

# Léčebna dlouhodobě nemocných z pohledu studenta

Gabriela Křepelková

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela KŘEPELKOVÁ**

Osobní číslo: **H09228**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Léčebna dlouhodobě nemocných z pohledu studenta**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části se zaměřit na proces stárnutí a vysvětlit rozdíly mezi pojmy geriatric a gerontologie. Popsat historii dlouhodobé péče, upřesnit strukturu a způsoby zajištění geriatrické péče. Specifikovat odlišnosti ošetrovatelské péče u klientů v léčebně pro dlouhodobě nemocné.**

**V praktické části zjistit metodou dotazníkového šetření povědomí studentů o specifikách práce sestry v léčebnách dlouhodobě nemocných. Zjistit a porovnat zkušenosti studentů UTB ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra, a Katolické univerzity v Ružomberku, oboru Ošetrovatelství s průběhem odborné praxe v léčebně pro dlouhodobě nemocné. S výsledky šetření seznámit odbornou veřejnost.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KALVACH, Zdeněk, 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.**

**KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. Motivační prvky při práci se seniory. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.**

**KUBEŠOVÁ, Hana a Lubomír HOUDEK, 2009. Akutní stavy v geriatrii. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.**

**MALÍKOVÁ, Eva, 2010. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.**

**MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotníky pracující se seniory. Vyd. 1. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-436-4.**

**SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. Geriatrie od A do Z pro sestry. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.**

**TOPINKOVÁ, Eva, 2005. Geriatrie pro praxi. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.**

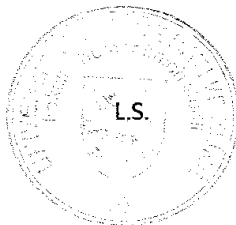
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 3.5.2012

Kápelková Gabriela

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Má bakalářská práce je zaměřena na práci sester v léčebnách dlouhodobě nemocných, a to z pohledu studenta.

Práce obsahuje teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsou vymezeny pojmy gerontologie, geriatrie, proces stárnutí a stáří. Dále je specifikována struktura a způsoby zajištění dlouhodobé péče v historických souvislostech. Poslední kapitola se zabývá specifiky a odlišnostmi ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření jsou srovnány zkušenosti studentů s praxí v léčebnách dlouhodobě nemocných.

*Klíčová slova: gerontologie, geriatrie, dlouhodobá péče, dotazníkové šetření, stárnutí, stáří, ošetrovatelská (zdravotní) péče.*

## **ABSTRACT**

Abstrakt ve světovém jazyce

My bachelor thesis concentrates on the work of nurses at the long-term care facilities from a student nurse perspective.

This thesis consists of two parts, theoretical and practical.

The theoretical part defines the concepts of Gerontology, Geriatrics, the process of aging and old age. Further it specifies the structure and ways of provision of long-term care in a historical context. The last chapter presents the specifics and differences of a nursing care at long-term care facilities.

In the practical part, by means of a questionnaire survey, are compared the students' experience to the real practice at the long-term care facilities.

*Keywords: Gerontology, Geriatrics, long-term care, questionnaire survey, aging, old age, nursing care.*

### **Poděkování**

Děkuji Mgr. Anně Krátké, Ph.D., za podporu, odborné vedení a za cenné rady při vypracování mé bakalářské práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 STÁRNUTÍ.....	12
1.2 STÁŘÍ .....	13
<b>2 ZMĚNY VE STÁŘÍ .....</b>	<b>15</b>
2.1 TĚLESNÉ, PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ ZMĚNY .....	15
2.2 ZVLÁŠTNOSTI CHOROB VE STÁŘÍ .....	17
<b>3 GERONTOLOGIE A GERIATRIE.....</b>	<b>19</b>
3.1 GERONTOLOGIE.....	19
3.2 GERIATRIE.....	19
3.3 KOMPLEXNÍ HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA .....	20
3.4 STRUKTURA GERIATRICKÉ PÉČE .....	21
3.4.1 Zdravotní péče u seniorů .....	21
3.4.2 Geriatrická nemocniční oddělení (GNO) .....	22
3.4.2.1 Typy geriatrických nemocničních oddělení (GNO) .....	22
<b>4 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH (LDN) .....</b>	<b>24</b>
4.1 HISTORIE LÉČEBEN DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH .....	24
4.2 DEFINICE A VYMEZENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE .....	24
4.3 ÚČEL LÉČEBEN DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH .....	25
<b>5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA LDN.....</b>	<b>27</b>
<b>6 PRAXE STUDENTŮ NA LDN .....</b>	<b>33</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>35</b>
<b>7 METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>36</b>
7.1 CÍLE VÝZKUMU .....	36
7.2 METODA PRÁCE.....	36
7.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	36
7.4 CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKOVÝCH POLOŽEK .....	37
7.5 ORGANIZAČNÍ ŠETŘENÍ .....	37
7.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
<b>8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>39</b>
<b>DISKUSE.....</b>	<b>69</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>



## ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Léčebna dlouhodobě nemocných z pohledu studenta” jsem si vybrala, protože je mi velice blízké. Po maturitní zkoušce jsem nastoupila jako brigádnice do nemocnice Milosrdných sester sv. Vincence de Paul v Kroměříži a velice se mi tam líbilo. Přístup zdravotnického personálu i lékařů byl obdivuhodný a ošetrovatelská péče byla na vysoké úrovni.

Po mých zkušenostech s léčebnou dlouhodobě nemocných jsem chtěla zjistit, jak se na toto téma dívají i jiní studenti. Jestli zaujmají stejný názor jako já nebo mají úplně odlišný. Péče o geriatrické pacienty není jednoduchá, vyžaduje pozitivní přístup k seniorům a hodně trpělivosti. Také zde není mnoho odborných výkonů, ale spíše se soustředí na ošetrovatelskou péči, která je ale všeobecně důležitá, nejen na tomhle oddělení.

Myslela jsem si, že většina studentů nebude vědět, jaký je účel LDN, protože v mém blízkém okolí měli v podvědomí, že zde leží lidé, o které se nemá kdo postarat. Mile mě překvapilo, že více než polovina studentů ví, proč jsou zde lidé hospitalizováni. K tomu směřoval i můj cíl. Poté jsem se zaměřila na zkušenosti studentů s praxí. Jestli se jim na oddělení líbilo. Musím říci, že mě osobně tato práce naplňovala a měla jsem z ní velice dobrý pocit. Z oddělení jsem odcházela plná dojmů a pozitivně naladěná. Těšila jsem se na další směnu. Měla jsem totiž pocit, že těmto lidem pomáhám, nejen že se zaměřuji na ošetrovatelskou péči, ale že pečuji i o jejich psychiku. I když bylo mnoho práce, tak jsem si udělala aspoň chvíli času, zašla za pacienty a povídala jsem si s nimi. Tím jsem také zjistila, jaké mají potřeby a na co se dále soustředit. Každé oddělení má svá specifika, a to jsem měla na paměti. Většina pacientů je zde nesoběstačných a proto jsou vedeni k soběstačnosti a samostatnosti, aby se o sebe mohli postarat po propuštění do domácího prostředí. Nesmíme také zapomínat na jejich rodinu a přátele, protože ta je jejich oporou a na ně se můžou spolehnout.

V neposlední řadě bych chtěla říci, že tak jak my se budeme k pacientům chovat, tak i oni se budou chovat k nám. Vše záleží na komunikaci a na našem přístupu. Přátelské chování vyvolá pozitivní náladu, agrese vyvolá agresi. Nesmíme zapomenout, že vše spolu navzájem souvisí a je propletené. Jak péče o fyzickou (biologickou) stránku člověka, tak i péče o jeho psychiku. Jestliže pacient nebude v dobrém psychickém rozpoložení, tak i nemoc jako taková se špatně léčí a naopak...

Zvolila jsem si tyto cíle:

- Zjistit, zdali studenti umí charakterizovat léčebnu dlouhodobě nemocných a jestli ví, jaký je účel těchto oddělení.
- Zjistit zkušenosti studentů s praxí v léčebně dlouhodobě nemocných.
- Zjistit, zdali studenti vědí, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v léčebně dlouhodobě nemocných.
- Porovnat názory studentů UTB ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra s názory studentů Katolické univerzity v Ružomberoku, studijního oboru Ošetrovatelství.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Každý člověk se od svého narození mění. Mění se jak po biologické, tak i po psychické stránce. Stárnutí tedy probíhá celý život, i když si to zpočátku ani neuvědomujeme. Uvědomíme si to až tehdy, přejdeme-li do období stáří. Mnozí z nás si myslí, že stáří znamená konec života, ale kdybychom se zamysleli, tak přijdeme na to, že stáří je poměrně dlouhá etapa života. Trvá okolo 30- 40ti let.

Proč se tedy mnoho lidí dívá na stáří, jako na stinnou stránku, které se nechtějí účastnit? Je to snad tím, že žijeme v moderní době, kde se většinou preferuje zdraví, mládí, krása, úspěch a výkon? Proč bychom se nemohli dívat na stáří jako na nejkrásnější období? Můžeme si zrealizovat své sny a touhy, které jsme v mládí nestihli, můžeme se věnovat svým koníčkům, přírodě, cestování, vnukům a dalším pěkným věcem. Pokusme se zamyslet nad jedním známým citátem, ze kterého bychom si měli vzít ponaučení:

*„Ve stáří je člověku možno konečně se soustředit v plné míře na další vývoj a rozvoj duševního života, radovat se z něho - a nebýt přitom obtěžován tím, co v mládí v tom brání”*  
(Křivohlavý, 2011, s. 54).

### 1.1 Stárnutí

Stárnutí je proces, který se projevuje involučními změnami v organismu člověka. Je individuální a probíhá u každého člověka odlišně, ale v některých rysech se může i shodovat. Stárnutí je přirozený proces, kterým si projde každý člověk, někdo zestárne rychleji a jiný pomaleji. To závisí na mnoha faktorech, jako jsou například genetické faktory, životní styl, sociální, tělesné a psychologické vlivy (Kalvach, 2004).

Rozlišují se dva typy stárnutí. Buď se jedná o stárnutí fyziologické či patologické. Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně. Jde o zákonitou epochu ontogeneze. Patologické stárnutí probíhá odlišně. Může dojít i k nepoměru mezi kalendářním a funkčním věkem (Malíková, 2010).

Demografické stárnutí se týká celé populace. V současné době je více seniorů než mladých lidí. Tvoří až celou třetinu naší populace. Velký vliv na tom má pokles porodnosti, změny v úmrtnostních poměrech a prodlužování naděje dožití. Zlepšují se životní a pracovní podmínky a také dochází ke značným pokrokům v medicíně. Protože došlo ke společenské krizi nejen u nás v České republice, ale také v Evropě, tak byl vytvořen projekt Aktivní stárnutí (active ageing), který probíhá od října 2010 do září 2012 a vychází ze zásad Organizace

spojených národů pro seniory. Nejde jen o jejich nezávislost, důstojnost a zlepšování a zkvalitnění jejich života, ale také jde především o respektování jejich práv. Během stárnutí je důležité dbát na pečování o psychiku, začleňování se do společenských vztahů a navazování kontaktů s okolím a věnování se fyzickým aktivitám (Holmerová et al., 2006, s. 163-168).

## 1.2 Stáří

Každý člověk se na tuhle etapu života dívá jinak. Někdo si ji užívá a jiný se s ní nemůže smířit. Postoje jsou individuální. Velice k tomu přispívá postoj mladých lidí. Většina z nich žije ve shonu, v napětí, stresu, nemají čas a ani chuť navštěvovat své příbuzné. Měli bychom se tedy zamyslet, že my budeme také v takovém věku a budeme chtít si vyjít do společnosti, komunikovat s lidmi, mít přehled o denních událostech či moderních věcech, zajímat se o svou rodinu, přátele, mít zázemí, pocit jistoty, bezpečí a nebýt nikým odstrkovaní. Skoro každý senior si rád povídá o svých zkušenostech, vypráví zážitky z mládí, přemýšlí, co všechno zažil, a co by ještě chtěl zažít. Rekapituluje si svůj život, co všechno dokázal, co by udělal lépe, a co se mu podařilo. Chce s někým probrat to, jak se zrovna cítí. Pokusme se vžít do této situace a na chvíli zastavit čas. Věnovat se nejen seniorovi, rodině, ale také sami sobě.

Podívejme se na stáří také z jiného pohledu. Jak bychom se my, zdravotníci, měli chovat ke starým lidem... Pro mě je na prvním místě úcta a pokora, protože život není jednoduchý a přináší mnoho dobrého, ale i zlého. Měli bychom si vážit těchto lidí. Naplňovat jejich bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Být jim nápomocní a hlavně je nikdy neodsuzovat, protože nikdy nevíme, jací budeme i my lidé. Jak se budeme chovat. V příjemném prostředí člověk aspoň na chvíli zapomene na svou nemoc a trápení. Někdy stačí jen usměv nebo pohazení. Ano, je to těžké, když máme problémy v osobním životě, ale důležité je povznést se nad tím a nezatahovat je do své práce. Uvádím jeden příklad k zamyšlení.

Př.: Představte si, že je Vám 70 let a jste hospitalizováni v nemocnici. Máte bolesti, je Vám špatně, necítíte se dobře, máte strach nejen o sebe, o své zdraví, ale také o rodinu a přátele... Přijde za Vámi sestřička a místo, aby se na Vás usmála a mile Vás pozdravila, tak něco zamumlá a bouchne dveřmi. Jak se nyní cítíte? Pořád stejně nebo hůře? Co se Vám v ten okamžik vybaví? Udělali jste něco špatně nebo se snad něco stalo? Nemůžete vědět, čím je to zapříčiněné...Třeba má jen starosti a nějaké problémy a nemá náladu se s Vámi

bavit... Nebylo by mnohem příjemnější, kdyby se usmála, pěkně pozdravila, prohodila pár slov. Jak byste se cítili? Myslím si, že lépe...

Existuje mnoho definic, které popisují stáří. Můžeme říci, že stáří je vývojová etapa lidského života. Začíná okolo 65 let. Obvykle se rozděluje na kalendářní, funkční a biologický věk.

- **Kalendářní věk** je věk, který se počítá od data narození a nemusí souhlasit s věkem biologickým.
- **Funkční věk** odpovídá skutečnému stavu organismu po stránce biologické, psychologické a sociální (Poledníková et al., 2006).
- **Biologický věk** je konkrétní míra involučních změn daného jedince (Kalvach, 2004).

Dále Světová zdravotnická organizace (WHO) člení stáří do několika věkových kategorií.

- 30 - 44 let = dospělost
- 45 - 59 let = střední věk (zralý věk)
- 60 - 74 let = senescence (časné stáří)
- 75 - 89 = kmetství (senium)
- 90 let a více = patriarchum (dlouhověkost)

V současné době se užívá členění podle Mühlpachra (2004):

- 65- 74 let = mladí senioři
- 75- 84 let = staří senioři
- 85 let a více = velmi staří senioři (Malíková, 2010, s. 14)

## 2 ZMĚNY VE STÁŘÍ

Ve stáří dochází k určitým změnám. Můžeme je rozdělit do třech kategorií: změny tělesné, psychické a sociální. Reakce člověka na tyto změny jsou individuální. Závisí na výchově, vzdělání, prostředí, ve kterém člověk žije, osobní zralosti a zkušenosti. Za nejdůležitější ale považujeme osobnost člověka. Adaptovat se na tyto změny může být náročné. Popisujeme pět strategií vyrovnání se se stářím: konstruktivní strategie, strategie závislosti, strategie obranná, strategie hostility a sebenenávisti.

- **Konstruktivní strategie.** Člověk se lehce vyrovnává se stářím. Má optimistický postoj a lehce navazuje společenské vztahy. Nepropadá depresím a váží si svého života.
- **Strategie závislosti.** Lidé, kteří jsou závislí, mají sklony k pasivitě a spoléhají spíše na rodinu a přátele než na své vlastní síly. Jsou bez větších ambicí.
- **Strategii obranná.** Projevuje se přehnanou aktivitou, lidé jednají podle zvyklostí a nemohou se smířit se stárnutím.
- **Strategie hostility.** Tato strategie obsahuje nepřátelské chování a hněv vůči druhým lidem. Žijí osaměle a společnosti se vyhýbají. Jsou velice agresivní a podezíraví.
- **Strategie sebenenávisti.** Lidé jsou agresivní vůči sobě. Mají pesimistické a depresivní chování (sebevražedné sklony) (Langmeier et al., 2006).

### 2.1 Tělesné, psychické a sociální změny

- **Tělesné změny**

V tělesném (biologickém) stárnutí dochází ke změnám v organismu. Jsou dané genetickými dispozicemi, ale také k tomu blahodárně přispívá životní styl. Během několika let došlo k výrazným převratům, a to zejména v délce života. Dříve se lidé nedoživali tak vysokého věku jako nyní. Je to dáno především lepší tělesnou kondicí, lepším zdravotním stavem, moderní technikou a moderními přístroji.

Tělesné změny můžeme popsat v každém orgánovém systému (pohybovém, kardiopulmonálním, trávicím, kožním, nervovém, pohlavním a smyslovém) zvlášť nebo můžeme vypíchnout jen ty nejdůležitější.

**K nejdůležitějším a nejčastějším změnám ve stáří řadíme:**

- Atrofie orgánů
- Zpomalení metabolismu
- Snížení hmotnosti v důsledku úbytku svalové hmoty
- Dochází k šedivění a vypadávání vlasů
- Kůže je vrásčitá a ztrácí svou elasticitu
- Objevují se pigmentové skvrny
- Dochází k odvápnování kostí
- Zhoršuje se činnost vnitřních orgánů (srdce, plíce, játra, ledviny atd.)
- Zhoršuje se smyslové vnímání (především zrak a sluch)
- Změna termoregulace (prochladnutí)
- Poruchy spánku (např. insomnie) (Kalvach, 2004; Klevetová et al., 2008; Malíková, 2010)
- **Psychické změny**

K jakým změnám dochází ve stáří z psychického hlediska? Jak se může senior měnit? Postupně dochází ke zpomalení psychomotorického tempa a lability emocí. Typické rysy osobnosti získávají na intenzitě nebo naopak upadají. Snižuje se schopnost zapamatovat si nové informace. Dlouhodobá paměť bývá funkční. Lidé rádi vypráví své zážitky z mládí. Také krátkodobá paměť se postupně zhoršuje, proto by měl senior cvičit svou paměť, a to například luštěním křížovek, hádanek a čtením knih. Motivace zde hraje důležitou roli. Zásadní je stanovení cílů, jak krátkodobých, tak i dlouhodobých. Emocionální aktivita ztrácí na intenzitě. Člověk věci hodnotí s klidem a racionálněji. Spíše se ale soustředí na sebe a své problémy (egocentrismus) než na okolí. Jejich přecitlivělost může být vystupňována až hypochondrická. Někdy se mohou dostat do společenské izolace, kdy nechtějí komunikovat s lidmi a uzavírají se do sebe. Osamělost snášejí velmi těžce. Na prvním místě je pro ně rodina. Ta stojí v popředí jejich zájmů. Senioři vykonávají funkci prarodičů a radují se z vnoučat. Původní struktura osobnosti se spíše nemění, ale zůstává stejná (Holmerová, 2003; Langmeier, 2006).



- **Sociální změny**

V sociální oblasti dochází ke změnám životního stereotypu. Člověk jde do důchodu, a v důsledku toho se sníží finanční zdroje a mohou se přerušit i styky s okolím. Může mít pocit, že je diskriminován (ageismus), může upadnout do sociální izolace a může mít strach z nesoběstačnosti. Postupně ztrácí své příbuzné. Nebo se na tohle období může dívat pozitivně. Najde si to, co ho bude bavit. Může se soustředit na své koníčky, přátele, rodinu i vnuky. Také si může najít práci, která ho bude naplňovat.

Jak už jsem zmiňovala, rodina je pro něho velice důležitá. Mít dobré rodinné vztahy, mít pocit jistoty, zázemí a bezpečí. Ten pocit, že někam patří a že je součástí rodiny je přece nenahraditelný. Mezigenerační vztahy mohou být velice složité především odlišnostmi v názorech na určité věci. Zde je důležitý respekt a důstojnost ke starým lidem, protože toho hodně prožili a mají mnoho zkušeností. Je potřeba je vyslechnout a pochopit jejich myšlení. Dále nejhroší zátěží pro ně může být smíření se se smrtí partnera nebo blízkých lidí. Člověk se cítí osamocený a opuštěný, proto je dobré, aby si naplánoval svůj den, efektivně s ním naložit. Věnoval se svým zájmům. Existuje spousta dobrovolnických akcí či jiné sdružení pro seniory. Může se i přihlásit na Univerzitu třetího věku. Psychika ovlivňuje jeho celkový stav, proto je důležité se věnovat pozitivnímu myšlení. V dnešní době je kladen důraz na kvalitu života ve stáří. Zdůrazňují se principy nezávislosti, participace, seberealizace a důstojnosti starých lidí. Aktivizační programy jsou rozvíjeny na preventivní a léčebné terapie, které ale musí respektovat přání člověka (Malíková, 2010; Langmeier, 2006).

## 2.2 Zvláštnosti chorob ve stáří

Řada chorob ve stáří probíhá odlišně. Buď jsou příznaky výrazné, nebo atypické. Mají sklon k chronickému průběhu a sklon ke vzniku komplikací. Orgánová postižení se kombinují. Ve stáří se organismus s nemocemi hůře vyrovnává.

- **Polymorbidita** (multimorbidita) znamená, že se jedná o výskyt a přítomnost většího počtu chorob najednou u jednoho člověka. Choroby mají tendenci vyvolat řetězovou reakci, to znamená, že jedna choroba podmiňuje vznik druhé. Uvedu nejčastější příklad. Paní Z., 73 let. Jde nakoupit, ale zamotá se jí hlava, nevšimne si nerovnosti na chodníku a upadne. V nemocnici jí sdělí, že si zlomila krček femuru. Musí být hospitalizována. Je nesoběstačná a imobilní. To může vést ke vzniku flebotrombózy s následnou embolizací do plic.

- Další velice závažný problém ve stáří je **polypragmazie** neboli podávání více léků současně s navozováním nežádoucích účinků. Uvádí se, že by nemělo být podáno více než pět léků současně (Kalvach, 2008; Topinková, 2005).

