pacienta.....	38
Graf 17 Vnímání smrti	39
Graf 18 Může být sestrou kdokoliv?.....	39
Graf 19 Důvod pro zaměření v geriatrii	39
Graf 20 Zájem o geriatrická pracoviště.....	40
Graf 21 Nejobtížnější část práce.....	40
Graf 22 Vnímání smrti v průběhu kariéry	41
Graf 23 Vyrovnání se s úmrtím	41

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Žádost o umožnění dotazníkového šetření