

# **Uspokojování potřeb geriatrických pacientů z pohledu všeobecných sester**

Gabriela Procházková

---

Bakalářská práce  
2014

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela Procházková**

Osobní číslo: **H11646**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Uspokojování potřeb geriatrických pacientů z pohledu všeobecných sester**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů geriatrie, gerontologie a geriatrický pacient.**

**Charakteristika potřeb a jejich hlavní rozdělení.**

**Seznámení s problematikou ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty, včetně etiky a komunikace s geriatrickými pacienty.**

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace průzkumu mezi všeobecnými sestrami v léčebnách dlouhodobě nemocných formou dotazníkového šetření.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

**MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.**

**ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.**

**TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: NCO NZO Brno, 2008. ISBN 978-80-7013-324-8.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Markéta Sedláková**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

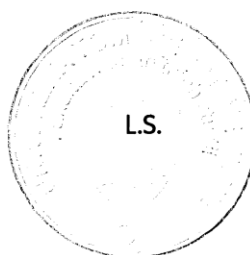
**15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*



  
Mgr. Zlatica Dorková, 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 14.2.2014



<sup>1)</sup> 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 nahlížení 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 výdělku jim 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 výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Téma bakalářské práce je „Uspokojování potřeb geriatrických pacientů z pohledu všeobecných sester“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část poskytuje všeobecný pohled na seniora. Zabývá se stářím a ošetrovatelskou péčí o geriatrické pacienty. Hlavní důraz je kladen na uspokojování potřeb geriatrických pacientů. Následně jsou definovány potřeby geriatrických pacientů a jejich hlavní rozdělení. Poslední úsek je věnován zdravotnické etice a komunikaci s geriatrickými pacienty.

Praktická část obsahuje výsledky kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami. Součástí je zpracování a vyhodnocení dat s využitím tabulek a grafů.

Klíčová slova: stáří, geriatrický pacient, všeobecná sestra, potřeby, léčebna dlouhodobě nemocných

## **ABSTRACT**

The theme of bachelor thesis is „Satisfying the needs of geriatric patients from the perspective of nurses“. The work is divided into theoretical and practical parts.

Theoretical part provides a general view of a senior. It deals with old age and nursing care for geriatric patients. The main emphasis is on satisfying the needs of geriatric patients. Subsequently, the defined needs of geriatric patients and their major division. The last section is devoted to medical ethics and communication with geriatric patients.

The practical part contains the result of quantitative research, which was implemented through a questionnaire survey among nurses. Part of is the processing and analysis of data using tables and graphs.

Keywords: old age, geriatric patient, nurse, needs, long-term care facility

**Poděkování:**

Ráda poděkovala Mgr. Markétě Sedlákové za cenné rady, velkou trpělivost, ochotu a vstřícnost při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych poděkovala respondentům za jejich čas a pomoc. Největší dík patří mé rodině a přátelům za jejich podporu a pomoc v průběhu celého studia.

*Motto:*

*„Ze všech lidských neduhů má nepochybně nejdelší průběh stárnutí. Trvá vlastně celý život, od narození až do smrti.“ Robert J. Meltzer*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1 PROCES STÁRNUTÍ A STÁŘÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	12
1.1.1 Geriatrie.....	12
1.1.2 Gerontologie.....	12
1.1.3 Geriatrický pacient.....	13
1.2 STÁŘÍ.....	13
1.2.1 Teorie stárnutí.....	13
1.2.2 Periodizace stáří.....	14
1.2.3 Specifické znaky nemocí ve stáří.....	14
1.2.4 Adaptace a příprava na stáří.....	16
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	17
1.3.1 Biologické změny.....	17
1.3.2 Psychické změny.....	19
1.3.3 Sociální změny.....	19
<b>2 FORMY PÉČE O SENIORY</b> .....	<b>20</b>
2.1 ZDRAVOTNICKÉ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....	20
2.1.1 Pečovatelská služba.....	20
2.1.2 Domovinky.....	20
2.1.3 Domovy pro seniory.....	20
2.1.4 Penziony pro seniory.....	21
2.1.5 Domy s pečovatelskou službou.....	21
2.1.6 Domácí péče.....	21
2.2 ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY.....	22
2.2.1 Léčebny pro dlouhodobě nemocné.....	22
2.2.2 Hospic.....	22
2.3 RODINNÁ PÉČE.....	22
2.3.1 Překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky.....	23
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O GERIATRICKÉ PACIENTY</b> .....	<b>24</b>
3.1 POTŘEBY NEMOCNÝCH.....	24
3.1.1 Definice potřeb.....	24
3.1.2 Využití poznatků o potřebách pacientů v práci všeobecné sestry.....	25
3.1.3 Faktory ovlivňující naplnění potřeb.....	25
3.2 ROZDĚLENÍ POTŘEB.....	26
3.2.1 Biologické potřeby.....	26
3.2.2 Psychické potřeby.....	28
3.2.3 Sociální potřeby.....	28
3.2.4 Spirituální potřeby.....	29
3.3 HIERARCHIE POTŘEB DLE MASLOWA.....	29
3.4 ROLE SESTRY V PÉČI O GERIATRICKÉ PACIENTY.....	30
3.5 ZDRAVOTNICKÁ ETIKA.....	31
3.5.1 Důstojnost starého člověka.....	32
3.5.2 Etické problémy na konci života.....	32



3.6	KOMUNIKACE S GERIATRICKÝM PACIENTEM.....	33
<b>4</b>	<b>METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>36</b>
4.1	CÍLE .....	36
4.1.1	Hlavní cíl.....	36
4.1.2	Dílčí cíle .....	36
4.2	METODIKA ŠETŘENÍ .....	36
4.3	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
4.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	37
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	37
<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....</b>	<b>38</b>
5.1	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	38
<b>6</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>81</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>99</b>

## ÚVOD

Stárnutí a stáří neodmyslitelně patří k našemu životu. Nikdo se stáří bohužel nevyhne. Je to jediná věc v našem životě, která je nám předurčena. Spousta lidí se stárnutí bojí. Slovo stáří v nás vzbuzuje obavu. Obavu z toho, jak se budeme chovat. Budeme se moci o sebe postarat? Dožijeme se důstojného stáří, nebo budeme potřebovat pomoc?

Jako zdravotníci se s těmito otázkami setkáváme velmi často. Víme, že starý člověk vyžaduje více péče. Ve stáří se setkáváme s většími zdravotními problémy. Proto jsou tyto lidé častěji hospitalizováni. Každý senior snáší svoji nemoc jinak. Některý s ní umí bojovat, některý se léčit nechce. Je to individuální. Velkou roli zde má psychika těchto lidí a podpora rodiny. Pokud nemají rodinu a podporu, velmi často podléhají depresím a stavům úzkosti.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na téma týkající se seniorů. Pracuji již 12 let v léčebně dlouhodobě nemocných jako všeobecná sestra. Geriatrickí pacienti jsou mi z tohoto pohledu velmi blízcí. Je to práce sice velmi náročná, ale zároveň mne naplňuje. Při práci se starými lidmi v sobě musíte mít spoustu empatie. Jsou to lidé velice citliví, zranitelní a křehcí. Oni sami nejvíce potřebují lásku, Vaši ochotu a porozumění. Denně vyžadují, aby byly uspokojovány všechny jejich potřeby.

Pro nás, všeobecné sestry to znamená, že věnujeme dostatek úsilí, abychom své pacienty uspokojily. Podle sebe vím, že je to opravdu náročné. Setkávám se s tím denně. Bohužel se také setkávám s případy, kdy tomu tak není. Ne všechny všeobecné sestry se snaží pacientům vyhovět. Mám vlastní zkušenost i s velmi neetickým chováním sestry k pacientům. Proto jsem svoji práci zaměřila právě na všeobecné sestry a na péči o geriatrické pacienty.

Ve své práci se zajímám o uspokojování všech potřeb o zdravotnickou etiku, komunikaci a péči o geriatrické pacienty. Předpokládám, že nikdy nebudu moci dokázat, aby všechny všeobecné sestry pečující o staré lidi vykonávaly svoji práci bez jediné chyby. Vždy se setkáme s případem, který nebude příkladem pro ostatní, ale snad z části přiblížím starého člověka, jako takového, který si zaslouží určitou důstojnost. Pro mne jsou to lidé, kteří jsou vděční za trochu Vaší péče. Ocení Vaši snahu jim pomoci a váží si Vaší práce. Umí Vám poděkovat. Oni se naopak s Vámi podělí o své zkušenosti. Rádi s Vámi promluví.

Byla bych velmi ráda, aby všeobecné sestry, které s těmito pacienti pracují a denně se s těmito pacienty setkávají, na chvíli zapomněly, že je to pouze práce. Víím, je podstatné, aby byla jejich práce, co nejlépe vykonána a že se to od nich vyžaduje. Stejně tak je důležité

strávit s těmito lidmi trochu času. Pevně věřím a jsem o tom přesvědčena, že i vlídné slovo a pohlázení může být lék pro staré a nemocné pacienty.

Velmi doufám, že bude přibývat stále více a více všeobecných sester, které dokáží poskytnout v léčebnách dlouhodobě nemocných, ale i jiných zařízeních takovou péči, aby geriatrickí pacienti měli pocit, že je o ně dobře pečováno a že stále mají svoji hodnotu a zachovali si i na sklonku života důstojnost. Doufám, že má práce bude pro druhé sestry ponaučením a tak trochu zamyšlením nad svojí vykonanou prací. Každá všeobecná sestra, která má o své práci pochybnosti by měla vědět, že na místě pacientů o které se dnes stará, může za pár let být právě ona. Bude mít na tyto pacienty pak stejný pohled? Evelyn Arthur John Waugh jednou řekl „Mládež dneška by měla občas uvážit, že bude stářím zítřka.“ Podle toho bychom se měli ke starým lidem chovat.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 PROCES STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

## 1.1 Vymezení pojmů

### 1.1.1 Geriatrie

Geriatrie je oborem medicíny. V širším slova smyslu se geriatrická medicína zabývá seniorskou problematikou zdravotního a funkčního stavu. Dále se zaměřuje na specifické potřeby geriatrických pacientů, zvláštnostech ve vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří. V užším slova smyslu se jedná o specializační obor, který je vymezován, obvykle jako obor vycházející z vnitřního lékařství. Geriatrie u nás jako samostatný klinický obor funguje od roku 1983. (Kalvach et al., 2004, s. 48)

Tento obor je obohacen o poznatky z neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, ergoterapie a ošetrovatelství. Geriatrická medicína se zabývá problematikou akutní, chronickou i paliativní. Geriatrie vyžaduje velkou pozornost, protože právě geriatrický pacient je vystaven řadě nemocí a geriatrickým syndromům. Velmi často u geriatrických pacientů dochází také ke kognitivnímu deficitu. Součástí geriatrie je také dlouhodobá péče. (Kalvach, 2008, s. 25-26)

### 1.1.2 Gerontologie

Gerontologie je souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří. Tento pojem je odvozen od řeckého slova gerōn (gen. gerontos) - stařec, starý člověk. Gerontologie se jako předmět nebo obor vyučuje i na vysokých školách. (Kalvach a Onderková, 2006, s. 7)

#### **Gerontologii můžeme dělit na:**

##### **Experimentální**

- Zabývá se otázkou, proč a jak živé organismy stárnou

##### **Sociální**

- Zabývá se vztahem starého člověka ke společnosti a vším, co staří lidé od společnosti potřebují. Také jak stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. V tomto případě se jedná o širokou problematiku. Je zde zahrnuta řada dalších oblastí, jako je sociologie, psychologie, pedagogika, politologie, právo a další

## Klinická

- Zabývá se problematikou zdraví a chorobami funkčního stavu a také kvalitou života ve stáří. (Kalvach et al., 2004, s. 49)

### 1.1.3 Geriatrický pacient

Většinou jde o pacienta staršího 70let, jehož onemocnění je komplikováno a ovlivňuje diagnostický proces, terapii i rehabilitaci. Geriatrický pacient je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi (imobilita, dehydratace, malnutrice a tak dále). Zdravotnická péče se u takového pacienta zaměřuje především na problematiku chorob i funkčního stavu. (Holmerová, Jurášková a Zikmundová, 2007, s. 28)

Překročení věkové hranice 65 až 70 let, ještě neznamena, že se člověk stává geriatrickým pacientem. Indikátorem může být křehkost, postižení s dopadem pro každodenní život, chronická onemocnění a postižení způsobující ztrátu nezávislosti v každodenním životě. Dále také potřeba rehabilitace, multimorbidita, deprese, demence, vážnoucí výživa, inkontinence, chronická bolest, dekubitus, chronické rány a jiné. (Schuler a Oster, 2010, s. 119-120)

## 1.2 Stáří

### 1.2.1 Teorie stárnutí

Charakterizovat proces stárnutí není příliš snadné. Známe spoustu definic stárnutí. Bohužel žádná z nich není výstižná. Stárnutí a stáří patří k životu. Je jeho fyziologickou složkou a žádný člověk se mu nevyhne, i když je to přáním většiny populace. Proces stárnutí začíná už od našeho narození. Jeho projevy se ovšem velice různí. Náš organismus neustále stárne. Můžeme říci, že stárneme vlastně každým dnem. Můžeme nějakým způsobem stárnutí oddálit, ale žádný člověk tuto etapu ze života nevymaže. Stárnutí je proces, kdy v našich buňkách, tkáních a orgánech dochází k degenerativním změnám. Buňka mění svůj tvar i funkci. Tyto změny nastupují v různou dobu během života a u každého jedince jinou rychlostí. U některých probíhají změny velmi rychle, u jiných pomaleji. Rychlost stárnutí je v nás geneticky zakódována. Stárnutí můžeme ovlivnit životním stylem, prostředím, ve kterém žijeme, zaměstnáním. Velký vliv na stárnutí má také stres a psychická stránka našeho života. Tyto věci dokážou proces stárnutí urychlit a jedinci způsobit různé potíže. Samotné stáří je poté

vyvrcholením stárnutí a je označováno jako závěrečná kapitola života jedince. Vědci se neustále zabývají teorií stárnutí a stářím. Snahou je vysvětlit, proč vlastně ke stárnutí dochází. Těchto teorií je velmi mnoho, proto uvedeme pouze některé.

Můžeme tedy zmínit například teorii o působení zevních vlivů. Teorie klade důraz na to, že vnější vlivy kladně nebo záporně ovlivňují proces stárnutí. Zde můžeme zařadit působení chemických látek, skladbu potravy, kterou přijímáme, působení mikroorganismů, životní styl a působení stresových a dalších psychosociálních faktorů, které už byly zmíněny. Jako další můžeme použít teorii volných radikálů, kdy volné radikály poškozují membrány buněk a další části buněk. Volné radikály jsou totiž škodlivé sloučeniny vznikající v organismu a jejich nadměrné množství organismus poškozují. Velmi často se hovoří o genetické teorii. Ta říká, že délka života je předem geneticky určena. Dožijí-li se naši rodiče vysokého věku, můžeme pravděpodobně počítat, že i my se vyššího věku dožijeme. Oproti tomu imunologická teorie tvrdí, že při dělení buněk vznikají chyby, které organismus není schopen s narůstajícím věkem rozpoznat a odstranit. Následkem je autoimunitní proces, kdy dochází k ničení vlastních buněk. (Mlýnková, 2011, s. 13-14)

### 1.2.2 Periodizace stáří

Podle Světové zdravotnické organizace se stáří dělí na tři období:

- Za rané stáří je považován věk 60-74 let;
- Za vlastní stáří je považován věk 75-89 let;
- Za dlouhověkost je považován věk 90 let a více.

S věkem a stářím jsou spojeny ještě další termíny. Hovoří se zde o kalendářním stáří, biologickém stáří a sociálním stáří. Kalendářní stáří je dané věkem člověka a nemusí odpovídat věku biologickému. K biologickému stáří řadíme tělesné a psychické změny. V souvislosti se sociálním stářím nám vzniká nárok na starobní důchod, dochází ke změnám sociálních rolí a potřeb a také ke změnám životního stylu a ekonomického zajištění. (Mlýnková, 2011, s. 14)

### 1.2.3 Specifické znaky nemocí ve stáří

V průběhu stáří dochází u seniorů k postupnému poklesu funkční zdatnosti. U starých lidí se výrazně zhoršuje jejich pohyblivost, stabilita a ubývá svalová síla. Zhoršena je také jemná motorika rukou, smyslové vnímání a klesají kognitivní schopnosti, což může vést až k demenci. Velmi často dochází k úbytku hmotnosti. Příčin, proč k tomu dochází, je několik a

mohou se navzájem ovlivňovat. Patří sem například involuční změny. Zde můžeme zařadit svalovou atrofii, úbytek svalové hmoty a podobně. Jako další jsou to chorobné změny. Tady bychom mohly zmínit aterosklerózu, osteoporózu, osteoartrózu, Alzheimerovu nemoc, chronické záněty a tak dále. Působí zde i vliv špatného životního stylu. Poškození u starých pacientů s věkem narůstá a převážně postihuje dříve ženy. Probíhá u nich také rychleji. Naopak u dlouhověkých lidí začíná později a má pomalejší průběh. (Kalvach a Onderková, 2006, s. 26)

Jako nejčastější specifický znak nemoci ve stáří považujeme polymorbiditu. To znamená, že dotyčný jedinec trpí více chorobami. Jedinec může mít jako hlavní onemocnění diabetes mellitus a zároveň se léčit s osteoporózou či jiným onemocněním. Proto je polymorbidita velice častým jevem právě u seniorů. Velmi často se u starých lidí setkáváme také s tím, že určité onemocnění může mít za následek vyvolání dalšího onemocnění. Odborně řečeno jde o řetězení chorob. Jako příklad uvedeme imobilitu, což je ztráta schopnosti pohybu. Důsledkem imobility dochází k rychlejšímu snižování svalové síly, nebo ke vzniku dekubitů. Nemoci se bohužel většinou nedaří úplně vyléčit a jejich počet tak narůstá. (Mlýnková, 2011 s. 15)

U geriatrických pacientů může docházet k odlišnostem i v klinickém obrazu a průběhu nemoci. Nemoci ve vyšším věku tedy mohou mít jiný průběh než u populace ve středním věku.

K odlišnostem patří například:

### **Mikrosymptomatologie**

Zjednodušeně lze říci, že příznaky mohou být vyjádřeny nedostatečně. To znamená, že například u zánětlivého onemocnění může chybět horečka, nebo může být naměřena pouze zvýšená tělesná teplota. Infarkt myokardu zase nemusí doprovázet bolest na hrudi.

### **Nedostatek příznaků**

Onemocnění není doprovázeno příznaky, které jsou objektivně přítomny, avšak dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu a je potřeba hospitalizace v nemocnici.

### **Nespecifické příznaky**

Objevují se příznaky, které se běžně vyskytují i u jiných onemocnění. Můžeme zde zařadit únavu, ospalost, špatnou náladu, lehce zvýšené teploty a jiné.



### **Prudké nebo náhlé zhoršení probíhajících chorob**

Bez nějakého předchozího varování se náhle zhorší zdravotní stav.

### **Netypické lékové reakce**

Jedná se o takzvaný nežádoucí účinek léků. Víme, že léky mohou mít zvýšený nebo snížený účinek a u pacienta se objeví reakce, které se vůbec neočekávají.

### **Sociální rozměr nemoci**

Zde jsou na mysli chronické nemoci či choroby, které vedou k invaliditě nebo sociálnímu omezení a tím také k závislosti na péči druhé osoby. Nemoc jednoho člověka může mít dopad na celou rodinu. (Topinková, 2005, s. 8-9)

#### **1.2.4 Adaptace a příprava na stáří**

Každý jedinec se na stáří nějak připravuje. Každý jinak prožívá adaptaci na stáří. Stáří totiž představuje velkou změnu, která nastane v životě jedince. Je tedy potřeba na každou změnu, která člověka v životě potká si zvyknout. Bohužel se musí přijmout jako fakt, že to k životu patří.

Adaptace člověka na stáří je ovlivněna mnoha faktory. Za nejdůležitější je považována osobnost jedince, jeho běžné aktivity, zkušenosti a pohled na svůj dosavadní život a také jeho životní filozofie. Způsobů, kterými se může jedinec vyrovnat se stářím je několik.

#### **Konstruktivní způsob**

Tento způsob můžeme nazvat jako pozitivní. Tito senioři jsou na své stárnutí a stáří připravení. Dokáží se se stářím smířit. Neomezují se to ve svých činnostech, nadále se zajímají o dění kolem sebe. Vědí, že mají omezené určité schopnosti a svůj život tomu umí přizpůsobit. Naopak se snaží vyhledávat fyzické i psychické aktivity, které udržují jejich duševní i tělesnou svěžest.

#### **Obranný postoj**

Tento způsob nejčastěji můžeme postřehnout u osob, které byly ve svém životě velmi aktivní. Patří sem osoby, které pracovaly ve vedoucích pozicích, které měly vysoké ambice a nároky. Budovaly si jistou životní kariéru. Tyto osoby se velmi těžce smiřují se stárnutím a samotným stářím. Nechtějí si tuto skutečnost přiznat. Mají obavy z toho, že budou na někom závislé, že budou potřebovat pomoc druhého člověka. Proto se bojí ve své nemoci někoho o pomoc požádat a odmítají ji.

### **Závislost**

Tento postoj je opakem předchozího. Tito lidé byli po celý život spíše pasivními jedinci a mají tudíž sklon k závislosti na druhé osobě nebo na jiných lidech. Očekávají to tedy i ve stáří. Mají potřebu, aby je i ve stáří někdo vedl, vykonal za ně činnosti a vyhověl jejich žádostem.

### **Nepřátelský postoj**

Pro tuto část seniorů jsou neshody součástí života. Často svalují vinu na druhé osoby, bývají agresivní, zlý, nespokojení. Ke druhým se nechovají přátelsky. Neumí být k ostatním tolerantní. Neustále na někom něco vidí. Vadí jim chování jiných lidí. Proto tyto seniory vidíme žít většinou osaměle. Jejich rodiny a okolí se těmito lidem vyhýbá.

### **Sebenenávist**

Jsou to senioři, kterým se zdá, že jejich život byl nedostatečně naplněn. Bývají lítostivý s pesimistickým pohledem na život. Své myšlenky obrací k tomu, že svůj život promarnili. Nevyhledávají kontakt s jinými lidmi a okolím i přesto, že se cítí osaměle. Jsou spíše uzavřeni do sebe. Právě u těchto osob se zvyšuje riziko, že si mohou ublížit. V případě tohoto typu postoje je vhodná pomoc lékaře. Například psychologa nebo psychiatra.

Všechny tyto zmíněné způsoby či reakce jsou individuální a u každého jedince probíhají jinak. Mohou se také navzájem kombinovat. (Mlýnková, 2011, s. 16-17)

## **1.3 Změny ve stáří**

### **1.3.1 Biologické změny**

Biologické změny se týkají orgánových soustav a jejich orgánů, které procházejí řadou změn.

#### **Kožní ústrojí**

Kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu, mazové žlázy snižují aktivitu, kůže je často suchá, může svědit. Začínají se objevovat pigmentové skvrny, které jsou nazývány stařecké skvrny. Kůže ztrácí elasticitu, tvoří se vrásky, snižuje se napětí kůže. Často dochází k úbytku tukové tkáně, což má za následek tenkou kůži. Vlasy a chlupy šedivějí, u nehtů dochází ke ztlustění a výskytu podélných rýh.

### **Pohybový systém**

Mění se výška a váha postavy. Ochabnutím kosterního svalstva, může docházet k chůzi v mírném předklonu. Kostí značně řidnou a stávají se křehkými, proto u starých osob dochází častěji ke zlomeninám. Omezuje se pohyblivost a zvyšuje se bolestivost kloubů. Snižuje se fyzická zdatnost.

### **Kardiovaskulární systém**

Snižuje se činnost srdce jako pumpy, tím klesá jeho pracovní kapacita. To nastává hlavně při zvýšené fyzické námaze a stresu. Dochází také k poklesu průtoku krve všemi orgány. Objevuje se hypertenze a ateroskleróza, neboť se snižuje elasticita cév a tím pádem se ukládají do stěn tukové látky a vápník.

### **Respirační systém**

S přibývajícím věkem se zhoršuje také respirační činnost plic. Typickým příznakem je u starých osob zadýchávání. Staří lidé mají pocit, že nemohou popadnout dech. Snižuje se vitální kapacita plic, klesá čistící schopnost řasinkového epitelu, proto se častěji vyskytují záněty dýchacích cest.

### **Trávicí systém**

Tento systém nebývá tak často postižen, jako předchozí systémy, ale i tak zde dochází k řadě změn. Opotřebovává se chrup nebo dojde k jeho úplné ztrátě. Nastává snížení tvorby slin, trávicích enzymů a je zpomalená pohyblivost orgánů trávicí trubice. Trávenina déle prochází žaludkem a střevy. Staří lidé často trpí zácpou kvůli snížené peristaltice střev. Zpomaluje se vstřebávání vitamínů, živin a jiných látek včetně léků. Vlivem atrofických změn Langerhansových ostrůvků ve slinivce břišní může vzniknout forma stařecké cukrovky, tedy diabetes mellitus.