### Nejčastější nemoci ve stáří

Musíme brát na zřetel, že všechny choroby neprobíhají stejně. Není to jen dáno tím, že se jedná o starého člověka, ale je to dáno i individualitou člověka. Všichni nejsme stejní a v mnoha rysech se odlišujeme. Proto hlavní krok směřuje k odebrání anamnézy. Dále bychom měli znát nejčastější nemoci ve stáří.

- V kardiovaskulárním systému se nejčastěji vyskytuje ischemická choroba srdeční, prebykarbie (stařecké srdce), chlopenní vady a hypertenze. Je to ovlivněné zvýšeným cholesterolem, obezitou, nízkou fyzickou aktivitou a cukrovkou (diabetes mellitus).
- Pneumologie zahrnuje chronický zánět průdušek, bronchogenní karcinom a samozřejmě tuberkulózu.
- V trávicím ústrojí dochází k dysfagii (porucha polykání), hiátové hernii, peptickému vředu, krvácení a vzniku nádorů. Zažívací obtíže mohou být způsobeny tím, že člověk konzumuje těžko stravitelné potraviny.
- Když uvážíme nefrologii. Zde se jedná o pyelonefritidu, karcinom prostaty a selhání ledvin. Také je častá inkontinence moči, která je způsobená ochabnutím pánevního svalstva. Už v mladším věku bychom měli klást důraz na pravidelné cvičení pánevního dna.
- Mnoho lidí trpí anémií v důsledku nedostatku železa.
- Senioři většinou říkají, že je pro ně nejdůležitější pohyb. To proto, aby se o sebe mohli postarat a nemuseli být závislí na svých příbuzných. Osteoporóza neboli rovnoměrný úbytek kostní hmoty vede k bolestivému syndromu (bolesti zad) a ke křehkosti kostí.
- K častým klinickým syndromům patří závratě, zmatenost, porucha termoregulace a dehydratace. Starší lidé nemají pocit žízně, a proto také málo pijí. Edukace je v tomto případě samozřejmostí (Navrátil, 2008).

### 3 GERONTOLOGIE A GERIATRIE

#### 3.1 Gerontologie

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Zaměřuje se na základní potřeby starého člověka a na udržení jeho soběstačnosti a nezávislosti při běžných denních činnostech (stravování, hygiena), prevenci komplikací a na jeho psychiku. Název je odvozen od řeckého slova gerón (starý člověk). Jako samostatný interdisciplinární obor vznikl kolem roku 1939. Dělí se do několika oborů: Gerontologie experimentální, sociální a klinická (Poledníková et al, 2006).

- **Gerontologie experimentální** se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou.
- **Gerontologie sociální** zkoumá vzájemné vztahy starého člověka a společnosti.
- **Gerontologie klinická** se zabývá chorobami ve stáří. Průběhem a jejími odlišnostmi. Za jeho zakladatelem je považován Ignaz Leo Nasher (Kalvach, 2004, s. 49).

#### 3.2 Geriatrie

Geriatrie je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru. Jejím cílem je optimalizovat zdravotní stav pacienta. V hlavní roli je zde stárnoucí člověk ve zdraví, ale i nemoci. Geriatrie poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku a také zlepšuje prognózu seniorů v důsledku znalostí diagnostiky a terapie chorob (viz. Zvláštnosti chorob ve stáří), rozpoznání geriatrických rizik a velký důraz je kladen na soběstačnost a fyzickou zdatnost pacienta.

Česká geriatrie má důstojnou tradici. Velice se o ni zasloužil **J. Hammerník** (1810-1887), který už v roce 1843 přednášel o nemocech ve stáří. Nebyly to pouze přednášky na teoretickém podkladě, nýbrž byly doprovázeny demonstracemi u lůžka nemocného, které se konaly v chorobinci na Karlově. Bohužel tyto přednášky neměly dlouhé trvání. Hammerník byl také jedním z představitelů pražské lékařské školy a zasloužil se o rozvoj patologické anatomie a klinické výuky. Dalším průkopníkem v geriatrii byl profesor **František Procházka**, který se věnoval sociálnímu lékařství a je považován za zakladatele geriatrie u nás. **Bohumil Prusík** byl pražským profesorem vnitřního lékařství. Založil po 2. světové válce Českou gerontologickou společnost. Dalšími velice významnými osobnostmi byli: **profesor**

**František Bláha, docent Jindřich Groh, profesor Vladimír Pacovský, doktorka Iva Holmerová, profesorka Eva Topinková a další** (Kalvach, 2004; Topinková, 2005).

**Geriatrický pacient** je pacient, který je starší 70 let. Jeho zdravotní stav je komplikován řadou chorob a syndromů, které zhoršují léčbu. Je ohrožen ztrátou soběstačnosti, poruchami chování, dehydratací, inkontinencí atd. Geriatrický pacient není každý senior, ale jedná se o pacienta, který potřebuje specializovanou péči, která může být ambulantní nebo lůžková. Zaměřuje se na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Proto, abychom mohli naplnit všechny tyto potřeby je důležitá spolupráce s pacientem. Toho se jediné docílí vytvořením vztahu důvěry, jistoty a bezpečí (Lenochová, 2010; Kalvach, 2008).

**Geriatrický tým** je zdatný tým, který dohromady tvoří celek a navzájem spolu spolupracuje. Je tvořen pacientem, rodinou, lékaři, zdravotnickým a ošetřujícím personálem, psychologem, pracovníkem duchovní péče, sociální pracovníci a terapeutkami (logoped, fyzioterapeut) (Schuler, 2010, s. 122).

### 3.3 Komplexní hodnocení geriatrického pacienta

Komplexní geriatrické hodnocení (CGA- comprehensive geriatric assessment) má významnou roli k diagnostikování a terapii nemocného. Nejedná se jen o jednu složku, nýbrž o pacienta jako celek. Nemáme na mysli jen jeho tělesné zdraví, ale také to, čím si prošel, jakými životními situacemi, jeho prioritami a rozhodnutími, kvalitou života, duševním zdravím, sociálními a psychickými souvislostmi. Toto hodnocení zahrnuje klinické vyšetření, speciální hodnocení fyzické výkonnosti a soběstačnosti, posouzení duševního stavu a objektivní šetření v místě bydliště (Holmiová, 2007).

- **Klinické vyšetření** spočívá v anamnéze (osobní, rodinné, sociální, pracovní), fyzikálním vyšetření, bedside diagnostice.
- **Posouzení duševního stavu** se provádí pomocí různých testů a škál.
- **Speciální hodnocení výkonnosti:** hodnotí se pomocí různých škál (výživa, pohyb, tělesná zdatnost-ADL, IADL).
- **Šetření v místě bydliště** obsahuje sociální vztahy, funkční náročnost a úroveň bydlení (Kalvach, 2004, s. 166-168).

### 3.4 Struktura geriatrické péče

Struktura geriatrické péče je velice obsáhlé téma. Pro lepší pochopení si ji rozdělíme do několika částí. Na začátku si ujasníme, jakou máme zdravotní péči o seniory z obecného hlediska, posléze se budeme zabývat nemocniční geriatrickou péčí a v poslední fázi si ujasníme typy geriatrických nemocničních oddělení (Kalvach, 2004).

#### 3.4.1 Zdravotní péče u seniorů

- **Primární péče**

Primární péči starým lidem poskytuje praktický lékař. Tato péče je označována jako geriatrie první linie. Zná své pacienty a zná jejich diagnózy. Jeho hlavní prioritou je podpora zdraví, prevence, léčení, rehabilitace, vyšetřování a ošetřování. Lidé se na něho obrací v první řadě a čekají, co bude následovat dále. Především u seniorů může vyzorovat známky nesoběstačnosti či rozsah geriatrických syndromů a včasně je léčit (Kalvach, 2004, s. 471).

- **Specializovaná ambulantní odborná péče**

U seniorů se jedná o obory, jako jsou urologie, vnitřní lékařství, oční neurologie a dermatovenerologie.

- **Domácí péče**

Domácí péče (DP, HOME CARE) je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 1993) jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Domácí prostředí je pro člověka přirozené a má blahodárný vliv na psychiku člověka. Je zajištěna na základě doporučení praktického lékaře. Zahrnuje komplexní péči. Jak odbornou zdravotní péči, sociální péči, ale také laickou pomoc příbuzných. Důraz je kladen na všechny potřeby bio-psycho-sociální a spirituální (Jarošová, 2007).

- **Ústavní péče**

Ústavní péče obsahuje dlouhodobou ošetrovatelskou, paliativní, rehabilitační a respirační péči. Jedná se o fakultní nemocnice, nemocnice akutní péče, nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí (Čeledová et al., 2010, s. 102).

### 3.4.2 Geriatrická nemocniční oddělení (GNO)

Geriatrická oddělení se nachází, buď v areálu nemocnice, nebo mohou být i mimo nemocnici, jako samostatný komplex. Geriatrickí pacienti mají své specifické problémy a rizika, proto je nutné skloubit jak zdravotní, tak i sociální péči a věnovat tomu pozornost. Obecně můžeme říci, že se geriatrická nemocniční oddělení člení na akutní, postakutní neboli návratná, rekonvalescenčně rehabilitační. Také dlouhodobá, kde převažuje z větší části ošetrovatelská péče a paliativní, zde rozumíme zařízení typu hospic. Dalšími specializovanými jednotkami jsou gerontopsychiatrická nemocniční oddělení (Kalvach, 2004).

#### 3.4.2.1 Typy geriatrických nemocničních oddělení (GNO)

Obecně jsme si vyjmenovali, jak se mohou geriatrická nemocniční oddělení dělit. Ale musíme také vzít v potaz, že každá nemocnice není stejná a liší se od sebe. Základ samozřejmě zůstává vždy stejný. Hodně záleží na rozsahu nemocnice a na jeho vybavení. Momentálně vznikla nová geriatrická pracoviště. Dále tady popisují strukturu geriatrického nemocničního oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s., ve Zlíně.

#### Lůžková péče

- **Oddělení akutní geriatric.** Léčí se zde pacienti při akutním vzplanutí nemoci zejména interního typu. Velký důraz je kladen na včasnou diagnostiku a léčbu dekompenzujících onemocnění (Kalvach, 2004).
- **Oddělení následné péče a rehabilitace.** Základním prvkem na tomto oddělení jsou rehabilitační a rekondiční činnosti. Fyzioterapie je dána podle zdravotního stavu pacienta a jeho schopnostech. Pacienti jsou zde vedeni k samostatnosti a sebeobslužnosti. Cílem je snížit závislost na druhé osobě. Oddělení využívá mnoho moderních technik a pomůcek. Z větší části jsou zde hospitalizováni lidé po úrazech, po operacích na pohybovém aparátu, po amputacích, svalové atrofie a stavy po cévních mozkových příhodách (CMP). Po dosažení nezávislosti na pečující osobě je pacient propuštěn do domácí péče (Kalvach, 2004).
- **Oddělení ošetrovatelské péče.** Jsou zde hospitalizováni pacienti, kteří potřebují denní odbornou ošetrovatelkou péči a jsou po vzplanutí akutní nemoci. Dochází zde k jejich doléčení a stabilizaci stavu. Jestliže se zlepší jejich fyzický a duševní stav, jsou propuštěni do domácího prostředí.

- **DIOP (Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče).** Slouží pacientům s poruchou vědomí a se závažným neurologickým postižením. Specializuje se na umělou plicní ventilaci a péči o dýchací cesty.
- **DIP (Dlouhodobá intenzivní péče).** Je poskytována pacientům, u kterých došlo ke stabilizaci stavu po kritickém onemocnění, a neobnovila se některá ze životních funkcí. Hodnotí se tři kritéria: vědomí, ventilace a schopnost rehabilitace.

### **Ambulantní péče**

Navazuje na činnost lůžkových oddělení. Specializuje se na logopedii, psychologii, sociální poradenství, nutriční a konziliární činnost.

## 4 LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH (LDN)

### 4.1 Historie léčeben dlouhodobě nemocných

Následná péče byla založena socialistickým státem v roce 1974. Leželi zde lidé, kteří byli nemohoucí a přestárlí. V českých zemích se hovoří o 20. letech minulého století. Vše začalo výstavbou Masarykových domů (1924-1928), která trvala pouze dva roky. O návrh se zasloužil architekt Bohumír Kozák. Jednalo se o Sociální ústavy v Praze v Krči. Prostředí bylo velice krásné, okolo se rozprostíraly pole a rozkvetlé louky a podél se táhl Kunratický potok. V areálu se nacházelo šest starobinců a čtyři chorobince, ale také ambulance, ordinace a operační sály. Péče nebyla zaměřená jen na ošetřování nemocných, ale obracela se na duchovní potřeby. K tomu sloužila kaple svatého Václava. Na základě moderních prostorů byl zde přemístěn Eiseltův Ústav pro nemoci ve stáří z chudobince sv. Bartoloměje. Byla to první geriatrická klinika na světě. Také Haškovcova klinika měla své uplatnění. Zajišťovala prosekturu a histologickou laboratoř. Tento ústav ale neměl dlouhého trvání a přerušila ho druhá světová válka a příchod Rudé armády, kdy se postupně začala měnit na vojenskou nemocnici a lazaret. Po druhé světové válce už nenabyla stejné účelnosti, protože ze sociálních ústavů byla přeměněna na nemocnici. Až v roce 1954 byla zde založena Thomeyerova nemocnice v souvislosti s významným lékařem Josefem Thomayerem (Holmerová et al., 2010; Česká geriatrická revue, 2003; Thomeyerova nemocnice, 2009).

Postupně docházelo ke změnám v oblasti léčeben pro dlouhodobě nemocné. V roce 1974 byly zákonem ustanoveny sociální ústavy takzvané Léčebny dlouhodobě nemocných. Nejednalo se tedy o zdravotnická zařízení. Úlohou sestry byla především dopomoc neseběstačným a nemohoucím lidem. Ošetřovatelská péče převládala nad odbornou péčí (Doleželová, 2011).

Až od roku 1997 se léčebny dlouhodobě nemocných staly zdravotnickými zařízeními a jejich účel je zcela jiný než v minulých letech. Což znamená, že zde leží lidé, kteří potřebují zdravotní péči. Pokud je pacient stabilizován a doléčen, tak se propustí do domácího prostředí nebo do zařízení sociálních služeb (např. Domovy pro seniory) (Doleželová, 2011).

### 4.2 Definice a vymezení dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče (LTC- long term care) je meziřesortní disciplínou, která se nachází na určité hranici mezi zdravotní a sociální péčí. Jedná se o komplex služeb, které potřebují



lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. Cílem je navrácení zdraví a navrácení soběstačnosti. Proto se péče orientuje na všechny pacientovy potřeby bio-psycho-sociální a spirituální. OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) definuje dlouhodobou péči jako soubor služeb, který je určený lidem závislých na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivitách (hygiena, oblékání, schopnost najíst se). Tento stav může být způsoben chronickými onemocněními, tak i důsledkem zdravotního postižení, ať již tělesného či duševního. Pro zlepšení lékařské péče vznikl po lékáře nový specializovaný obor Medicína dlouhodobé péče. Důležitá je zde týmová práce a stanovení ošetrovatelského procesu, který obsahuje individuální plán. Lůžka dlouhodobé péče se zaměřují na specializovanou ošetrovatelkou péči, která se soustřeďuje na aktivní rehabilitaci (Cabrnock, 2010, s. 13-19; Válková, 2011, s. 26-27).

Kdo potřebuje dlouhodobou péči? Pro koho je tato péče určená? Mnoho laiků, ale i lidí pracujících ve zdravotnictví mají v podvědomí, že dlouhodobou péči potřebují lidé, kteří jsou přestárlí a nemohoucí. Není to ale pravda, protože i mladý člověk může tuto péči potřebovat. Může to být na dobu určitou, dlouhou nebo i stálou. Jsou to lidé dokonce i děti, kteří mají určitá zdravotní postižení, duševní onemocnění nebo mohou být po úrazech či dlouhodobé nemoci. Nemohou se o sebe postarat samy a potřebují pomoc při každodenních aktivitách běžného života (ADL - activities of daily living). Tyto aktivity zahrnují především pomoc s koupáním, stravováním, oblékáním, používání toalety, uložení a vstávání z postele. K této péči se řadí i terapie ke zlepšování pohybu. Požívají se chodítka, invalidní vozíky a různá vestavěná madla. Podle statistik jsou častěji hospitalizovány ženy než muži. Důraz je kladen na kvalitu a smyslu života těchto lidí., která se opírá o jejich potřeby a přání. Musím ale také zmínit, že ve většině případů se setkáte s lidmi staršími (Georgetown University, 2003).

### 4.3 Účel léčeben dlouhodobě nemocných

Co si představíte pod pojmem léčebna pro dlouhodobě nemocné? Většina lidí se domnívá, že toto zařízení slouží k odkládání geriatrických pacientů, a že jsou zde hospitalizováni jen staří lidé. Je to také dáno tím, že v minulých letech byly léčebny dlouhodobě nemocných zahrnuty do sociálních služeb. Došlo ale k určitým změnám a v této době jsou zahrnuty do zdravotnických služeb. Je tedy důležité se na tyto typy oddělení dívat jiným způsobem, z jiné stránky. K čemu tedy slouží tato oddělení? Hlavním účelem je stabilizování zdravotního stavu pacienta a dále je vést k samostatnosti a sebeobslužnosti. Velký důraz je kladen na individuální péči, která je orientovaná na člověka a jeho potřeby. Péče o pacienty

je velice náročná, protože zdravotnický personál, ale i lékaři musí mít všeobecný přehled nejen o všech možných chorobách (interních či chirurgických), ale také o jejich změnách a odchylkách. Proto se zaměřuje na odbornou ošetrovatelskou péči, která představuje kontinuální ošetřování. Máme tedy na mysli zajištění základních potřeb (vylučování, spánek a odpočinek, výživa a hydratace, dýchání atd.), ošetřování chronických ran, rehabilitační péči, provádění odborných výkonů, bazální stimulaci, ale také psychickou podporu a duchovní péči, a to vše za holistického přístupu. Psychika ovlivňuje nemoc. Proto být v psychické pohodě je základním prvkem léčby. Navazování vztahu s pacienty není lehké. Někdo spolupracuje ihned a jiný později. Záleží na nás, jak se budeme chovat a jak budeme působit na pacienty. Nesmíme zapomenout zahrnout do léčby také rodinu a přátelé, protože jsou pro většinu lidí na prvním místě...

Dalším velice diskutovaným tématem je délka pobytu v léčebnách dlouhodobě nemocných. Jaká si myslíte, že je doporučená délka pobytu? Anebo není délka pobytu časově omezená? Možná jste si přečetli v médiích, že délka pobytu je časově omezena, a to na 3 měsíce z důvodu neproplácení péče Zdravotními pojišťovnami. Musím říci, že to byla mylná zpráva. Délka hospitalizace není omezená žádným právním předpisem. Záleží pouze na zdravotním stavu pacienta (OMBUDSMAN, 2010).

## 5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA LDN

Geriatrické syndromy můžeme charakterizovat jako soubor jednotlivých symptomů a zdravotních problémů, které se neustále opakují. Řadí se mezi specifika péče o geriatrické pacienty. Tyto syndromy jsou ve stáří velice časté a hůře se léčí. Poprvé je formuloval britský geriatr B. Isaacs v 70 letech 20. století. Zařadil je do čtyř kategorií: Instabilita, imobilita, inkontinence a psychická alterace.

V dnešní době se geriatrické syndromy rozdělují do 13 oblastí: Syndrom hypomobility, dekonvice a svalové slabosti (sarkopenie), syndrom instability s pády, syndrom imobility, syndrom dehydratace, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom inkontinence, syndrom deliria, syndrom kognitivního deficitu, demence a poruchy paměti, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka, syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří, syndrom duálního sensorického deficitu, syndrom maladaptace, syndrom terminální geriatrické deteriorace (Kalvach et al, 2011, s. 117).

Práce sester v léčebnách dlouhodobé péče je náročná. Vyžaduje kladný vztah k tomuto věkovému období a také jistou míru osobní zralosti. Jinak by tato práce mohla vést až k syndromu vyhoření. Sestra musí být trpělivá a nespěchat na pacienty, protože u seniorů dochází ke zpomalení fyzického i psychického tempa. Měla by mít dostatečnou profesionální způsobilost a velkou dávku empatie a schopnost naslouchat. Při rozhovoru by si měla všimnout verbálních i neverbálních projevů pacienta. Měla by na pacienty mluvit nahlas, zřetelně a srozumitelně. Samozřejmě nepoužívat cizí slova či latinskou terminologii. Některé věci i víckrát zopakovat nebo napsat na papír z důvodu špatného zapamatování. Také by měla nechat pacientovi čas na rozmyšlenou a nechtít po něm rychlou odpověď. V první řadě je zde důležitý dostatek času a kvalitní příprava sestry ještě před začátkem rozhovoru. Rodina je součástí pacientova života, tak na ni sestra nesmí zapomenout.

### Ošetrovatelská péče

V péči o geriatrického pacienta hraje hlavní roli ošetrovatelská péče nad odbornými výkony.

- **Poloha a pohybový režim**

Vychází z aktuálního stavu pacienta. Důležitá je zvýšená poloha pacienta (Fowlerova poloha) z důvodu lepší ventilaci plic. Důraz je také kladen na vertikalizaci a mobilizaci pacienta.

- **Hygienická péče**

Tato péče se odvíjí od soběstačnosti pacienta. Pacient musí být vždy v suchu a čistotě. Sestra dbá na úpravu lůžka. Všímá se vyplého prostěradla z důvodu prevence proleženin a denně kontroluje predilekční místa. Také promazává kůži pacienta speciálními přípravky. U dlouhodobě ležících pacientů umožňuje mytí celého těla i rukou během dne. Dále sestra provádí zvláštní péči o dutinu ústní. Jestliže pacienti mají zubní protézu, tak ji čistí po každém jídle.

- **Výživa**

Dietní stravování předepíše lékař, který spolupracuje s nutričním terapeutem. V následné péči se uplatňují nutriční doplňky neboli sipping popíjení. Většina preparátů je ve formě hustých sladkých roztoků.

Nasogastrická sonda se používá u pacientů, kteří mají porušené polykání, porušený příjem stravy a u pacientů, kteří potřebují po dlouhou dobu plnou enterální výživu. Sestra o tuto sondu pečuje. Denně ji fixuje náplastí, aby nedošlo k jejímu vysunutí, a všímá si, jestli nevznikají dekubity na sliznici, a jestli náplast nepoškodila pokožku.

Pokud pacient nemůže přijímat potravu ústy či sondou, podává se parenterální výživa. Tato výživa lze podávat jen po krátkou dobu. Aplikuje se buď do periferního žilního katétru (PŽK) nebo do centrálního žilního katétru (CŽK). Do CŽK se může dávat v podobě roztoků, a to ve formě vaků all-in-one, kde je zastoupení všech látek, které pacient potřebuje. Také existují roztoky s cukrem, aminokyselinami a tukovými emulzemi.

Při nutnosti dlouhodobé nutriční podpory se využívá perkutánní endoskopická gastrotomie (PEG) nebo jejunostomie (PEJ). Využívají se přípravky, které mají optimální poměr živin, vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. Sestra dbá na průchodnost těchto sond. První dva týdny je ošetřuje vhodným dezinfekčním prostředkem a překrývá je sterilním čtvercem.

Dále sestra vede a kontroluje množství přijaté stravy a množství tekutin u pacientů a zaznamenává do dokumentace. Pacient by měl přijímat tekutiny po malých dávkách a v častějším intervalu. Měl by se napít, i když nemá pocit žízně. Měl by omezit příjem černé kávy, čaje, vyhýbat se alkoholu, potravinám s vysokým obsahem cukrů a s močopudným účinkem (Šamánková et al, 2006; Jurášková, 2007; Topinková, 2005; Balogová, Bramušková, 2011).

- **Vyprazdňování**

Péče o vyprazdňování se řídí soběstačností pacienta. Inkontinence je velmi častá. Pacienti nosí speciální vložky nebo mohou mít zavedený močový katétr. Po zavedení močového katétru si sestra všímá jeho průchodnosti a funkčnosti (riziko infekce). Dbá na důslednou hygienu. Katétr vyměňuje podle aktuální potřeby nebo podle typu katétru (cca za 4-6 týdnů). Pacienti také často trpí zácpou z důvodu změny stravování a pitného režimu. Při zácpě je na prvním místě úprava stravování (např. kompoty), a jestliže ani ta nepomůže, tak sestra podává laxancia (Guttalax, Lactulosa sir., suppositoria glycerini) a řídí se ordinací lékaře. Při podávání podložní mísy umožní pacientovi umytí rukou.

- **Polohování**

Při polohování se sestra řídí polohovacím plánem. Pacienta polohuje 24 hodin. Ve dne každé 2 hodiny a v noci každé 3 hodiny. Používá různé polohovací pomůcky např. polštáře, válce, kroužky, kostky, dlahy atd. Své zastoupení mají i antidekubitní matrace, která se v současné době velice často využívá. Polohy samozřejmě střídá: leh na zádech, na břišku, na pravý i levý bok. Sestra se snaží společně s ošetřovatelkou zamezit zvýšenému tření a pečují o kůži pacienta a promazávají ji krémy proti proleženinám. Také denně kontrolují a všímají si predilekčních míst. Sestra pravidelně měří obvod lýtek nejlépe každý den při ranní hygieně. Při provádění polohování nezapomíná s pacientem komunikovat a chválit ho (Rozsypalová, Haladová, Šafránková, 2002).

- **Rehabilitace**

Na lůžkách následné péče se sestra setkává s pacienty, kteří jsou dlouhodobě nemocní a mají chronické onemocnění, proto potřebují specifický přístup v rehabilitačním procesu. Tento proces je každému pacientovi určený individuálně a stanoví se tzv. Individuální rehabilitační plán, na základě zdravotního stavu (diagnózy), věku a pohlaví pacienta. Rehabilitační tým se skládá z lékaře, který indikuje rehabilitaci a stanoví cíl. Dále fyzioterapeuta, který se zaměřuje na terapeutický plán a využívá moderních a kompenzačních pomůcek. Ergoterapeut má také své zastoupení. Na základě ergotestingu sestavuje pracovní plán a cíle. Také všeobecná sestra se podílí na tomhle procesu. Motivuje pacienty, pobízí pacienty k aktivitě, vede je k samostatnosti a sebeobslužnosti při oblékání, hygieně, stravování či vyprazdňování. V případě imobilizace pacienta na lůžku provádí polohování, masáže zad, pasivní pohyby a dechová cvičení. Při dechovém cvičení může vyzkoušet míčkování hrud-

níku, kdy jemným míčkem masíruje oblast hrudníku nebo probublávání vody brčkem, nafukování balónků a jiných gumových předmětů. Dalšími členy týmu mohou být např. logoped, psycholog či protetik. Do multidisciplinárního týmu je zařazen i samotný pacient a jeho rodina, kteří vždy hrají nejdůležitější roli v týmu. Fyzioterapeutický plán se zaměřuje na vertikalizačně-lokomoční program a redukci pohybových funkcí. Kinezioterapie je léčba pohybem. Zde se trénuje nácvik polosedu, sedu, stání, chůze, senzomotorický výcvik a výcvik stability pánve, cvičení na pánevní dno (oslabené pánevní dno- inkontinence), základní pohybové stereotypní cvičení, cévní gymnastika a jako prevence tromboembolické nemoci se provádějí bandáže dolních končetin. Cílem této rehabilitace je snížit závislost pacienta na pomocné osobě (např. rodině) a udržet optimální zdatnost a soběstačnost (Mlčochová, Labáková, 2012).

- **Spánek**

Senioři nepotřebují tolik spánku jako dospělí lidé. Stačí jim spát okolo 5 hodin denně. Často ale trpí spánkovou inverzí, kdy spí přes den a v noci se budí a nemohou spát. Nebo také mohou trpět insomnií (nespavostí), kdy nemohou usnout nebo se často probouzí. Proto by měla sestra pacientovi před spaním upravit lůžko a vyvětrat pokoj. Přes den ho zaměstnat pohybovými aktivitami a vypracovat denní program, aby zamezila spaní přes den.

- **Léky**

Při podávání léčiv jsou určité zvláštnosti. Sestra léky chystá vždy před pacientem. Dává pozor na správnost léku, jeho dávku a způsob aplikace. Řídí se zásadami 5S: Správný pacient, správná dávka, správný lék, správná doba a správný způsob. Při podání si ověřuje, zda lék podala správnému pacientovi. Zeptá se na jeho jméno nebo si jeho totožnost zkontroluje pomocí identifikačního štítku. Pak vyčká, než pacient lék spolkně. Nikdy nenechává léky na stolečku, protože by si je mohl zapomenout vzít nebo by je mohl užít jiný pacient. Ležícího pacienta informuje o důvodu podání a dbá na jeho zvýšenou polohu. Sestra provede zápis do dokumentace a sleduje účinky léku.

- **Pády**

Pády jsou ve zdravotnickém zařízení také velmi časté. Za cíl je považována edukace pacienta a jeho rodiny, která je zaměřena na prevenci. Sestra je musí seznámit s bezpečnostními opatřeními. Mezi ně patří vhodné vstávání z lůžka, nácvik sedu, chůze a také nácvik používání signalizačního zařízení. Musí dbát na úpravu prostředí (madla, náby-

tek, osvětlení a protiskluzové podlahy) a na používání rehabilitačních, ochranných a kompenzačních pomůcek. Všímá si vhodné obuvi pacienta. Co sestra musí udělat, pokud pacient upadne? Prvním krokem je zavolat lékaře, který provede základní vyšetření. Než přijde lékař, změří fyziologické funkce (TT, D, P, TK), zjistí mentální stav, pohyblivost končetin, všímá si oděrek a hematomů. Podle zdravotního stavu a podle ordinace lékaře pacienta ošetří. Nesmí zapomenout provést záznam do dokumentace: „Protokol o pádu a zranění pacienta“ (Vybíhalová, 2011; Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 2008).

- **Bazální stimulace**

Bazální stimulace je koncept, který se zaměřuje na individuální péči. Tato péče je efektivní, terapeutická a ošetrovatelská. Jejím hlavním cílem je stimulovat vnímání, komunikaci, pohyblivost a zlepšit zdravotní stav pacienta. Tento koncept byl poprvé vyvinut v 70. letech profesorem A. Frölichem pro ulehčení komunikace a péče o postižené děti. Až později se rozšířil i do jiných oborů a uplatňuje se nejvíce v domovech pro seniory, v ústavech sociální péče, v intenzivní péči, ale také v hospici.

Stimulace pacientů probíhá podle přesně definovaných postupů při ošetrovatelských úkonech (při hygienické péči, rehabilitaci, podávání stravy, vyprazdňování atd.).

Každý člověk vnímá pomocí smyslových orgánů, proto základem bazální stimulace je vnímání. Vnímání může být somatické (informace o vlastním těle), vibrační, vestibulární (vnímání rovnováhy a změny polohy), olfaktorické (čichové) a orální (ústní). Pokud je pacient schopen, tak se využívá i vnímání auditivní (sluchové), taktilně haptické (schopnost hmatu a úchopu) a optické. Dotekem sestra dává nemocnému najevo, kdy její přítomnost začíná a kdy končí.

Polohování slouží k vnímání vlastního těla pacienta. U dlouhodobě nemocných sestra využívá polohu mumie, protože umožňuje cítit hranice vlastního těla.

Komunikace s pacientem a s jeho rodinou je na prvním místě. Sestra by se měla s pacientem vždy přivítat a rozloučit stejnými slovy a při oslovení se ho pokaždé dotknout na stejném místě. Buď na rameni, paži nebo na rukách (iniciální dotek). Dále by měla mluvit jasně, zřetelně a pomalinku. Nezvyšovat hlas, ale mluvit přirozeným tónem. Také by měla dbát na to, aby tón hlasu odpovídal její mimice a gestikulaci. Důležité je, aby nepoužívala žádné zdobněliny. Také by sestra neměla komunikovat s více pacienty na jednou, ale udělat

si na jednoho pacienta čas, a pak jít ke druhému. Měla by sledovat pacientovy projevy jako vzdychání, bručení, otevírání očí a pousmání. Okolní ruch by se měla snažit redukovat a snížit. Při rozhovoru používá takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý. Než vůbec začne bazální stimulaci provádět, tak je nutné, aby odebrala anamnézu a zjistila od rodiny a přátel, co má pacient rád, a co nemá. Rodinu může zapojit do ošetrovatelské péče (př. hygieně, polohování), aby měl nemocný okolo sebe lidi, které má rád. To má veliký vliv na jeho další uzdravování (Friedlová, 2006).

- **Paliativní péče**

Jestliže onemocnění rychle progreduje a směřuje neodvratně k smrti, tak je důležité zahájit paliativní péči. Paliativní léčba spočívá v celkové péči o nemocného, který je nevyléčitelně nemocný a jejím cílem, je dosáhnout co největší kvality jeho života. Sestra respektuje a chrání jeho důstojnost. Chápe umírání jako součást lidského života a nabízí podporu rodině a přátelům pacienta. Nebere člověka s diagnózou, ale řeší jeho problémy a příznaky onemocnění. Nejčastějšími příznaky mohou být: bolest, slabost a únava, nechutenství, zvracení, poruchy vyprazdňování a dušnost. Mezi psychické příznaky patří především deprese, úzkost, zmatenost, dezorientaci a poruchy spánku. Dlouhodobě nemocní pacienti mohou mít problémy s komunikací, vnímáním a myšlením, proto mohou trpět osamělostí, izolací, citovou deprivací a ztrátou soukromí. Zdravotnický personál nemůže jen vyplňovat základní fyziologické potřeby, nýbrž se musí zaměřit na psychologickou, sociální a duchovní péči. Důležité je zajistit podmínky pro důstojné umírání. Respektovat přání pacienta a rodiny. A umožnit rodině být v blízkosti nemocného. Z etického hlediska musí sestra naplňovat principy autonomie (schopnost samostatně rozhodovat), beneficence (prospěch) a nonmaleficence (nepoškození pacienta) (Topinková, 2004).

- **Pastorační péče**

Pastorační péče se netýká pouze duchovní oblasti člověka a také nemusí sloužit pouze věřícím lidem, protože každý člověk v něco věří, ať už v Boha či lásku. V péči o umírajícího člověka má své zastoupení tzv. neliturgická spiritualita neboli duchovní péče ze strany zdravotníků (laiků). Sestra by měla nemocného při umírání doprovázet a nenechat ho samého. Musí být středem jejího zájmu. Neměla by mluvit dlouho, ale nechat prostor pro komunikaci pacienta. Jestliže pacient projevuje přání návštěvy kněze, tak mu ji umožní a zajistí vhodné prostředí (Janovský, 2003).



## 6 PRAXE STUDENTŮ NA LDN

Studenti UTB ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra musí plnit odbornou praxi na příslušných odděleních, podle daných předpisů a stanovených sylabů. Všechny potřebné informace dostávají od svého ročníkového vyučujícího, ale také jsou součástí Deníku odborné praxe.

Součástí studijního plánu je také pracoviště dlouhodobé péče. Zde jsou studenti vedeni sestrou či mentorkou. Během praxe plní různé úkoly podle logbooku, které pak musí odevdat společně s docházkou. Konkrétní povinnosti studenta jsou rozvrženy podle ročníků a semestrů.

- Na začátku praxe se studenti seznámí s organizací a harmonogramem práce (denním a týdenním).
- Své teoretické poznatky se snaží aplikovat do praxe a podílí se na ošetrovatelském procesu pod dohledem sestry či mentorky.
- Zapojují se do ošetrovatelské péče a pracují podle standardů.
- Umí vyhodnotit soběstačnost pacienta. V první řadě pomohou pacientům soběstačným a poté méně soběstačným či nesoběstačným.
- Znají obvazové techniky a provádí bandáže dolních končetin.
- Soustředí se na zvláštnosti podávání léčiv u geriatrických pacientů (viz. Kapitola 5).
- Při podávání stravy pacientům se řídí stanovenými dietami a nesoběstačným pacientům pomohou s krmením. Vše zapisují do příslušné dokumentace.
- Před vizitou pacienty přichystají, účastní se vizity lékaře a plní dané ordinace.
- Měří fyziologické funkce (TT, TK, D, P) a pracují se zdravotnickou dokumentací.
- Polohují pacienty v daných intervalech, aktivizují je a podílí se na rehabilitaci, vedou je k samostatnosti a sebeobslužnosti.
- Ošetřují poruchy celistvosti kůže (dekubity, bérkové vředy).
- Pod dohledem sestry aplikují opiáty a ví, kde jsou uloženy a jaká jsou zvláštní opatření.

- Účastní se katetrizaci močového měchýře u žen a asistují při katetrizaci močového měchýře u mužů. Umí si přichystat dané pomůcky. Pečují a permanentní katétr (sledují jeho funkčnost a průchodnost) a o pacienty, kteří jsou inkontinentní.
- Podílí se na příjmu, přeložení a propuštění pacienta.
- Identifikují potřeby pacienta a komunikují s ním i s jeho rodinou.
- Využívají všech možných kompenzačních pomůcek.
- Umí pečovat a komunikovat s pacientem v terminálním stádiu.
- Ví, na koho se obrátit v případě nutnosti duchovní péče a umí zajistit prostředí pro návštěvu kněze.
- Dodržují a respektují práva pacientů.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **7 METODIKA PRÁCE**

### **7.1 Cíle výzkumu**

Ve své bakalářské práci jsem si vytýčila tyto cíle.

Cíl č. 1. Zjistit, zdali studenti umí charakterizovat léčebnu dlouhodobě nemocných a jestli ví, jaký je účel těchto oddělení.

Cíl č. 2. Zjistit zkušenosti studentů s praxí v léčebně dlouhodobě nemocných.

Cíl č. 3. Zjistit, zdali studenti vědí, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v léčebně dlouhodobě nemocných.

Cíl č. 4. Porovnat názory studentů UTB ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra s názory studentů Katolické univerzity v Ružomberoku, studijního oboru Ošetrovatelství.

### **7.2 Metoda práce**

Pro svůj průzkum jsem použila kvantitativní metodu: metodu dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 22 otázek, které směřují ke zvoleným cílům.

Dotazník, který jsem připravila, začíná úvodním textem, který směřuje k představení mé osoby a informacemi o studiu. Dále jsem uvedla téma bakalářské práce a účel tohoto dotazníku. Také jsou zde pokyny k vyplnění dotazníku a poděkování za ochotu a čas respondentů.

Respondenti byli seznámeni s anonymitou dotazníku a uveřejnění výsledků v bakalářské práci.

### **7.3 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Vzorek respondentů tvoří studenti druhého a třetího ročníku dvou univerzit, a to studenti Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra a studenti Katolické univerzity v Ružomberoku, studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Ošetrovatelství. Počet respondentů je 113, z toho 57 studentů ze Zlína a 56 studentů z Ružomberoku.

## 7.4 Charakteristika dotazníkových položek

Položky, které jsou použity v dotazníku, jsou ve formě otázek uzavřených, otevřených a polootevřených.

- **Uzavřené otázky:** respondent si mohl vybrat z předem formulovaných otázek. Otázky č. 1, 2, 3, 8, 10, 15, 18, 20.
- **Otevřené otázky:** respondent si sám zvolil svou odpověď. To jsou otázky č. 5, 16, 17, 22.
- **Polootevřené otázky:** obsahují otázky otevřené a uzavřené otázky, které jsou kombinované. Otázky č. 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 19, 21.

Mezi doplňkové položky, které mají informativní charakter a obsahují informace o pohlaví, ročníku, místa studia a vzdělání, řadím otázky č. 1, 2, 3, 4. Otázky č. 5, 6, 7, 8 a 19 směřují k cíli č. 1. Zjišťují, co si studenti představí pod pojmem léčebna dlouhodobě nemocných a jestli ví, jaký je účel těchto oddělení. Dalšími otázkami, které směřují k cíli č. 2, patří otázky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16. Protože je tento cíl velice obsáhlý, tak jsem ho rozdělila do dvou kategorií. První kategorie se zaměřuje na představy studentů ještě před nástupem na praxi (otázky č. 10, 11 a 12). Druhá kategorie popisuje, jaké měli studenti pocity z tohoto typu oddělení (otázky č. 9, 13, 14, 15 a 16). Cíl č. 3 kladl důraz na to, jaká jsou zde specifika a odlišnosti. K tomu směřovaly otázky č. 17 a 18. Prostor pro vyjádření pocitů a postojů nejen k tomuto tématu, ale také k seniorům obsahují otázky č. 20, 21 a 22.

## 7.5 Organizační šetření

Ještě před vytvořením dotazníku jsem se ujistila, pomocí žádosti o dotazníkové šetření, zdali mohu dotazník uskutečnit a rozdat na daných univerzitách. Bylo mi to schváleno. Poté jsem sestavila dotazník za pomoci mé vedoucí práce. Před výzkumným šetřením jsem provedla pilotní studii. Rozdala jsem pět dotazníků. Na základě toho jsem zjistila porozumění a srozumitelnost otázek. Výsledky jsem konzultovala s vedoucí práce, která mi dala souhlas k tisku a jejich rozdání. Na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně jsem rozdala 80 dotazníků. Druhému ročníku jsem poslala dotazníky (40ks) prostřednictvím jedné studentky tohoto ročníku, ale návratnost byla pouhých 19. Ve třetím ročníku jsem si dotazníky (40 ks) rozdala osobně a po vyplnění jsem je ihned vysbírala. Vrátilo se mi jich 38. Celkový počet dotazníků z obou ročníků je tedy 57. S Katolickou univerzitou

v Ružomberoku jsem se dorozumívala pomocí e-mailů, kdy mi vedoucí katedry Ošetřovatelství poslala kontakt na osoby, kterým mám dotazníky poslat. Prostřednictvím internetu je studenti vyplňovali on-line a vyplnili jich 56. Tito studenti velice dobře spolupracovali. Byli vstřícní a ochotní. Celkové množství vyplněných dotazníků je 113. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce ledna v roce 2012.

## 7.6 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do tabulek s absolutní a relativní četností. Zpracování dat bylo provedeno pomocí Microsoft Excel, která byla vložena do tabulek a koláčově a sloupcově graficky znázorněná.

Absolutní četnost znázorňuje počet respondentů ze dvou různých vysokých škol, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem.

Relativní četnost je uvedena v procentech a informuje nás o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

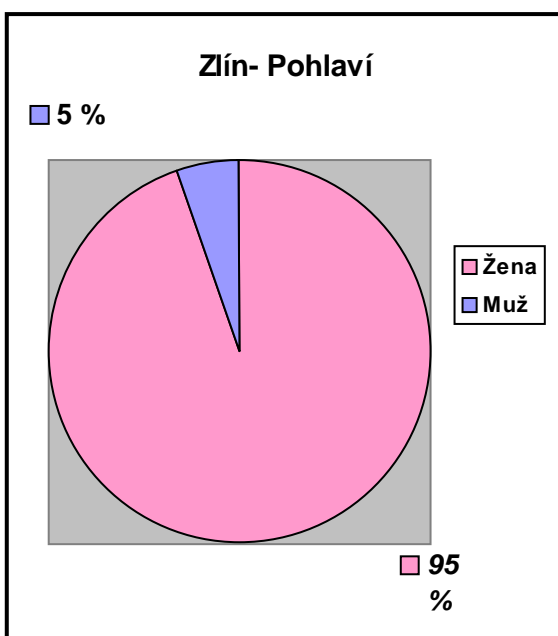
## 8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

### Položka č. 1: Pohlaví

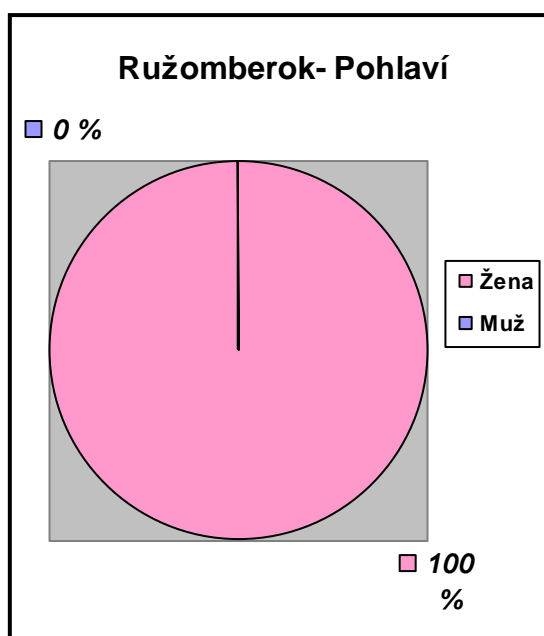
Tabulka 1 Pohlaví

Pohlaví	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Žena	54	94,74	56	100
Muž	3	5,26	0	0
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 1 Zlín- Pohlaví



Graf č. 2 Ružomberok- Pohlaví



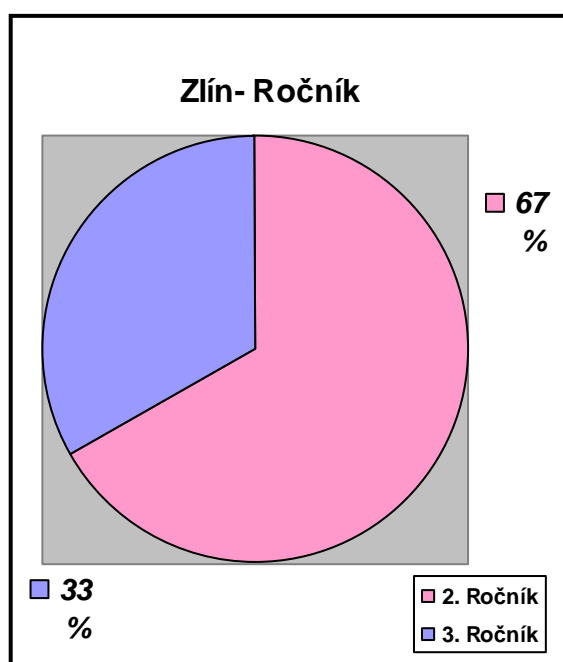
Z průzkumného šetření vyplývá, že na uvedených školách studuje více studentek než studentů. Graf č. 1 znázorňuje, že se průzkumného šetření zúčastnilo 95 % (54) žen a pouze 5 % (3) mužů. Z grafu č. 2 vyčteme, že se průzkumného šetření nezúčastnil ani jeden muž, ale celých 100 % (56) žen.