### **Pohlavní a vylučovací systém**

Co se týče sexuální stránky seniorů, jejich aktivita je individuální. Někdy může trvat až do vysokého věku. K degenerativním změnám mužských pohlavních orgánů dochází pomalu. U žen jsou změny výrazné a objevují se po menopauze. S narůstajícím věkem klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč, snižuje se síla svěračů uretry a ochabuje svalstvo pánevního dna. To může mít za následek inkontinenci.

## **Nervový systém**

V nervovém systému se snižuje rychlost vedení vzruchu, proto senioři potřebují více času na příjem a zpracování informace. Prodlužuje se tedy reakční čas na podněty.

## **Smyslové vnímání a spánek**

Smyslové orgány také snižují svou výkonnost. Senioři mohou hůře slyšet i vidět. Oko ztrácí ostrost, schopnost adaptovat se ve tmě, špatně vidí vzdálené i blízké předměty. Objevuje se šedý zákal či zelený zákal. Postižení sluchu provází také řadu seniorů a nejčastěji ty, kteří pracovali v hlučném prostředí. Může být postižena chuť a čich. (Mlýnková, 2011 s. 21-22)

### **1.3.2 Psychické změny**

Během stárnutí a stáří si povšimneme hned několika psychických změn. U každého jedince probíhají jinak. U starých lidí dochází převážně ke zhoršení kognitivních funkcí. Za kognitivní funkce považujeme poznávací funkce, tedy vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení. Ve stáří pozorujeme právě tyto změny. Zhoršuje se i intelekt a jazykové dovednosti. Na psychické stránce se podílí samotná osobnost jedince. Některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince se mění. Větší důraz klademe tam, kde už hranice překračuje určitou mez a změny jsou již považovány za patologické. V těchto případech je nutností jedince či rodiny vyhledat odbornou pomoc. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 22-25)

### **1.3.3 Sociální změny**

K sociálním změnám dochází většinou v souvislosti s odchodem do starobního důchodu. Je to změna, ke které dochází v našem životě a může ho ovlivnit. Stárnoucí člověk může mít kladný ale i záporný postoj k dané změně. Mění se jeho sociální role ve společnosti, kde končí svoji pracovní činnost a získává roli důchodce. Ne každý ovšem dovede změnu přijmout a situaci zvládnout. V mnoha případech se cítí být tito lidé nepotřební. Mění se také ekonomická situace seniorů. Změnou v tomto období může být i změna bydliště. Spousta seniorů upřednostňuje menší bydlení, nebo se o sebe nedokáží plně postarat. Proto musí hledat bydlení, kde mu bude poskytnuta pomoc a péče. Tato situace bývá většinou doprovázena stresem a psychickými poruchami. Velkou roli zde hraje rodina. Stárnoucí člověk má mít pocit, že někam patří a má stále svoji hodnotu. Nejhorší změnou, kterou velmi těžce starší lidé nesou je ztráta svého partnera. Tuto změnu doprovází pocit samoty a opuštěnosti. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 22-25)

## **2 FORMY PÉČE O SENIORY**

### **2.1 Zdravotnické a sociální služby pro seniory**

Zdravotnické a sociální služby jsou takové služby, jejichž cílem je péče o seniory. Tyto služby se starají o seniory a poskytují jim zdravotní, ošetrovatelskou a sociální péči. Pokud mají být úspěšné a účelné, vyžadují respekt k seniorské populaci. (Kalvach et al., 2004, s. 465- 469)

#### **2.1.1 Pečovatelská služba**

Žadatelem o zavedení pečovatelské služby je sám občan. Podnět může dát i sociální pracovnice, rodina, zdravotníci. Ke zdravotnímu stavu žadatele se vyjadřuje ošetřující lékař, který posuzuje míru soběstačnosti. Odbor sociálních věcí poté vydá rozhodnutí včetně údaje, jak bude pečovatelská služba hrazena. Každý návrh je posuzován individuálně a přihlíží se také k potřebám a sociální potřebnosti jedince. Tato služba je poskytována v pracovní dny a pečovatelka navštěvuje klienty jednou až dvakrát denně dle potřeby. (Kalvach et al., 2004, s. 470)

#### **2.1.2 Domovinky**

Domovinky jsou denní nebo týdenní stacionáře. Jsou zřizovány při penzionech pro seniory, při domovech pro seniory nebo při charitních zařízeních. Tyto stacionáře pomáhají rodinám, které se starají o své příbuzné v domácím prostředí. Bohužel nemají tolik času věnovat se svým příbuzným ve všední dny. Péče v těchto stacionářích je celodenní a zahrnuje do péče stravování, dohled a různé činnosti, které vedou ke zlepšení soběstačnosti klienta. Může zde být poskytnuta i přeprava klienta. Tento pobyt v domovince si rodina musí hradit sama. (Kalvach et al., 2004, s. 470)

#### **2.1.3 Domovy pro seniory**

Domovy pro seniory patří do ústavních zařízení. Klienti se zde řídí stanoveným řádem. K pobytu v těchto zařízeních je potřeba podání žádosti. Na základě této žádosti je klient přijímán. Péče v těchto domovech je poskytována všeobecnými sestrami a lékařem, který je zde přítomen v denních hodinách. Ve státních domovech si službu klienti hradí. V těchto poplatcích je zahrnuta strava, bydlení, služby a jiné. Nevýhodou je ztráta soukromí a mnohdy pocit odloučení od rodiny. Existuje řada soukromých zařízení, kde jsou lepší podmínky, avšak

jsou dražší. Čekací doba do domovů pro seniory může být zdlouhavá. (Kalvach et al., 2004, s. 470)

#### **2.1.4 Penziony pro seniory**

Patří také do forem ústavní péče, ale na rozdíl od domovů pro seniory jsou zde volnější podmínky. Klient musí splňovat určité požadavky. Podmínkou bývá, aby byl klient schopen vést poměrně samostatný život. V penzionech je poskytnuta základní péče a ubytování. Opět jsou klienti přijímáni na základě podané žádosti. V penzionech pro seniory je vymezen prostor pro kulturní a společenský život. (Kalvach et al., 2004, s. 470)

#### **2.1.5 Domy s pečovatelskou službou**

Domy s pečovatelskou službou nepatří mezi ústavní zařízení sociální péče. Jsou formou individuálního bydlení seniorů a jsou mezi starými lidmi žádané. Tyto domy s pečovatelskou službou zřizují Městské úřady. Seniorům je zde poskytnuta pečovatelská služba. V těchto zařízeních mají senioři soukromí, dobrou kvalitu bydlení. Také zde nedochází k větším změnám. K tomu se mohou senioři zapojit i do kolektivního života. (Kalvach et al., 2004, s. 470)

#### **2.1.6 Domácí péče**

Domácí péče se poskytuje klientům na doporučení praktického lékaře, nebo odborného či ústavního lékaře. Tuto službu zajišťují různé agentury. Je zde poskytnuta akutní péče o nemocné, péče o propuštěné klienty z nemocnice a i péče o chronicky nemocné. U klienta se předpokládá stabilizovaný zdravotní stav, vhodné domácí prostředí, zapojení rodiny nebo pomoc jiného pečovatele a také dostupné zdravotní a sociální služby. Ty bývají většinou ve větších městech. Domácí péče by měly snížit potřebu ústavní péče. Rodiny mají možnost zapůjčení ošetřovatelských, rehabilitačních či kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek. Domácí péče také vedou k lepšímu psychickému stavu klientů, jelikož péče probíhá v domácím prostředí. (Kalvach et al., 2004, s. 471)

## 2.2 Ústavní péče o seniory

### 2.2.1 Léčebny pro dlouhodobě nemocné

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou specializovaná lůžková zdravotnická zařízení. Tyto léčebny slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. (Kalvach et al., 2004, s. 472)

Tyto léčebny poskytují pacientům především ošetrovatelskou a rehabilitační péči a starají se o osoby trpící déletrvajícími nemocemi. Vedle léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče je zde nezbytná i péče psychosociální. V mnoha případech musí být tyto léčebny schopny pacientům podat paliativní a gerontopsychiatrickou péči.

### 2.2.2 Hospic

Hospic poskytuje symptomatickou péči nemocným bez ohledu na věk v terminálním stadiu různých chorob. Většinou se jedná o pacienty onkologické. Důraz je kladen na léčbu bolesti a úzkosti, na komunikaci. Priorita je zde především v zajištění důstojnosti, soukromí a kontaktu s rodinou. Hospic může také poskytovat péči respitní, stejně jako LDN. Repitní péče znamená, že zařízení převezme na určitou dobu do péče dlouhodobě nemocného. Jedná se většinou o starého člověka, o kterého se stará rodina. Zájem o respitní péči bývá z důvodu odpočinku pečující rodiny, hospitalizace pečovatele a jiné překážky. Náklady si hradí rodina sama. Touto péčí je možnost vyhnout se syndromu vyhoření pečovatele. (Kalvach et al., 2004 s. 472-473)

## 2.3 Rodinná péče

Rodinná péče je pro všechny pacienty většinou nejlepší a nejpříjemnější formou poskytnutí péče. Zejména u starých a dlouhodobě nemocných jedinců. U těchto osob tak výrazně dochází ke zlepšení fyzického i psychického stavu. Podpora rodiny má v těchto případech velmi pozitivní vliv na uzdravování pacientů. Stejný vliv má domácí prostředí, které pacienti dobře znají. Mají tak pocit bezpečí a jistoty. Většina starých a nemocných jedinců má pocity méněcennosti. Připadají si nepotřební a často nechtějí své příbuzné zatěžovat a žádat o pomoc. Bez kontaktu s rodinou se výrazně zhoršuje psychická stránka pacientů a to má bohužel špatný dopad na jejich léčbu. Každá všeobecná sestra a i každý zdravotnický personál ze své praxe může potvrdit, jak důležitou roli v léčbě má rodina. Ve většině rodin je samozřejmostí, že se postará o stárnoucího člena rodiny. Není to tak bohužel ve všech případech. Svě pro a

proti má také společné bydlení rodiny se stárnoucím jedincem. Senior se může cítit bezpečněji, ale také může mít pocit, že je na obtíž. Chybí mu své soukromí, své věci a skutečnost, že není doma. Někteří staří lidé nemají takové štěstí a jejich rodina se o ně starat nechce, proto jim musí být poskytnuta péče jinde. (Klevetová a Dlabalová, 2008 s. 78-87)

### **2.3.1 Překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky**

#### **Nevyhovující bydlení**

Rodina má k dispozici pouze malý byt a přistěhování seniora ztrácí soukromí. Nastávají poté zbytečné konflikty v rodině a senior tuto situaci špatně snáší.

#### **Zaměstnanost střední generace**

Většina lidí, kteří jsou v produktivním věku je zaměstnaná. Nemohou tedy zůstat doma a seniorovi věnovat potřebnou péči. Velmi často mají strach ze ztráty zaměstnání, i když by se chtěli celodenně o svého příbuzného starat.

#### **Povinnosti vůči rodině**

Právě již zmíněná střední generace musí svůj čas věnovat své rodině. Pečuje o děti, stará se o domácnost. Poté už nenajdou čas, aby se věnovali seniorovi, nebo mu poskytli péči.

#### **Vzdálenost rodin**

Mnohdy jsou od sebe rodiny velmi vzdálené. Každý má bydliště někde jinde. Rodiče bydlí sami, protože většina dětí žije se svojí vlastní rodinou.

#### **Vyčerpání, únava rodinných příslušníků při péči o seniora**

Bývá velmi těžké mít na starost péči o svoji rodinu, chodit do zaměstnání, postarat se o domácnost a k tomu se starat o svého starého rodiče. Bývá to spojeno převážně s vyčerpáním starajícího se jedince. (Mlýnková, 2011, s. 63)



### 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O GERIATRICKÉ PACIENTY

#### 3.1 Potřeby nemocných

Potřeby nemocných jsou důležitou součástí ošetrovatelské péče. Jejich uspokojování u pacienta vede k jeho spokojenosti. Zajišťování lidských potřeb si vyžaduje nejvíce pozornosti. Naše profese vyžaduje, abychom pochopili pocity a potřeby druhých osob. Jen tak bude věnována pacientům dostatečná péče. Potřeby se samozřejmě mění s věkem. Musíme uvážit to, že jedinec předškolního věku bude mít jiné potřeby než jedinec školního věku. Tedy i střední generace bude mít jiné potřeby oproti starší populaci. Starší lidé mění v životě své hodnoty a potřeby. Na stáří jsou prioritou potřeby zdraví, spokojenosti, pocitu bezpečí, spokojenosti, klidu a lásky. Senioři mívají často strach ze svého onemocnění. Také se trápí obavami, že přijdou o svého partnera a že na sklonku života budou závislí na pomoci druhých osob. U starších osob je potřeba velké trpělivosti. Velmi často mají pocit nejistoty a strachu ze svého zdravotního stavu. Proto je důležité geriatrické pacienty informovat a trpělivě vysvětlovat skutečnosti, které se týkají ošetrovatelské péče o ně samé. (Mlýnková, 2011, s. 47-50)

Uspokojování potřeb pacientů patří neodmyslitelně do moderního ošetrovatelství a mělo by být hlavním zaměřením práce všeobecných sester. Samotná péče o potřeby pacientů, bývá složkou ošetrovatelského procesu a všeobecné sestry je touto cestou realizují. Ošetrovatelský proces je tedy určitým postupem všeobecných sester při jejich práci, kterým se řídí. Podle ošetrovatelského procesu jsou schopny si naplánovat kroky, postupy a cíle své péče o nemocného. (Trachtová, 2008, s. 9)

##### 3.1.1 Definice potřeb

Lidská potřeba je stav vznikající z nedostatku nebo přebytku a také touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Uspokojení a naplnění těchto potřeb vede k vyrovnaní a obnovení rovnováhy organismu. Potřeby jsou k životu nutné, jelikož ovlivňují jeho kvalitu. (Šamánková, 2011, s. 12)

Každý člověk má individuální potřeby. Pocit nedostatku může změnit spoustu věcí v životě jedince. Uspokojování potřeb můžeme dosáhnout různými způsoby. Může jít o způsob žádoucí, za které považujeme ty, které neškodí nám ani jiným a potřeby jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak za nežádoucí považujeme ty, které mohou škodit dané osobě i jiným a přesahovat meze zákona. (Trachtová, 2008, s. 10)

### 3.1.2 Využití poznatků o potřebách pacientů v práci všeobecné sestry

1. Poznání a pochopení sama sebe a tím uspokojování svých vlastních potřeb.
2. Tím, že pochopíme potřeby druhých, tím lépe můžeme hodnotit a pochopit jejich chování.
3. Znalosti o základních potřebách tvoří teoretický podklad pro náš ošetrovatelský proces a jeho využití v nemocnici.
4. Teoretické znalosti potřeb, faktorů a situací, jejichž vlivem se potřeby mění, umožňují všeobecným sestram přiměřenou intervenci u stresovaných pacientů.
5. Všeobecné sestry, které mají znalosti o lidských potřebách, je mohou uplatnit při edukaci nemocného a také podpořit nemocného v jeho seberealizaci. (Trachtová, 2008, s. 17)

### 3.1.3 Faktory ovlivňující naplnění potřeb

Faktorů, které znemožňují, narušují a mění způsob uspokojování potřeb člověka je řada.

Můžeme zde zařadit tyto faktory:

#### **Nemoc**

Povinností všeobecných sester je napomáhat nemocným uspokojit jejich potřeby. U každé nemoci mají pacienti odlišné potřeby.

#### **Osobnost člověka**

Zde záleží spíše na individualitě a typologii každého jedince.

#### **Mezilidské vztahy**

Především rodinné vztahy mohou narušit uspokojování potřeb.

#### **Vývojové stadium**

Hodnoty a potřeby se mění také věkem jedince.

#### **Okolnosti, za kterých nemoc vzniká**

I okolnost má vliv na potřeby. Patří sem také prostředí. Jedinec bude mít jiné potřeby v domácím prostředí a jiné při hospitalizaci v nemocničním prostředí. (Trachtová, 2008, s. 16-17)

## **3.2 Rozdělení potřeb**

### **3.2.1 Biologické potřeby**

Biologické potřeby považujeme za potřeby primární, tedy jde o základní potřeby. Tyto potřeby vychází z podstaty člověka jako živé bytosti. Jsou to potřeby všech pacientů. Povinností všeobecných sester je tedy uspokojit tyto potřeby formou ošetrovatelského procesu. Biologické potřeby zahrnují potřeby v oblasti dýchání, spánku a odpočinku, výživy a hydratace, hygienické péči, vyprazdňování moče a stolice, pohybu a aktivity, sexuální potřeby, péči o kůži a tišení bolesti. (Trachtová, 2008, s. 9-17)

#### **Pohyb a aktivita**

U zdravého jedince se předpokládá, že zvládne aktivity denního života samostatně. Hodnocení schopnosti sebepěče a soběstačnosti je prioritou při vytváření ošetrovatelského procesu. Je zde nutností, aby bylo u pacienta přesně určeno, do jaké míry je schopen péče o sebe. Pokud se o sebe postará pacient částečně, je sestra povinna dopomoci pacientovi při běžných aktivitách denního života. Pokud není pacient schopen žádné sebepěče a je nesoběstačný, přebírá sestra veškerou péči o tyto pacienty. (Trachtová, 2008, s. 19-24)

Hybnost patří do oblasti biologických potřeb, ale pokud je u pacientů přítomna porucha hybnosti zcela jistě zasáhne i jeho psychiku. Poruchy hybnosti vznikají z různých příčin. Omezení hybnosti i její poškození nebo ztráta jsou změnou pro každého jedince. Sestry musí mít odborné znalosti, co se týká poruch hybnosti. Poruchy hybnosti mají dopad na všechny jiné potřeby pacienta. (Trachtová, 2008, s. 26- 48)

#### **Hygiena a oblékání**

Hygiena je součástí potřeb pacienta. Hygiena je vnímána jako udržování tělesné čistoty. Správná hygiena je prevencí před určitými nemocemi a udržuje zdraví. Hygiena a oblékání je individuální potřebou a každý jedinec má na ni jiný pohled.

Do oblasti hygieny zahrnujeme i péči o kůži. Povinností sestry je sledovat každé změny na kůži, napětí kůže a předcházet poruchám integrity kůže. U imobilních pacientů se nejvíce klade důraz na prevenci proleženin. (Trachtová, 2008, s. 50-67)

### **Odpočinek a spánek**

Odpočinek a spánek jsou součástí našeho života. Jsou nezbytné pro zachování fyzického i psychického zdraví. Potřeba odpočinku a spánku jsou u každého jedince rozlišná. Tedy jde o individuální potřebu. Pro někoho je důležité mít dostatek odpočinku a spánku, někdo tolik odpočívat a spát nepotřebuje. V období nemoci potřeba odpočinku a spánku stoupá. Nemoc je většinou spojená se zvýšenou únavou. Předpokladem sester je zajistit pacientovi kvalitní a nerušený spánek. (Trachtová, 2008, s. 68-78)

### **Výživa**

Výživa má vliv na naši duševní pohodu, ale podílí se na celkovém zdravotním stavu jedince a i zde je výživa potřeba individuální. Někdo jí více, někdo zase méně. Je důležité, aby strava byla vyvážená a obsahovala všechny důležité látky, které organismus vyžaduje. V období nemoci může být výživa nedostatečná. Nemocný člověk mnohdy ztrácí potřebu se najíst. Všeobecné sestry musí zajistit pacientovi dostatečnou výživu, aby nebyl ohrožen zdravotní stav pacienta. (Trachtová, 2008, s. 80-93)

### **Vyprazdňování**

Patří do základních fyziologických potřeb. Pravidelné vyprazdňování bez poruch zajišťuje rovnováhu v organismu. Nedostatečné vyprazdňování přináší jedinci řadu problémů. Také může mít vliv i na psychickou stránku jedince. (Trachtová, 2008, s. 95-108)

### **Dýchání**

Bez dýchání není možné žít. Je prioritou našeho života. Dýchání může ovlivnit také celá řada faktorů. Člověk s poruchou dýchání vyžaduje ošetrovatelskou péči. Sestra by měla uspokojit potřeby pacienta, tak aby zamezila nesprávnému dýchání nebo poruchám dýchání. Měla by mít odborné znalosti v oblasti dýchání a vědět, jak pacientovi ulevit a zmírnit potíže. (Trachtová, 2008, s. 110-123)

### **Bolest**

Bolest je podle Světové zdravotnické organizace považována za nepříjemnou, senzorickou a emocionální zkušenost a je vždy subjektivním příznakem.

Bolest zná snad každý jedinec. Je to pro nás varovný signál, že se děje s naším organismem něco zvláštního. Proto při pocitu bolesti, která trvá déle, by jedinec měl navštívit lékaře. Bolest je snášena každým jedincem jinak. Sestra by měla znát faktory, které ovlivňují bolest,

zhodnotit bolest a umět pomoci pacientovi od bolesti, nebo alespoň bolest zmírnit. (Trachtová, 2008, s. 124-139)

### **Sexuální potřeby**

Jsou součástí biologických potřeb a přirozenou součástí našich životů. Sestru zde zajímá sexualita a reprodukční schopnost jedince. Pátrá po problémech a poruchách spojených s touto potřebou. (Trachtová, 2008, s. 167-172)

### **3.2.2 Psychické potřeby**

Jsou potřeby, které zasahují do duševního zdraví jedince. Tyto potřeby se mnohdy stávají nejdůležitější potřebou. Mezi psychické potřeby můžeme zařadit potřebu lásky, uznání, sounáležitosti, úcty. Zasahuje sem také potřeba jistoty a bezpečí. Každý nemocný jedinec doufá, že mu bude někdo nablízku. Zároveň se bojí, aby nebyl nikomu na obtíž. S tím tedy úzce souvisí pocit beznaděje a zbytečnosti. Narušení psychických potřeb může narušit celkový zdravotní stav pacienta a bývá často spojen s komplikacemi. Proto je velmi důležité ze strany všeobecných sester, umět se postarat o pacienta i po stránce duševní. Zde bychom především měly dbát na empatii. Schopnost projevit soucit, úctu. Sestry by měly být ohleduplné a trpělivé a i pouhé naslouchání tu hraje velkou roli. Dát nemocnému možnost mluvit o tom, co ho trápí a umět ho vyslechnout a pochopit. Nutností je také sledovat zdravotní stav nemocného a to, jak se narušení psychiky na něm odvíjí. Nemocní totiž mohou trpět stavem úzkosti, deprese, beznaděje, strachu a jinými poruchami duševního stavu. Pokud se špatný psychický stav prohlubuje a narušuje celkový stav nemocného je zapotřebí poskytnout odbornou pomoc. (Šamánková, 2011, s. 36-37)

### **3.2.3 Sociální potřeby**

Sociální potřeby patří k životu každého jedince. Zvláště pak nemocný jedinec touží být pořád součástí společnosti a věřit, že je stále pro ni potřebným člověkem a není z ní stále vyřazen. Patří sem potřeba mít svoji rodinu, rodinné zázemí a být ekonomicky zajištěn. Jako zdravotníci se setkáváme často s nemocnými, kteří nemají vlastní bydlení, nemají rodinu ani žádné zázemí. Tito lidé se setkávají s negativními reakcemi od ostatních. Všeobecné sestry musí umět pochopit a porozumět těmto nemocným a vždy si umět zachovat profesionální chování. Neprofesionální a neetické chování k těmto nemocným může velmi ovlivnit a narušit jejich léčbu. Všem nemocným by měl být umožněn kontakt s rodinou, pokud to jejich stav umožňuje. Pokud nemají možnost kontaktu s rodinou či jinými osobami měly by všeobecné sestry

věnovat nemocnému větší pozornost. V nemoci a těžkých chvílích nemocní očekávají něčí podporu, pochopení, něčí blízkost. Většinou jsou to právě sestry a zdravotnický personál, který je nemocnému nejbliž. (Šamánková, 2011, s. 36-37)

### 3.2.4 Spirituální potřeby

Dříve byly tyto potřeby opomíjeny. Dnes u některých nemocných mají stejnou váhu jako potřeby biologické či psychické. Převážně u starých a geriatrických pacientů jsou velmi důležitou hodnotou. Mnozí lidé si spojují spirituální potřeby s duchovnem a vírou v Boha. Většinou tomu tak je, ale je potřeba zmínit, že ne vždy tomu tak musí být. Nemocný může mít víru i například v sebe samého, nebo mít víru v naději či v nějakou jinou osobu. Je důležité z pohledu všeobecných sester a zdravotnického personálu brát v úvahu i tyto potřeby a snažit se plnit přání nemocných, pokud je to v našich silách. Velmi často si nemocní vyžadují návštěvu kněze. Mnoho léčeben už tuto službu poskytuje. Ošetřující personál by měl vždy respektovat nemocného, i tehdy, pokud není duchovnu nakloněn. Víra v Boha a modlitba bývá pro většinu nemocných určitým smyslem jejich života. Upoutáním na víru si dokáží zodpovědět spoustu otázek, týkajících se jejich života a i utrpení a bolest si touto cestou dokáží zmírnit. Víra jim přináší určitou úlevu. Lépe se smiřují se svojí nemocí a mají pocit, že je někdo ochraňuje. Velmi těžce nemocní pacienti se lépe smiřují se svým umíráním a věří, že po smrti je čeká něco lepšího.