**Položka č. 2: Který studujete ročník**

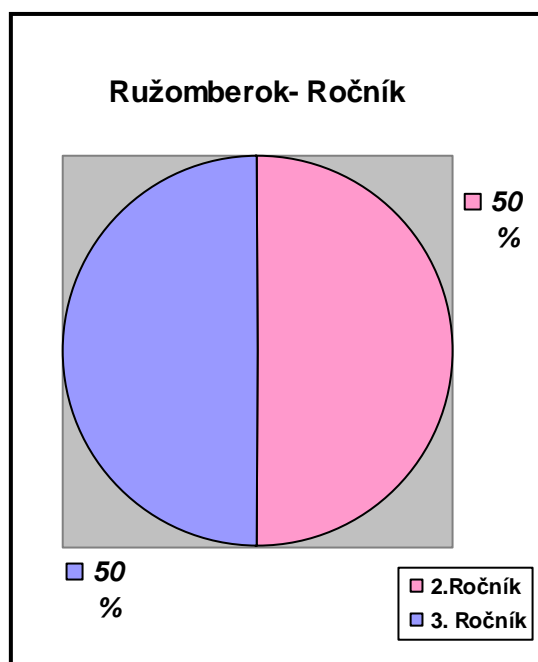
Tabulka 2 Ročník

Ročník	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
2. ročník	19	33,33	28	50
3. ročník	38	66,67	28	50
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 3 Zlín- Ročník



Graf č. 4 Ružomberok- Ročník



Z grafu č. 3 vyplývá, že se průzkumného šetření zúčastnilo 33 % (19) studentů 2. ročníku a 67 % (38) studentů 3. ročníku. Dále graf č. 4 znázorňuje, že počet studentů 2. a 3. ročníku byl stejný, tzn. 50 % (28) studentek 2. ročníku a 50 % (28) studentek 3. ročníku.

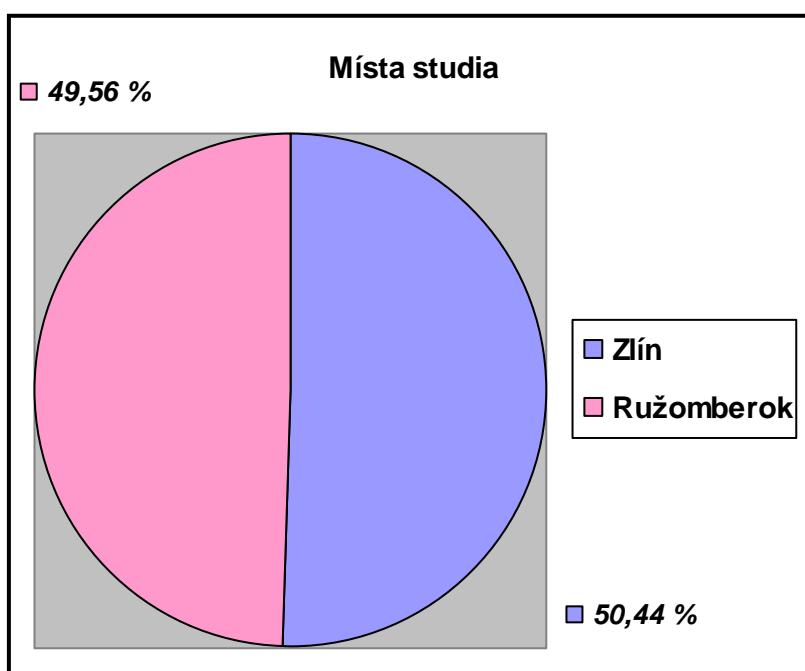


**Položka č. 3: Kde studujete**

Tabulka 3 Místa studia

Místa studia	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Zlín	57	50,44
Ružomberok	56	49,56
Celkem	113	100

Graf č. 5 Místa studia



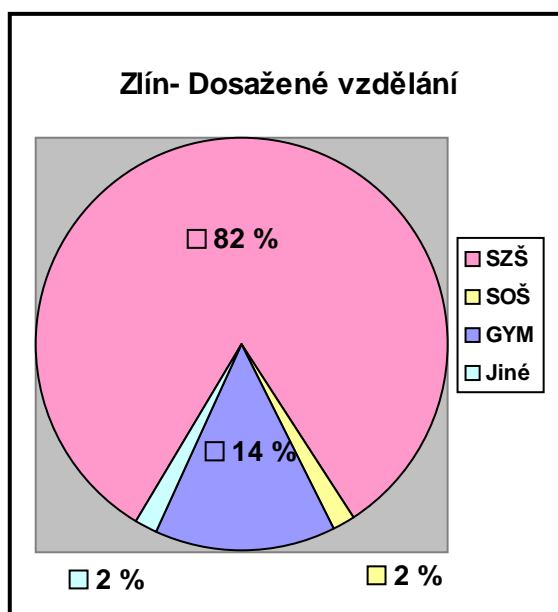
Celkový počet respondentů je 113 osob. Absolutní četnost je celkový počet studentů z obou vysokých škol. Průzkumem bylo zjištěno, že se dotazníkového šetření zúčastnilo 50,44 % (57) studentů ze Zlína, studijního oboru Všeobecná sestra a 49,56 % (56) studentek z Ružomberoku, studijního oboru Ošetrovatelství. Překvapivě jde o skoro shodný počet studentů.

**Položka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

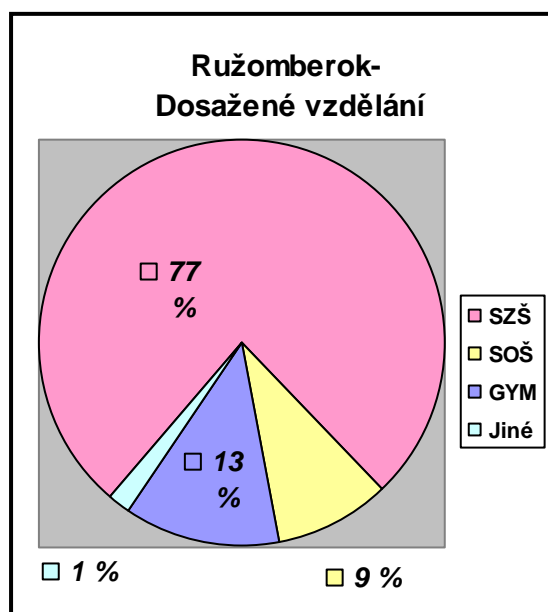
Tabulka 4 Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
SZŠ	47	82,46	43	76,79
SOŠ	1	1,75	5	8,93
Gymnázium	8	14,04	7	12,5
Jiné	1	1,75	1	1,78
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 6 Zlín- Dosažené vzdělání



Graf č. 7 Ružomberok- Dosažené vzdělání



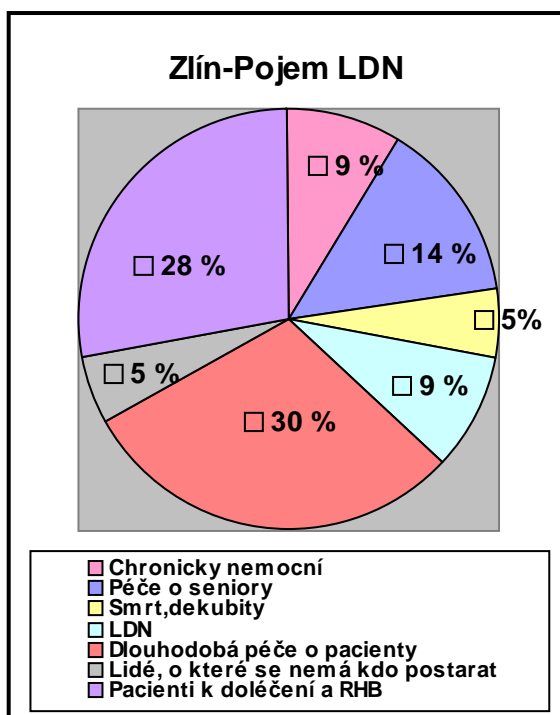
Z celkového počtu respondentů tvoří nejvíce studentů ze Středních zdravotnických škol, i když je náročnost přijímacích zkoušek velice vysoká a odpovídá spíše znalostem gymnázia. Z grafu č. 6 vyplývá, že 82 % (47) studentů studovali střední zdravotnickou školu, 14 % (8) studentů studovali gymnázium, 2 % (1) studentů studovali Střední odbornou školu a 2 % (1) studentů odpověděli na položku jiné, neboli studovali Střední zdravotnické lyceum. Z grafu č. 7 vyplývá, že 77 % (43) studentek studovaly střední zdravotnickou školu, 13 % (7) studentek studovaly gymnázium, 9 % (5) studentek studovaly střední odbornou školu a 1 % (1) studentek odpověděly na položku jiné, neboli studovaly: Bakalář sociální práce.

**Položka č. 5: Co si představíte pod pojmem léčebna dlouhodobě nemocných**

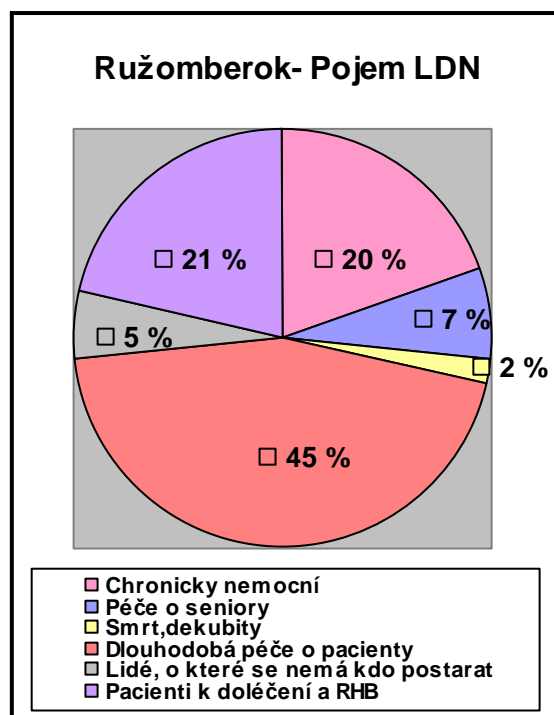
Tabulka 5 Pojem LDN

Pojem LDN	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Chronicky nemocní	5	8,78	11	19,64
Péče o seniory	8	14,03	4	7,14
Smrt, dekubity	3	5,26	1	1,79
LDN	5	8,77	0	0
Pacienti, kteří potřebují dlouhodobou péči	17	29,83	25	44,64
Zařízení pro lidi, o které se nemá kdo postarat	3	5,26	3	5,36
Pacienti k doléčení a rehabilitaci	16	28,07	12	21,43
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 8 Zlín- Pojem LDN



Graf č. 9 Ružomberok- Pojem LDN



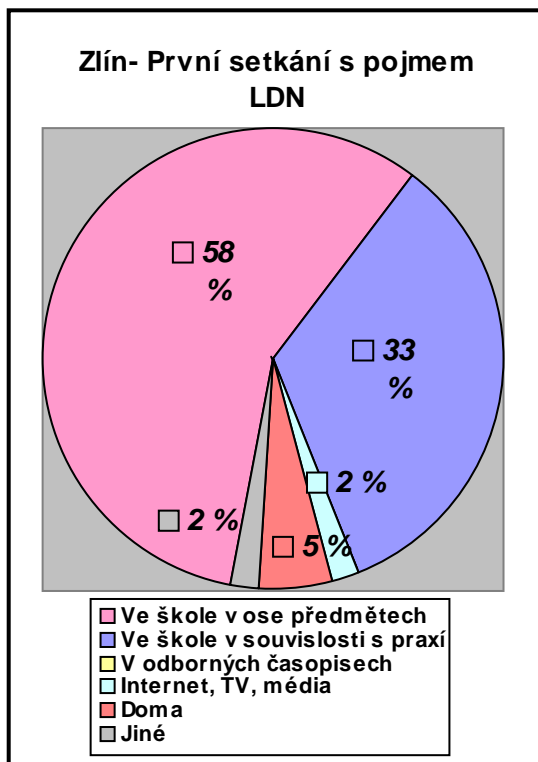
Představy studentů o léčebnách dlouhodobě nemocných jsou si velice podobné a překvapivě i správné. Graf č. 8 poukazuje na to, že 30 % (17) studentů si myslí, že zde leží pacienti, kteří potřebují dlouhodobou péči. 28 % (16) studentů se domnívá, že jsou zde pacienti hospitalizováni k doléčení a rehabilitaci a jsou vedeni k soběstačnosti a sebeobslužnosti. 14 % (8) studentů pojem léčebna dlouhodobě nemocných pojali jako péče o staré lidi neboli o seniory. Péči o pacienty s chronickými onemocněními napsalo 9 % (5) studentů a dalších 9 % (5) studentů napsalo pouze zkratku LDN. 5 % (3) studentů napadly pojmy jako smrt či dekubity. Zařízení pro lidi, o které se nemá, kdo postarat napsalo 5 % (3) studentů. Z grafu č. 9 vyplývá, že 45 % (25) studentek si myslí, že jsou zde hospitalizováni pacienti, kteří potřebují dlouhodobou péči. 21 % (12) studentek si myslí, že je to zařízení pro pacienty, kdy je jejich péče orientovaná na doléčení a rehabilitaci a jsou vedeni k soběstačnosti a sebeobslužnosti. Pacienti, kteří jsou chronicky nemocní, napsalo 20 % (11) studentek. 7 % (4) studentek se domnívá, že zde leží převážně pacienti staří (senioři). 5 % (3) studentek napsaly, že je to zařízení pro lidi, o které se nemá kdo postarat a 2 % (1) studentek si s tímhle pojmem spojují smrt a dekubity.

#### **Položka č. 6: Kdy jste se poprvé setkal/a s tímto pojmem a v jaké souvislosti**

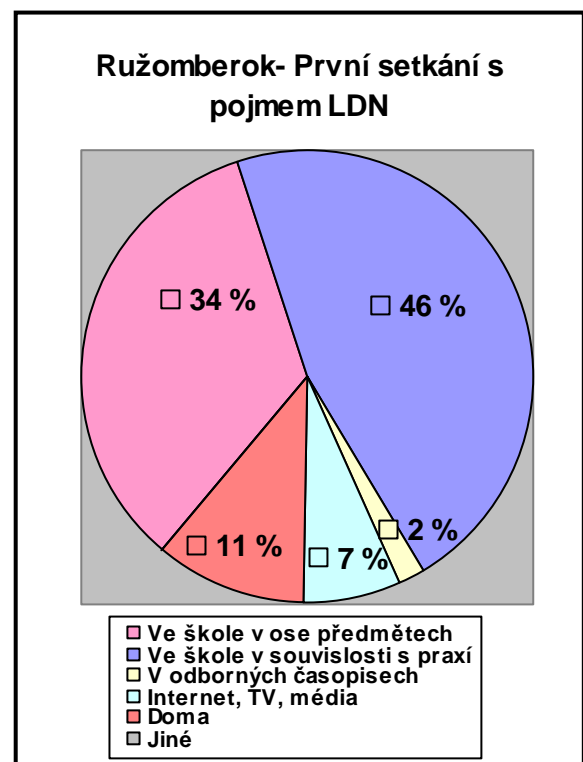
*Tabulka 6 První setkání s pojmem LDN*

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ve škole v ošetrovatelských předmětech	33	57,89	19	33,93
Ve škole v souvislosti s praxí	19	33,33	26	46,43
V odborných časopisech	0	0	1	1,79
Internet, TV, v médiích	1	1,81	4	7,14
„doma“	3	5,26	6	10,71
Jiné	1	1,81	0	0
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 10 Zlín- První setkání s pojmem LDN



Graf č. 11 Ružomberok- První setkání s pojmem LDN



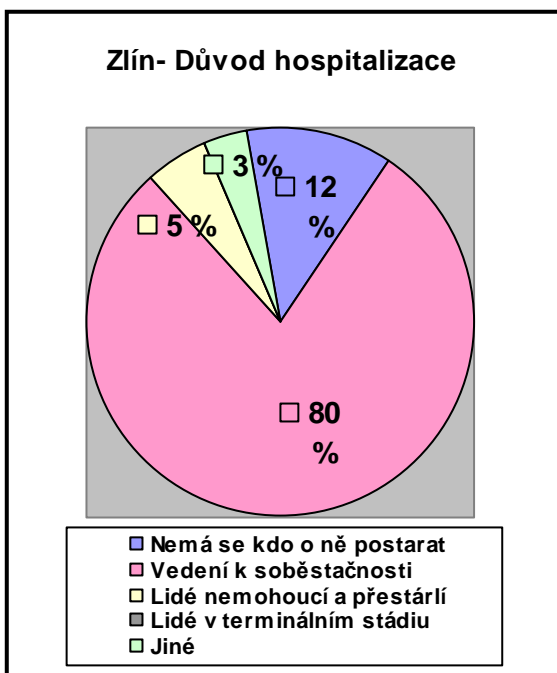
Nejvíce studentů se o léčebnách dlouhodobě nemocných dozvěděli až ve škole v ošetřovatelských předmětech a také ve škole v souvislosti s praxí. Znamená to tedy, že než vůbec šli studovat tento obor, tak neměli ponětí nebo jen velice malé, že nějaká léčebna pro dlouhodobě nemocné existuje. Z grafu č. 10 vyplývá, že 58 % (33) studentů se setkali s pojmem LDN až ve škole v ošetřovatelských předmětech, 33 % (19) studentů ve škole v souvislosti s praxí, 5 % (3) studentů „doma“, 2 % (1) studentů z internetu, TV a z médií a 2 % (1) studentů označili položku jiné a odpověděli, že s ošetřováním svého příbuzného. Dále graf č. 11 znázorňuje, že 46 % (16) studentek se setkala s pojmem LDN ve škole v souvislosti s praxí, 34 % (19) studentek ve škole v ošetřovatelských předmětech, 11 % (6) studentek „doma“, 7 % (4) studentek na internetu, TV a médiích a 2 % (1) studentek v odborných časopisech.

**Položka č. 7: Proč jsou podle Vás lidé v léčebně pro dlouhodobě nemocné hospitalizováni**

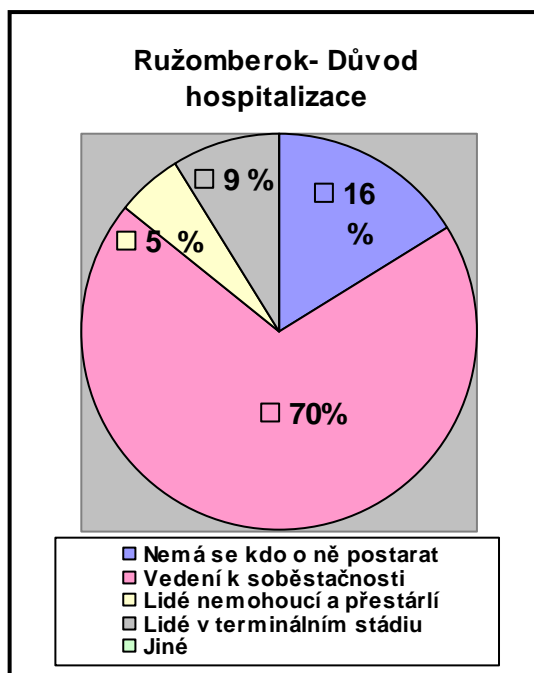
Tabulka 7 Důvod hospitalizace

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Nemá se kdo o ně postarat (slouží k „odkládání“ geriatrických pacientů)	7	12,28	9	16,07
Dlouhodobou péči potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost a jsou vedeni k tomu, aby se o sebe mohli postarat v domácím prostředí	45	78,96	39	69,64
Je to zařízení pro lidi, kteří jsou nemožoucí a přestárlí	3	5,26	3	5,36
Jsou zde hospitalizováni lidé v terminálním stádiu	0	0	5	8,93
Jiné	2	3,50	0	0
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 12 Zlín- Důvod hospitalizace



Graf č. 13 Ružomberok- Důvod hospitalizace



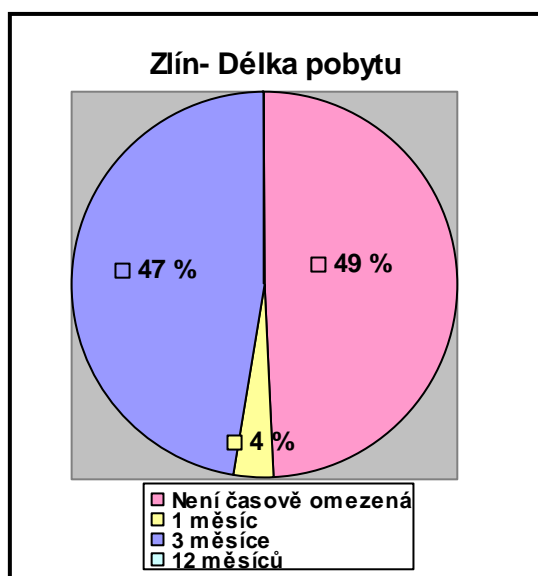
Graf č. 12 znázorňuje, že 80 % (45) studentů si myslí, že dlouhodobou péči potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost a jsou vedeni k tomu, aby se o sebe mohli postarat v domácím prostředí, 12 % studentů (7) si myslí, že jsou zde hospitalizováni pacienti, o které se nemá kdo postarat. 5 % (3) studentů uvedlo, že je to zařízení pro nemohoucí a přestárlé lidi a 3 % (2) studentů označili položku jiné a uvedli, že jsou zde hospitalizováni pacienti, kteří potřebují rehabilitaci. Z grafu č. 13 vyplývá, že 70 % (39) studentek si myslí, že jsou zde hospitalizováni lidé, kteří mají omezenou soběstačnost a jsou vedeni k tomu, aby se o sebe mohli postarat v domácím prostředí, 16 % (9) studentek si myslí, že jsou zde hospitalizováni pacienti, o které se nemá kdo postarat. Dále 9 % (5) studentek označily, že zde leží lidé v terminálním stádiu a 5 % (3) studentek si myslí, že zde leží lidé, kteří jsou nemohoucí a přestárlí. Můžeme tedy říci, že většina část studentů ví, k čemu léčebny dlouhodobě nemocných slouží a jaký je jich účel.