## 3.3 Hierarchie potřeb dle Maslowa

Abraham H. Maslow (1908-1970) americký psycholog měl svoji teorii a byl toho názoru, že každý jedinec má individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Hierarchie je znázorňována v podobě pyramidy, jako Maslowova pyramida potřeb (příloha P I)

Podle Maslowa byly potřeby rozděleny následovně:

### 1. Fyziologické potřeby

- Objevují se při porušení rovnováhy organismu, vyjadřují tak potřeby organismu, sloužící k jeho přežití. Jedinec se snaží dělat vše pro to, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuálními.

## 2. Potřeba jistoty a bezpečí

- Zde je potřebou jedince vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Jedinec může mít touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, klidu, ochraně před strachem a úzkostí, potřeba ekonomického zajištění a tak dále. Bývá přítomna vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty.

## 3. Potřeba lásky a sounáležitosti

- Je to potřebou milovat a být milován, potřeba nějaké náklonnosti. Bývá většinou při osamocení a opuštění.

## 4. Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

- Jsou dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, postavení a prestiže uvnitř sociální skupiny. Přítomna je v situacích ztráty respektu, důvěry a snahou je získat ztracené sociální hodnoty.

## 5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace j

- Je potřeba realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Musí sám nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že ji dělá dobře. (Trachtová, 2008, s. 14-16)

K těmto vyšším potřebám Maslow řadí ještě takzvané metapotřeby. Ve srovnání s vyššími potřebami jsou méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování dle Maslowa posiluje vývoj k pravé lidskosti k vyššímu štěstí a radosti. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další. (Trachtová, 2008, s. 14)

### 3.4 Role sestry v péči o geriatrické pacienty

Péče o geriatrické pacienty je pro všechny všeobecné sestry velmi náročná. Nejenom pro sestry, ale i pro celý ošetřující personál. Práce s těmito pacienty je těžká po stránce fyzické, psychické i sociální. Péče o geriatrické pacienty se liší významně od péče o ostatní věkové kategorie. Ne všichni se chtějí věnovat právě geriatrickým pacientům. Pracovat s geriatrickými pacienty vyžaduje ze strany ošetřujících velkou dávku empatie, tolerance, trpělivosti a pochopení. Samozřejmě vyžaduje také znalosti odborné, co se týče oboru geriatrické. Zvláště

dnes, kdy je možnost dalšího vzdělávání, možnost účasti na různých seminářích a konferencích.

Péče o geriatrické pacienty spočívá v dobře odvedené práci. Je tedy zaměřena především na plánování a realizaci péče a služeb. Cílem je poskytnutí těmto pacientům komplexní péči. Péče o geriatrické pacienty může být ovlivněna zdravotním stavem, úrovní soběstačnosti, bolestí, imobilitou, psychikou a předchozím stylem života. Dále také spolupráci ze strany pacienta i jeho příbuzných, úmrtím partnera, finanční situaci, častým neuspokojováním základních a vyšších potřeb.

S geriatrickými pacienty souvisí i jejich křehkost. Při manipulaci s těmito pacienty musíme dbát na opatrnost. Samotné uspokojování potřeb provádíme pomalu, šetrně, aby nedošlo k poranění u pacienta. U těchto pacientů se zvyšuje možnost zranění a fraktur více než u jiných osob. Nejvíce hrozí nebezpečí u imobilních pacientů. U těchto pacientů neprovádíme žádné prudké pohyby. S geriatrickými pacienty udržujeme komunikaci a o každém výkonu je předem informujeme. Na činnost s nimi si vyhradíme dostatek času. Pokud je potřeba geriatrické pacienty někam přemístit nebo odvést, pomýšlíme na možnost rizika pádu. Proto je nutný doprovod či zvýšený dohled. U plně závislých pacientů na naší péči, tedy u zcela imobilních dbáme o prevenci vzniku proleženin. Využíváme všech možných prostředků a pomůcek, které má oddělení k dispozici.

Geriatrickí pacienti mají svá specifika i v oblasti psychiky, kterými se liší od ostatních pacientů. Zde máme na mysli především kognitivní schopnosti. Právě tyto schopnosti ubývají u starších pacientů. Geriatrickí pacienti velmi často trápí duševní poruchy, jejich smysly ztrácí svou funkci a jsou ohroženi různými nemocemi. Přístup ošetřujícího personálu by měl být vstřícný a hlavně laskavý a pozitivní. I pokud se pacient nechová zrovna, tak jak by měl. (Mlýnková, 2011, s. 72-75)

### **3.5 Zdravotnická etika**

*Národy v průběhu dějin nepřežívají silou svého bohatství, ale silou pramenící z pomoci svých nejchudších členů. Národy nepřežívají díky své moci, nýbrž díky péči, nabídnuté slabým a nemocným. Civilizace se stává nezranitelnou pouze tehdy, když se stará o své zraněné. (Jonathan Sacks)*



*Etika nám pomáhá hledat a rozlišovat co je mravné a nemravné a podle toho jednat správně, či nesprávně. Etika je úzce spojena s teorií hodnot, protože za nejvyšší lidskou hodnotu bývá pokládáno dobro a to nás učí etika rozpoznávat.* (Kutnohorská, 2007, s. 15)

Dodržování zdravotnické etiky je jedním z předpokladů práce všech všeobecných sester. Kromě teoretických znalostí se od sester vyžaduje schopnost vnímat potřeby své a druhých lidí. Mít zájem o uspokojování potřeb druhých lidí souvisí s emocionální složkou péče o druhé. (Heřmanová et al., 2012, s. 9, s. 53)

### **3.5.1 Důstojnost starého člověka**

Zachování důstojnosti u geriatrických pacientů je základním předpokladem každé všeobecné sestry a celého ošetřujícího personálu. Často se stává chybou, že v popředí je soustředění na záchranu života, zlepšení zdravotního stavu, rozpoznání a léčení chorob a zachování důstojnosti není považováno za příliš důležité. Bohužel z pohledu většiny geriatrických pacientů je otázka důstojnosti důležitější. Zdravotní péče by tedy nijak neměla způsobovat utrpení ani ponižování.

Časté způsoby ponižování důstojnosti geriatrických pacientů:

- Nerespektování pacientovi vůle;
- Nerespektování pacientova soukromí;
- Nerespektování pacientova studu;
- Používání plen u pacienta i přes jeho žádost o použití toalety;
- Ponižující a nedůstojné krmení pacientů;
- Nevhodné oslovování;
- Nedostatečná komunikace;
- Podceňování starého pacienta;
- Hrubé zacházení s pacienty;
- Záměrné odmítání jeho požadavků;
- Vytýkání kognitivního deficitu. (Kalvach a Onderková, 2006, s. 33)

### **3.5.2 Etické problémy na konci života**

Stáří je poslední etapou našeho vývoje. Stáří vede k mnoha změnám. Vede ke změnám biologickým, psychickým i sociálním. Dlouhodobá ošetrovatelská péče vyžaduje etický přístup sestry k pacientům. Všeobecná sestra musí umět poskytnout kvalitní a profesionální péči.

Musí znát všechny změny, které provází stáří. Očekává se od ní, že bude mít etické i morální vlastnosti, bude schopna empatie a komunikace. Bude klást důraz na zachování úcty nemocného. Právě etický přístup a dobře odvedená ošetrovatelská péče může vést u pacientů k pocitu, že se dožívají důstojného stáří a může také zmírnit utrpení starého člověka. Každá sestra by měla být pacientovi nablízku v bolesti a utrpení. Její snahou by mělo být zmírnění bolesti a utrpení všemi dostupnými prostředky.

K etickým problémům patří také umírání a smrt. Při péči o staré a nemocné pacienty je předpokladem sestry, že je schopna zachovat určité postoje a je schopna projevit soucit. Umírající pacienti většinou očekávají, že v této fázi nezůstanou sami. Ve většině případů jsou to právě sestry a ostatní zdravotníci, kteří jsou přítomni u pacientů na sklonku jejich života. Od sester se očekává zachování všech etických zásad. Dnes se do popředí dostává paliativní péče. Paliativní péče zahrnuje péči u pacientů v terminální fázi onemocnění. Cílem této péče je zmírnění bolestí, empatie, podpora pacientů, spirituální pomoc a pomoc rodině. Paliativní péče považuje smrt za normální proces. Etický přístup vyžaduje také péče o mrtvé tělo. I zde je předpokladem, že bude zachována důstojnost. (Bužgová, 2009, s. 69-73)

### 3.6 Komunikace s geriatrickým pacientem

Komunikace s geriatrickým pacientem je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče. Aklade se na ni velký důraz. Komunikací s pacienty dáváte najevo respekt a úctu ke starému člověku. Pokud jsou u pacienta prováděny výkony bez patřičné komunikace, značí o nezájmu zdravotníků vůči pacientům.

Komunikace zahrnuje mnoho složek jako například oslovení nebo naslouchání. Také nám slouží k předávání různých informací. Samozřejmě se musí brát v potaz, že jsou určité rozdíly v komunikaci s geriatrickými pacienty. (Bužgová, 2009, s. 69-70)

*Komunikace se staršími lidmi vyžaduje od všeobecných sester rozvinuté komunikační dovednosti, včetně aktivního naslouchání a pečlivého výběru slov.* (Practice nurse, 2009, s. 29-30)

#### **Vhodná a účinná komunikace:**

- Slušné dotazování a oslovování;
- Respektovat přání pacienta;
- Podávat všechny nezbytné informací, tak aby jim byli schopni pacienti porozumět;
- Určitá komunikační úroveň zdravotníků;
- Schopnost komunikace i s pacientem hovořícím jiným jazykem;

- Eventuálně zajistit možnost překladu;
- Vyčlenit si čas na komunikaci s pacienty, tudíž by měla být komunikace součástí ošetrovatelského plánu;
- Nemluvit na seniory zdobně;
- Vždy starým pacientům vykat a oslovovat jejich příjmením;
- Mít odborné znalosti v oblasti komunikace;
- Umět komunikovat s pacienty s handicapem nebo smyslovým postižením a komunikaci tomu přizpůsobit;
- Respektovat všechny dotazy pacientů;
- Při komunikaci s pacienty chránit jeho důstojnost, nezesměšňovat pacienty;
- Respektovat, že jsou staří pacienti pomalejší, chránit je před časovým stresem, chápat zpomalení psychomotorického tempa i zhoršenou pohyblivost;
- Složitější a zvláště důležité informace vícekrát zopakovat nebo ještě napsat a dotazovat se, zda pacient informacím porozuměl;
- Při komunikaci být pacientům v blízkosti, hovořit srozumitelně a udržovat oční kontakt;
- Pokud jistě nevíme, že pacient má problémy se sluchem, zbytečně nezvyšovat hlas;
- Zajistit klidné prostředí pro komunikaci. (Holmerová, Jurášková a Zikmundová, 2007, s. 38-39)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRŮZKUMU

### 4.1 Cíle

#### 4.1.1 Hlavní cíl

Zhodnotit uspokojování potřeb geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu všeobecných sester

#### 4.1.2 Dílčí cíle

- Zjistit uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb
- Zmapovat pohled všeobecných sester na poskytování ošetrovatelské péče s ohledem na uspokojování potřeb
- Zjistit vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb

### 4.2 Metodika šetření

K získání potřebných dat byla využita kvantitativní metoda prostřednictvím dotazníkového šetření.

Bártlová ve své knize Výzkum a ošetrovatelství uvádí: *Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Ziskáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpoblárnější techniku.* (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008, s. 98)

Dotazník obsahuje 30 otázek. Otázky byly vytvářeny na základě stanovených cílů. Dotazník úvodem seznamuje respondenty s průzkumníkem a tématem. Zároveň obsahuje poděkování za ochotu a upozorňuje na anonymitu respondentů.

Dotazník je složen z uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek. Respondenti tak mohli vybírat odpověď z uvedených možností, popřípadě mohli doplnit jinou variantu. Otevřené otázky sloužily k samostatnému vyjádření respondentů.

### **4.3 Organizace průzkumného šetření**

Celkový počet dotazníků byl 100. Průzkumné šetření probíhalo v Uherském Brodě, kde bylo poskytnuto 50 dotazníků a navraceno bylo celkem 40. Další průzkumné šetření probíhalo ve Zlíně, kde bylo poskytnuto také 50 dotazníků a navraceno bylo 46. Navraceno bylo celkem 86 dotazníků. Celková návratnost tedy byla 86 %.

### **4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry, které pracují v léčebnách dlouhodobě nemocných v Uherském Brodě a v Krajské nemocnici Tomáš Bati, a.s. ve Zlíně. Průzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu se svolením vrchních sester.

### **4.5 Zpracování získaných dat**

Získaná data byla zaznamenána do tabulek četnosti a dále zpracována do prostorových sloupcových grafů. K vyhodnocení dat byla použita čárkovací metoda. Četnost je vyjádřena pomocí absolutních (n) a relativních (%) hodnot. Uvedené výsledky byly doplněny slovním komentářem. Pro zpracování dat průzkumného šetření a jejich prezentaci byl využit tabulkový editor Microsoft Excel 2007 a Microsoft Word 2007.

## 5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

### 5.1 Interpretace výsledků

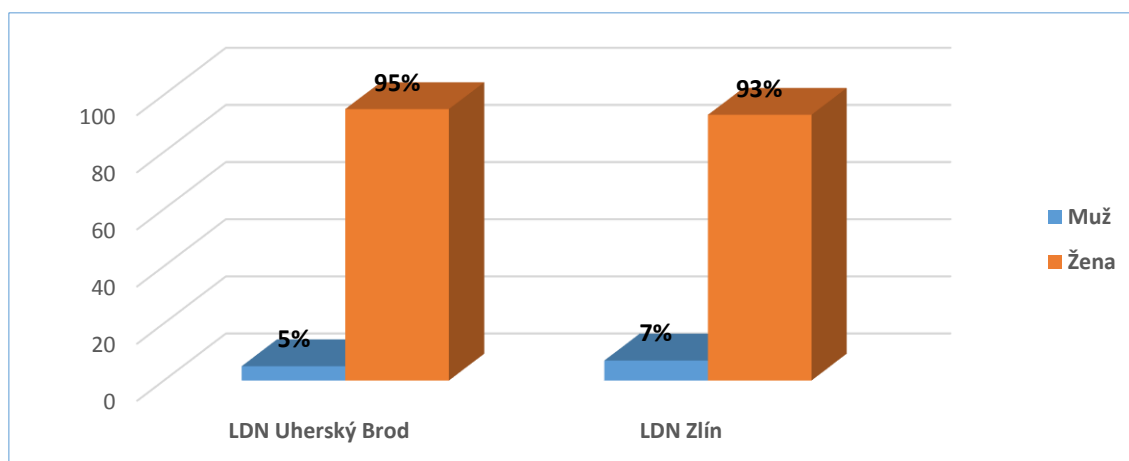
Otázka č. 1: **Jaké je Vaše pohlaví?**

*Tabulka 1 Pohlaví respondentů v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	2	5%
Ženy	38	95%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 2 Pohlaví respondentů v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	3	7%
Ženy	43	93%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 1 Pohlaví respondentů*

#### **Komentář:**

Dotazníkového šetření se v LDN Uherský Brod zúčastnilo 95 % žen a 5 % mužů. V LDN Zlín to bylo 93 % žen a 7 % mužů.

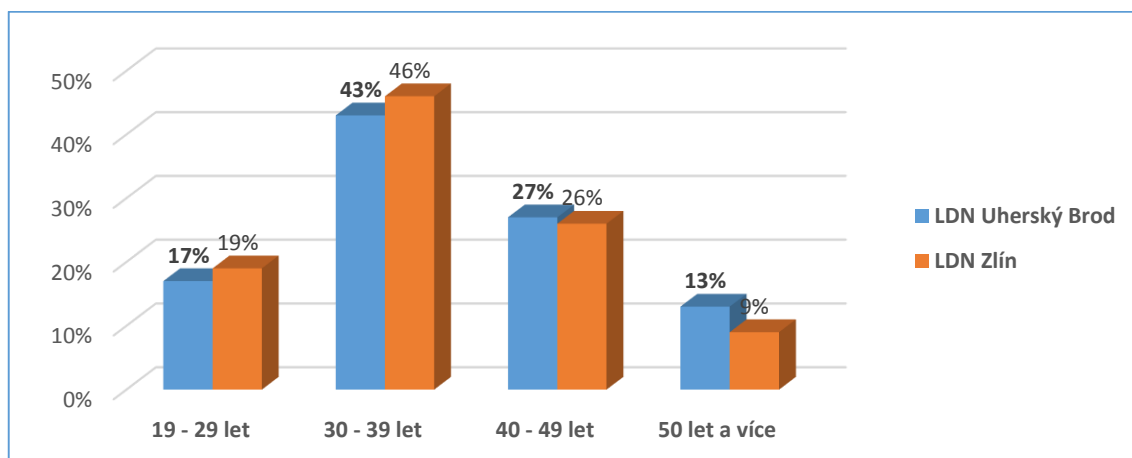
## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 3 Věk respondentů v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
19 - 29 let	7	17%
30 - 39 let	17	43%
40 - 49 let	11	27%
50 let a více	5	13%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 4 Věk respondentů v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
19 - 29 let	9	19%
30 - 39 let	21	46%
40 - 49 let	12	26%
50 let a více	4	9%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 2 Věk respondentů

**Komentář:**

Dotazníkového šetření se v LDN Uherský Brod zúčastnilo 17 % respondentů ve věku 19-19 let. Ve věku 30-39 let 43 %, ve věku 40-49 27 % a 13 % ve věku 50 a více let.

V LDN Zlín to bylo 19 % ve věku 19-29 let, 46 % ve věku 30-39 %, 26% ve věku 40-49 let a 9 % ve věku 50 a více let.



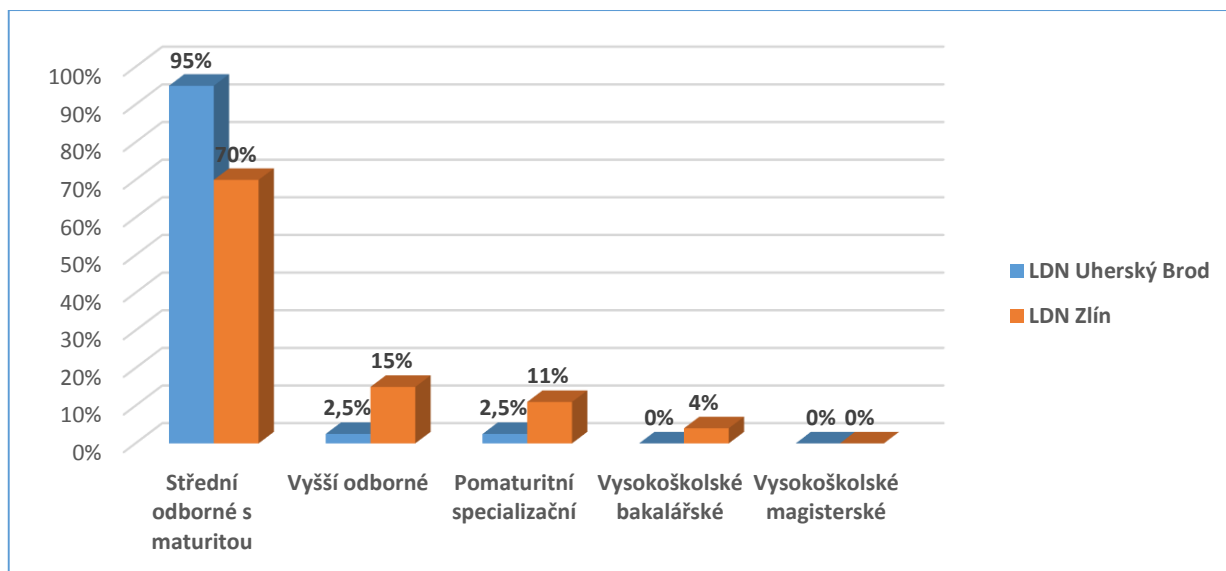
## Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední odborné s maturitou	38	95%
Vyšší odborné	1	2,5%
Pomaturitní specializační	1	2,5%
Vysokoškolské bakalářské	0	0%
Vysokoškolské magisterské	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední odborné s maturitou	32	70%
Vyšší odborné	7	15%
Pomaturitní specializační	5	11%
Vysokoškolské bakalářské	2	4%
Vysokoškolské magisterské	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

**Komentář:**

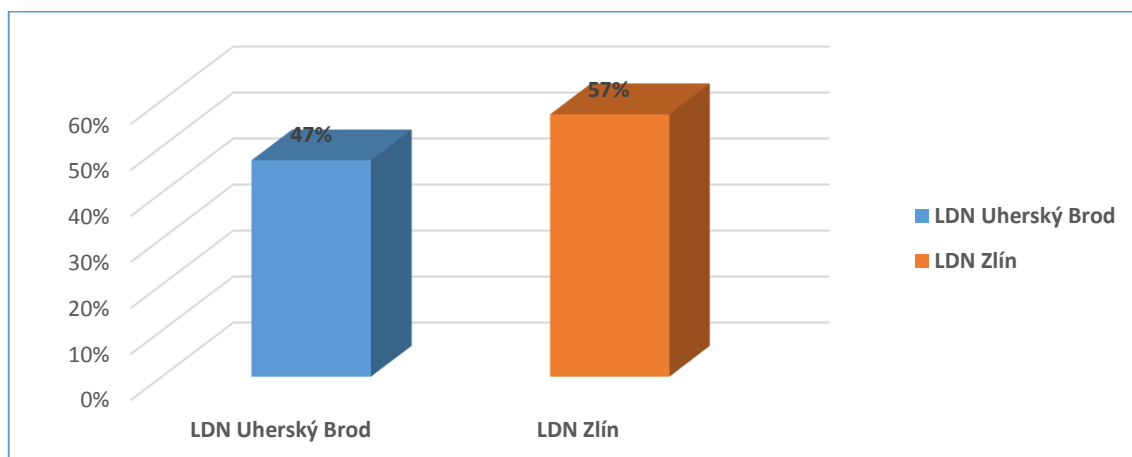
Dotazníkového šetření se zúčastnilo v LDN Uherský Brod 95 % respondentů se středním odborným vzděláním s maturitou, 2,5 % mělo vyšší odborné vzdělání a 2,5 % pomaturitní specializační vzdělání.

V LDN Zlín se zúčastnilo 70 % se středním odborným vzděláním s maturitou, 15 % s vyšším odborným vzděláním. Pomaturitní specializační vzdělání mělo 11 % respondentů a 4 % dosáhlo vysokoškolského bakalářského vzdělání.

Otázka č. 4: Ve které léčebně dlouhodobě nemocných pracujete?

Tabulka 7 Místo povolání

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Uherský Brod	40	47%
Zlín	46	53%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>



Graf 4 Místo povolání

#### Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 47 % respondentů pracujících v LDN Uherský Brod a 53 % respondentů pracujících v LDN Zlín.

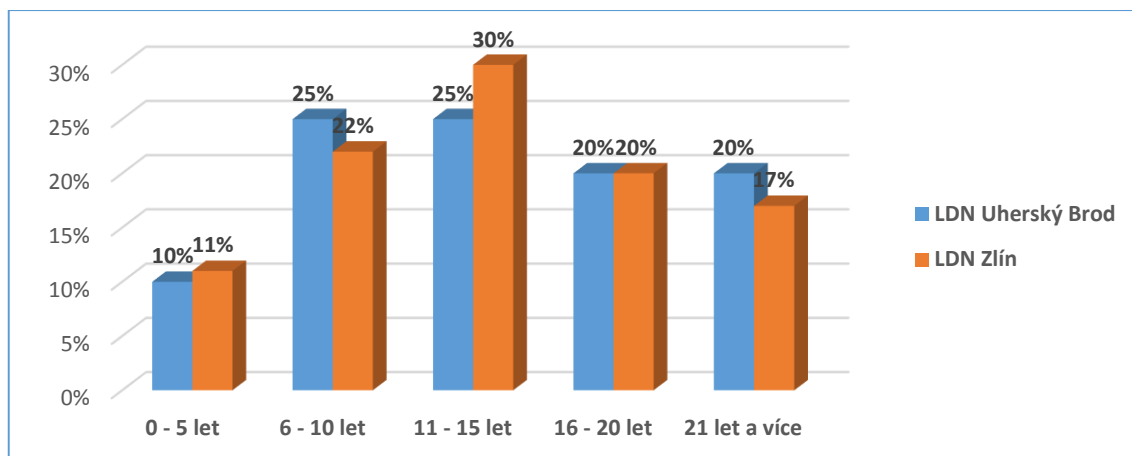
## Otázka č. 5: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 8 Délka praxe ve zdravotnictví v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 5 let	4	10%
6 - 10 let	10	25%
11 - 15 let	10	25%
16 - 20 let	8	20%
21 let a více	8	20%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 9 Délka praxe ve zdravotnictví v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 5 let	5	11%
6 - 10 let	10	22%
11 - 15 let	14	30%
16 - 20 let	9	20%
21 let a více	8	17%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví

**Komentář:**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo V LDN Uherském Brodě 10 % respondentů pracujících ve zdravotnictví 0-5 let. Dalších 25 % pracuje ve zdravotnictví 6-10let a 25 % 11-15 let. 16-20 let má ve zdravotnictví odpracováno 20 % respondentů a 21 let a více také 20 % respondentů.