**Položka č. 8: Jaká je doporučená délka pobytu**

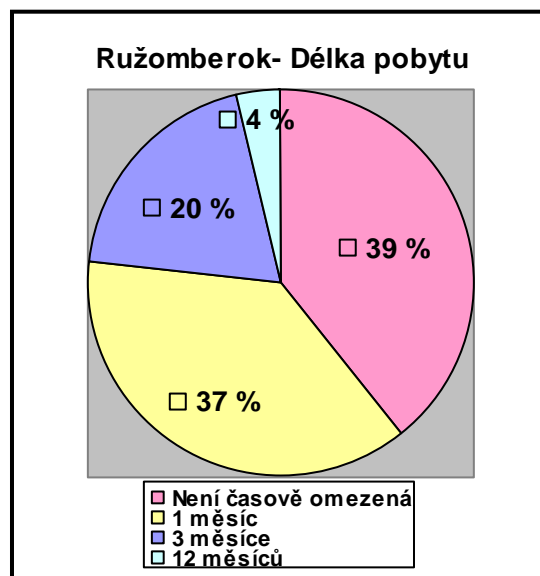
Tabulka 8 Délka pobytu

Délka pobytu	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Délka pobytu není časově omezená	28	49,12	22	39,29
1 měsíc	2	3,51	21	37,5
3 měsíce	27	47,37	11	19,64
12 měsíců	0	0	2	3,57
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 14 Zlín- Délka pobytu



Graf č. 15 Ružomberok- Délka pobytu



Graf č. 14 poukazuje na délku hospitalizace na LDN. 49 % (28) studentů se domnívá, že délka pobytu není časově omezená, 47 % (27) studentů si myslí, že je doba hospitalizace omezená na 3 měsíce a 4 % (2) studentů si myslí, že na pouhý měsíc. Možná jste si přečetli v médiích, ve kterých bylo napsané, že délka pobytu je časově omezena, a to na 3 měsíce z důvodu neproplácení péče Zdravotními pojišťovnami. Musím ale podotknout, že to byla mylná zpráva. Délka hospitalizace není omezená žádným právním předpisem. Záleží pouze na zdravotním stavu pacienta. Z grafu č. 15 vyplývá, že se 39 % (22) studentek domnívá, délka hospitalizace není časově omezená, 37 % (21) studentek si myslí, že je omezená na 1 měsíc, 20 % (11) studentek vybralo odpověď na 3 měsíce a zbylé 4 % (2) studentek na 12 měsíců.

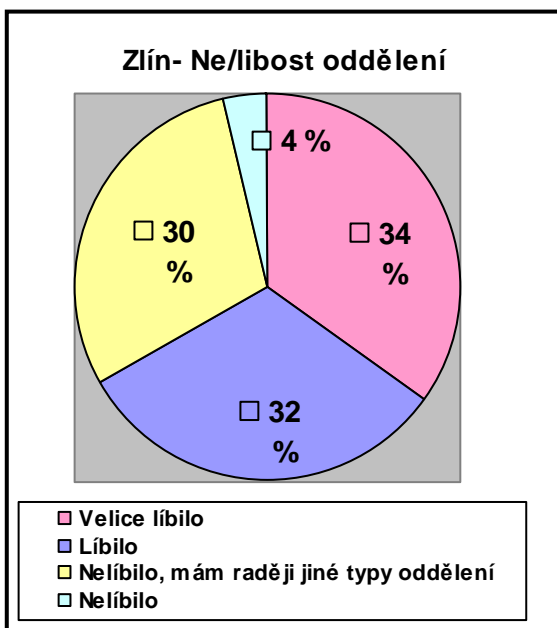


**Položka č. 9: Na tomto oddělení jste měl/a praxi v 1. ročníku. Líbilo se Vám tam?**

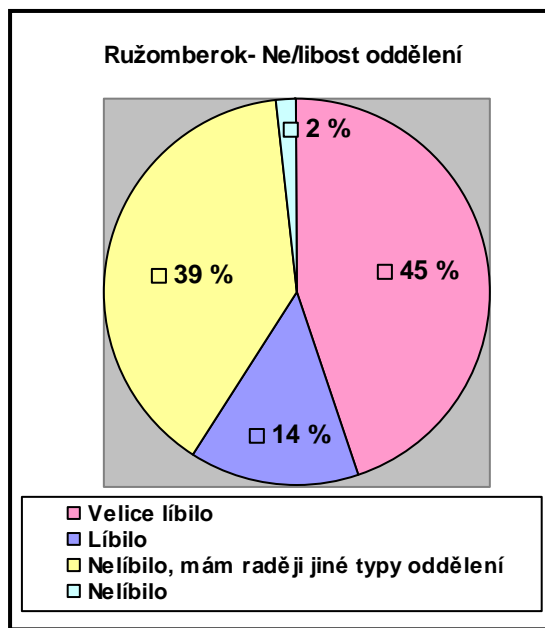
Tabulka 9 Ne/libost oddělení

Ne/libost oddělení	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Velice se líbilo	20	35,09	25	44,65
Líbilo	18	31,58	8	14,27
Nelíbilo, mám raději jiné typy oddělení	17	29,82	22	39,29
Nelíbilo	2	3,51	1	1,79
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 16 Zlín- Ne/libost oddělení



Graf č. 17 Ružomberok- Ne/libost oddělení



Z průzkumného šetření vyplynulo, že více než polovině studentům se líbilo na tohle oddělení. Graf č. 16 znázorňuje, že 34 % (20) studentům se na oddělení líbilo velice. Zaujal je personál, pacienti i specifičnost práce. 32 % (18) studentům se na praxi líbilo a uvedli, že nejvíce personál, nové zkušenosti, výkony a pacienti. 30 % (17) studentům se zde nelíbilo, protože mají rádi jiné typy oddělení a 4 % (2) studentů označili nelibost, a to především z pracovních podmínek. Graf č. 17 poukazuje na to, že 45 % (25) studentkám se na praxi líbilo velice, kdy je zaujal personál, pacienti i specifičnost práce. 39 % (22) studentek mají raději jiné typy oddělení. 14 % (8) studentek označilo, že se jim zde líbilo a

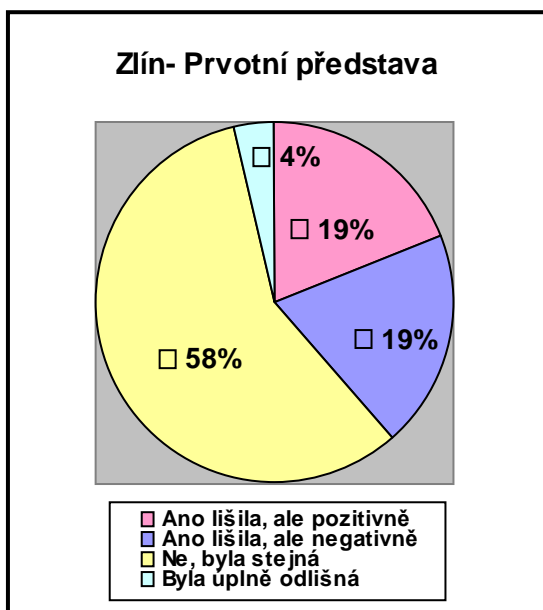
uvedly: „Páčilo sa mi tam z toho hľadiska, že som sa tam stretla s veľa novými vecami. Páčilo sa mi tam - lebo sa mi celkovo páči táto práca. Páči sa mi tam, ale nie je oddelenie zabezpečené po materiálnej stránke a mnohé sestry sú nevrle, čo si myslím, že na takom oddelení nemá byť. Práca sa mi páčila, pretože mám rada starých ľudí a rada sa o nich starám len občas ma zarážal prístup personálu k týmto pacientom.“ A pouhé 2 % (1) studentek uvedly: „Nelíbilo, zlá starostlivosť o takých ľudí.“

**Položka č. 10: Lišila se Vaše prvotní představa od skutečnosti?**

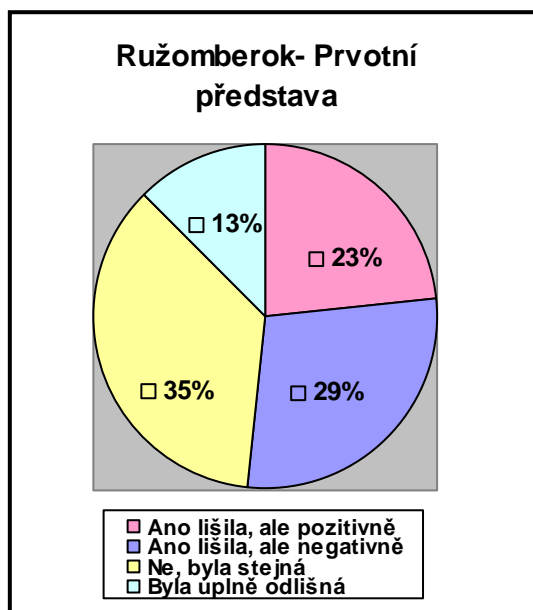
Tabulka 10 Prvotní představa

Prvotní představa	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano lišila, ale v pozitivním slova smyslu	11	19,30	13	23,21
Ano lišila, ale v negativním slova smyslu	11	19,30	16	28,58
Ne, byla stejná	33	57,90	20	35,71
Byla úplně odlišná	2	3,50	7	12,5
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 18 Zlín- Prvotní představa



Graf č. 19 Ružomberok- Prvotní představa



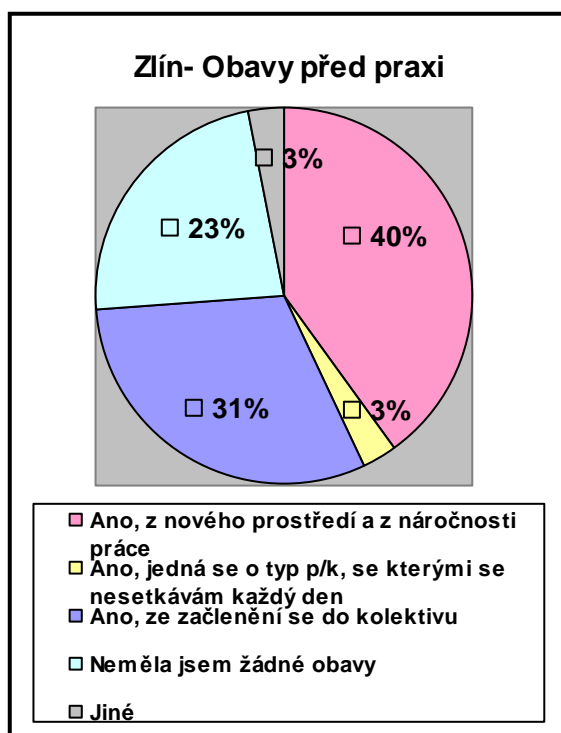
Z grafu č. 18 vyplývá, že 58 % (33) studentů měli prvotní představu stejnou od skutečnosti. 19 % (11) studentů označilo, že se prvotní představa lišila, ale v pozitivním slova smyslu a 19 % (11) studentů, že se lišila v negativním slova smyslu. 4 % (2) studentů tvrdí, že byla úplně odlišná. Graf č. 19 znázorňuje, že 35 % (20) studentek měly prvotní představu stejnou od skutečnosti, 29 % (16) studentek označily, že se jejich představa lišila, ale v negativním slova smyslu a 23 % (13), že v pozitivním slova smyslu. A 13 % (7) studentek tvrdí, že jejich představa byla úplně odlišná.

**Položka č. 11: Měla/a jste nějaké obavy před nástupem na praxi? Jaké?**

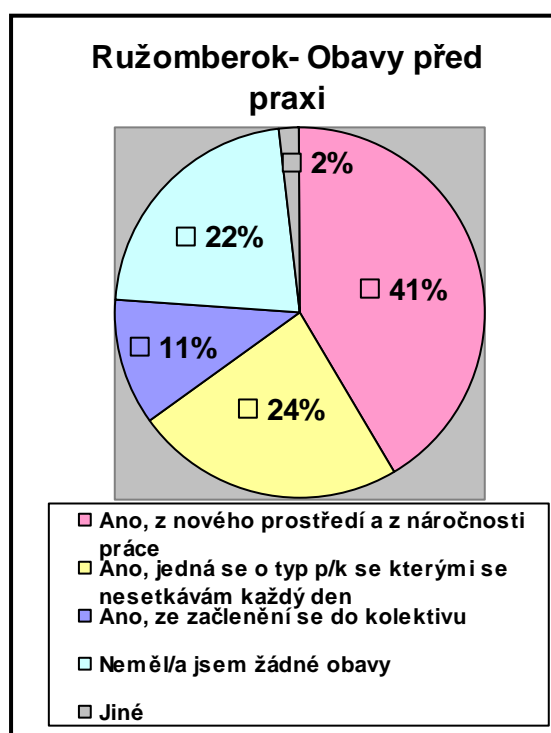
Tabulka 11 Obavy před praxi

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano, z nového prostředí a náročnosti práce	26	40	26	41,27
Ano, jedná se o typ p/k, se kterými se nesetkávám každý den	2	3,08	15	23,81
Ano, ze začlenění se do kolektivu	20	30,77	7	11,11
Neměl/a jsem žádné obavy	15	23,07	14	22,22
Jiné	2	3,08	1	1,59
Celkem	65	100	63	100

Graf č. 20 Zlín- Obavy před praxi



Graf č. 21 Ružomberok- Obavy před praxi



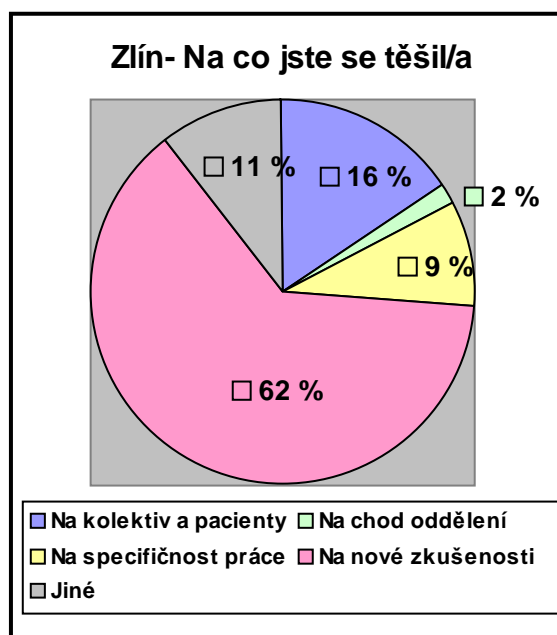
Více než tři čtvrtě studentů měli obavy před nástupem na praxi. Graf č. 20 znázorňuje, že 40 % (26) studentů měli obavy z nového prostředí a z náročnosti práce, 31 % (20) studentů se obávali ze začlenění do kolektivu, 23 % (15) studentů neměli žádné obavy, 3 % (2) studentů měli obavy, protože se jedná o typ pacientů, se kterými se nesetkávají každý den a 3 % (2) studentů označili položku jiné a odpověděli, že měli obavy z nedostatku zkušeností. Dále graf č. 21 znázorňuje, že 41 % (26) studentek měly obavy z nového prostředí a z náročnosti práce, 24 % (15) studentek měly obavy, protože se jedná o typ pacientů, se kterými se nesetkávají každý den, 22 % (14) studentek neměly žádné obavy, 11 % (7) studentek měly strach ze začlenění se do kolektivu a 2 % (1) studentek označily položku jiné a odpověděly: „*aké budú sestry a či to zvládnem.*” V této položce se absolutní četnost rovná počtem zodpovězených odpovědí, protože studenti mohli označit více než jednu položku.

**Položka č. 12: Na co jste se nejvíce těšil/a?**

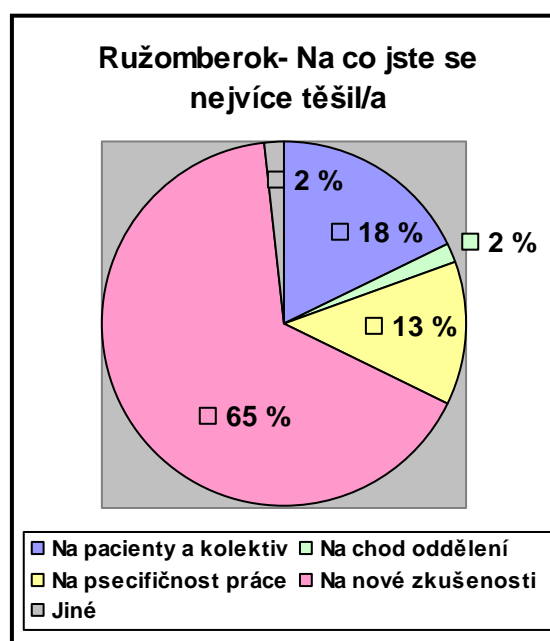
Tabulka 12 Na co jste se těšil/a

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Na pacienty a kolektiv	9	15,79	10	17,87
Na chod oddělení	1	1,75	1	1,78
Na specifičnost práce	5	8,77	7	12,5
Na nové zkušenosti	36	63,16	37	66,07
Jiné	6	10,53	1	1,78
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 22 Zlín- Na co jste se těšil/a



Graf č. 23 Ružomberok- Na co jste se nejvíce těšil/a



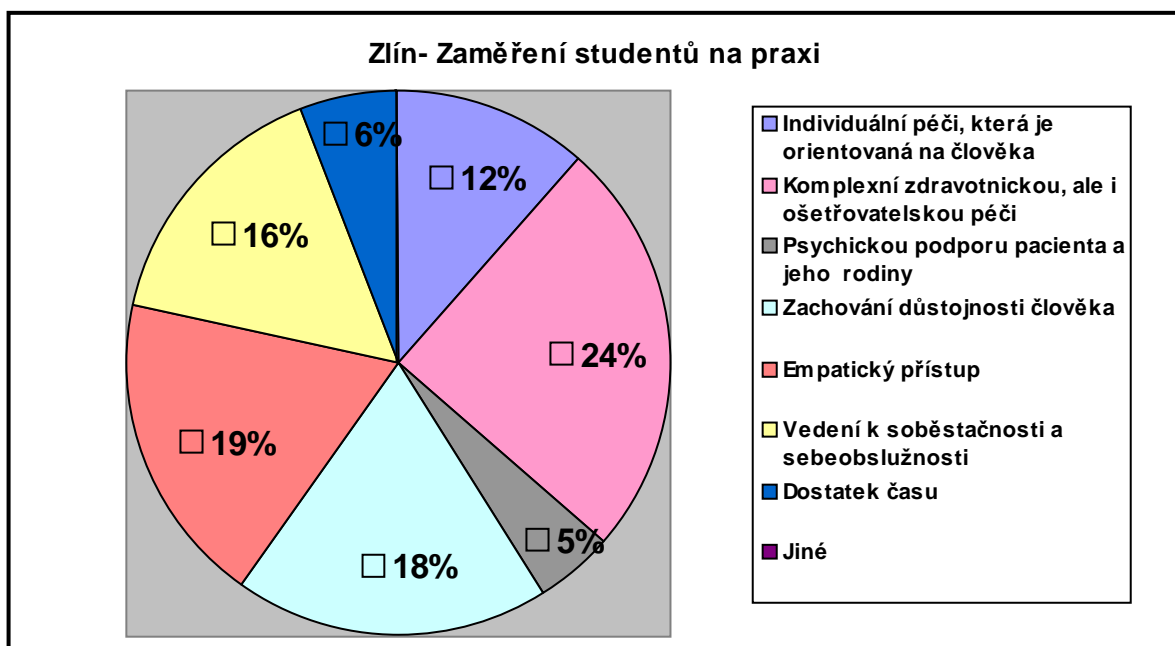
Z průzkumného šetření vyplývá, že více než polovina studentů se těšili na nové zkušenosti. Graf č. 22 znázorňuje, že 62 % (36) studentů se těšili na nové zkušenosti, 16 % (9) studentů na pacienty a kolektiv. 11 % (6) studentů zvolili odpověď jiné, z toho 5 studentů se těšilo na vše a 1 student se netěšil. 9 % (5) studentů se těšili na specifičnost práce a 2 % (1) studentů na chod oddělení. Graf č. 23 znázorňuje, že 65 % (37) studentek se těšily na nové zkušenosti, 18 % (10) studentek na pacienty a kolektiv, 13 % (7) studentek na specifičnost práce, 2 % (1) studentek na chod oddělení a 2 % (1) studentek zvolily odpověď jiné a odpověděly, že rády pracují s tímhle typem lidí.