V LDN Zlín se zúčastnilo dotazníkového šetření 11 % respondentů pracujících ve zdravotnictví 0-5 let, 6-10 let 22 %. Nejvíce respondentů, tedy 30 % pracuje ve zdravotnictví 11-15 let. Odpracovaných 16-20 let mělo 20 % respondentů a 17 % respondentů 21 let a více.

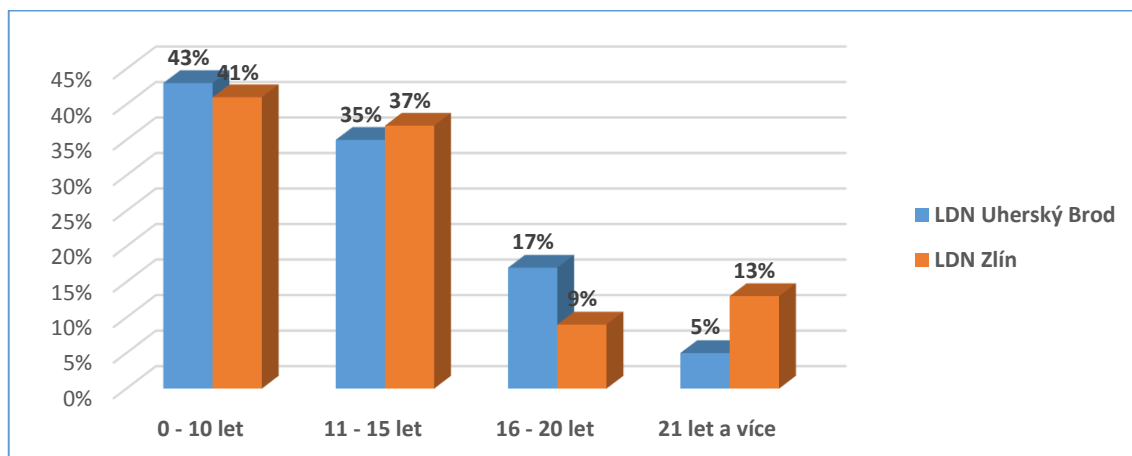
## Otázka č. 6: Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?

Tabulka 10 Délka praxe s geriatrickými pacienty v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 10 let	17	43%
11 - 15 let	14	35%
16 - 20 let	7	17%
21 let a více	2	5%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 11 Délka praxe s geriatrickými pacienty v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 - 10 let	19	41%
11 - 15 let	17	37%
16 - 20 let	4	9%
21 let a více	6	13%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 6 Délka praxe s geriatrickými pacienty

**Komentář:**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo v LDN Uherský Brod 43 % respondentů pracujících s geriatrickými pacienty 0-10 let, což odpovídá největšímu zastoupení. O něco méně, tedy 35 % má praxi s geriatrickými pacienty 11-15 let, 17 % má praxi 16-20 let a nejméně je zde zastoupeno respondentů s praxí u geriatrických pacientů 21 let a více a to 5 %.

V LDN Zlín největšího zastoupení dosáhlo respondentů s praxí 0-10 let u geriatrických pacientů a to 41 %. Respondentů s praxí 11-15 let bylo 37 %, 16-20 let má zastoupení u 17,5 % respondentů a 13 % má praxi s geriatrickými pacienty.

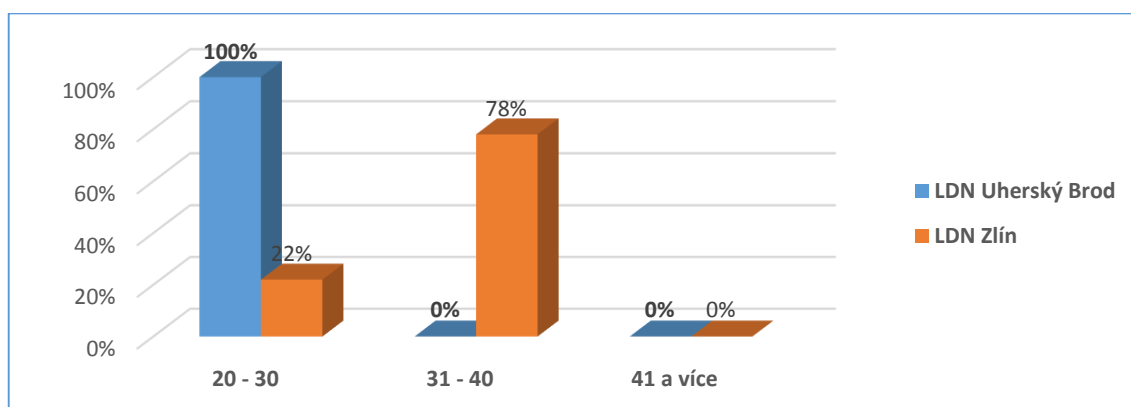
Otázka č. 7: Kolik lůžek máte k dispozici na Vašem oddělení?

Tabulka 12 Počet lůžek na oddělení v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20 - 30	40	100%
31 - 40	0	0%
41 a více	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 13 Počet lůžek na oddělení v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20 - 30	10	22%
31 - 40	36	78%
41 a více	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 7 Počet lůžek na oddělení

### Komentář:

V LDN v Uherském Brodě mají k dispozici 20-30 lůžek, což činí 100 %. V LDN Zlín mají k dispozici 22 % lůžek v počtu 20-30. Největší zastoupení je v počtu lůžek 31-40 a to 78 %. Počet lůžek 41 a více zde nemá zastoupení.



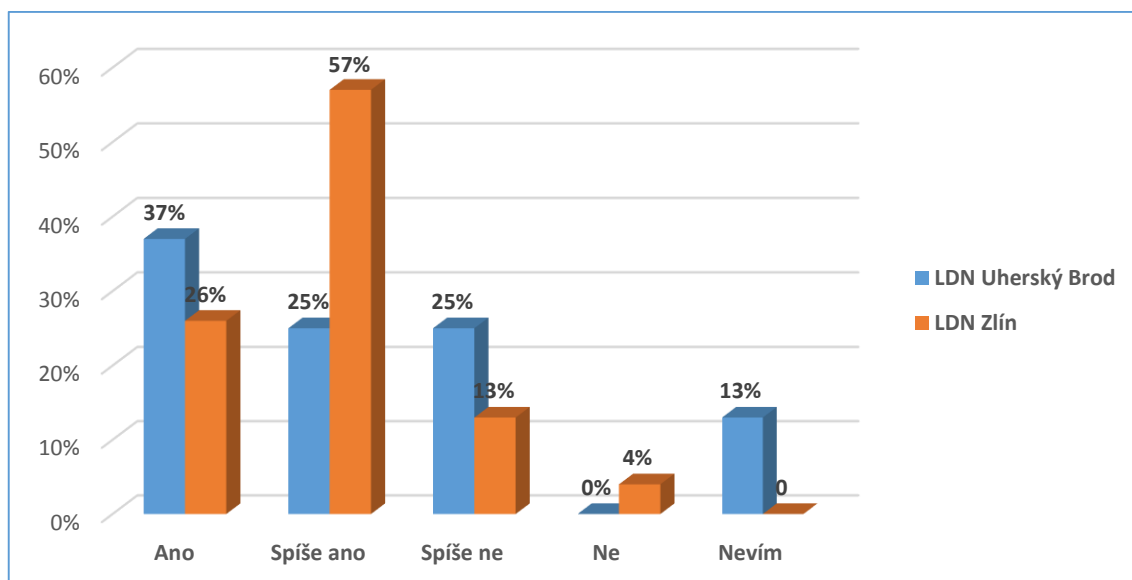
Otázka č. 8: Jsou u geriatrických pacientů na Vašem oddělení dostatečně uspokojovány všechny jejich potřeby?

Tabulka 14 Uspokojování všech potřeb na oddělení v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	15	37%
Spíše ano	10	25%
Spíše ne	10	25%
Ne	0	0%
Nevím	5	13%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 15 Uspokojování všech potřeb na oddělení LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	12	26%
Spíše ano	26	57%
Spíše ne	6	13%
Ne	2	4%
Nevím	0	0
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 8 Uspokojování všech potřeb na oddělení

**Komentář:**

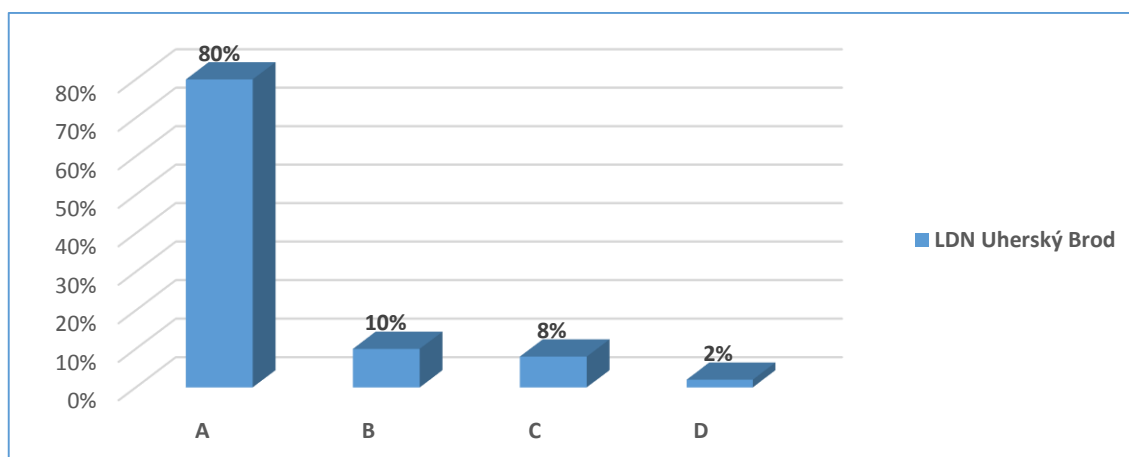
Na otázku, zda jsou u geriatrických pacientů uspokojovány dostatečně všechny jejich potřeby, uvedlo v LDN Uherský Brod 37 % respondentů možnost, že ano. Spíše ano se domnívá 25 % respondentů. Spíše ne odpovědělo také 25 % a 13 % odpovědělo, že neví. Možnost ne nebyla uvedena.

V LDN Zlín 26 % odpovědělo, že ano. Možnost spíše ano zde měla největší zastoupení a to 57 %. Možnost spíše ne dalo 13 % a ne 4 %.

Otázka č. 9: Očísľujte jednotlivé potřeby dle důležitosti od 1 do 4 (č. 1- nejvíce důležité, č. 4- nejméně důležité)

Tabulka 16 Důležitost jednotlivých potřeb v LDN Uherský Brod

Možnosti	Očíslování dle respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Biologické 1, Psychologické 2, Sociální 3, Spirituální 4	32	80%
B	Psychologické 1, Biologické 2, Sociální 3, Spirituální 4	4	10%
C	Biologické 1, Sociální 2, Psychologické 3, Spirituální 4	3	8%
D	Psychologické 1, Sociální 2, Biologické 3, Spirituální 4	1	2%
<b>Celkem</b>		<b>40</b>	<b>100%</b>



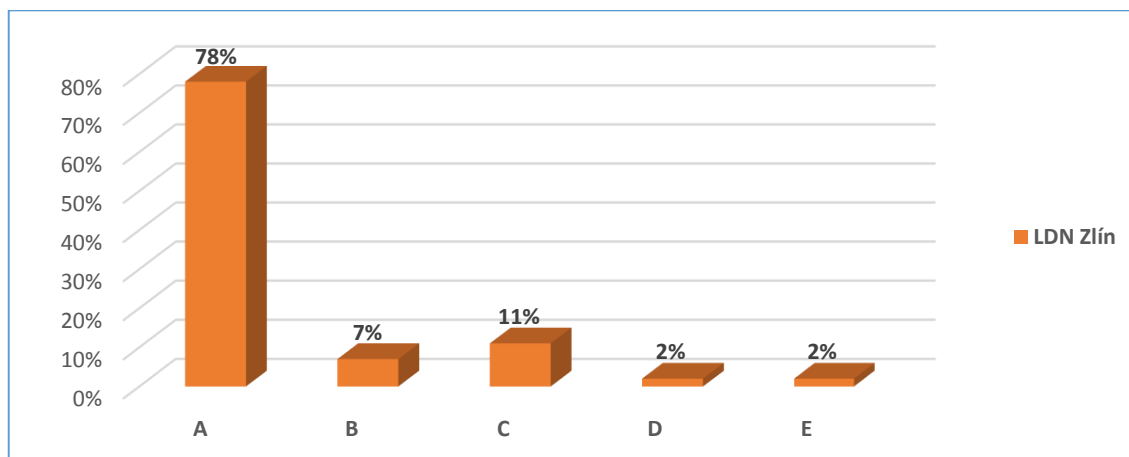
Graf 9 Důležitost jednotlivých potřeb v LDN Uherský Brod

### Komentář:

Respondenti zde mohli očíslovat jednotlivé potřeby podle toho, jak oni je sami hodnotí. Číslem jedna tedy označovali ty potřeby, které považují za nejvíce důležité a číslem 4 ty, které považují za nejméně důležité. Možnost A tedy uvedlo nejvíce respondentů, celých 80 %. Tito respondenti se domnívají, že nejvíce důležité jsou u pacientů především biologické potřeby, poté psychologické, sociální a nejméně důležité považují spirituální potřeby. Možnost B zde uvedlo 10 % respondentů, možnost C 8 % respondentů a pouze 2 % možnost D.

Tabulka 17 Důležitost jednotlivých potřeb v LDN Zlín

Možnosti	Očíslování dle respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A	Biologické 1, Psychologické 2, Sociální 3, Spirituální 4	36	78%
B	Psychologické 1, Biologické 2, Sociální 3, Spirituální 4	3	7%
C	Biologické 1, Sociální 2, Psychologické 3, Spirituální 4	5	11%
D	Biologické 1, Psychologické 2, Spirituální 3, Sociální 4	1	2%
E	Spirituální 1, Psychologické 2, Biologické 3, Sociální 4	1	2%
<b>Celkem</b>		<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 10 Důležitost jednotlivých potřeb

**Komentář:**

V LDN Zlín se respondenti vyjádřili obdobně jako v LDN Uherský Brod. Celých 78 % řadí biologické potřeby na první místo, poté potřeby psychologické, sociální a na poslední místo řadí spirituální potřeby. V tomto případě tedy možnost A. Možnost B zde uvedlo 7 % respondentů. Dalších 11 % uvedlo možnost C a 2 % možnost D. Zde je ještě uvedena možnost E, kterou uvedlo 2 % respondentů. Tito respondenti se naopak domnívají, že nejdůležitější jsou spirituální potřeby, poté psychologické a biologické řadí až na třetí místo. Sociální potřeby uvedli jako nejméně důležité.

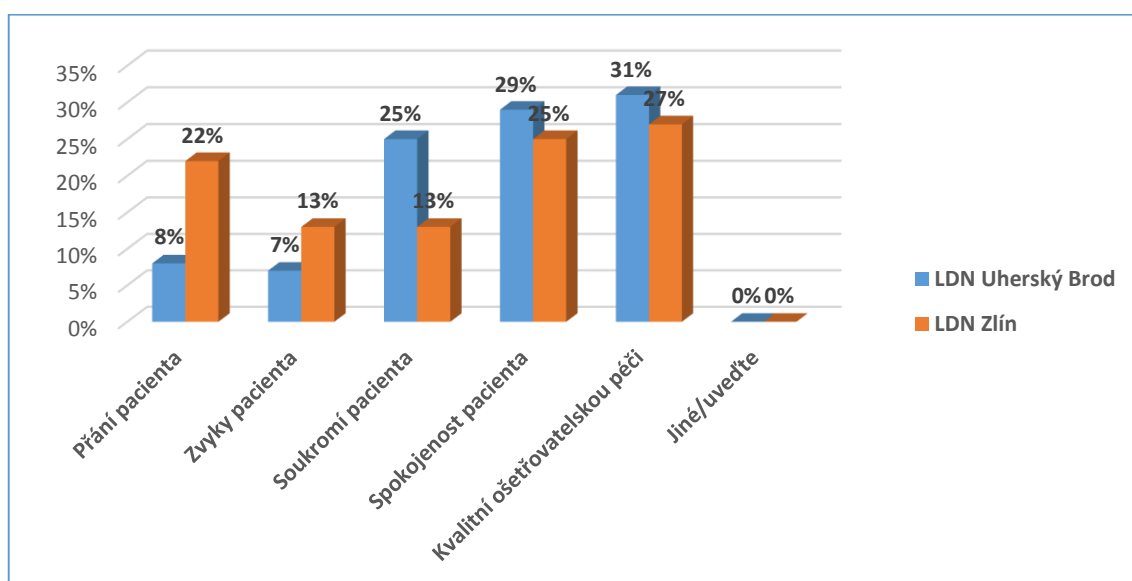
Otázka č. 10: Při uspokojování biologických potřeb kladete důraz na: (Možnost více odpovědí)

Tabulka 18 Důraz při uspokojování biologických potřeb v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Přání pacienta	10	8%
Zvyky pacienta	8	7%
Soukromí pacienta	30	25%
Spokojenost pacienta	35	29%
Kvalitní ošetrovatelskou péči	38	31%
Jiné/uveďte	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

Tabulka 19 Důraz při uspokojování biologických potřeb v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Přání pacienta	31	22%
Zvyky pacienta	19	13%
Soukromí pacienta	19	13%
Spokojenost pacienta	35	25%
Kvalitní ošetrovatelskou péči	38	27%
Jiné/uveďte	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>



Graf 11 Důraz při uspokojování potřeb

**Komentář:**

V této otázce byla poskytnuta možnost více odpovědí. Celkem tedy v LDN Uherský Brod uvedlo 40 respondentů 121 odpovědí. Na přání pacienta klade důraz při uspokojování biologických potřeb 8 % respondentů. Zvyky pacienta jsou důležité pro 7 % a 25 % klade důraz na soukromí pacienta. Spokojenost pacienta má zastoupení u 29 % respondentů a největší počet, tedy 31 % považuje za nejdůležitější kvalitní ošetrovatelskou péči. Možnost jiné/uved'te, zde nemá zastoupení.

V LDN Zlín uvedlo 46 respondentů 142 odpovědí. Na přání pacienta zde klade důraz 22 %, na zvyky pacienta 13 % respondentů a stejný počet, tedy 13 % uvádí možnost soukromí pacienta. Na spokojenost pacienta klade důraz 25 % respondentů a největší zastoupení má možnost kvalitní ošetrovatelská péče a to 27 %. Stejně jako v LDN Uherský Brod, i zde nebyla uvedena možnost jiné/uved'te.

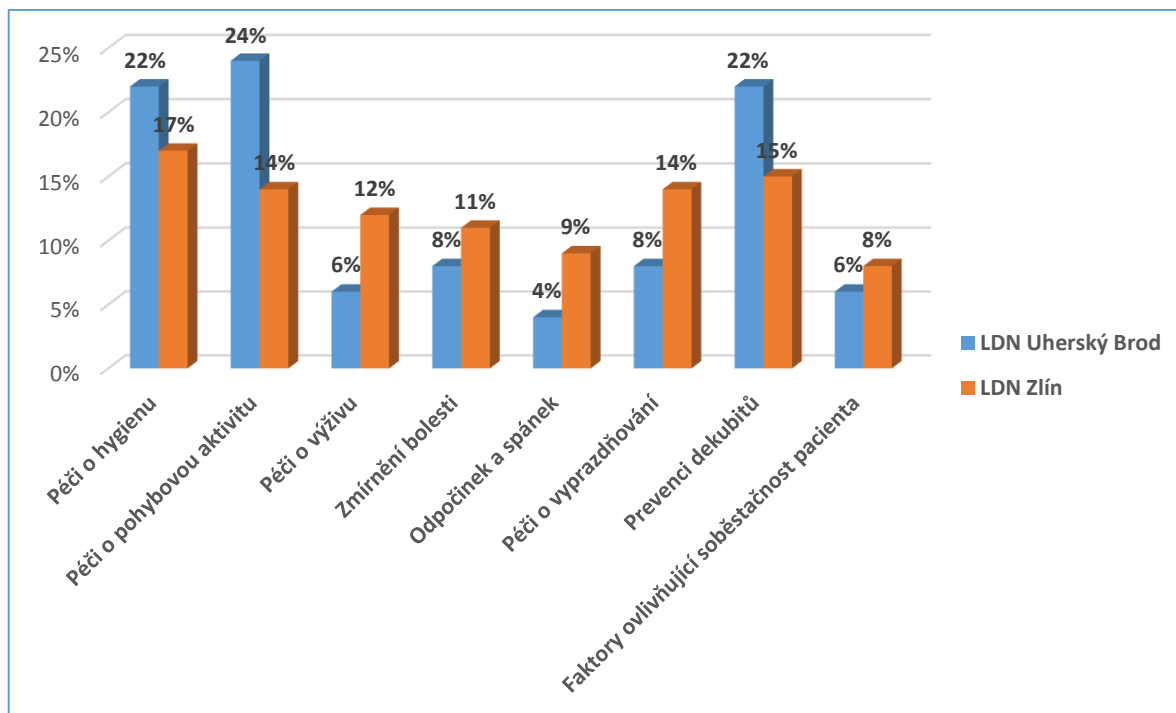
Otázka č. 11: U geriatrických pacientů se sníženou soběstačností se nejvíce zaměřujete na: (Možnost více odpovědí)

Tabulka 20 Oblast zaměření u pacientů se sníženou soběstačností v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Péči o hygienu	35	22%
Péči o pohybovou aktivitu	38	24%
Péči o výživu	11	6%
Zmírnění bolesti	12	8%
Odpočinek a spánek	6	4%
Péči o vyprazdňování	12	8%
Prevenici dekubitů	35	22%
Faktory ovlivňující soběstačnost pacienta	10	6%
<b>Celkem</b>	<b>159</b>	<b>100%</b>

Tabulka 21 Oblast zaměření u pacientů se sníženou soběstačností v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Péči o hygienu	42	17%
Péči o pohybovou aktivitu	35	14%
Péči o výživu	30	12%
Zmírnění bolesti	29	11%
Odpočinek a spánek	21	9%
Péči o vyprazdňování	35	14%
Prevenici dekubitů	36	15%
Faktory ovlivňující soběstačnost pacienta	19	8%
<b>Celkem</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>



Graf 12 Oblast zaměření u pacientů se sníženou soběstačností

### Komentář:

Tato otázka obsahovala možnosti, na které se nejvíce respondenti zaměřují při péči o pacienty se sníženou soběstačností. Opět se zde mohli vyjádřit možností více odpovědí. V LDN Uherský Brod to bylo 159 odpovědí ze 40 respondentů. Celkem se tedy 22 % nejvíce zaměřuje na péči o hygienu. Největší zastoupení má možnost péče o pohybovou aktivitu a to 24 %. Na péči o výživu se zaměřuje 6 % respondentů, 8 % uvádí zaměření na zmírnění bolesti a 4 % na odpočinek a spánek. Péči o vyprazdňování věnuje pozornost 8 % respondentů a 22 % se nejvíce zaměřuje na prevenci dekubitů. Poslední možnost, faktory ovlivňující soběstačnost pacienta, uvedlo 6 % dotazovaných.

V LDN Zlín bylo uvedeno celkem 247 odpovědí od 46 respondentů. Z toho 17 %, tedy nejvíce, věnuje pozornost péči o hygienu, 14 % péči o pohybovou aktivitu, 12 % péči o výživu a 11 % na zmírnění bolesti. Možnost odpočinek a spánek uvedlo 9 % respondentů. Na péči o vyprazdňování se zde zaměřuje 14 % dotazovaných, 15 % se zaměřuje na prevenci dekubitů a možnost faktory ovlivňující soběstačnost pacienta uvedlo 8 % respondentů.



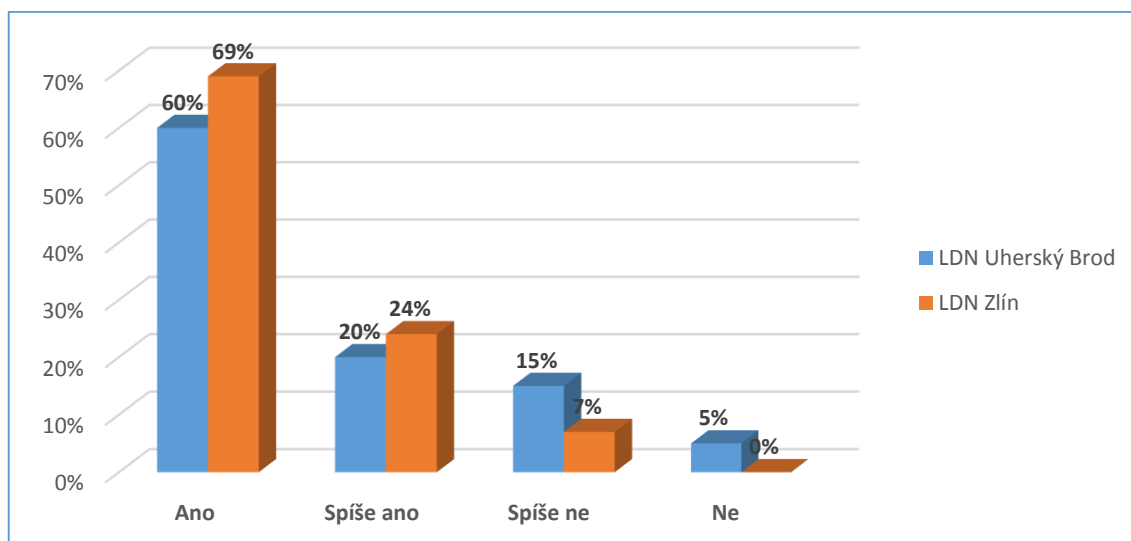
Otázka č. 12: **Zajímáte se o pocity pacientů při hospitalizaci?**

*Tabulka 22 Zájem o pocity pacientů v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	24	60%
Spíše ano	8	20%
Spíše ne	6	15%
Ne	2	5%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 23 Zájem o pocity pacientů v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	32	69%
Spíše ano	11	24%
Spíše ne	3	7%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 13 Zájem o pocity pacientů*

### **Komentář:**

V LDN Uherský Brod nejvíce respondentů uvedlo, že se zajímají o pocity pacientů při hospitalizaci a to 60 %. Spíše ano uvedlo 20 %, spíše ne 15 % a 5 % uvedlo, že se o pocity pacientů nezajímá. V LDN Zlín se celých 69 % zajímá o pocity pacientů, 24 % uvedlo možnost spíše ano. Možnost spíše ne dalo 7 % a možnost ne zde nebyla uvedena.

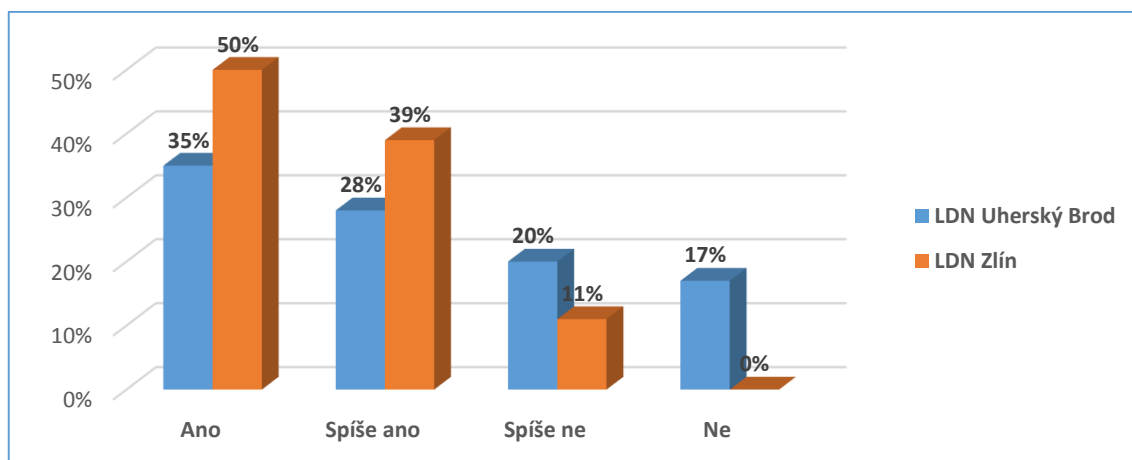
Otázka č. 13: **Zajímáte se o sociální potřeby geriatrických pacientů?**

*Tabulka 24 Zájem o sociální potřeby pacientů v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	14	35%
Spíše ano	11	28%
Spíše ne	8	20%
Ne	7	17%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 25 Zájem o sociální potřeby pacientů v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	23	50%
Spíše ano	18	39%
Spíše ne	5	11%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 14 Zájem o sociální potřeby pacientů*

### **Komentář:**

V LDN Uherský Brod se 35 % z dotazovaných, zajímá o sociální potřeby pacientů. Dalších 28 % odpovědělo spíše ano, spíše ne 20 % a 17 % respondentů se o sociální potřeby pacientů nezajímá. V LDN Zlín odpovědělo celých 50 %, že se o sociální potřeby pacientů zajímá. Možnost spíše ano udalo 39 % respondentů, spíše ne 11 % a možnost ne, neuvedl žádný respondent.

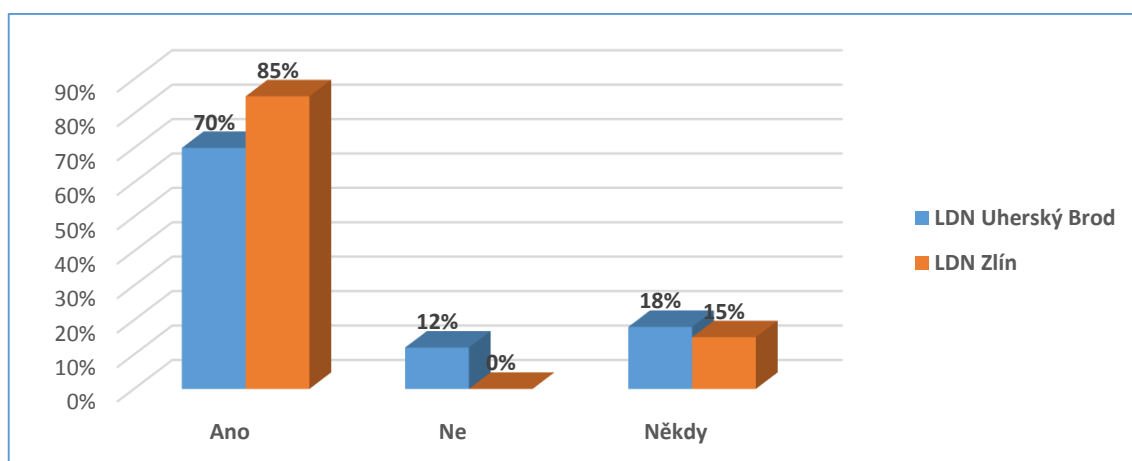
Otázka č. 14: Umožňujete pacientům kontakt s rodinou i mimo návštěvní hodiny?

Tabulka 26 Umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	28	70%
Ne	5	12%
Někdy	7	18%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 27 Umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	39	85%
Ne	0	0%
Někdy	7	15%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 15 Umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny

#### Komentář:

V dotazníkovém šetření uvedlo v LDN Uherský Brod 70 % respondentů, že umožňují návštěvy mimo návštěvní hodiny. Dalších 12 % návštěvy neumožňuje a 18 % návštěvu umožňuje někdy. V LDN Zlín celých 85 % návštěvy umožňuje, 15 % umožní návštěvy někdy a možnost ne, neuvedl žádný z respondentů.

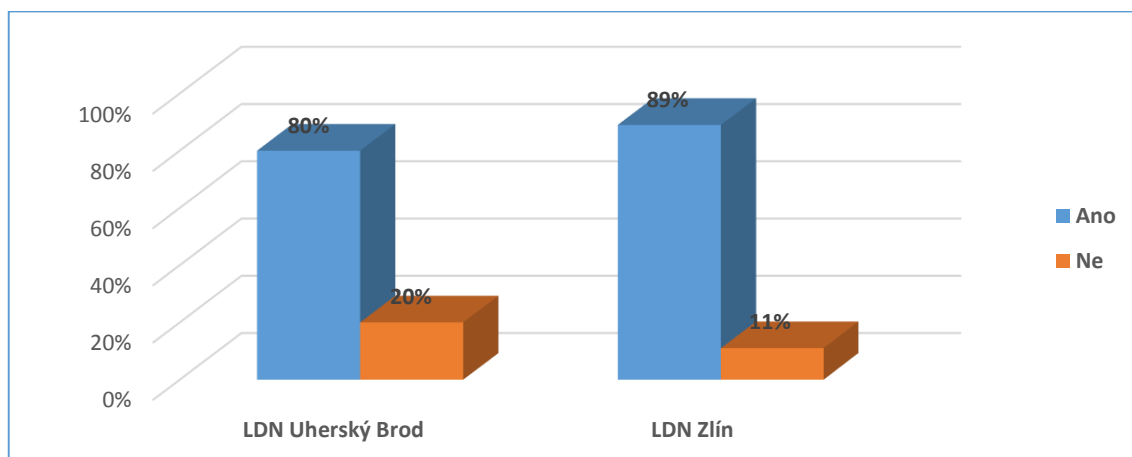
Otázka č. 15: **Považujete zjišťování spirituálních potřeb geriatrických pacientů za důležité?**

*Tabulka 28 Zjišťování spirituálních potřeb v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	32	80%
Ne	8	20%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 29 Zjišťování spirituálních potřeb v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	41	89%
Ne	5	11%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 16 Zjišťování spirituálních potřeb*

### **Komentář:**

Zjišťování spirituálních potřeb považuje 80 % respondentů v LDN Uherský Brod za důležité. Pouze 20 % nepovažuje zjišťování spirituálních potřeb za důležité.

V LDN Zlín pokládá za důležité zjišťování spirituálních potřeb 89 % respondentů a jen 11 % uvádí, že to za důležité nepovažuje.

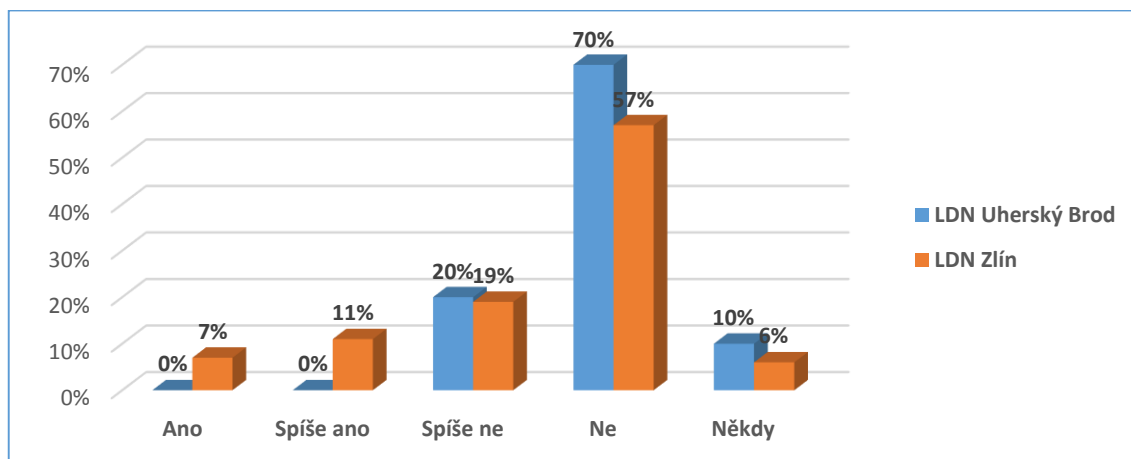
Otázka č. 16: Je Vám nepříjemné ptát se geriatrických pacientů na spirituální potřeby?

Tabulka 30 Dotaz na spirituální potřeby v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	0	0%
Spíše ano	0	0%
Spíše ne	8	20%
Ne	28	70%
Někdy	4	10%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 31 Dotaz na spirituální potřeby v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	3	7%
Spíše ano	5	11%
Spíše ne	9	19%
Ne	26	57%
Někdy	3	6%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 17 Dotaz na spirituální potřeby

*Komentář:*

V LDN Uherský Brod 70 % respondentům nevadí ptát se na spirituální potřeby pacientů. 20 % respondentů uvedlo možnost spíše ne. Pouhých 10 % respondentů odpovědělo, že je jim to někdy nepříjemné. V LDN Zlín 7 % udává, že je jim nepříjemné ptát se na spirituální potřeby, spíše ano udává 11 % a spíše ne 19 %. Dalším 57 % respondentům nevadí ptát se na tyto potřeby a pouhých 6 % odpovědělo, že někdy je jim nepříjemné ptát se na spirituální potřeby pacientů.

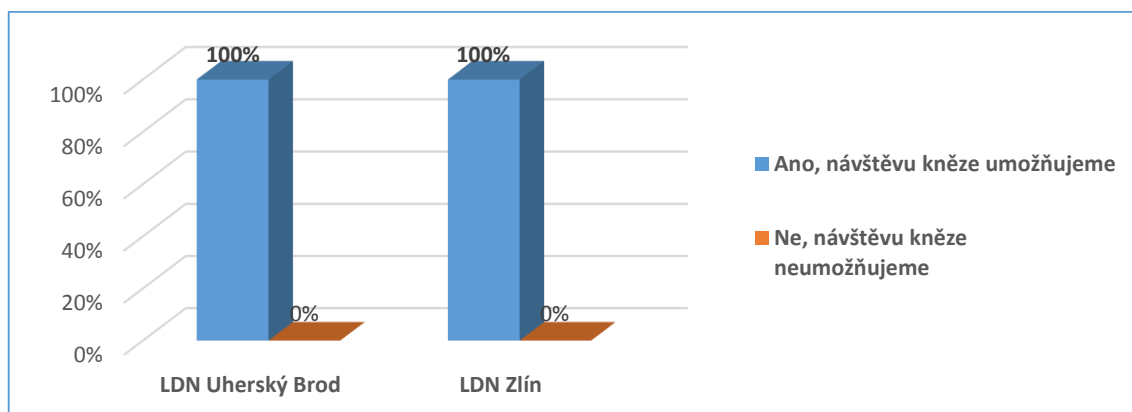
Otázka č. 17: Umožňujete na Vašem oddělení návštěvu kněze?

Tabulka 32 Umožnění návštěvy kněze v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, návštěvu kněze umožňujeme	40	100%
Ne, návštěvu kněze neumožňujeme	0	0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 33 Umožnění návštěvy kněze v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, návštěvu kněze umožňujeme	46	100%
Ne, návštěvu kněze neumožňujeme	0	0
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 18 Umožnění návštěvy kněze

#### Komentář:

Na tuto otázku v LDN Uherský Brod i v LDN Zlín uvedlo 100 % respondentů, že návštěvu kněze umožňují.

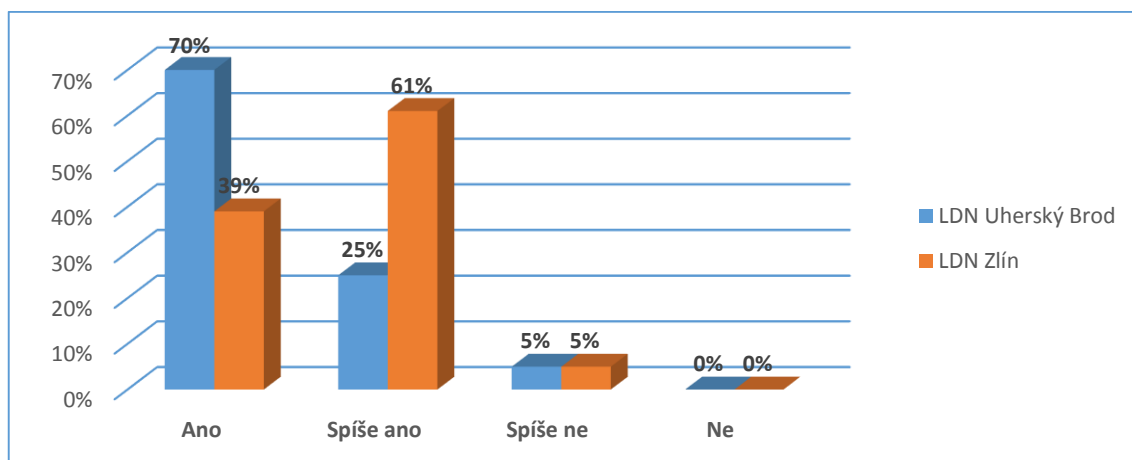
Otázka č. 18: Jsou na Vašem oddělení pacienti spokojeni s ošetřovatelskou péčí?

Tabulka 34 Spokojenost s ošetřovatelskou péčí v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	28	70%
Spíše ano	10	25%
Spíše ne	2	5%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 35 Spokojenost s ošetřovatelskou péčí v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	18	39%
Spíše ano	28	61%
Spíše ne	2	5%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 19 Spokojenost s ošetřovatelskou péčí

### Komentář:

V LDN Uherský Brod se 70 % respondentů domnívá, že jsou pacienti spokojeni s ošetřovatelskou péčí. Možnost spíše ano uvedlo 25 % a spíše ne 5 % dotazovaných. Možnost ne, neuvedl nikdo. V LDN Zlín si 39 % respondentů myslí, že jsou pacienti spokojeni, 61 % se domnívá, že spíše ano. Pouze 5 % uvádí možnost spíše ne a ne, nebylo uvedeno.



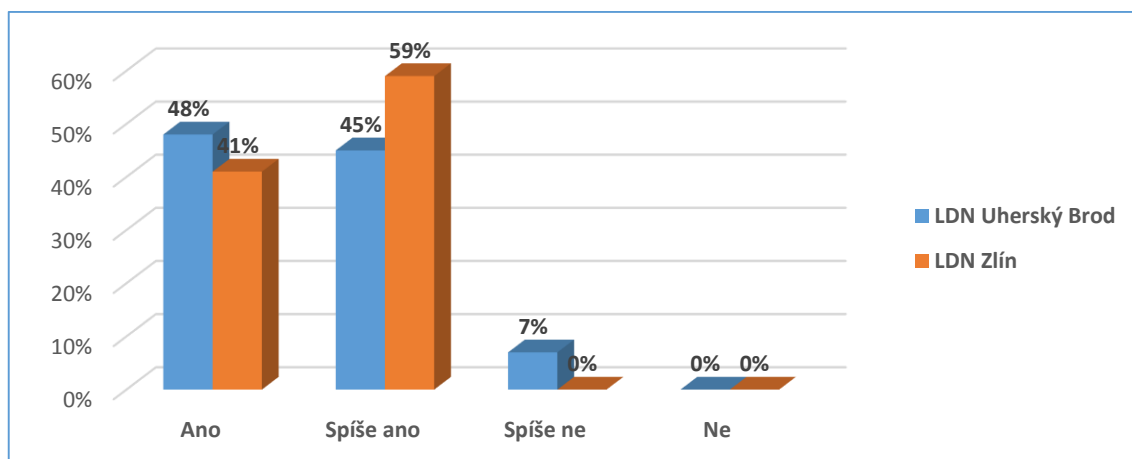
Otázka č. 19: Respektujete při péči o geriatrické pacienty jejich přání v oblasti uspokojování potřeb?

Tabulka 36 Respektování přání pacientů v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	19	48%
Spíše ano	18	45%
Spíše ne	3	7%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 37 Respektování přání pacientů v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	19	41%
Spíše ano	27	59%
Spíše ne	0	0%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 20 Respektování přání pacientů

### Komentář:

V LDN Uherský Brod 48 % respektuje přání pacientů. Možnost spíše ano uvedlo 45 % respondentů, spíše ne 7 % a ne nebylo uvedeno. V LDN Zlín přání pacientů respektuje 41 %. Nejvíce dotazovaných respondentů uvedlo možnost spíše ano a to 59 %. Možnost spíše ne a ne, nebyla uvedena.

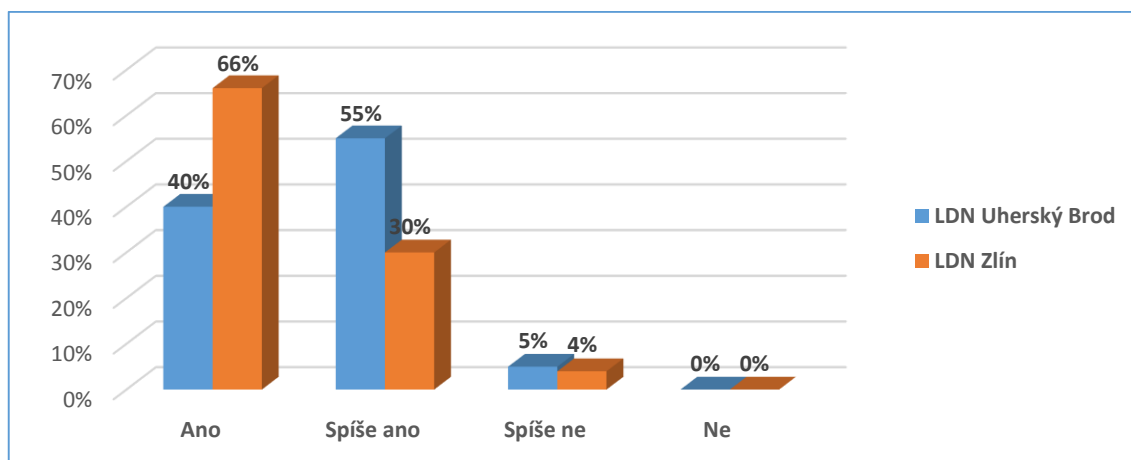
Otázka č. 20: **Respektujete při péči o geriatrické pacienty jejich soukromí a stud?**

*Tabulka 38 Respektování soukromí a studu pacientů v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	16	40%
Spíše ano	22	55%
Spíše ne	2	5%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 39 Respektování soukromí a studu pacientů v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	30	66%
Spíše ano	14	30%
Spíše ne	2	4%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 21 Respektování soukromí a studu pacientů*

### **Komentář:**

V LDN Uherský Brod 40 % respondentů respektuje soukromí a stud pacientů, 55 % uvedlo možnost spíše ano, 5 % spíše ne a možnost ne nevedl žádný respondent. V LDN Zlín 66 % uvedlo, že respektuje soukromí a stud, 30 % spíše ano, 5 % uvedlo možnost spíše ne a ne nevedl žádný z dotazovaných respondentů.

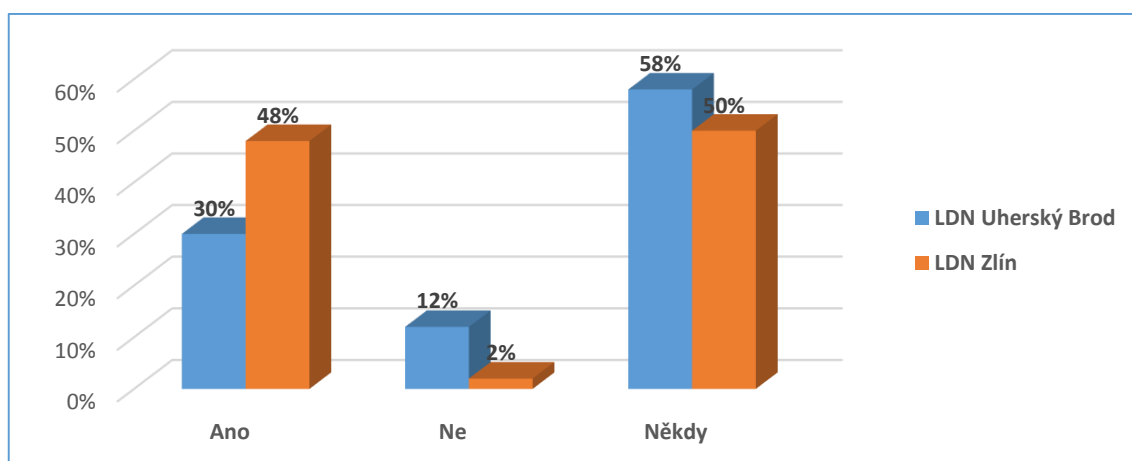
Otázka č. 21: Zajímáte se při péči o geriatrické pacienty i o jejich osobní problémy?

Tabulka 40 Zájem o osobní problémy pacientů v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	12	30%
Ne	5	12%
Někdy	23	58%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 41 Zájem o osobní problémy pacientů v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	22	48%
Ne	1	2%
Někdy	23	50%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 22 Zájem o osobní problémy pacientů

### Komentář:

V dotazníkovém šetření uvedlo v LDN Uherský Brod 30 % respondentů, že se zajímá i o osobní problémy pacientů, 12 % se nezajímá a 58 % se zajímá pouze někdy. V LDN Zlín se o osobní problémy pacientů zajímá 48 % respondentů, 2 % se nezajímá a 50 % se zajímá pouze někdy.

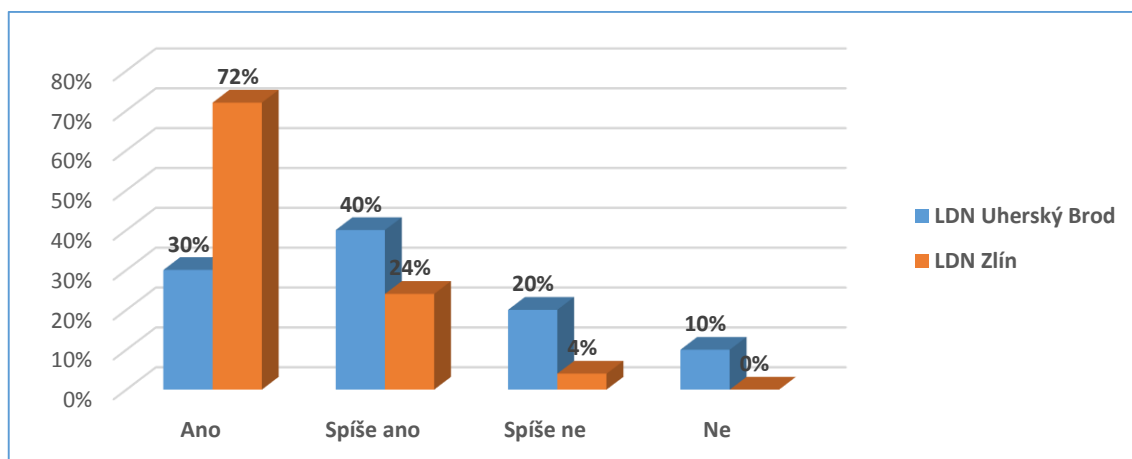
Otázka č. 22: Pomáhá Vám, když se na péči při uspokojování potřeb podílí i rodinní příslušníci?