**Položka č. 13: Při plnění odborné praxe jste se zaměřil/a na:**

Tabulka 13 Zaměření studentů na praxi

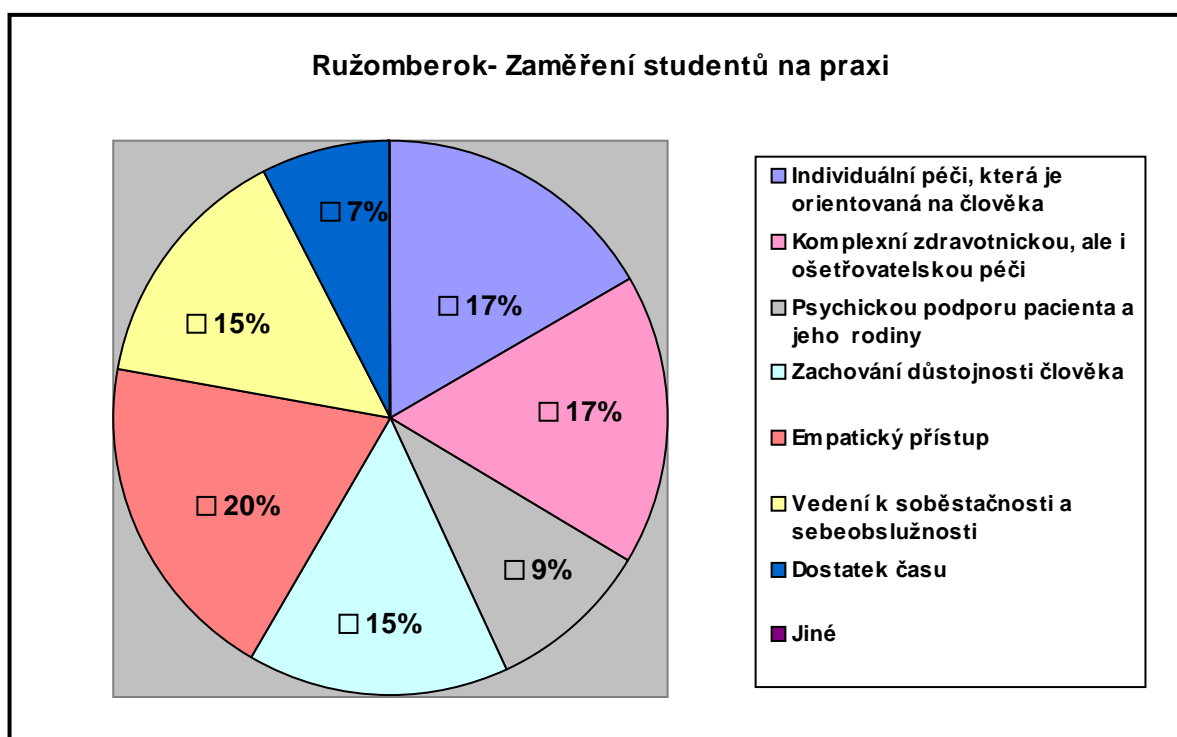
Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Individuální péči, která je orientovaná na člověka	12	11,75	25	16,78
Komplexní zdravotnickou, ale i ošetrovatelskou péči	25	24,51	25	16,78
Psychickou podporu pacienta a jeho rodiny	5	4,90	14	9,40
Zachování důstojnosti člověka	19	18,63	23	15,44
Empatický přístup	19	18,63	29	19,46
Vedení člověka k soběstačnosti a sebeobslužnosti	16	15,70	22	14,76
Dostatek času na pacienta	6	5,88	11	7,38
Jiné	0	0	0	0
Celkem	102	100	149	100

Graf č. 24 Zlín- Zaměření studentů na praxi



Graf č. 24 znázorňuje, na co se studenti zaměřili při plnění odborné praxe na tomto oddělení. 24 % (25) studentů se zaměřilo na komplexní, zdravotnickou a ošetrovatelskou péči, 19 % (19) studentů na empatický přístup, 18 % (19) studentů na zachování důstojnosti. Důležitou úlohou bylo také vedení pacienta k soběstačnosti a sebeobslužnosti, na to se zaměřovalo 16 % (16) studentů, 12 % (12) studentů na individuální péči, která je orientovaná na člověka, 6 % (6) studentů chtělo mít dostatek času a 5 % (5) studentů podporovali pacienta a jeho rodinu z psychologického hlediska. V této položce se absolutní četnost rovná počtem zodpovězených odpovědí, protože studenti mohli označit více než jednu položku.

Graf č. 25 Ružomberok- Zaměření studentů na praxi



Z grafu č. 25 můžeme vyčíst, že 20 % (29) studentek se při plnění odborné praxe zaměřily na empatický přístup, 17 % (25) studentek braly člověka jako individuální osobnost, 17 % (25) studentek se zaměřily na komplexní zdravotnickou, ale i ošetrovatelskou péči. Zachování důstojnosti pacienta bylo důležité pro 15 % (23) studentek, 15 % (22) studentek vedlo pacienta k soběstačnosti a sebeobslužnosti. 9 % (14) studentek podporovaly pacienta a jeho rodinu po psychické stránce a dostatek času byl důležitý pro 7 % (11) studentek.

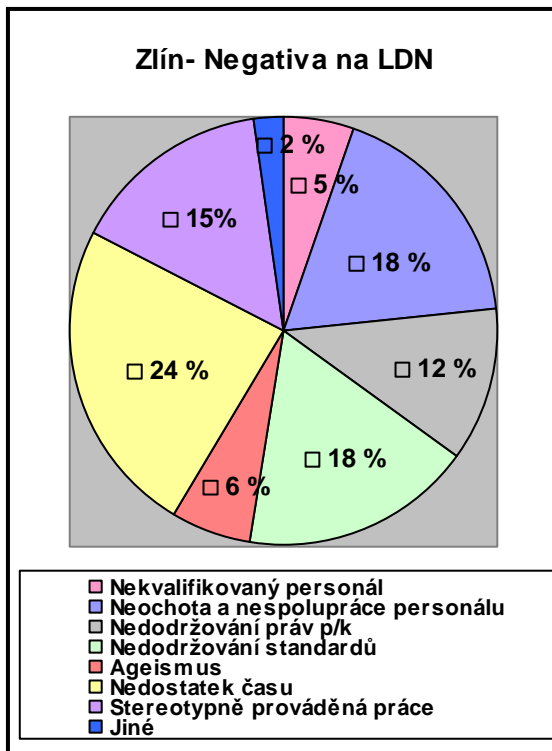


**Položka č. 14: Setkal/a jste se i s negativními stránkami?**

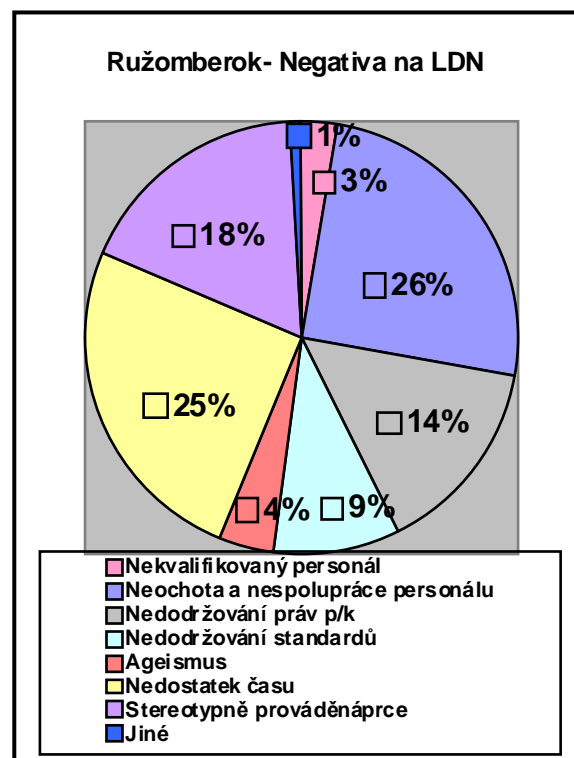
Tabulka 14 Negativa na LDN

Negativa	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Nekvalifikovaný personál	9	5,26	4	2,88
Neochota a nespolupráce zdravotnického personálu	31	18,13	35	25,18
Nedodržování práv pacientů	20	11,70	20	14,39
Nedodržování standardů	30	17,54	13	9,36
Ageismus	10	5,85	6	4,32
Nedostatek času	41	23,98	35	25,18
Stereotypně prováděná práce bez individuálního přístupu	26	15,20	25	17,96
Jiné	4	2,34	1	0,73
Celkem	171	100	139	100

Graf č. 26 Zlín- Negativa na LDN



Graf č. 27 Ružomberok- Negativa na LDN



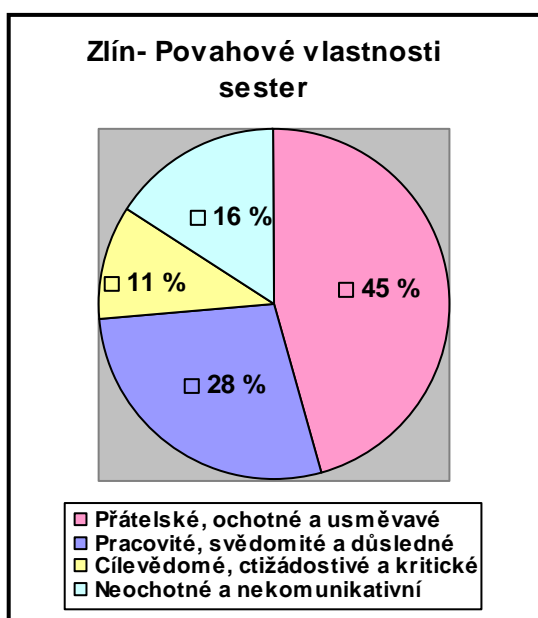
V této položce se zkoumaly negativní stránky léčeben pro dlouhodobě nemocné. V této položce se absolutní četnost rovná počtem zodpovězených odpovědí, protože studenti mohli označit více než jednu položku. Až neuvěřitelné je, že v celkovém průměru označil každý student tři položky. A jen pár studentů uvedlo, že se nesetkali s žádnými negativy. Z grafu č. 26 vyplývá, že 24 % (41) studentů mělo nedostatek času, 18 % (31) studentů se setkali s neochotou a nespolupráci personálu, 18 % (30) studentů si všimli nedodržování příslušných standardů a 15 % (26) studentů stereotypně prováděné práce bez individuálního přístupu. Nedodržování práv pacientů se zdálo 12 % (20) studentům a 6 % (10) studentům se jevila diskriminace sester vůči pacientovi (ageismus). 5 % (9) studentů si myslí, že je zde nekvalifikovaný personál a 2 % (4) studentů uvedli položku jiné a odpověděli, že se nesetkali s negativními stránkami. Graf č. 27 znázorňuje, že se 25 % (35) studentek setkaly s neochotou a nespolupráci zdravotnického personálu a 25 % (35) studentek měly nedostatek času. Stereotypně prováděnou práci bez individuálního přístupu označilo 18 % (25) studentek, 14 % (20) studentek se setkalo s nedodržováním práv pacientů a 9 % (13) studentek si myslí, že nebyly dodržovány standardy. S ageismem se střetly 4 % (6) studentek a 3 % (4) studentek si myslí, že je zde nekvalifikovaný personál. Jen 1 % (1) studentek označily položku jiné, neboli se nesetkaly s žádnými negativy.

**Položka č. 15: Jaké povahové vlastnosti sester převládaly na tomto oddělení:**

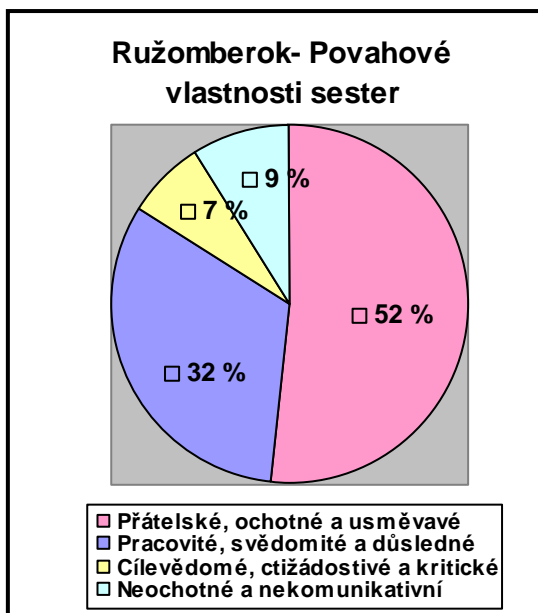
Tabulka 15 Povahové vlastnosti sester

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Přátelské, ochotné a usměvavé	26	45,61	29	51,79
Pracovité, svědomité a důsledné	16	28,07	18	32,14
Cílevědomé, ctižádostivé a kritické	6	10,53	4	7,14
Neochotné a nekomunikativní	9	15,79	5	8,93
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 28 Zlín- Povahové vlastnosti sester



Graf č. 29 Ružomberok- Povahové vlastnosti sester



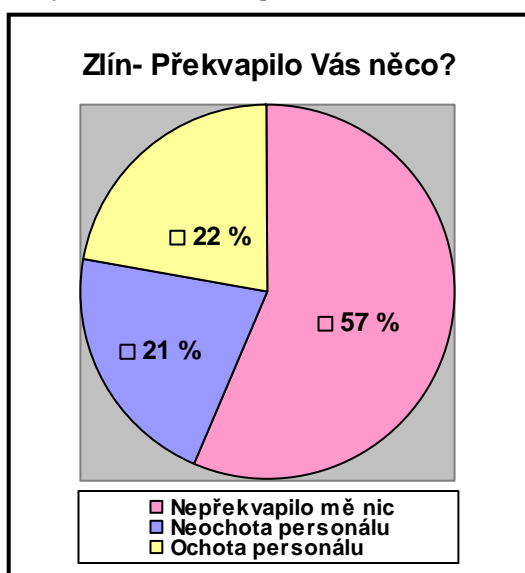
Z průzkumného šetření se zjistilo, že sestry pracující na LDN mají z větší části kladné povahové vlastnosti. Z grafu č. 28 vyplývá, že 45 % (26) studentů si myslí, že jsou sestry přátelské, ochotné a usměvavé, 28 % (16) sester jsou pracovité, svědomité a důsledné. Také jsou zde sestry neochotné a nekomunikativní, to si myslí 16 % (9) studentů a 11 % (6) studentů je hodnotí jako cílevědomé, ctižádostivé a kritické. Graf č. 29 znázorňuje, že 52 % (29) sester jsou přátelské, ochotné a komunikativní, 32 % (18) sester jsou pracovité, svědomité a důsledné. Dále si 9 % (5) studentek myslí, že jsou sestry neochotné a nekomunikativní a 7 % (4) studentek se domnívá, že jsou cílevědomé, ctižádostivé a kritické.

### Položka č. 16: Překvapilo Vás něco (pozitivním či negativním slova smyslu)? Co to bylo?

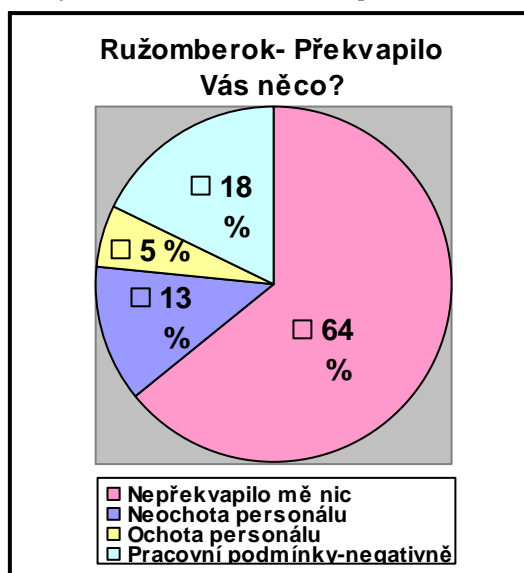
Tabulka 16 Překvapilo Vás něco

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Nepřekvapilo mě nic	32	56,14	36	64,29
Neochota personálu	12	21,05	7	12,5
Ochota personálu	13	22,81	3	5,36
Pracovní podmínky- negativně	0	0	10	17,85
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 30 Zlín- Překvapilo Vás něco



Graf č. 31 Ružomberok- Překvapilo Vás něco



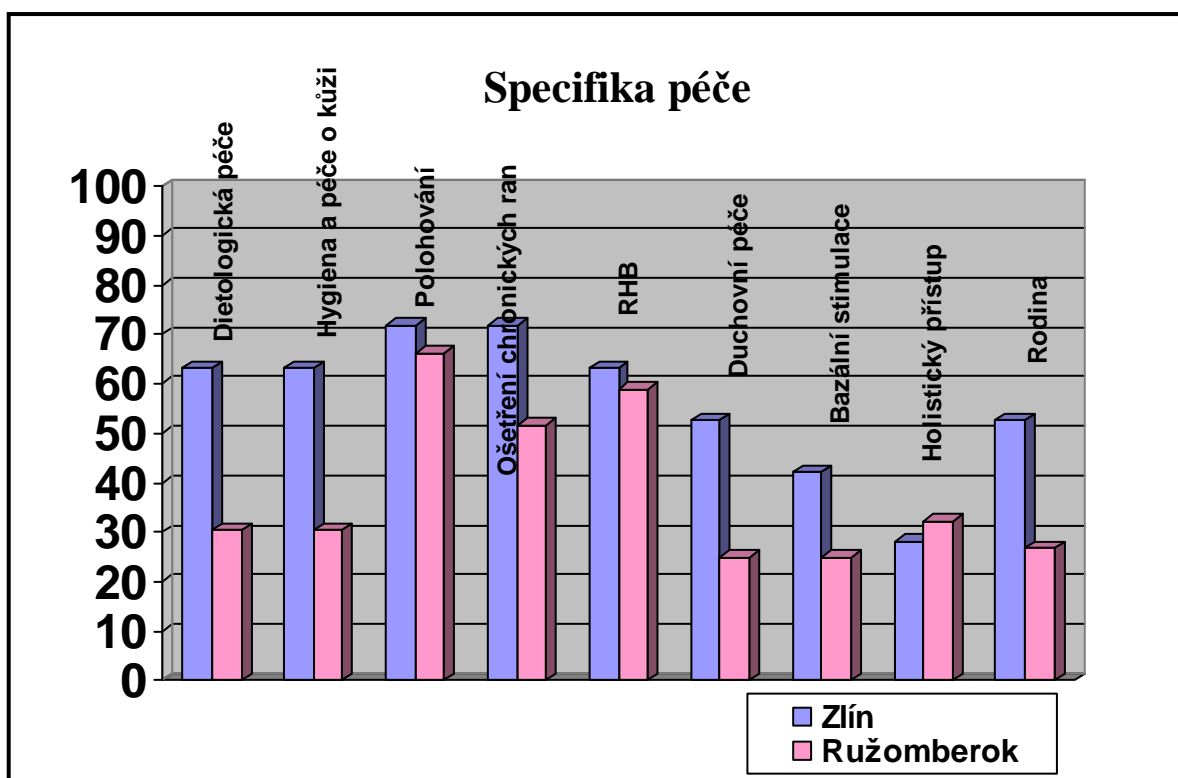
Z grafu č. 30 vyplývá, že 57 % (32) studentů nepřekvapilo nic. 22 % (13) studentům se líbila ochota personálu především dodržování standardů, empatický přístup sester a dobře sestavený harmonogram práce. 21 % (12) studentům se nelíbila ochota personálu a to zejména neetický přístup k pacientovi. Jedna studentka odpověděla: „*Jednají s nimi, jako by byli hloupé děti*”. Nebo sestra popletla léky a řekla: „*On je starý, jeho to už nespasí*”. Dále graf č. 31 znázorňuje, že 64 % (36) studentek nepřekvapilo nic. 18 % (10) studentek se nelíbily pracovní podmínky a to: nedostatek času, nedostatek materiálu a pomůcek a nedostatek rehabilitačních sester. Jedna studentka odpověděla: „*Většinou všetky pomôcky, si museli kupovať pacienti. Tí, ktorí na to nemali peniaze, ich jednoducho nemali. Išlo hlavne o plienky*”. 13 % (7) studentek se nelíbila ochota personálu a 5 % (3) studentek se právě ochota personálu líbila.

**Položka č. 17: Jaká specifika zahrnuje péče o pacienta na LDN:**

Tabulka 17 Specifika péče

Oblast specifík	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Dietologická péče	36	63,16	17	30,35
Celkem	57	100	56	100
Hygienická péče	41	71,93	37	66,07
Celkem	57	100	56	100
Polohování	41	71,93	29	51,76
Celkem	57	100	56	100
Ošetření chronických ran	35	61,40	22	39,26
Celkem	57	100	56	100
RHB péče	36	63,16	33	58,93
Celkem	57	100	56	100
Duchovní péče	30	52,63	14	25
Celkem	57	100	56	100
Bazální stimulace	24	42,11	14	25
Celkem	57	100	56	100
Holistický přístup	16	28,07	18	32,14
Celkem	57	100	56	100
Rodina	30	52,63	15	26,79
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 32 Specifika péče



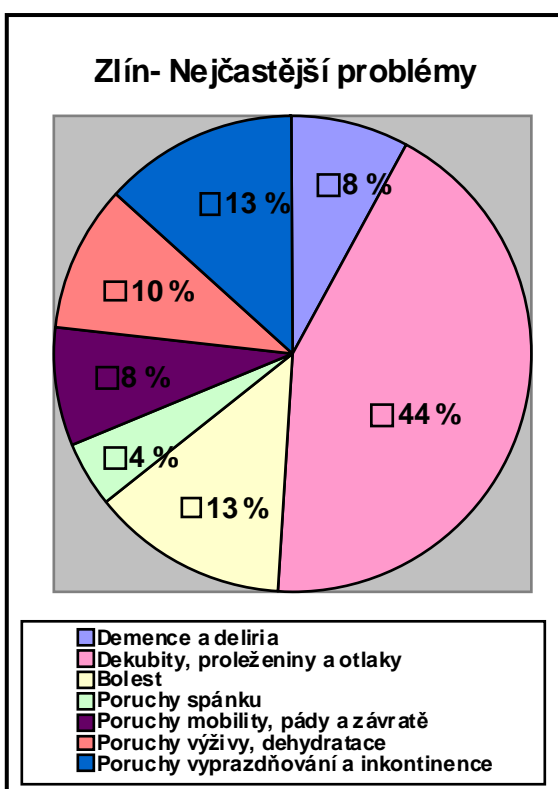
Každá oddělení má svá specifika. Studenti měli označit, jaká specifika se vyskytují v léčebně pro dlouhodobě nemocné a měli napsat, na co se tahle péče soustředí. V grafech je znázorněné, ve kterých oblastech se tato péče nejčastěji vyskytuje. Z grafu č. 32 vyplývá, že péče o pacienty je komplexní a spočívá v naplnění všech pacientových potřeb (bio-psycho-sociálních a spirituálních). Dietologická péče (63 % Zlín, 30 % Ružomberok) spočívá především ve stanovení správné diety, využití doplňků stravy (nutridrinky, nutrisony) a v edukaci pacienta trpící diabetes mellitus (cukrovkou). Hygienická péče a péče o kůži (72 % Zlín, 66 % Ružomberok) musí být prováděná pravidelně. Používají se speciální pomůcky jako pojízdné vany, madla a protiskluzové podložky. Kůže se musí promazávat speciálními prostředky (mýdla, krémy, oleje, masti). Polohování (72 % Zlín, 52 % Ružomberok) se provádí každé 2 hodiny pomocí polohovacích pomůcek (antidekubitní matrace, klíny) a vše se zaznamenává do dokumentace. Ošetření chronických ran označilo 61 % studentů ze Zlína a 39 % studentek z Ružomberoku. Napsali, že existují nové a kvalitní pomůcky, kdy se využívá vlhké hojení ran. Nejvíce se objevují bércové vředy. Rehabilitace je velice důležitá, to označilo 63 % studentů ze Zlína a 59 % z Ružomberoku. Na oddělení chodí denně rehabilitační sestra a vede pacienta k nácvičku sedu, polosedu, sezení a chůze. Své místo má i duchovní péče (53 % Zlín, 25 % Ružomberok). Možnost zařadit kněze či mši. V některých nemocnicích se využívá bazální stimulace (42 % Zlín, 25 % Ružomberok) především prostřednictvím doteku a stimulace a vede k uklidnění a relaxaci pacienta. Holistický přístup označilo pouze 28 % studentů ze Zlína a 32 % studentek z Ružomberoku (empatie a respektování osobnosti). Spolupráce s rodinou má blahodárný vliv na zlepšení zdravotního stavu pacienta (53 % Zlín, 27 % Ružomberok).