Tabulka 42 Podíl rodinných příslušníků na ošetrovatelské péči v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	12	30%
Spíše ano	16	40%
Spíše ne	8	20%
Ne	4	10%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 43 Podíl rodinných příslušníků na ošetrovatelské péči v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	33	72%
Spíše ano	11	24%
Spíše ne	2	4%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 23 Podíl rodinných příslušníků na ošetrovatelské péči

#### Komentář:

V LDN Uherský Brod uvedlo 30 % respondentů, že jim pomoc rodinných příslušníků pomáhá. U dalších 40 % respondentů byla uvedena možnost spíše ano. Spíše ne uvedlo 20 % dotazovaných a 10 % se domnívá, že jim pomoc od rodinných příslušníků nepomáhá. V LDN Zlín považuje 72 % pomoc rodinných příslušníků za výhodu. Spíše ano označilo 24 % respondentů a 4 % uvedlo možnost spíše ne. Možnost ne zde nevedl žádný respondent.

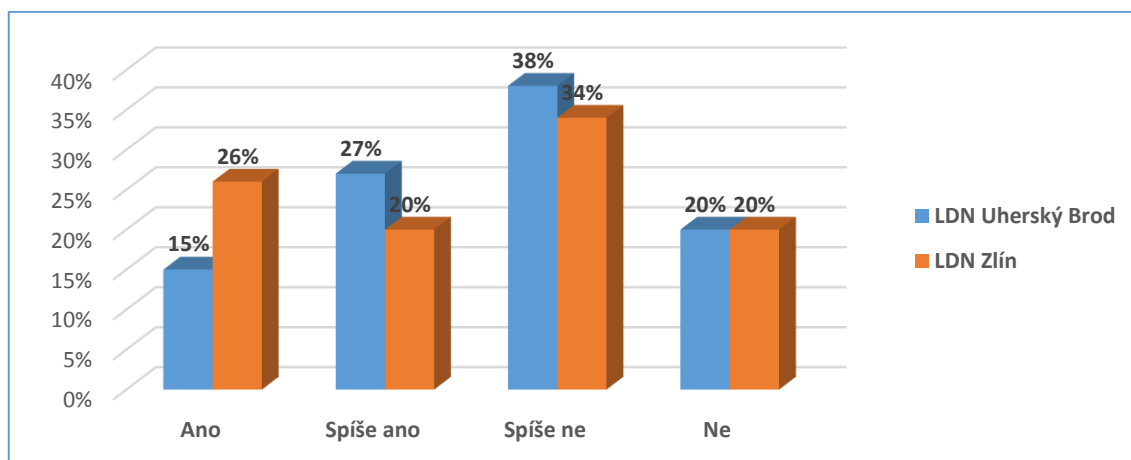
Otázka č. 23: Zbývá Vám při práci čas na komunikaci s geriatrickými pacienty?

Tabulka 44 Čas na komunikaci s pacienty v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	6	15%
Spíše ano	11	27%
Spíše ne	15	38%
Ne	8	20%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 45 Čas na komunikaci s pacienty v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	12	26%
Spíše ano	9	20%
Spíše ne	16	34%
Ne	9	20%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 24 Čas na komunikaci s pacienty

### Komentář:

Čas na komunikaci má v LDN Uherský Brod 15 % respondentů, 27 % odpovědělo spíše ano. Celých 38 % se přiklání k možnosti spíše ne a 20 % odpovědělo, že nemá čas na komunikaci vůbec. V LDN Zlín si najde čas na komunikaci 26 % respondentů. Možnost spíše ano uvedlo 20 % respondentů. Celých 34 % se domnívá, že spíše ne a 20 % respondentů nemá čas na komunikaci s pacienty při práci vůbec.

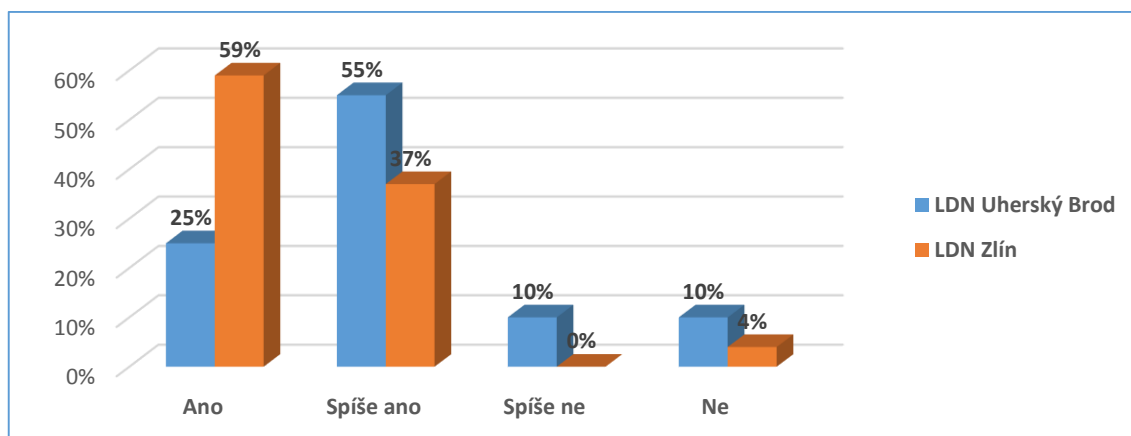
Otázka č. 24: Snažíte se zlepšit Vaši péči v oblasti uspokojování potřeb, pokud s ní není geriatrický pacient spokojen?

Tabulka 46 Snaha zlepšit péči při uspokojování potřeb v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	10	25%
Spíše ano	22	55%
Spíše ne	4	10%
Ne	4	10%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tabulka 47 Snaha zlepšit péči při uspokojování potřeb v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	27	59%
Spíše ano	17	37%
Spíše ne	0	0%
Ne	2	4%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



Graf 25 Snaha zlepšit péči

### Komentář:

V dotazníkovém šetření má snahu zlepšit péči 25 % respondentů v LDN Uherský Brod. Dalších 55 % odpovědělo spíše ano. Možnost spíše ne uvedlo 10 % a stejně tak 10 % nemá snahu péči zlepšovat. V LDN Zlín celých 59 % má snahu péči zlepšit. Dále 37 % respondentů odpovědělo spíše ano. Možnost spíše ne zde neuvedl žádný respondent a 4 % respondentů nemá snahu péči zlepšit.

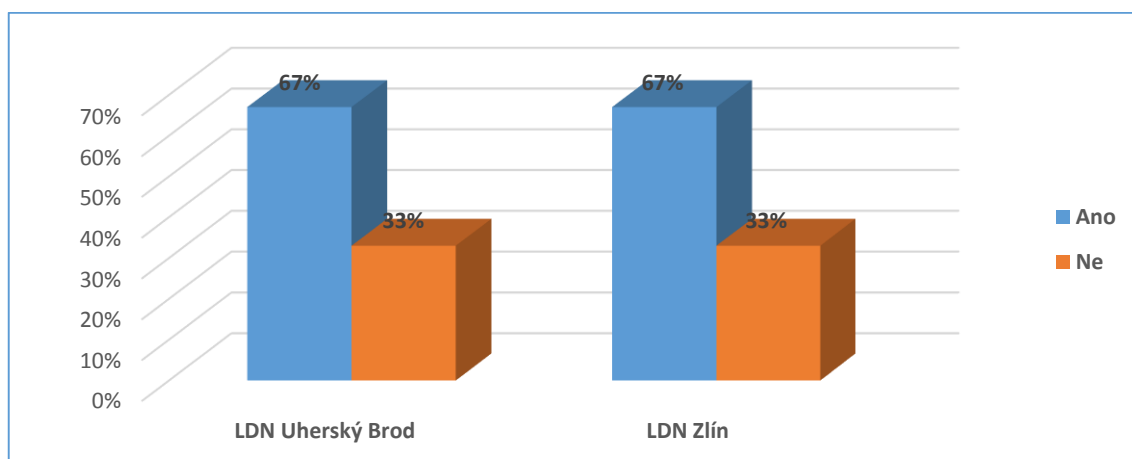
Otázka č. 25: **Má podle Vás délka praxe všeobecných sester vliv na uspokojování potřeb geriatrických pacientů?**

*Tabulka 48 Vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	27	67%
Ne	13	33%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 49 Vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	31	67%
Ne	15	33%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 26 Vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb*

#### **Komentář:**

V LDN Uherský Brod si 67 % respondentů myslí, že délka praxe všeobecných sester má vliv na péči v oblasti uspokojování potřeb pacientů. Pouze 33 % si myslí, že délka praxe vliv nemá. V LDN Zlín odpovídalo také 67 %, že délka praxe vliv má a 33 % si myslí, že ne.

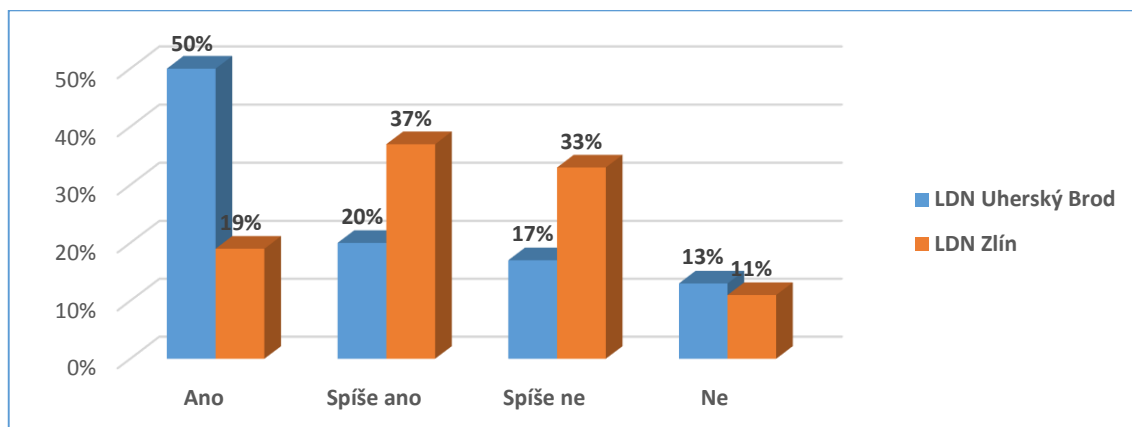
Otázka č. 26: **Může všeobecná sestra, která pracuje s geriatrickými pacienty déle než vy, lépe uspokojit potřeby pacienta?**

*Tabulka 50 Uspokojenost potřeb všeobecnými sestrami pracujících déle s geriatrickými pacienty v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	20	50%
Spíše ano	8	20%
Spíše ne	7	17%
Ne	5	13%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 51 Uspokojenost potřeb všeobecnými sestrami pracujících déle s geriatrickými pacienty v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	9	19%
Spíše ano	17	37%
Spíše ne	15	33%
Ne	5	11%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 27 Uspokojenost potřeb všeobecnými sestrami pracujících déle s geriatrickými pacienty*



**Komentář:**

Na otázku, zda může všeobecná sestra pracující déle s geriatrickými pacienty lépe uspokojit potřeby těchto pacientů, odpovědělo v LDN Uherský Brod 50 %, že ano. Spíše ano odpovědělo 20 % respondentů, spíše ne 17 % a 13 % uvedlo, že ne. V LDN Zlín 19 % odpovědělo, že ano, 37 % spíše ano. Možnost spíše ne uvedlo 33 % respondentů a zbývajících 11 % si myslí, že ne.

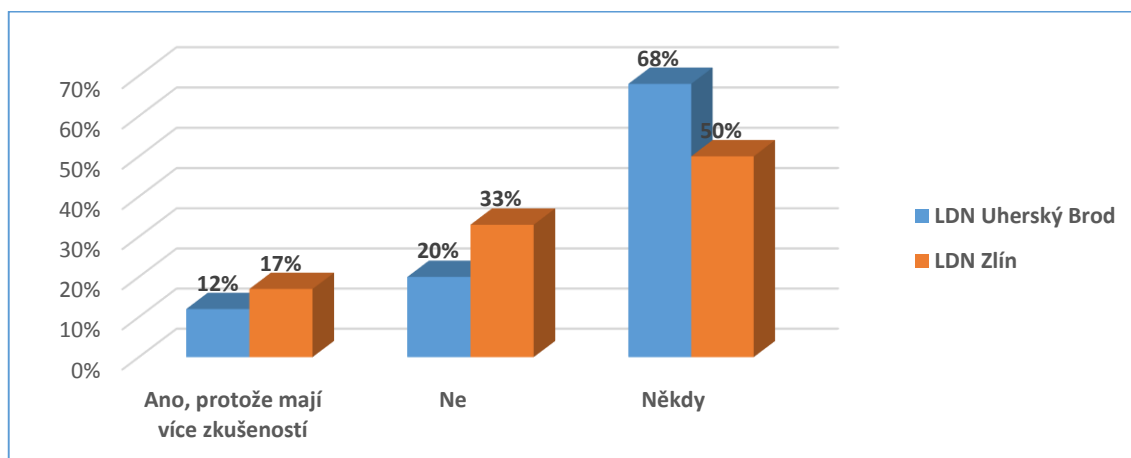
Otázka č. 27: **Upřednostňují na Vašem oddělení pacienti věkově starší sestry před mladšími?**

*Tabulka 52 Upřednostňování věkově starších sester v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, protože mají více zkušeností	5	12%
Ne	8	20%
Někdy	27	68%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 53 Upřednostňování věkově starších sester v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, protože mají více zkušeností	8	17%
Ne	15	33%
Někdy	23	50%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 28 Upřednostňování věkově starších sester*

### **Komentář:**

V LDN Uherský Brod se 12 % domnívá, že pacienti starší sestry upřednostňují kvůli zkušenostem, 20 % si myslí, že ne a celých 68 % uvedlo, že někdy ano. V LDN Zlín uvedlo 17 %, že ano. Dále 33 % respondentů odpovědělo, že neupřednostňují starší sestry před mladšími a 50 % odpovědělo, že někdy.

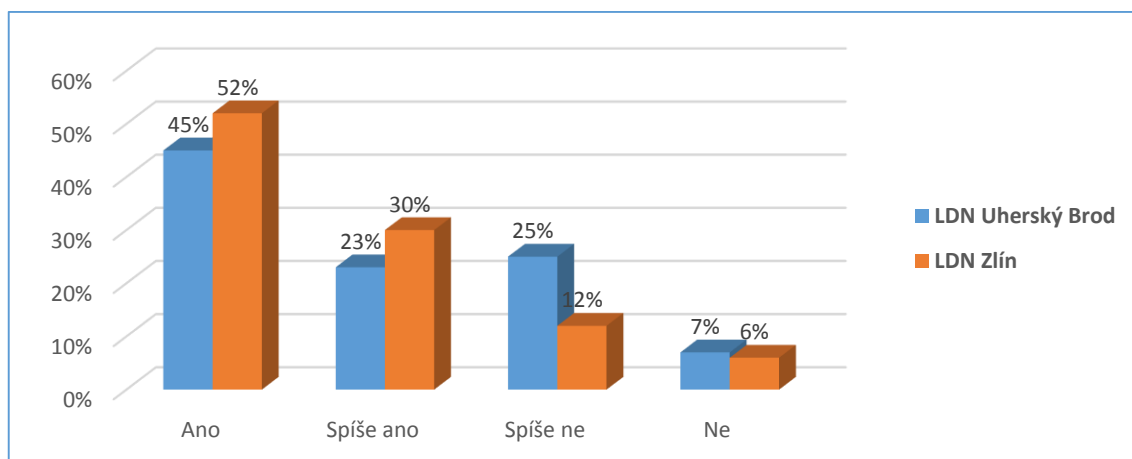
Otázka č. 28: **Předaly Vám všeobecné sestry s delší praxí své zkušenosti v oblasti uspokojování potřeb?**

*Tabulka 54 Předání zkušenosti všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	18	45%
Spíše ano	9	23%
Spíše ne	10	25%
Ne	3	7%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 55 Předání zkušenosti všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	24	52%
Spíše ano	14	30%
Spíše ne	5	12%
Ne	3	6%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 29 Předání zkušenosti všeobecných sester s delší praxí*

### **Komentář:**

V LDN Uherský Brod 45 % respondentů získalo zkušenosti od všeobecných sester s delší praxí, 23 % odpovědělo spíše ano a 25 % spíše ne. Pouze 7 % respondentů se domnívá, že ne. V LDN Zlín 52 % zkušenosti získalo, 30 % spíše ano, 12 spíše ne a pouze 6 % si myslí, že ne.

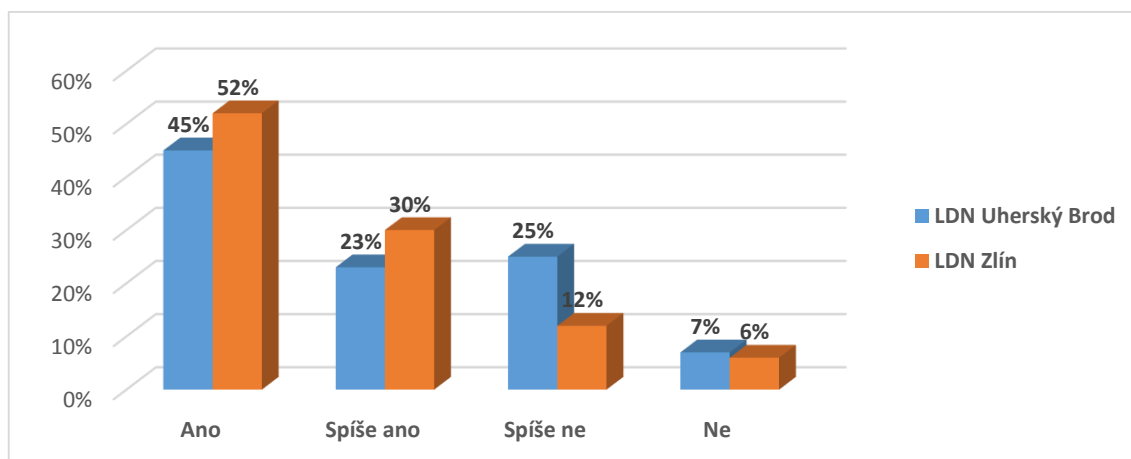
**Pokud Vám všeobecné sestry s delší praxí předaly své zkušenosti, využila jste získané zkušenosti v péči o uspokojování potřeb geriatrických pacientů?**

*Tabulka 56 Využití získaných zkušeností v LDN Uherský Brod*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	18	45%
Spíše ano	9	23%
Spíše ne	10	25%
Ne	3	7%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

*Tabulka 57 Využití získaných zkušeností v LDN Zlín*

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	24	52%
Spíše ano	14	30%
Spíše ne	5	12%
Ne	3	6%
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>



*Graf 30 Využití získaných zkušeností*

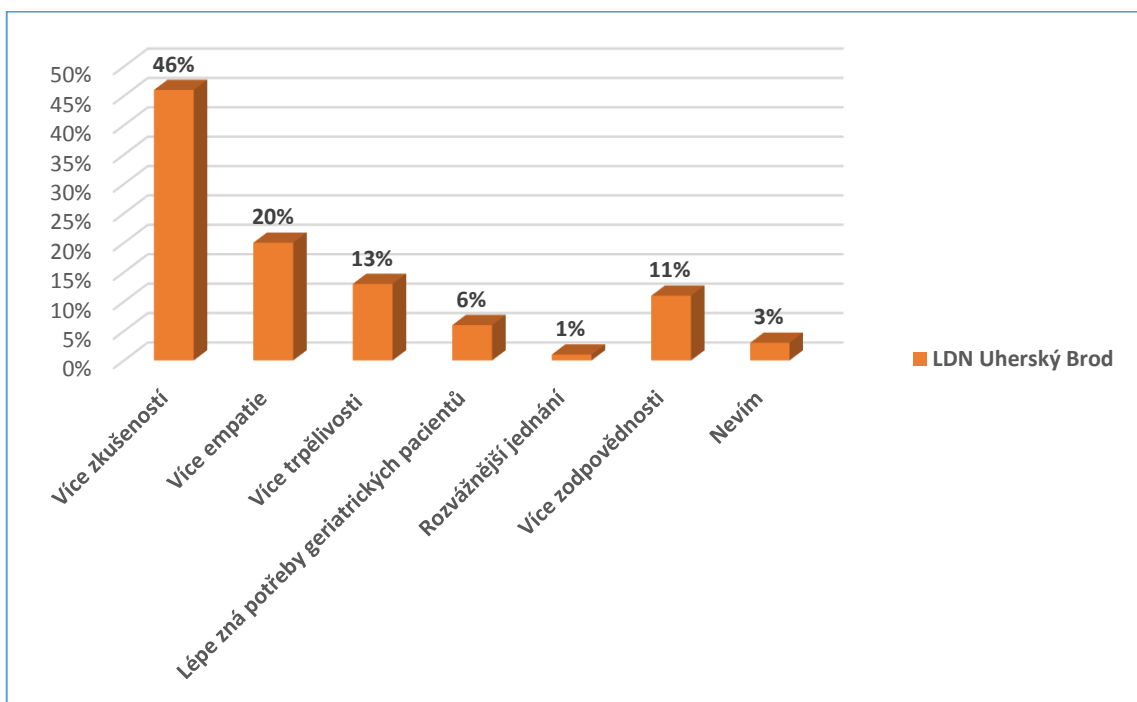
### **Komentář:**

V LDN Uherský Brod 45 % respondentů využilo získané zkušenosti v praxi, spíše ano 23 %, spíše ne 25 % respondentů a nevyžilo zkušenosti 7 % respondentů. V LDN Zlín zkušenosti využilo 57 % respondentů, 30 % spíše ano, 12 % spíše ne a 6 % zkušenosti v praxi nevyžilo.

Otázka č. 29: Uved'te, jaká pozitiva může mít všeobecná sestra s delší praxí při uspokojování potřeb pacientů?

Tabulka 58 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Více zkušeností	33	46%
Více empatie	15	20%
Více trpělivosti	9	13%
Lépe zná potřeby geriatrických pacientů	4	6%
Rozvážnější jednání	1	1%
Více zodpovědnosti	8	11%
Nevím	2	3%
<b>Celkem</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>



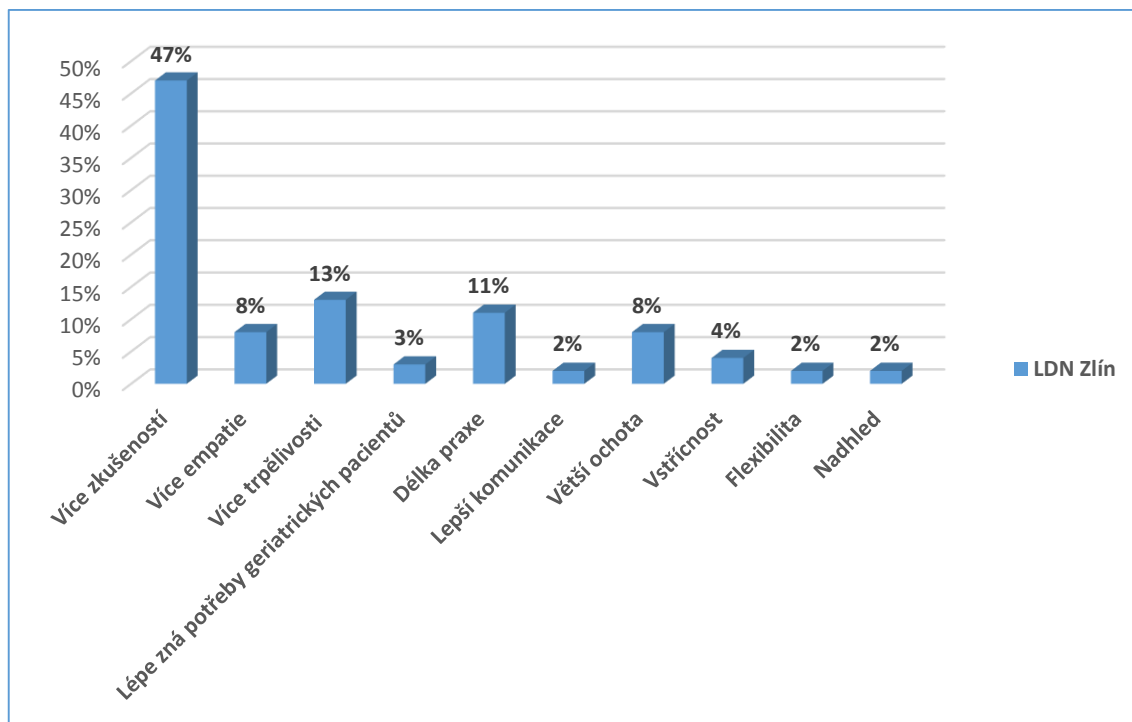
Graf 31 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod

**Komentář:**

V této otázce se mohli respondenti volně vyjádřit. V LDN Uherský Brod se 3 % respondentů nevědělo vyjádřit a odpovědělo možnostmi nevím. Největší počet respondentů, tedy 46 % považuje za pozitivum u sester s delší praxí více zkušeností. Dalších 20 % se domnívá, že mají více empatie k pacientům. 13 % respondentů si myslí, že mají tyto sestry více trpělivosti a 6 % si myslí, že lépe poznají potřeby geriatrických pacientů. Pouze 1 % uvádí, že sestry s delší praxí mají někdy rozváznější jednání. O větší zodpovědnosti je přesvědčeno 11 % respondentů.

*Tabulka 59 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín*

<b>Možnosti</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Více zkušeností	29	47%
Více empatie	5	8%
Více trpělivosti	8	13%
Lépe zná potřeby geriatrických pacientů	2	3%
Délka praxe	7	11%
Lepší komunikace	1	2%
Větší ochota	5	8%
Vstřícnost	3	4%
Flexibilita	1	2%
Nadhled	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>



Graf 32 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín

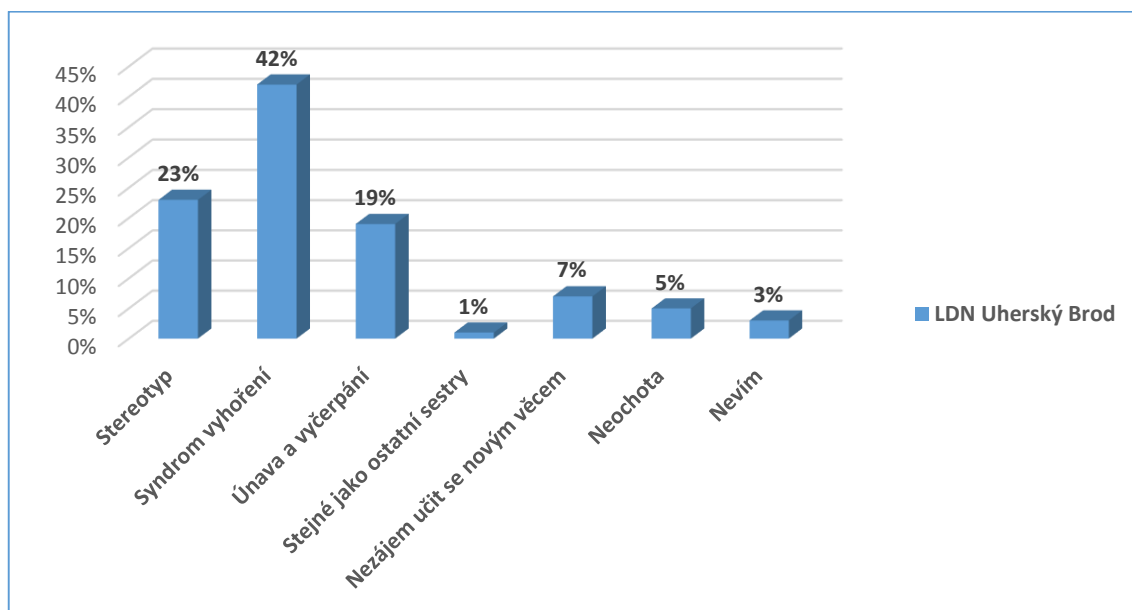
#### Komentář:

V LDN Zlín se odpovědi převážně shodovaly s LDN Uherský Brod. Také se zde 47 % tedy největší počet respondentů domnívá, že pozitivum je více zkušeností. O empatii je přesvědčeno 8 % respondentů a o více trpělivosti 13 %. Další 3 % respondentů uvedlo, že lépe pozná potřeby geriatrických pacientů. Právě délku praxe uvedlo 11 % jako samotné pozitivum. Dále si zde 8 % myslí, že mají tyto sestry více ochoty a 2 % uvádí lepší komunikaci, flexibilitu a nadhled.

Otázka č. 30: Uved'te, jaká negativa může mít všeobecná sestra s delší praxí při uspokojování potřeb pacientů?

Tabulka 60 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Stereotyp	17	23%
Syndrom vyhoření	31	42%
Únava a vyčerpání	14	19%
Stejně jako ostatní sestry	1	1%
Nezájem učit se novým vě- cem	5	7%
Neochota	4	5%
Nevím	2	3%
<b>Celkem</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>



Graf 33 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod

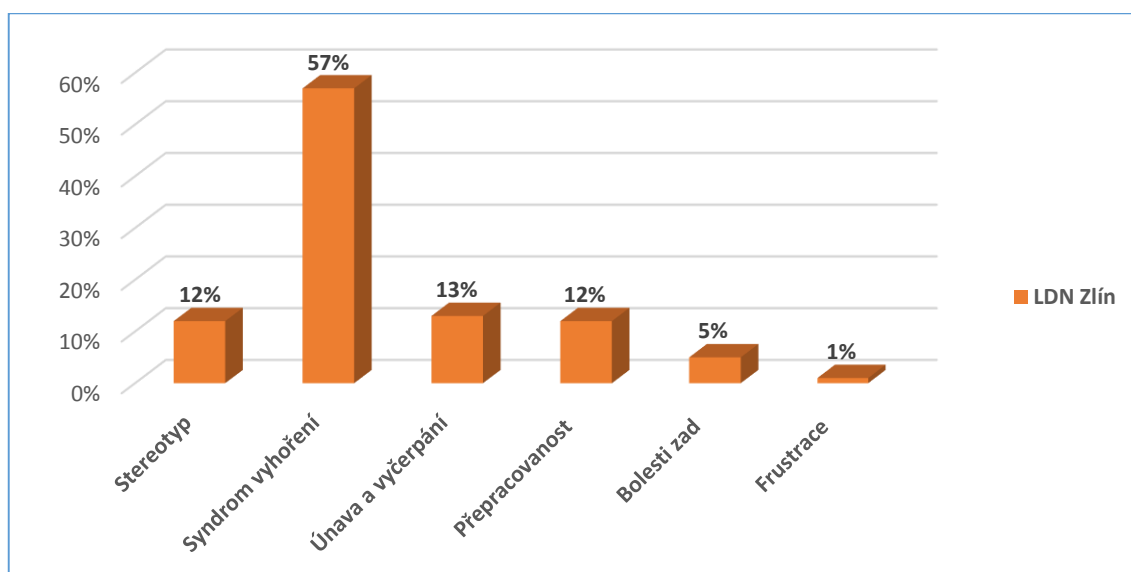
#### Komentář:

V LDN Uherský Brod 23 % uvádí jako negativum u sester s delší praxí zaběhnutý stereotyp. Podle toho si také tedy 7 % respondentů myslí, že tyto sestry nemají zájem učit se novým věcem. Nejvíce respondentů uvedlo syndrom vyhoření a to celých 42 %. Dále je 19 % přesvědčeno, že sestry s delší praxí jsou už více unavené a vyčerpané. O tom, že mají stejné negativa, jako ostatní sestry se domnívá 1 % respondentů a neochotu uvedlo 3 % respondentů. Odpověď nevím byla u 3 %.



Tabulka 61 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Stereotyp	7	12%
Syndrom vyhoření	34	57%
Únava a vyčerpání	8	13%
Přepracovanost	7	12%
Bolesti zad	3	5%
Frustrace	1	1%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>



Graf 34 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín

**Komentář:**

V LDN Zlín uvedlo 12 % respondentů, že za negativa starších všeobecných sester považují stereotyp a rovněž největší počet respondentů uvedlo syndrom vyhoření jako negativum a to 57 %. O větší únavě a vyčerpání je přesvědčeno 13 % respondentů. Přepracovanost uvedlo 12 %. Dalších 5 % respondentů považuje za negativum bolesti zad, které jsou spojené s náročností práce u geriatrických pacientů. Poslední 1% respondentů uvedlo frustraci.

## 6 DISKUZE

V diskuzi se zaměřuji na zhodnocení cílů, které jsem si předem stanovila v úvodu bakalářské práce. Ke shromáždění potřebných dat jsem využila metodu dotazníku. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký pohled mají všeobecné sestry na uspokojování potřeb geriatrických pacientů. Dotazník byl proto zaměřen na všeobecné sestry, které pracují v léčebnách dlouhodobě nemocných. Tyto všeobecné sestry se setkávají s geriatrickými pacienty téměř denně, a proto mohou nejlépe poskytnout své poznatky. Prvním dílčím cílem bylo zjistit uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Dalším dílčím cílem bylo zmapovat pohled všeobecných sester na poskytování ošetrovatelské péče s ohledem na uspokojování potřeb. Posledním dílčím cílem bylo zjistit vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb.

Při zpracovávání mé bakalářské práce jsem se nesečkala s prací se stejným tématem. Pouze jsem vyhledala práce s tématem podobným. Práce se zabývaly jen některými potřebami, nebo byly zaměřeny na jinou skupinu pacientů. Tyto práce mne inspirovaly a částečně jsem je využila k porovnání.

V zařízeních ve kterých jsem prováděla dotazníkové šetření, bylo mezi respondenty více žen. V LDN Uherský Brod to bylo 95 % a v LDN Zlín 93 %. Zbytek respondentů tvořili muži. Větší část respondentů bylo z LDN oddělení ve Zlíně. Dotazníkového šetření se zde zúčastnilo 53 % respondentů. V Uherském Brodě činil celkový počet respondentů 47 %. Věk respondentů byl nejčastěji 30-49 let. V LDN Uherský Brod bylo v této věkové kategorii 46 % respondentů. Dalších 19 % tvořili respondenti ve věku 19-29 let, 26 % ve věku 40-49 let a ve věku 50 let a více zde bylo zastoupeno pouze 9 % respondentů. V LDN Zlín měl věk 30-39 také největší zastoupení respondentů, celých 46 %. Dalších 19 % bylo ve věku 19-29 let, 26 % ve věku 40-49 let a 9 % tvořili respondenti ve věku 50 let a více. Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání, tak nejvíce respondentů mělo střední odborné s maturitou. V LDN Uherský Brod to bylo 95 % a v LDN Zlín to bylo 70 %. Vyšší odborné vzdělání mělo v Uherském Brodě pouze 2,5 %, taktéž i pomaturitní specializační vzdělání mělo 2,5 % respondentů. Ve Zlíně byly výsledky odlišnější. Vyšší odborné vzdělání mělo 15 %, pomaturitní specializační 11 % a 4 % respondentů dosáhlo vysokoškolského bakalářského vzdělání. Dotazníkové šetření, které bylo zaměřené na délku praxe všeobecných sester ve zdravotnictví, přineslo v obou zařízeních velmi podobné výsledky. Nejméně respondentů,

mělo odpracováno 0-5 let. V Uherském Brodě 10 % a ve Zlíně 11 %. Naopak nejvíce respondentů mělo délku praxe 11-15 let. V Uherském Brodě 25 % a ve Zlíně 30 %. Poněkud se lišila délka praxe s geriatrickými pacienty. V Uherském Brodě 43 % respondentů pracuje s geriatrickými pacienty 0-10 let, 35 % 11-15 let, 17 % 16-20 let a pouze 5 % pracuje s geriatrickými pacienty 21 let a více. Ve Zlíně 0-10 let praxe s geriatrickými pacienty mělo 41 % respondentů, 37 % 11-15 let a 9 % 16-20 let. Poslední část tvořili respondenti, kteří měli s geriatrickými pacienty odpracováno 21 let a více a to 13 %. V LDN Uherském Brodě mají k dispozici na odděleních nejvíce 20-30 lůžek. V LDN Zlín 22 % respondentů má na oddělení k dispozici 20-30 lůžek a 78 % respondentů 31-40 lůžek.

### **Cíl č. 1: Zjistit uspokojování bio- psycho- socio- spirituálních potřeb.**

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17.

Všeobecné sestry se zde mohly vyjádřit k otázkám, které se zaměřují na uspokojování potřeb geriatrických pacientů. O tom, že u pacientů na svém oddělení dostatečně uspokojují všechny jejich potřeby je přesvědčeno 37 % respondentů z LDN v Uherském Brodě, což byl největší počet a ve Zlíně tuto odpověď uvedlo jen 26 %. V LDN Zlín 57 %, tedy nejvíce respondentů, dalo možnost spíše ano. Odpověď ne v Uherském Brodě neuvedl žádný z respondentů. Ve Zlíně si 4 % respondentů myslí, že potřeby na jejich oddělení nejsou dostatečně uspokojovány. Z výsledků je tedy jisté, že většina sester se snaží potřeby plně uspokojit. V další otázce měli respondenti sami očíslovat potřeby od nejdůležitější po nejméně důležité. Nebylo žádným překvapením, že nejvíce respondentů z obou zařízení přiřadilo k biologickým potřebám č. 1, psychologickým č. 2, sociálním č. 3, a spirituálním č. 4. V Uherském Brodě tímto způsobem ohodnotilo potřeby 80 % respondentů a ve Zlíně 78 % respondentů. Zbytek respondentů uvedlo různé možnosti. Tito respondenti nepokládají biologické za nejdůležitější potřeby, ale věnují větší pozornost i jiným potřebám. Dokonce 2 % respondentů v LDN Zlín považuje za nejdůležitější spirituální potřeby a biologické potřeby přesouvá až na 3. místo. Výsledky u této otázky jsem očekávala. Byla jsem přesvědčena, že větší část bude preferovat právě biologické potřeby, což je pochopitelné. Naopak jsem potěšena, že některé všeobecné sestry pokládají i jiné potřeby za stejně důležité jako biologické. V některých případech i za důležitější. Dotazníkové šetření obsahovalo položku, kde mohli respondenti uvést více možností. Otázka se týkala biologických potřeb. Měla zjistit, na co se sestry nejvíce zaměřují právě při uspokojování těchto potřeb. V LDN Uherský Brod 8 %

respondentů klade největší důraz na přání pacienta, 7 % na zvyky pacienta. Soukromí pacienta zajímá nejvíce 25 % respondentů a 29 % se snaží, aby byl pacient hlavně spokojen. Největší počet respondentů se ovšem zaměřuje na kvalitní ošetrovatelskou péči. Takto odpovídalo 31 % respondentů. Žádná jiná možnost zde nebyla uvedena. V LDN Zlín se na přání pacienta zaměřuje 22 % respondentů, 13 % na zvyky, 13 % na soukromí pacienta. Spokojenost pacienta je zde důležitá pro 25 % respondentů a největší počet respondentů klade důraz na kvalitní ošetrovatelskou péči. Tuto možnost uvedlo 27 %. Stejně jako v Uherském Brodě, ani zde neuvedli respondenti jinou možnost. Zde se tedy výsledky shodly na dobře odvedené ošetrovatelské péči. Následující otázka v dotazníkovém šetření byla obdobná. Měla poskytnout výsledky o tom, na co se všeobecné sestry nejvíce zaměřují, pokud jde o pacienta se sníženou soběstačností. Každý z respondentů mohl z uvedených možností uvést i více odpovědí. V LDN Uherský Brod se nejvíce sestry u těchto pacientů zaměřují na péči o pohybovou aktivitu, proto aby se stav pacienta výrazně nezhoršoval. Je zde pacientům poskytována péče rehabilitačních pracovníků, kteří se pacientům věnují. Poté respondenti zmiňovali péči o hygienu a prevenci dekubitů. V LDN Zlín se naopak všeobecné sestry nejvíce zaměřují na péči o hygienu. Ta je podle nich nejdůležitější, když jde o pacienta se sníženou soběstačností nebo o pacienta zcela odkázaného na jejich pomoc. Stejně jako v LDN Uherský Brod uvádí péči o pohybovou aktivitu a prevenci dekubitů. Zde také respondenti uvedli možnosti péče o vyprazdňování, péče o výživu a zmírnění bolesti. I těmto oblastem by měla být věnována zvýšená péče. V obou zařízeních považují všeobecné sestry za nejméně důležitou péči o odpočinek a spánek nemocného a faktory ovlivňující soběstačnost pacienta. Mojí snahou bylo také zjistit, zda se sestry zajímají o pocity pacientu po dobu hospitalizace. Jsem přesvědčena, že zvláště pro geriatrické pacienty je podstatné vědět, že má někdo zájem o jejich pocity. Někteří se mohou cítit špatně a mnozí z nich mají pocit, že už nejsou potřební. Tudíž se domnívám, že i zájem o pocity pacientů by měly být součástí ošetrovatelské práce. Odpovědi respondentů mne potěšily, protože jak v LDN Uherský Brod (60 %), tak i v LDN Zlín (69 %) většina sester má zájem o pocity nemocného během jeho pobytu v nemocnici. Podobně se většina všeobecných sester zajímá i o sociální potřeby nemocných. V LDN Uherský Brod je tomu tak u 35 % respondentů. Bohužel 17 % nemá zájem o sociální potřeby pacientů. V LDN Zlín se o tyto potřeby zajímá 50 % respondentů a ani jeden z nich neuvádí nezájem o tyto potřeby. Byla jsem příjemně překvapená, že pokud jde o umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny, je většina sester ochotná vyhovět a nedělá jim

to potíže. V LDN Uherský Brod návštěvu umožní 70 % sester a v LDN Zlín 85 %. V Uherském Brodě 12 % návštěvu neumožní. Ve Zlíně nikdo tuto možnost nevedl. V obou zařízeních 15 % uvedlo, že umožní návštěvu někdy. Většina chápe, že kontakt s rodinou a blízkými je pro hospitalizovaného pacienta velmi důležitý a nebrání tomu. V dotazníkovém šetření jsem se záměrně zaměřila i na spirituální potřeby. Já sama je považuji za potřeby, které u geriatrických pacientů mají velký význam. Zvláště víra v Boha je pro mnohé jakýmsi ulehčením v období nemoci a trápení. Více jim pomáhá snášet těžké situace. Ve víře hledají útěchu a očekávají pochopení od ostatních. V této oblasti byly výsledky opět překvapivé. Potěšilo mne, že převážná většina dotazovaných respondentů považuje tyto potřeby za důležité. V LDN Uherský Brod to uvedlo 80 % dotazovaných a v LDN Zlín 89 %. O opaku je přesvědčena pouze malá část. Stejně tak ve většině případů nedělá sestřím potíže ptát se na tyto potřeby pacientů a není jim to nepříjemné. Pokud mluvíme o spirituálních potřebách hospitalizovaných pacientů je výhodou, že je dnes možnost na odděleních návštěva kněze. Pacienti mají velký zájem o tyto služby. Z výsledků vyplývá, že obě zařízení, ve kterých dotazníkové šetření probíhalo, umožňuje návštěvu kněze na jejich oddělení. Z výsledků k tomuto cíli jsem spokojená. Domnívám se, že většina sester ví, že uspokojování potřeb je důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Stejně tak chápou, že jejich uspokojování je podstatou péče o pacienty. Geriatrickí pacienti nejvíce potřebují naši pomoc v této oblasti. Někteří z nich jsou na naší péči závislí částečně, ale převážná část je zcela odkázaná na naši pomoc. Domnívám se, že sestry chápou podstatu potřeb a snaží se, aby byla pacientům poskytnuta patřičná péče.

**Cíl č. 2: Zmapovat pohled všeobecných sester na poskytování ošetrovatelské péče s ohledem na uspokojování potřeb.**

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 18, 19, 20, 21, 22, 23 a 24.

S ohledem na tento cíl jsem otázky v dotazníkovém šetření směřovala na ošetrovatelskou péči při uspokojování potřeb. Cílem bylo zmapovat pohled všeobecných sester na poskytování ošetrovatelské péče. Péče o uspokojování potřeb je každodenní činností všeobecných sester u pacientů. U geriatrických pacientů jde mnohdy o péči náročnou a vyžaduje od ošetřujícího personálu dostatek energie a úsilí. Na odděleních by měli mít pacienti, ale i celý ošetřující personál dostatek vybavení a zajištěné příjemné prostředí. Všeobecné sestry by

neměly být vystaveny příliš velkému zatížení a stresu, neboť tyto faktory se mohou nepříjemně podílet na špatné ošetrovatelské péči. Klidná, vyrovnaná a zdatná sestra je předpokladem, že bude pacient s péčí spokojen. V LDN Uherský Brod se většina respondentů shodlo, že pacienti hospitalizovaní na jejich oddělení jsou s ošetrovatelskou péčí spokojeni. Odpovídalo tak 70 % respondentů. V LDN Zlín je o tom přesvědčeno 39 % respondentů a 61 % si myslí, že jsou spíše pacienti spokojeni. Nespokojenost neudal žádný z respondentů z obou zařízení. Během hospitalizace se často setkáváme s přáním pacientů v oblasti uspokojování potřeb. Proto mne zajímalo, zda sestry respektují při péči přání pacientů. Výsledky byly opět překvapivé. V LDN Uherský Brod i v LDN Zlín sestry respektují přání svých pacientů. Myslí si to převážně všichni dotazovaní respondenti. Pouze V LDN Uherský Brod 7 % uvedlo možnost spíše ne. Podobné výsledky byly u položky, zda všeobecné sestry při péči o pacienty respektují jejich soukromí a stud. V teoretické části byla zmíněna zdravotnická etika a respektování studu a soukromí sem neodmyslitelně patří. Respondenti se shodli na kladné odpovědi a podle většiny chrání pacientovo soukromí a stud. Jen v LDN Zlín 4 % respondentů spíše nerespektují soukromí a stud pacientů. Spousta pacientů může mít v době hospitalizace osobní problémy, které mohou zhoršovat zdravotní stav a ovlivnit ošetrovatelskou péči. Zajímalo mne tedy, zda se všeobecné sestry zajímají i o osobní problémy hospitalizovaných pacientů. V LDN Uherský Brod se o osobní problémy zajímá 30 % respondentů a 12 % se o osobní záležitosti pacienta nezajímá. Větší polovina, tedy 58 % uvedla, že pouze někdy se o osobní problémy zajímá. Záleží podle nich na samotném pacientovi a na okolnostech. V LDN Zlín byly výsledky obdobné. Zájem projevilo 48 % respondentů, nezájem 2 % a 50 % uvedlo možnost někdy. Z vlastní zkušenosti vím, že práce s geriatrickými pacienty není lehká. Chceme-li, aby byli pacienti spokojeni, musíme dělat maximum a měly by být u nás na prvním místě. Bohužel se ošetřující personál musí věnovat i administrativní práci. Pokud není na oddělení zajištěno dostatek ošetrovatelského personálu, nezbývá na péči o pacienty tolik času. V tomto případě mohou všeobecné sestry uvítat pomoc od rodinných příslušníků. Máme zde na mysli například péči o hygienu či výživu geriatrických pacientů. Podle výsledků v dotazníkovém šetření většina respondentů uvádí, že pomoc rodiny při péči o pacienta uvítá. Pouze v LDN Uherský Brod pomoc rodinných příslušníků nechce 10 % respondentů a spíše je pro ně tato pomoc nevýhodou. V nemocnicích a zdravotnických zařízeních je často opomíjená komunikace s pacienty ze strany ošetrovatelů. Příčinou bývá nedostatek času, chybějící personál a tak dále. Naopak pacienti většinou komunikaci vyžadují a chtějí mluvit s ošetřujícím personálem. Z výsledků, které vyplynuly z dotazníkového

šetření je patrné, že všeobecné sestry spíše nemají čas na komunikaci s geriatrickými pacienty. V LDN Uherský Brod se tak vyjádřilo 38 % respondentů a v LDN Zlín 34 % respondentů. Vůbec na komunikaci nezbyvá čas v obou zařízeních u 20 % respondentů. V LDN Uherský Brod uvádí čas na komunikaci pouhých 15 % respondentů. V LDN Zlín je to 26%. Z toho plyne, že většina respondentů má snahu komunikovat s pacienty a považují ji za důležitou, bohužel nemají ve službách tolik personálu, aby se pacientům plně věnovali. Na tento problém navazuje i další položka v dotazníku, zda se všeobecné sestry snaží zlepšit péči, pokud s ní není pacient spokojen. V LDN Uherský Brod se péči snaží zlepšit 25 % respondentů. Dalších 55 % se spíše snaží o zlepšení a 10 % se spíše nesnaží nebo se nesnaží vůbec. V LDN Zlín jsou výsledky povzbudivější, protože o zlepšení se snaží 59 % respondentů a 37 % se spíše snaží. Jen 4 % respondentů uvedlo, že se nesnaží péči zlepšit. U této položky mě výsledky poněkud zklamaly. Očekávala jsem snahu od více respondentů. Domnívám se, že by snaha o lepší péči měla být prioritou u každé všeobecné sestry a celého ošetrovatelského týmu. U ostatních položek vztahujícím se k tomuto cíli jsem s výsledky spíše spokojena. Nemyslím si, že by všeobecné sestry, které se dotazníkového šetření zúčastnily, neposkytovaly pacientům kvalitní ošetrovatelskou péči. Spíše se domnívám, že většina sester vidí nevýhodu v nedostatku personálu. To podle nich vede nejen ke zhoršení ošetrovatelské péče, ale i k většímu zatížení sester.

### **Cíl č. 3: Zjistit vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb.**

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 25, 26, 27, 28, 29 a 30.