**Položka č. 18: Které z těchto problémů jste nejčastěji řešil/a:**

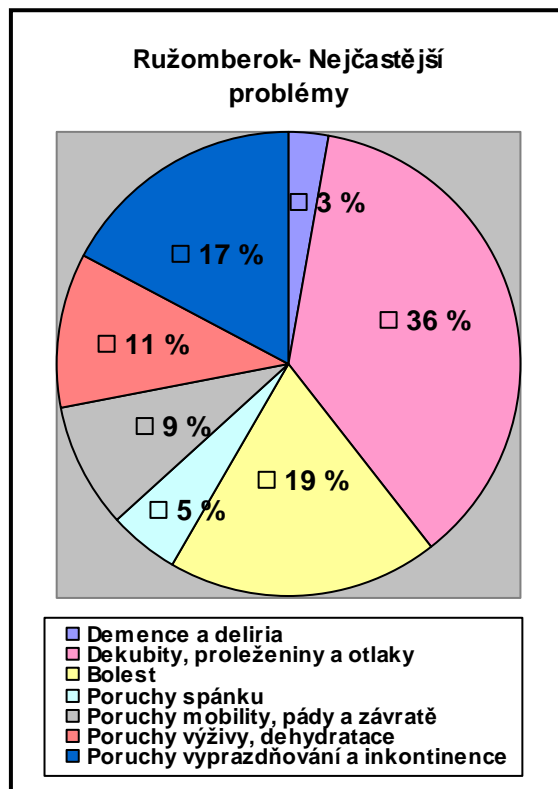
Tabulka 18 Nejčastější problémy

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Demence a deliria	9	8,03	4	2,88
Dekubity, proleženiny, otlaky	48	42,87	51	36,69
Bolest	15	13,39	26	18,70
Poruchy spánku	5	4,46	7	5,04
Poruchy mobility, pády, závratě	9	8,04	12	8,63
Poruchy výživy, dehydrataci	11	9,82	15	10,79
Poruchy vyprazdňování, inkontinenci	15	13,39	24	17,27
Celkem	112	100	139	100

Graf č. 33 Zlín- Nejčastější problémy



Graf č. 34 Ružomberok- Nejčastější problémy



Tato položka řeší nejčastější problémy v léčebnách dlouhodobě nemocných. V této položce se absolutní četnost rovná počtem zodpovězených odpovědí, protože studenti mohli označit více než jednu položku. Z Grafu č. 33 vyplývá, že 44 % (48) studentů si myslí, že mezi nejčastější problémy patří dekubity, proleženiny a otlaky, 13 % (15) studentů označili bolest, 13 % (15) studentů se setkali s poruchami vyprazdňování a inkontinencí. Poruchy výživy a dehydrataci řešilo 10 % (11) studentů, s poruchou mobility se setkala 8 % (9) studentů, 8 % (9) studentů si všimlo demenci a deliria a 4 % (5) studentů poruchy spánku. Graf č. 34 znázorňuje, že 36 % (51) studentek řešily dekubity, proleženiny a otlaky, 19 % (26) studentek bolest, 17 % (24) studentek si všimly poruchy vyprazdňování a inkontinenci a 11 % (15) studentek poruchy výživy a dehydrataci. Dalšími častými problémy byly poruchy mobility, pády a závratě, to označilo 9 % (12) studentek, poruchy spánku 5 % (7) studentek a s demencí a deliriem se setkaly 3 % (4) studentek.

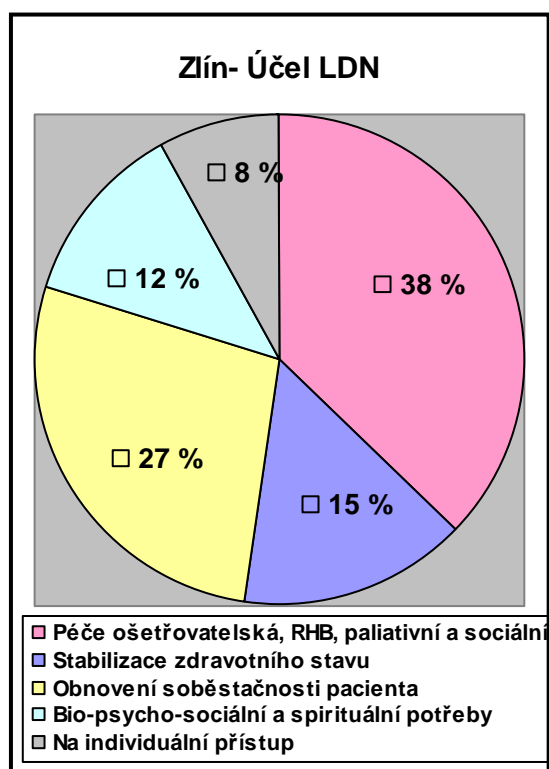
**Položka č. 19: Na co je kladen největší důraz na tomhle oddělení podle Vašeho uvážení:**

Tabulka 19 Účel LDN

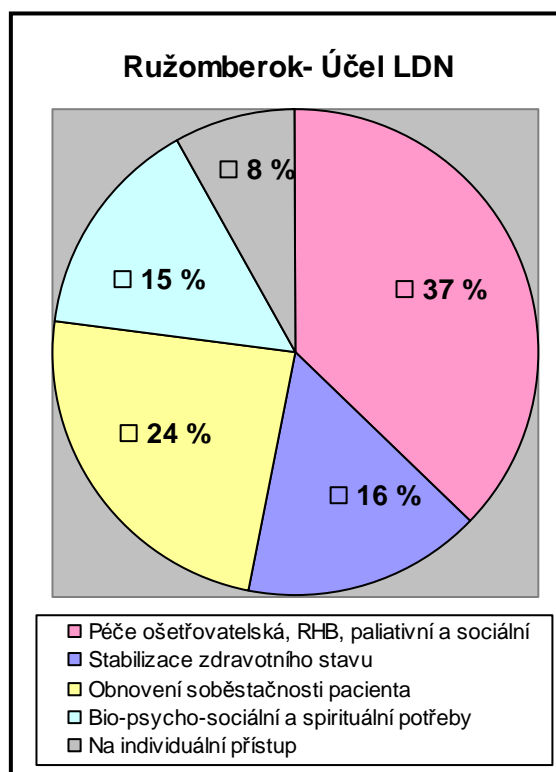
Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Na péči ošetřovatelskou, RHB, paliativní a sociální	42	37,17	42	37,17
Na stabilizaci zdravotního stavu	17	15,04	18	15,93
Na obnovení soběstačnosti pacienta	31	27,43	27	23,89
Na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby	14	12,39	17	15,04
Na individuální přístup	9	7,97	9	7,97
Jiné	0	0	0	0
Celkem	113	100	113	100



Graf č. 35 Zlín- Účel LDN



Graf č. 36 Ružomberok- Účel LDN



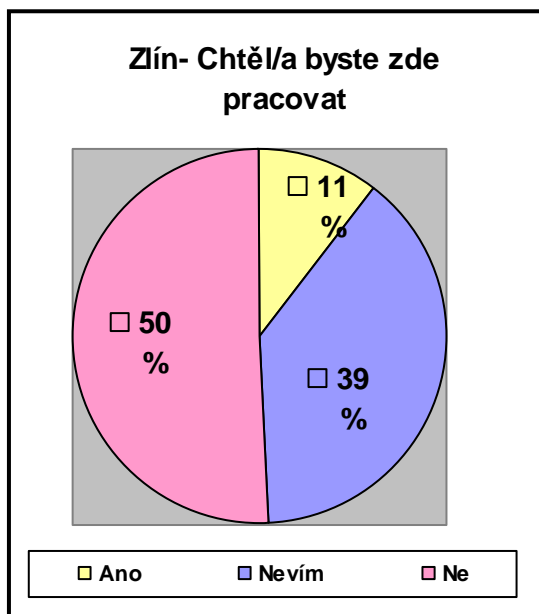
Účel léčení dlouhodobě nemocných byl v minulosti pojat z jiného hlediska. Z průzkumného šetření mile vyplynulo, že mnoho studentů ví, jaký je kladen největší důraz na tomto oddělení a také ví, na co se LDN zaměřují. Oba grafy jsou si velice podobné, ba i dokonce skoro shodné. Z grafu č. 35 můžeme vyčíst, že se nejvíce zaměřuje na péči ošetrovatelskou, rehabilitační, paliativní a sociální, to určilo 38 % (24) studentů. 27 % (31) studentů označilo, že je velký důraz také kladen na obnovení soběstačnosti a sebeobslužnosti pacienta. Dalších 15 % (17) studentů si myslí, že zde dochází ke stabilizování zdravotního stavu a 12 % (14) studentů na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. 8 % (9) studentů upřednostňuje individuální přístup zdravotnického personálu k pacientovi. Graf č. 36 poukazuje na to, že 37 % (42) studentek označilo péči ošetrovatelskou, rehabilitační, paliativní a sociální. 24 % (27) studentek se domnívá, že je kladen důraz na vedení pacienta k soběstačnosti a sebeobslužnosti. Stabilizaci zdravotního stavu vnímá 16 % (18) studentek a 15 % (17) studentek upřednostňuje bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Posledních 8 % (9) studentek si myslí, že je důraz kladen na individuální přístup zdravotnického personálu k pacientovi. Ten by měl být ale samozřejmostí u každého pacienta.

**Položka č. 20: Chtěl/a byste zde v budoucnu pracovat?**

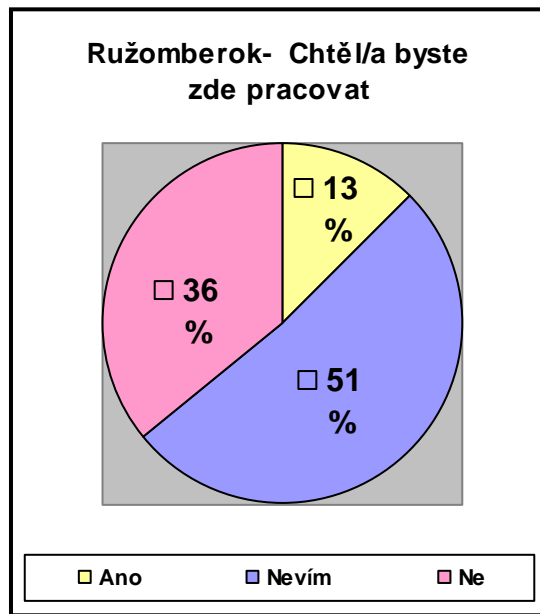
Tabulka 20 Budoucí zaměstnání

Odpověď	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Ano, mám rád/a tyto typy oddělení	6	10,53	7	12,5
Nevím, ještě nemám ujasněné, kde bych chtěl/a pracovat	22	38,60	29	51,79
Ne, mám raději jiné typy oddělení	29	50,87	20	35,71
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 37 Zlín- Budoucí zaměstnání



Graf č. 38 Ružomberok- Budoucí zaměstnání



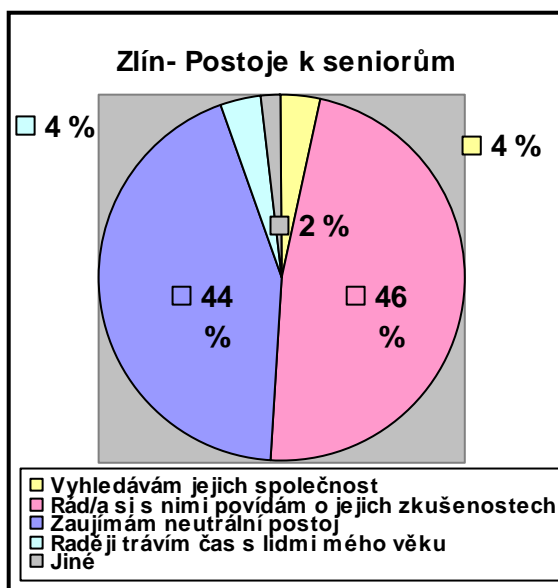
Z grafu č. 37 vyplývá, že 50 % (29) studentů by nechtělo v léčebnách dlouhodobě nemocných pracovat, protože mají rádi jiné typy oddělení. 39 % (22) studentů nemá ujasněné, kde by chtěli pracovat a pouhých 11 % (6) studentů by zde chtěli pracovat, protože mají rádi tyto typy oddělení. Graf č. 38 znázorňuje, že 51 % (29) studentek nemá ujasněné, kde by chtěly pracovat, 36 % (20) studentek mají rády jiné typy oddělení a pouhých 13 % (7) studentek by zde chtěly pracovat.

**Položka č. 21: Jaký zaujímáte postoj ke starým lidem**

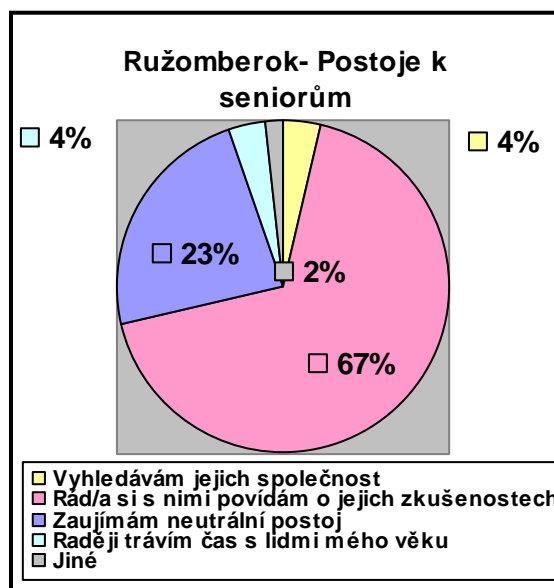
Tabulka 21 Postoje k seniorům

Postoj k seniorům	Zlín		Ružomberok	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Vyhledávám jejich společnost	2	3,51	2	3,57
Rád/a si s nimi povídám o jejich zkušenostech	27	47,37	38	67,86
Zaujímám neutrální postoj	25	43,86	13	23,21
Raději trávím čas s lidmi mého věku	2	3,51	2	3,57
Jiné	1	1,75	1	1,79
Celkem	57	100	56	100

Graf č. 39 Zlín- Postoje k seniorům



Graf č. 40 Ružomberok- Postoje k seniorům



Důležitou roli v tomto oboru hrají postoje k seniorům. Z grafu č. 39 vyplývá, že 56 % (27) studentů si rádi vypráví se seniory, a to především o jejich životě a zkušenostech, 44 % (25) studentů zaujímá neutrální postoj, 4 % (2) studentů vyhledává jejich společnost, 4 % (2) studentů tráví svůj čas raději s lidmi svého věku a 2 % (1) studentů tráví čas se svými prarodiči (odpověď jiné). Graf č. 40 znázorňuje, že 67 % (38) studentek si rády se seniory povídají o jejich životě a zkušenostech, 23 % (13) studentek zaujímá neutrální postoj, 4 % (2) studentek raději tráví čas s lidmi svého věku, 4 % (2) studentek vyhledává společnost seniorů a 2 % (1) studentek odpověděly: „Mám rada prácu so starými ľudmi, ani neviem prečo, asi mám pre nich slabosť.“

**Položka č. 22: Prostor pro Vaše vyjádření (pokud chcete něco doplnit)**

Tahle položka směřovala k vyjádření vlastních pocitů studentů a studentek. Překvapivé bylo, že se do této problematiky více zapojily studentky z Ružomberoka než studenti ze Zlína (pouze jeden student). Jejich přesné názory jsem opsala, protože jsou velice zajímavé.

Ružomberok:

*„Praca s týmito ľuďmi ja veľmi nročna ale krásna. ”*

*„Stále sa o tomto iba píše, ale skutok-utek. malo by sa íeco robiť pre ozaj zefektívnenie starostlivosti o pacientov v takomto zariadení. ”*

*„Mam rada tieto oddelenia-clovek moze prejavit lasku pacientom, porozpravat sa snimi, oni su vacssinou len poteseni. ”*

*„Podľa mňa by sa takýmto pacientom mali venovať viac a brať väčší ohľad na neho. Starostlivosť je nedostatočná. ”*

*„Myslím, že by sa tu malo viac dbať na využívanie konceptu bazálnej stimulácie, viac sa sústrediť na spoluprácu s rodinou a venovať pacientom viac času. ”*

*„Je dôležitá starostlivosť o pacinetov v LDCH avšak dôraz by sa mal klásť hlavne na polohovanie a hygienu. Je smutné že keď príde rodina do izby pacienta, jeden den ho vidí ako usmiateho a druhý den leží bez pohnutia na posteli, zasondovaný bez známok mimiky (zanedbaná staroslivosť). a rodina sa pýta :Prečo? ”*

Zlín:

*„Moc se mi líbí tato práce s touto skupinou pacientů, ale často zde dochází k syndromu vyhoření. ”*

## DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala metodou dotazníkového šetření povědomí studentů o specifikách práce sestry v léčebnách dlouhodobě nemocných. Také jsem porovnávala zkušenosti studentů UTB ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra a Katolické univerzity v Ružomberoku, studijního oboru Ošetrovatelství, s průběhem odborné praxe v tomto zařízení. Stanovila jsem si čtyři cíle.

Cíl č. 1. Zjistit, zdali studenti umí charakterizovat léčebnu dlouhodobě nemocných a jestli ví, jaký je účel těchto oddělení. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 5, 6, 7, 8 a 19. Z průzkumného šetření vyplývá, že většina studentů umí popsat charakter LDN. Ví, že zde leží pacienti, kteří potřebují dlouhodobou péči, ale také mají v povědomí, že tu neleží „na pořad“, nýbrž k doléčení a rehabilitaci. S touto problematikou se setkali až ve škole v ošetrovatelských předmětech nebo ve škole v souvislosti s praxí. Musím konstatovat, že mě tato skutečnost, která vyplynula z odpovědí respondentů, velice příjemně překvapila.

Cíl č. 2. Zjistit zkušenosti studentů s praxí v léčebně dlouhodobě nemocných. Tento cíl je velice obsáhlý, proto je rozdělený do dvou kategorií. První kategorie zkoumá představy studentů ještě před nástupem na praxi. K tomu se vztahovaly otázky č. 10, 11 a 12. Více než tři čtvrtě studentů a studentek měli nějaké obavy před nástupem na praxi, zejména z nového prostředí a z náročnosti práce, ale na druhou stranu se těšili na nové zkušenosti. Druhá kategorie popisuje, jaké měli studenti pocity z těchto typů oddělení. K tomuto cíli směřovaly otázky č. 9, 13, 14, 15 a 16. Více než polovině studentům se na oddělení líbilo. Nejen z důvodu velice dobré spolupráce s kolektivem, ale také z důvodu toho, že se mohli soustředit na všechny pacientovy potřeby, bio-psycho-sociální a spirituální. Negativa se samozřejmě také našla. V průměru každý student označil tři negativní situace, se kterými se na oddělení setkal. Odpovědi ale byly velice různorodé.

Cíl č. 3. Zjistit, zdali studenti vědí, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v léčebně dlouhodobě nemocných. K tomuto cíli směřovaly položky č. 17 a 18. Studenti měli označit, jaká specifika se na LDN vyskytují a měli napsat, na co se tahle péče soustředí. Studenti nejvíce označili, že specifikum péče na těchto odděleních je především v oblasti hygienické péče, rehabilitace, polohování a v ošetrování chronických ran.

Cíl č. 4. Porovnat názory studentů UTB ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra s názory studentů Katolické univerzity v Ružomberoku, studijního oboru Ošetrovatel-

ství. Z celkové analýzy se zjistilo, že názory respondentů z obou vysokých škol nebyly výrazně odlišné, ba naopak byly skoro shodné.

## ZÁVĚR

Má bakalářská práce se zaměřuje na práci sester v léčebnách dlouhodobě nemocných, a to z pohledu studenta. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsem se zaměřila na proces stárnutí a vysvětlila jsem rozdíly mezi pojmy geriatrie a gerontologie. Upřesnila jsem strukturu a způsoby zajištění geriatrické péče. Dále jsem se zabývala historií léčeben dlouhodobě nemocných a jejich účelem. V poslední řadě jsem specifikovala odlišnosti ošetrovatelské péče u pacientů a popsala jsem praxi studentů na LDN.