Pomocí toho cíle jsem se snažila zjistit, zda si všeobecné sestry myslí, že délka praxe může ovlivnit péči o potřeby pacienta. Otázky v dotazníku byly tedy směřovány na vliv délky praxe všeobecných sester při uspokojování potřeb. O tom, že délka praxe má vliv na uspokojování potřeb geriatrických pacientů je přesvědčeno 67 % respondentů v obou zařízeních. Opak tvrdí 33 % respondentů z obou zařízení. Ti se domnívají, že délka praxe nemá vliv na uspokojování potřeb pacientů. Další položka v dotazníku měla zjistit od respondentů, zda právě všeobecná sestra, která pracuje déle s geriatrickými pacienty, může lépe uspokojit jejich potřeby. V LDN Uherský Brod se 50 % respondentů vyjádřilo, že ano. Pouze 13 % se domnívá, že déle pracující sestra uspokojí potřeby pacienta stejně jako ostatní sestry. V LDN Zlín 19 % uvedlo také odpověď ano. Dalších 37 % respondentů reagovalo, že spíše ano, ale nejsou si zcela jisti. Jen 11 % je přesvědčeno, že s tím délka praxe nesouvisí. Při své práci

jsem se několikrát setkala s tím, že pacient vyžadoval ošetření od starší sestry. Považoval ji za více zkušenou, což se podle nich neočekává od mladé sestry, která nemá potřebnou praxi. Proto mne zajímalo, zda se i ostatní všeobecné sestry setkaly s podobným chováním od pacientů. Opravdu se s tím většina respondentů v práci někdy setkala. V LDN Uherský Brod 68 % udává, že pacienti upřednostňují starší sestry někdy. O tom, že skutečně dávají pacienti přednost starším sestrám je přesvědčeno 12 % respondentů. Zejména kvůli již zmiňovaným zkušenostem. Dalších 20 % se neseťkalo s takovým chováním či požadavkem. V LDN Zlín uvedlo 17 % respondentů také, že podle nich někteří pacienti upřednostňují věkově starší sestry. Někdy se s touto situací setkalo 50 % respondentů a zbylých 33 % nemá pocit, že by tyto sestry byly upřednostňovány. Když jsem před několika lety nastupovala do zaměstnání, bylo mi 19 let. Pochopitelně jsem měla obavy z toho, jak to všechno zvládnu. Cítila jsem velkou zodpovědnost za svou práci a strach z možné chyby. Přesně si vybavuji, že mi tenkrát pomohly sestry, které na tomto oddělení pracovaly řadu let. Svým vstřícným chováním mi pomohly překonat první začátky a mnohému mne naučily. Chtěla jsem pomocí dotazníkového šetření zjistit, zda i ostatním respondentům předaly starší sestry zkušenosti. Pokud ano, zda získané situací využili v praxi. Z výsledků vyplývá, že převážné většině respondentů starší sestry předaly své zkušenosti. V LDN Uherský Brod zkušenosti získalo 45 % respondentů a stejný počet získané zkušenosti využil ve své praxi. Pouze 7 % uvedlo, že zkušenosti nezískalo. V LDN Zlín zkušenosti získalo 50 % respondentů a opět stejný počet zkušenosti využilo. Tyto výsledky mne potěšily. Domnívám se, že je dobře, že si sestry předávají své zkušenosti a že je umí využít. Poslední položky v dotazníku měly zjistit, jaká pozitiva a negativa může mít všeobecná sestra s delší praxí při uspokojování potřeb. Výsledky v obou zařízeních byly velmi podobné. Odpovědi se často opakovaly. Pokud se jedná o pozitiva, nejčastější odpovědi byly zkušenosti. V LDN Uherský Brod se tato odpověď vyskytla u 46 % respondentů a v LDN Zlín u 47 % respondentů. Dále v obou zařízeních respondenti uváděli více empatie, trpělivosti, zodpovědnost, rozvážnější jednání, délku praxe. Ostatní větší ochotu, vstřícnost, flexibilitu, nadhled a lepší komunikaci. Někteří respondenti se domnívají, že starší sestry lépe znají potřeby geriatrických pacientů. V LDN Uherský Brod pouze 3 % odpovědělo, že neví. U negativ se také odpovědi velmi podobaly. Za nejčastěji uváděnou odpověď byl syndrom vyhoření. To považuje za negativum 42 % respondentů v LDN Uherský Brod a 57 % v LDN Zlín. Poté byly uváděny stereotyp, únava a vyčerpání, neochota, přepracovanost a nezájem učit se novým věcem. V LDN Uherský Brod opět 3 % respondentů odpověď nevědělo. V LDN Zlín 5 % respondentů považuje za negativum bolesti zad, které



jsou spojeny s náročnou prací. Tento cíl mi poskytl odpovědi na mé otázky a s výsledky jsem spokojená.

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Uspokojování potřeb geriatrických pacientů z pohledu všeobecných sester“ jsem si zvolila, neboť pracuji s geriatrickými pacienty. Toto téma mi bylo tedy velmi blízké. V mém zájmu bylo zjistit, jaký názor mají všeobecné sestry na již zmíněné téma. V průběhu mé práce v léčebně dlouhodobě nemocných jsem se setkala s řadou všeobecných sester. Bohužel nemohu říci, že bych se spoustou z nich měla stejný pohled na geriatrické pacienty. V mnoha případech jsem se setkala opravdu s neetickým a nelidským přístupem k těmto pacientům.

Na začátku vypracování mé bakalářské práce jsem si stanovila cíle. Chtěla jsem pomocí těchto cílů zjistit, jak všeobecné sestry pohlíží na geriatrické pacienty. Zaměření bakalářské bylo na samotné potřeby, ošetrovatelskou péči v oblasti uspokojování potřeb a věk všeobecných sester.

Touto bakalářskou prací jsem chtěla získat názory všeobecných sester na uspokojování potřeb a poukázat na nedostatky v této oblasti.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na geriatrického pacienta. Definiuje pojmy geriatric a gerontologie. Zabývá se tematikou stárnutí a stáří a popisuje změny, které provází toto období života. Dále se zabývá formami péče o seniory a ošetrovatelskou péčí o geriatrické pacienty. Věnuji se rozdělení potřeb a zmiňuji, jakou roli má všeobecná sestra v péči o geriatrické pacienty. V neposlední řadě popisují zdravotnickou etiku a komunikaci s geriatrickými pacienty.

V praktické části se zabývám stanovenými cíli. K získání dat jsem využila anonymní dotazník, jehož respondenty byly všeobecné sestry pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných. Zařízení, která jsem pro získání dat zvolila, byla léčebna dlouhodobě nemocných v Uherském Brodě a léčebna dlouhodobě nemocných v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s. ve Zlíně. Obě tyto zařízení věnují péči geriatrickým pacientům.

Výsledky z dotazníkového šetření dopadly podle mého očekávání. Mnohdy mne i mile překvapily. Řekla bych, že většina dotazovaných všeobecných sester se zajímá o potřeby geriatrických pacientů, ale i o ošetrovatelskou péči v oblasti uspokojování potřeb. Samozřejmě, že byly i určité výjimky, nicméně většina výsledků byla pozitivních. Velmi mne potěšilo, že všeobecné sestry věnují pozornost spirituálním potřebám geriatrických pacientů a snaží se, aby byly tyto potřeby naplněny. Naopak mne zklamalo, že všeobecné sestry nemají mnoho

času na komunikaci s pacienty. Největším problémem je mnoho administrativní práce a nedostatek ošetrovatelského personálu. V LDN Uherský Brod je na noční směny pouze jedna všeobecná sestra, která má na starost mnohdy 30 pacientů. Pouze zřídka mají službu dvě všeobecné sestry. V tomto případě je pochopitelné, že nemají dostatek času se svým pacientům plně věnovat. Zájem o pocity pacientů ovšem mají. Rozdílné výsledky se týkaly pomoci od rodinných příslušníků. Zde jsme byly přesvědčena, že pomoc rodinných příslušníků většina sester uvítá. V LDN Zlín se tak vyjádřila většina všeobecných sester. V LDN Uherský Brod to byla ani ne polovina respondentů.

Největším problémem všeobecných sester v péči o pacienty je zřejmě nedostatek času. Ve většině případu je na odděleních nedostatek personálu a tím méně času zůstává všeobecným sestram na péči a komunikaci s pacienty.

Byla bych ráda, kdyby se všeobecné sestry více věnovaly geriatrickým pacientům. Víím, že je to složité a mnohdy nemožné. Pokud je to však možné, měla by jim být věnována pozornost a péče, jakou si zaslouží. Doufám, že větší část všeobecných sester nebude svoji práci brát pouze jako nutnost, ale že poskytnou pacientům pocit, že jsou stále důležití. Budou se chovat obětavě, empaticky a především budou tyto pacienty respektovat a snažit se zachovávat jejich důstojnost.

Předpokládám, že to nikdy nebude v mé moci, abych tohoto jednání docílila u všech všeobecných sester. Vždy se setkáme se sestrami, jejichž chování nebude odpovídat zásadám zdravotnických pracovníků. Chtěla bych, ale aby se ostatní sestry nebály vyjádřit svůj názor a upozornit na tento problém. Neetické chování totiž může těmto pacientům velice ublížit. Ošetrovatelská péče je pokládána za velmi náročnou a přináší řadu problémů, fyzické i psychické úsilí, ale je zároveň považována za určité poslání. Poslání pomáhat druhým lidem, kteří naši pomoc potřebují. V ošetrovatelství má role sestry velký význam. Poukazuje však na jeden důležitý bod a to, že pokud nemáš ráda lidi, nikdy nebud' sestrou.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO Brno. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] BUŽGOVÁ, Radka, 2009. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-501-0.
- [3] HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [4] HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [5] KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- [6] KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [7] KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2455-5.
- [8] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [9] KRASZOWSKI, Sarah, 2009. Caring for older people. *Praktice nurse*. roč. 8, č. 37, s. 29-33. ISSN 0953-6612. Dostupné: <http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/230462429?accountid=15518>
- [10] KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-643-2.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [12] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [13] SCHULER, Mattias a Peter OSTER, 2010, *Geriatrický pacient od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
- [14] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [15] TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2365-6.

- [16] TRACHTOVÁ, Eva, 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO Brno. ISBN 978-80-7013-324-8.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

et al. a kolektiv

s. strana

LDN léčebna dlouhodobě nemocných

% procento

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	38
Graf 2 Věk respondentů .....	39
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	40
Graf 4 Místo povolání .....	42
Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví .....	43
Graf 6 Délka praxe s geriatrickými pacienty .....	45
Graf 7 Počet lůžek na oddělení .....	47
Graf 8 Uspokojování všech potřeb na oddělení .....	48
Graf 9 Důležitost jednotlivých potřeb v LDN Uherský Brod .....	50
Graf 10 Důležitost jednotlivých potřeb .....	51
Graf 11 Důraz při uspokojování potřeb .....	52
Graf 12 Oblast zaměření u pacientů se sníženou soběstačností .....	55
Graf 13 Zájem o pocity pacientů .....	56
Graf 14 Zájem o sociální potřeby pacientů .....	57
Graf 15 Umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny .....	58
Graf 16 Zjišťování spirituálních potřeb .....	59
Graf 17 Dotaz na spirituální potřeby .....	60
Graf 18 Umožnění návštěvy kněze .....	62
Graf 19 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí .....	63
Graf 20 Respektování přání pacientů .....	64
Graf 21 Respektování soukromí a studu pacientů .....	65
Graf 22 Zájem o osobní problémy pacientů .....	66
Graf 23 Podíl rodinných příslušníků na ošetrovatelské péči .....	67
Graf 24 Čas na komunikaci s pacienty .....	68
Graf 25 Snaha zlepšit péči .....	69
Graf 26 Vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb .....	70
Graf 27 Uspokojenost potřeb všeobecnými sestrami pracujícími déle s geriatrickými pacienty .....	71
Graf 28 Upřednostňování věkově starších sester .....	73
Graf 29 Předání zkušenosti všeobecných sester s delší praxí .....	74
Graf 30 Využití získaných zkušeností .....	75
Graf 31 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod .....	76

---

Graf 32 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín .....	78
Graf 33 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod.....	79
Graf 34 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín.....	80



**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Pohlaví respondentů v LDN Uherský Brod.....	38
Tabulka 2 Pohlaví respondentů v LDN Zlín.....	38
Tabulka 3 Věk respondentů v LDN Uherský Brod .....	39
Tabulka 4 Věk respondentů v LDN Zlín .....	39
Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN Uherský Brod.....	40
Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN Zlín.....	40
Tabulka 7 Místo povolání .....	42
Tabulka 8 Délka praxe ve zdravotnictví v LDN Uherský Brod .....	43
Tabulka 9 Délka praxe ve zdravotnictví v LDN Zlín .....	43
Tabulka 10 Délka praxe s geriatrickými pacienty v LDN Uherský Brod .....	45
Tabulka 11 Délka praxe s geriatrickými pacienty v LDN Zlín .....	45
Tabulka 12 Počet lůžek na oddělení v LDN Uherský Brod .....	47
Tabulka 13 Počet lůžek na oddělení v LDN Zlín .....	47
Tabulka 14 Uspokojování všech potřeb na oddělení v LDN Uherský Brod .....	48
Tabulka 15 Uspokojování všech potřeb na oddělení LDN Zlín .....	48
Tabulka 16 Důležitost jednotlivých potřeb v LDN Uherský Brod.....	50
Tabulka 17 Důležitost jednotlivých potřeb v LDN Zlín.....	51
Tabulka 18 Důraz při uspokojování biologických potřeb v LDN Uherský Brod.....	52
Tabulka 19 Důraz při uspokojování biologických potřeb v LDN Zlín.....	52
Tabulka 20 Oblast zaměření u pacientů se sníženou soběstačností v LDN Uherský Brod.....	54
Tabulka 21 Oblast zaměření u pacientů se sníženou soběstačností v LDN Zlín.....	54
Tabulka 22 Zájem o pocity pacientů v LDN Uherský Brod.....	56
Tabulka 23 Zájem o pocity pacientů v LDN Zlín.....	56
Tabulka 24 Zájem o sociální potřeby pacientů v LDN Uherský Brod .....	57
Tabulka 25 Zájem o sociální potřeby pacientů v LDN Zlín .....	57
Tabulka 26 Umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny v LDN Uherský Brod.....	58
Tabulka 27 Umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny v LDN Zlín.....	58
Tabulka 28 Zjišťování spirituálních potřeb v LDN Uherský Brod.....	59
Tabulka 29 Zjišťování spirituálních potřeb v LDN Zlín .....	59
Tabulka 30 Dotaz na spirituální potřeby v LDN Uherský Brod.....	60
Tabulka 31 Dotaz na spirituální potřeby v LDN Zlín.....	60

Tabulka 32 Umožnění návštěvy kněze v LDN Uherský Brod .....	62
Tabulka 33 Umožnění návštěvy kněze v LDN Zlín .....	62
Tabulka 34 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí v LDN Uherský Brod .....	63
Tabulka 35 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí v LDN Zlín .....	63
Tabulka 36 Respektování přání pacientů v LDN Uherský Brod .....	64
Tabulka 37 Respektování přání pacientů v LDN Zlín.....	64
Tabulka 38 Respektování soukromí a studu pacientů v LDN Uherský Brod.....	65
Tabulka 39 Respektování soukromí a studu pacientů v LDN Zlín.....	65
Tabulka 40 Zájem o osobní problémy pacientů v LDN Uherský Brod.....	66
Tabulka 41 Zájem o osobní problémy pacientů v LDN Zlín.....	66
Tabulka 42 Podíl rodinných příslušníků na ošetrovatelské péči v LDN Uherský Brod.....	67
Tabulka 43 Podíl rodinných příslušníků na ošetrovatelské péči v LDN Zlín.....	67
Tabulka 44 Čas na komunikaci s pacienty v LDN Uherský Brod.....	68
Tabulka 45 Čas na komunikaci s pacienty v LDN Zlín.....	68
Tabulka 46 Snaha zlepšit péči při uspokojování potřeb v LDN Uherský Brod .....	69
Tabulka 47 Snaha zlepšit péči při uspokojování potřeb v LDN Zlín .....	69
Tabulka 48 Vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb v LDN Uherský Brod .....	70
Tabulka 49 Vliv délky praxe všeobecných sester na uspokojování potřeb v LDN Zlín .....	70
Tabulka 50 Uspokojenost potřeb všeobecnými sestrami pracujících déle s geriatrickými pacienty v LDN Uherský Brod.....	71
Tabulka 51 Uspokojenost potřeb všeobecnými sestrami pracujících déle s geriatrickými pacienty v LDN Zlín .....	71
Tabulka 52 Upřednostňování věkově starších sester v LDN Uherský Brod .....	73
Tabulka 53 Upřednostňování věkově starších sester v LDN Zlín .....	73
Tabulka 54 Předání zkušenosti všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod .....	74
Tabulka 55 Předání zkušenosti všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod .....	74
Tabulka 56 Využití získaných zkušeností v LDN Uherský Brod.....	75
Tabulka 57 Využití získaných zkušeností v LDN Zlín.....	75

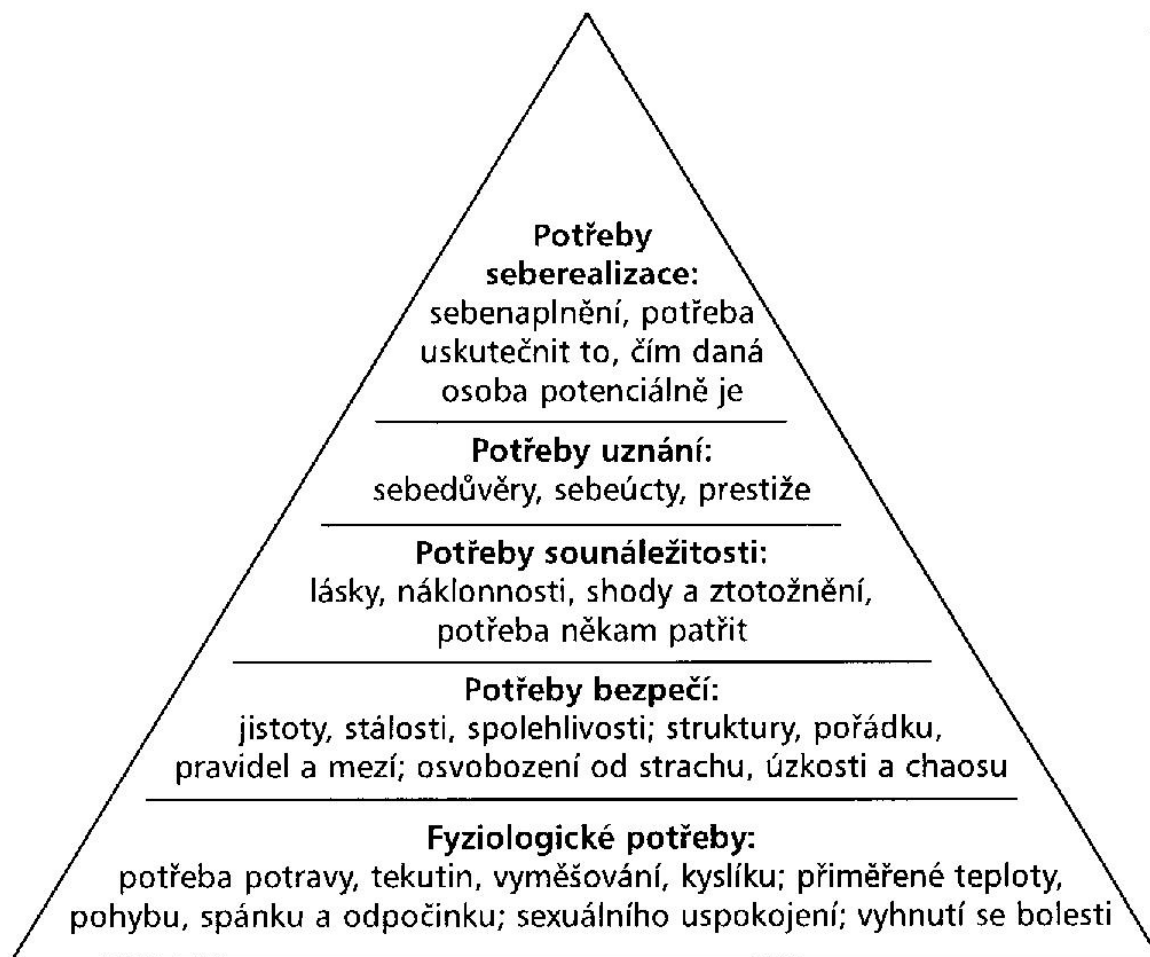
Tabulka 58 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod .....	76
Tabulka 59 Pozitiva všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín .....	77
Tabulka 60 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Uherský Brod .....	79
Tabulka 61 Negativa všeobecných sester s delší praxí v LDN Zlín .....	80

## SEZNAM PŘÍLOH

PI Maslowova pyramida potřeb

PII Dotazník

## PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



(Převzato: TRACHTOVÁ, Eva, 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO Brno. ISBN 978-80-7013-324-8.)

## **PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK**

### **DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Gabriela Procházková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma „Uspokojování potřeb geriatrických pacientů z pohledu všeobecných sester.“ Dotazník je tedy určen všeobecným sestřám, které pracují s geriatrickými pacienty.

Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Dotazník obsahuje otázky, u kterých zaškrtnete Vámi vybranou odpověď. Na otevřené otázky můžete odpovědět vlastními slovy.

Tímto bych Vám chtěla poděkovat za čas, který věnujete vyplňování dotazníku a za Vaši ochotu.

Gabriela Procházková

**1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- Muž
- Žena

**2. Kolik je Vám let?**

- 19 - 29 let
- 30 - 39 let
- 40 - 49 let
- 50 let a více

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné
- Pomaturitní specializační studium
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské

**4. Ve které léčebně dlouhodobě nemocných pracujete?**

- Uherský Brod
- Zlín

**5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- 0 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 - 15 let
- 16 - 20 let
- 21 let a více

**6. Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?**

- 0 - 10 let
- 11 - 15 let
- 16 - 20 let
- 21 let a více

**7. Kolik lůžek máte k dispozici na Vašem oddělení?**

- 20 - 30
- 31 - 40
- 41 a více

**8. Jsou u geriatrických pacientů na Vašem oddělení dostatečně uspokojovány všechny jejich potřeby?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

**9. Očíslujte jednotlivé potřeby dle důležitosti od 1 do 4 (č. 1- nejvíce důležité, č. 4- nejméně důležité)**

- Biologické č.
- Psychologické č.
- Sociální č.
- Spirituální č.

**10. Při uspokojování biologických potřeb kladete důraz na: (Možnost více odpovědí)**

- Přání pacienta
- Zvyky pacienta
- Soukromí pacienta
- Spokojenost pacienta
- Kvalitní ošetrovatelskou péči
- Jiné/uveďte.....

**11. U geriatrických pacientů se sníženou soběstačností se nejvíce zaměřujete na: (Možnost více odpovědí)**

- Péči o hygienu
- Péči o pohybovou aktivitu
- Péči o výživu
- Zmírnění bolesti
- Odpočinek a spánek
- Péči o vyprazdňování
- Prevenci dekubitů
- Faktory ovlivňující soběstačnost pacienta

**12. Zajímáte se o pocity pacientů při hospitalizaci?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**13. Zajímáte se o sociální potřeby geriatrických pacientů?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**14. Umožňujete pacientům kontakt s rodinou i mimo návštěvní hodiny?**

- Ano
- Ne
- Někdy

**15. Považujete zjišťování spirituálních potřeb geriatrických pacientů za důležité?**

- Ano
- Ne

**16. Je Vám nepříjemné ptát se geriatrických pacientů na spirituální potřeby?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Někdy

**17. Umožňujete na Vašem oddělení návštěvu kněze?**

- Ano, návštěvu kněze umožňujeme
- Ne, návštěvu kněze neumožňujeme

**18. Jsou na Vašem oddělení pacienti spokojeni s ošetrovatelskou péčí?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**19. Respektujete při péči o geriatrické pacienty jejich přání v oblasti uspokojování potřeb?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**20. Respektujete při péči o geriatrické pacienty jejich soukromí a stud?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



- 21. Zajímáte se při péči o geriatrické pacienty i o jejich osobní problémy?**
- Ano
  - Ne
  - Někdy
- 22. Pomáhá Vám, když se na péči při uspokojování potřeb podílí i rodinní příslušníci?**
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
- 23. Zbývá Vám při práci čas na komunikaci s geriatrickými pacienty?**
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
- 24. Snažíte se zlepšit Vaši péči v oblasti uspokojování potřeb, pokud s ní není geriatrický pacient spokojen?**
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
- 25. Má podle Vás délka praxe všeobecných sester vliv na uspokojování potřeb geriatrických pacientů?**
- Ano
  - Ne
- 26. Může všeobecná sestra, která pracuje s geriatrickými pacienty déle než vy, lépe uspokojit potřeby pacienta?**
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
- 27. Upřednostňují na Vašem oddělení pacienti věkově starší sestry před mladšími?**
- Ano, protože mají více zkušeností
  - Ne
  - Někdy
- 28. Předaly Vám všeobecné sestry s delší praxí své zkušenosti v oblasti uspokojování potřeb?**
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne

**Pokud Vám všeobecné sestry s delší praxí předaly své zkušenosti, využila jste získané zkušenosti v péči o uspokojování potřeb geriatrických pacientů?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**29. Uved'te, jaká pozitiva může mít všeobecná sestra s delší praxí při uspokojování potřeb pacientů?**

.....  
.....  
.....  
.....

**30. Uved'te, jaká negativa může mít všeobecná sestra s delší praxí při uspokojování potřeb pacientů?**

.....  
.....  
.....  
.....