V praktické části jsem srovnávala zkušenosti studentů UTB ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra a Katolické univerzity v Ružomberoku, studijního oboru Ošetrovatelství, s praxí na LDN, a to pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky všeobecným sestram na UTB ve Zlíně jsem rozdala osobně z důvodu větší návratnosti. Studenti Katolické univerzity v Ružomberoku dotazníky vyplňovali online na internetu a z jejich odpovědí bylo patrné, že je tohle téma zajímavé, a že se rádi podělí o své zkušenosti a názory. K průzkumu byly stanoveny čtyři cíle, které se vztahovaly k dané problematice. Prvním cílem bylo zjistit, zdali studenti umí charakterizovat léčebnu dlouhodobě nemocných a jestli ví, jaký je účel těchto oddělení. Druhým cílem bylo zjistit, jaké mají studenti zkušenosti s praxí na tomhle oddělení. Třetí cíl směřoval k tomu, jestli studenti vědí, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče na LDN. A poslední cíl porovnával názory studentů obou vysokých škol. Jejich názory nebyly výrazně odlišné, spíše skoro stejné. Všeobecně lze říci, že se studenti orientují v této problematice a umí vysvětlit, co LDN znamená a jací pacienti jsou zde hospitalizováni. Z praxe znají specifika péče na tomhle oddělení a umí je popsat. Konkrétní vyhodnocení cílů je probráno na straně 65.

Musím se ale pozastavit nad jednou věcí, která mě nemile překvapila. Mrzí mě, že by zde chtělo pracovat pouhých 12 % (v průměru) studentů (Zlín 11 %, Ružomberok 13 %). Ostatní studenti odpověděli, že mají rádi jiné typy oddělení (Zlín 50 %, Ružomberok 36 %) nebo nemají ujasněné, kde by chtěli pracovat (Zlín 39 %, Ružomberok 51 %). Bohužel jsem se nedozvěděla, čím je to zapříčiněné, ale myslím si, že v tomhle věku dávají přednost spíše akčnějším oddělením, aby mohli získat více odborných zkušeností, a možná za nějaký čas přehodnotí své názory a budou pracovat na tomhle typu oddělení.

Vzhledem k výsledkům, které mě i tak mile překvapily, musím říci, že se mi výborně spolupracovalo se studenty obou vysokých škol. Komunikace s Katolickou univerzi-

tou byla výborná. Byli velice ochotní a milí. I na UTB byli přátelští a vyšli mi vstříc. Také musím zmínit studenty, kteří k danému dotazníku přistupovali poctivě a důsledně při jeho vyplňování.

Vypracování této práce mi dalo hodně poznatků a dalších zkušeností, jak teoretických, tak i praktických. Nejvíce mě bavilo čtení dotazníků, zejména otázek, které měly volné odpovědi. Rozšířila jsem si tím svůj obzor nejen o názorech studentů ze Zlína, nýbrž i o názorech studentů z Ružomberoka.

Výsledky bakalářské práce poskytnu ředitelkám/ vedoucí katedře obou vysokých škol, aby spolu mohly spolupracovat a předávat si zkušenosti a názory. Tímto jim velice děkuji za jejich spolupráci a za jejich čas.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN: 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-471-3.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 2. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN: 80-86541-12-6.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3213-8.

ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2004. *Psychologie a pedagogika II*. Vyd. 1. Praha: Informatorium. ISBN: 80-7333-028-8.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2150-7.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN: 80-7254-329-6.

KALVACH, Zdeněk et al, 2004. *Gerontologie a geriatricie*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáři: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk et al, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-247-4026-3.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2169-9.

KUBEŠOVÁ, Hana a Lubomír HOUDEK, 2009. *Akutní stavy v geriatricii*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-620-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3604-4.

- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1284-9.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3171-1.
- MATOUŠEK, Oldřich, 1999. *Ústavní péče*. Praha: Slon. ISBN: 80-85850-76-1.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-436-4.
- NAVRÁTIL, Leoš et al, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2319-8.
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1295-4.
- PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ, 1981. *Gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum. ISBN: neuvedeno.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN. 978-80-247-3271-8.
- POLEDNÍKOVÁ, Ľubica et al, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. ISBN: 80-8063-208-1.
- ROZSYPALOVÁ, Marie, Eva HALADOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2002. *Ošetrovatelství II*. Praha: Informatorium. ISBN: 80-86073-97-1.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3013-4.
- STUART-HAMILTON, Ian, 1990. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-274-2.
- SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří*. Vyd. 1. Praha: Slon. ISBN: 978-80-86429-62-5.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al, 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN: 80-246-1091-4.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-365-6.

ULRICOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN: 978-80-7041-743-0.

### **Internetové zdroje:**

AMBLER, Zdeněk, 2012. *Neurologické problémy ve starším věku. Postgraduální medicína* [online]. Praha: Mladá fronta. 2012, roč. 14, č. 2, s. 201-206, [Cit. 2012-03-21]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/neurologicke-problemy-ve-starsim-veku-463473>.

BUJALCOVÁ, Darina, 2002. *Oko ve stáří. Postgraduální medicína*[online]. Praha: Mladá fronta. 2002, roč. 4, č. 7, s. 759-761,[Cit. 2012-03-22]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/oko-a-stari-148696>.

ČESKÁ GERIATRICKÁ REVUE [online časopis], 2003. *Historické mezníky geriatric*. Brno: Ambit. 2003, roč. 1, č. 1, s. 5, [Cit. 2012-03-07]. ISSN:1801-8661. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr\\_03\\_01\\_09.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_03_01_09.pdf).

FRNKOVÁ, Vanda, 2007. *Delirium ve vyšším věku. Psychiatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. 2007, roč. 8, č. 2, s. 56-59, [Cit. 2012-03-20]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatricpropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/02.pdf>.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2006. *Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům. Komfort* [online]. Želečovice: Linet. 2006, roč. 3, č. 3, s. 4-6, [Cit. 2012-03-24]. ISSN: Ne-ní. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/komfort-3-2006.pdf>.

GEORGETOWN UNIVERSITY, 2003. *Who Leeds long-term care* [online]. Washington: Health Policy Institute.[Cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://lhc.georgetown.edu/pdfs/whois.pdf>.

HOLMEROVÁ, Iva a Božena JURÁŠKOVÁ, 2010. *Geriatric 2010. Česká geriatrická revue* [online]. Brno: Ambit. 2010, roč. 8, č. (1-2), s. 7-9, [Cit. 2012-03-07]. ISSN: 1801-8661. Dostupné z: [http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_10\\_01\\_02.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_10_01_02.pdf).

HRNČIARIKOVÁ, Dana, Božena JURÁŠKOVÁ a Zdeněk ZADÁK, 2008. *Sarkopenie ve stáří. Lékařské listy* [online časopis]. 2008, č. 19, s. 18, [Cit. 2012-03-15]. Praha: Mladá fronta. ©2008-2012. ISSN: 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sarkopenie-ve-stari-389728>.

JURÁŠKOVÁ, Božena, 2003. *Dehydratace- rizikový faktor onemocnění ve stáří. Česká geriatrická revue* [online]. Brno: Ambit. 2003, roč. 1, č. 1, s. 17-19, [Cit. 2012-03-16]. ISSN: 1801-8661. Dostupné z: [http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_03\\_01\\_03.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_03_01_03.pdf).

JURÁŠKOVÁ, Božena. *Poruchy výživy ve stáří. Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. 2007, roč. 4, č. 11, s. 443-446, [Cit. 2012-03-16]. ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>.

KRHUT, Jan a Karel MAINER, 2002. *Inkontinence ve stáří- zvláštní diagnostiky a léčby. Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. 2002, roč. 3, č. 2, s. 56-61, [Cit. 2012-03-18]. ISSN: 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2002/02/04.pdf>.

LENOCHOVÁ, Věra, 2010. *Stáří a co dál. Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. 2010, roč. 7, č. 3, s. 152-154, [Cit. 2012-03-07]. ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/03/14.pdf>.

RESSNER, Pavel, Jiří KONRÁD a Petra BÁRTOVÁ, 2011. *Delirium u geriatrických nemocných. Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen. 2011, roč. 12, č. 5, s. 304-309, [Cit. 2012-03-20]. ISSN:1803-5280. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/6ff62630b02b0d3018b305c4501bafb2.pdf>.

TOPINKOVÁ, Eva, 2004. *Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. Česká geriatrická revue* [online]. Brno: Ambit. 2004, roč. 2, č. 1, s. 14-21, [Cit. 2012-03-22]. ISSN: 1801-8661. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr\\_04\\_01\\_01.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_04_01_01.pdf).

THOMEYEROVA NEMOCNICE, 2010. Historie. *Ftn.cz*. Thomayerova nemocnice si připomíná 80. výročí založení Masarykových domovů [online].[©2009] [Cit. 2012-03-07]. Dostupné z: [http://www.ftn.cz/fileadmin/ftn/O\\_nemocnici/Dokumenty/TZ\\_vyroci.pdf](http://www.ftn.cz/fileadmin/ftn/O_nemocnici/Dokumenty/TZ_vyroci.pdf).

Veřejný ochránce práv OMBUDSMAN, 2010. *Ochrance. cz. Limit 90 dní v LDN neexistuje* [online]. Brno: Kancelář veřejného obhájce práv. ©2010 [Cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/limit-90-dni-v-ldn-neexistuje/>.

VOHLÍDKOVÁ, Monika, 2009. *Poruchy sluchu ve stáří. Interní medicína pro praxi* [online]. Praha: Solen. 2009, roč. 11, č. 6, s. 291-293, [Cit. 2012-03-22]. ISSN: 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/09.pdf>.

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2008. Ose.mmsw.cz. *Hodnotící škály* [online]. Hradec Králové: Multimedia. [Cit. 2012-03-15]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>.

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2008. Ose. Mmsw.cz. *Ošetrovatelské diagnózy: Výživa/hydratace/deficit tělesných tekutin-00027* [online]. Hradec Králové: Multimedia. [Cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osevratelske-diagnozy.aspx?id=27>.

### Časopisy:

BALOGOVÁ, Eva a Jarmila BRAMUŠKOVÁ, 2011. *Perkutánní endoskopická gastrotomie. Sestra*. Praha: Mladá fronta. 2011, roč. 21, č. 10, s. 40-42. ISSN: 1210-0404.

DOLEŽELOVÁ, Ivana, 2011. *Sestra v následné péči včera a dnes. Florence*. Praha: Ambit. 2011, VII (4), 3. ISSN 1801-464X.

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2006. *Aktivní stárnutí. Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit. 2006, roč. 4, č. 3, s. 163-168. ISSN: 1214-0732 .

KLEVETOVÁ, Dana, 2011. *Nebezpečí imobility. Sestra*. Praha: Ambit. 2011, roč. 21, č. 10, s. 54-56. ISSN: 1210-0404.

MLČOCHOVÁ, Eva a Martina LABÁKOVÁ, 2012. *Role fyzioterapeuta v následné zdravotní péči. Sestra*. Praha: Mladá fronta. 2012, roč. 22, č. 2, s. 51-53. ISSN: 1210-0404.

ONDŘIOVÁ, Iveta a Jarmila DUČAIOVÁ, 2011. *Etika versus týrání, zanedbávání seniorů. Sestra*. Praha: Ambit. 2011, roč. 21, č. 4, s. 41-43. ISSN: 1210-0404.

VÁLKOVÁ, Monika, 2011. *Pojem dlouhodobá péče- LONG-TERM CARE (LTC). Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2011, roč. 7, č. 1, s. 26-27. ISSN: 1801-1349.

VÁLKOVÁ, Monika, 2011. *Dlouhodobá péče, minulost, současnost a pohled do budoucnosti. Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 2011, roč. 7, č. 2, s. 31-33. ISSN: 1801-1349.

VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2011. *Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ. Sestra*. Praha: Mladá fronta. 2011, roč. 21, č. 4, s. 44-45. ISSN: 1210-0404.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Activities of daily living
CGA	Comprehensive geriatric assessment
CMP	Cévní mozková příhoda
CŽK	Centrální žilní katétr
D	Dech
DIP	Dlouhodobá intenzivní péče
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
GNO	Geriatrická nemocniční oddělení
IADL	Instrumental activities of daily living
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	Long- term care
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
P	Puls
PEG	Perkutánní endoskopická gastrotomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunoskopie
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
WHO	Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 Zlín- Pohlaví

Graf č. 2 Ružomberok- Pohlaví

Graf č. 3 Zlín- Ročník

Graf č. 4 Ružomberok- Ročník

Graf č. 5 Místa studia

Graf č. 6 Zlín- Dosažené vzdělání

Graf č. 7 Ružomberok- Dosažené vzdělání

Graf č. 8 Zlín- Pojem LDN

Graf č. 9 Ružomberok- Pojem LDN

Graf č. 10 Zlín- První setkání s pojmem LDN

Graf č. 11 Ružomberok- První setkání s pojmem LDN

Graf č. 12 Zlín- Důvod hospitalizace

Graf č. 13 Ružomberok- Důvod hospitalizace

Graf č. 14 Zlín- Délka pobytu

Graf č. 15 Ružomberok- Délka pobytu

Graf č. 16 Zlín- Ne/libost oddělení

Graf č. 17 Ružomberok- Ne/libost oddělení

Graf č. 18 Zlín- Prvotní představa

Graf č. 19 Ružomberok- Prvotní představa

Graf č. 20 Zlín- Obavy před praxi

Graf č. 21 Ružomberok- Obavy před praxi

Graf č. 22 Zlín- Na co jste se těšil/a

Graf č. 23 Ružomberok- Na co jste se těšil/a

Graf č. 24 Zlín- Zaměření studentů na praxi

Graf č. 25 Ružomberok- Zaměření studentů na praxi

Graf č. 26 Zlín- Negativa na LDN

Graf č. 27 Ružomberok- Negativa na LDN

Graf č. 28 Zlín- Povahové vlastnosti sester

Graf č. 29 Ružomberok- Povahové vlastnosti sester

Graf č. 30 Zlín- Překvapilo Vás něco

Graf č. 31 Ružomberok- Překvapilo Vás něco

Graf č. 32 Specifika péče

Graf č. 33 Zlín- Nejčastější problémy

Graf č. 34 Ružomberok- Nejčastější problémy

Graf č. 35 Zlín- Účel LDN

Graf č. 36 Ružomberok- Účel LDN

Graf č. 37 Zlín- Budoucí zaměstnání

Graf č. 38 Ružomberok- Budoucí zaměstnání

Graf č. 39 Zlín- Postoje k seniorům

Graf č. 40 Ružomberok- Postoje k seniorům



**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 3 Pohlaví

Tabulka 4 Ročník

Tabulka 3 Místa studia

Tabulka 4 Dosažené vzdělání

Tabulka 5 Pojem LDN

Tabulka 6 První setkání s pojmem LDN

Tabulka 7 Důvod hospitalizace

Tabulka 8 Délka pobytu

Tabulka 9 Ne/libost oddělení

Tabulka 10 Prvotní představa

Tabulka 11 Obavy před praxí

Tabulka 12 Na co jste se těšil/a

Tabulka 13 Zaměření studentů na praxi

Tabulka 14 Negativa na LDN

Tabulka 15 Povahové vlastnosti sester

Tabulka 16 Překvapilo Vás něco

Tabulka 17 Specifika péče

Tabulka 18 Nejčastější problémy

Tabulka 19 Účel LDN

Tabulka 20 Budoucí zaměstnání

Tabulka 21 Postoje k seniorům

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha P I:** Žádost o umožnění dotazníkového šetření

**Příloha P II:** Dotazník

## PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i průzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Gabriela Křepelková
Téma bakalářské práce	Léčebna dlouhodobě nemocných z pohledu studenta
Skupina respondentů	Obor: Všeobecná sestra, 2 a 3. ročník
Pracoviště	Katolická univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Študijný program Ošetrovatelstvo

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4.11.2011



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Súhlasím s realizáciou prieskumu.



razítka a podpis zástupce zařízení

PhDr. Bc. MARIANA MAGERČIAKOVÁ, Ph.D.  
vedúca katedry ošetrovatelstva  
FZ KU v Ružomberku

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Vážená studentko, vážený studente,

jmenuji se Gabriela Křepelková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Léčebna dlouhodobě nemocných z pohledu studenta“. Cílem dotazníku je zjistit, jaké máte zkušenosti s praxí v léčebně dlouhodobě nemocných a jaký zaujímáte pohled na tyto oddělení.

Dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou zpracovány v rámci mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Gabriela Křepelková

*Pozn. Pokud není uvedeno jinak, zvolte prosím jednu odpověď. U otázek s volnou odpovědí napište svůj názor.*

**1. Jste:**

- a) Žena
- b) Muž

**2. Který studujete ročník:**

- a) 2. ročník
- b) 3. ročník

**3. Kde studujete:**

- a) Zlín
- b) Ružomberok

**4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Střední odborná škola
- c) Gymnázium
- d) Jiné (*doplňte*).....

**5. Co si představíte pod pojmem léčebna dlouhodobě nemocných:**

.....

.....

**6. Kdy jste se poprvé setkal/a s tímto pojmem a v jaké souvislosti:**

- a) Ve škole v ošetrovatelských předmětech
- b) Ve škole v souvislosti s praxí
- c) V odborných časopisech
- d) Internet, TV, v médiích
- e) „Doma ”
- f) Jiné (*doplňte*).....

**7. Proč jsou podle Vás lidé v léčebně pro dlouhodobě nemocné hospitalizováni:**

- a) Nemá se kdo o ně postarat (slouží k „odkládání” geriatrických pacientů)
- b) Dlouhodobou péči potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost a jsou vedeni k tomu, aby se o sebe mohli postarat v domácím prostředí
- c) Je to zařízení pro lidi, kteří jsou nemožoucí a přestárlí
- d) Jsou zde hospitalizováni lidé v terminálním stádiu
- e) Jiné (*doplňte*).....

**8. Jaká je doporučená délka pobytu:**

- a) Délka pobytu není časově omezená
- b) 1 měsíc
- c) 3 měsíce
- d) 12 měsíců

**9. Na tomto oddělení jste měl/a praxi v 1. ročníku. Líbilo se Vám tam?**

(*Zakroužkujete-li varianty c) či e), doplňte prosím, co se Vám nejvíce ne/líbilo*)

- a) Velice líbilo, personál, pacienti i specifčnost práce mě zaujala
- c) Líbilo (*doplňte*).....
- d) Nelíbilo, mám raději jiné typy oddělení
- e) Nelíbilo (*doplňte*).....

**10. Lišila se Vaše prvotní představa od skutečnosti?**

- a) Ano lišila, ale v pozitivním slova smyslu
- b) Ano lišila, ale v negativním slova smyslu
- c) Ne, byla stejná
- d) Byla úplně odlišná

**11. Měl/a jste nějaké obavy před nástupem na praxi? Jaké?**

*(zakroužkujte prosím všechna tvrzení, která nejvíce vystihují Váš názor)*

- a) Ano, z nového prostředí a z náročnosti práce
- b) Ano, jedná se o typ pacientů, se kterými se neseťkávám každý den
- c) Ano, ze začlenění se do kolektivu
- d) Neměl/a jsem žádné obavy
- e) jiné (*doplňte*).....

**12. Na co jste se nejvíce těšil/a?**

- a) Na pacienty a kolektiv
- b) Na chod oddělení
- c) Na specifickou práci
- d) Na nové zkušenosti
- e) jiné (*doplňte*).....

**13. Při plnění odborné praxe jste se zaměřil/a na:**

*(zakroužkujte prosím dvě tvrzení, která nejvíce vystihují Váš názor)*

- a) Individuální péči, která je orientovaná na člověka a jeho potřeby
- b) Komplexní zdravotnickou, ale i ošetrovatelskou péči
- c) Psychickou podporu pacienta a jeho rodiny
- d) Zachování důstojnosti člověka
- e) Empatický přístup
- f) Vedení člověka k soběstačnosti a samostatnosti
- g) Dostatek času na pacienta
- h) Jiné (*doplňte*) .....

**14. Setkal/a jste se na praxi i s negativními stránkami:**

*(zakroužkujte prosím všechna tvrzení, která nejvíce vystihují Váš názor)*

- a) Nekvalifikovaný personál
- b) Neochota a nespolupráce zdravotnického personálu
- c) Nedodržování práv pacientů
- d) Nedodržování standardů
- e) Ageismus
- f) Nedostatek času
- g) Stereotypně prováděná péče bez individuálního přístupu
- h) Jiné (*doplňte*) .....

**15. Jaké povahové vlastnosti sester převládaly na tomto oddělení:**

- a) Přátelské, ochotné a usměvavé
- b) Pracovité, svědomité a důsledné
- c) Cílevědomé, ctižádostivé a kritické
- d) Neochotné a nekomunikativní

**16. Překvapilo Vás něco (pozitivním či negativním slova smyslu)? Co to bylo?**

.....

.....

**17. Jaká specifika zahrnuje péče o pacienta v léčebnách pro dlouhodobě nemocné:**

*(Ke každému spojení doplňte, v čem je péče specifická neboli na co se soustředí. Př. Moderní prostředky: používají se zvedáky, pojízdné vany, chodítka, sedačky...)*

- a) Dietologická péče

.....

- b) Hygienická péče a péče o kůži

.....

- c) Polohování

.....

- d) Ošetřování chronických ran

.....

- e) Rehabilitační péče a nácvik každodenních činností a dovedností

.....

- f) Duchovní péče

.....

- g) Bazální stimulace

.....

- h) Holistický přístup

.....

- ch) Rodina

.....

**18. Které z těchto problémů jste nejčastěji řešil/a:**

*(zakroužkujte prosím dvě tvrzení, která nejvíce vystihují Váš názor)*

- a) Demenci a deliria
- b) Dekubity, proleženiny a otlaky
- c) Bolest
- d) Poruchy spánku
- e) Poruchy motility, pády a závratě
- f) Poruchy výživy a dehydrataci
- g) Poruchy vyprazdňování především inkontinenci

**19. Na co je kladen největší důraz na tomhle oddělení podle Vašeho uvážení:**

*(zakroužkujte prosím dvě tvrzení, která nejvíce vystihují Váš názor)*

- a) Na péči ošetrovatelskou, rehabilitační, paliativní a sociální
- b) Na stabilizaci zdravotního stavu
- c) Na obnovení soběstačnosti pacienta
- d) Na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta
- e) Na individuální přístup zdravotnického personálu k pacientovi
- f) Jiné (*doplňte*).....

**20. Chtěl/a byste zde v budoucnu pracovat:**

- a) Ano, mám rád/a tyto typy oddělení
- b) Nevím, ještě nemám ujasněné, kde bych chtěl/a pracovat
- c) Ne, mám raději jiné typy oddělení

**21. Jaký zaujímáte postoj ke starým lidem:**

- a) Vyhledávám jejich společnost
- b) Rád/a si s nimi povídám o jejich životě a zkušenostech
- c) Zaujímám neutrální postoj
- d) Raději trávím čas s lidmi mého věku
- e) Jiné (*doplňte*).....

**22. Prostor pro Vaše vyjádření (pokud chcete něco doplnit)**

.....  
.....