

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V LDN OČIMA**  
**PACIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jitka Kaplanová**

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

2012

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**NURSING CARE IN SANATORIUM OF LONG TERM  
DISEASED BY THE EYES OF PATIENTS AND  
FAMILY MEMBERS**

Bachelor's thesis

Author: **Jitka Kaplanová**

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

2012

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče v LDN očima pacientů a rodinných příslušníků“ vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

(podpis)

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji panu Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi za cenné rady, připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji pacientům a jejich rodinným příslušníkům LDN v Hradci Králové, Rybitví a Vysokém Mýtě za čas věnovaný vyplňování dotazníků a také děkuji mé rodině za podporu a toleranci během mého studia.

V Býšti dne 2. dubna 2012

# OBSAH

ÚVOD .....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ .....	10
1.1 Gerontologie a geriatrie .....	10
1.2 Charakteristika raného stáří .....	11
1.2.1 Tělesné změny raného stáří.....	12
1.2.2 Psychické změny raného stáří .....	13
1.2.3 Změny v oblasti socializace v raném stáří .....	14
1.3 Charakteristika pravého stáří .....	15
1.3.1 Tělesné změny pravého stáří.....	12
1.3.2 Psychické změny pravého stáří .....	17
1.3.3 Změny v oblasti socializace v pravém stáří.....	17
1.4 Involuční změny ve stáří.....	15
1.4.1 Geriatrická křehkost.....	21
1.4.2 Geriatrické syndromy.....	21
1.5 Ageismus.....	23
1.6 Důstojnost geriatrického pacienta.....	24
2 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH.....	25
2.1 Historie LDN.....	25
2.2 Koncepce následné péče.....	27
2.3 Hospitalizace v LDN.....	28
2.3.1 Sociální péče v LDN Hradec Králové.....	30
3 PACIENT V LDN A JEHO RODINA.....	31
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	33
4.1 Charakteristické rysy ošetřovatelství .....	33
4.2 Úkoly ošetřovatelství .....	34
4.3 Základy ošetřovatelské péče.....	34
4.3.1 Hlavní úkoly sestry .....	35
4.4 Ošetřovatelství v rámci následné lůžkové péče.....	36

4.4.1	Ošetrovatelský proces v LDN Hradec Králové.....	36
4.4.2	Ošetrovatelská dokumentace v LDN Hradec Králové.....	37
EMPIRICKÁ ČÁST.....		39
5	METODIKA VÝZKUMU.....	40
5.1	Použitá metoda výzkumu.....	40
5.2	Popis vzorků respondentů.....	41
5.2.1	Zpracování získaných dat.....	47
5.3	Výsledky.....	48
5.3.1	Prostředí LDN.....	48
5.3.2	Komunikace mezi respondenty a ošetrujícím personálem.....	54
5.3.3	Přístup ošetrujícího personálu.....	60
5.3.4	Péče o pacienty.....	64
5.3.5	Otázky týkající se možných negativ, návrhů na zlepšení, celkového dojmu a rad.....	69
6	DISKUZE .....	73
ZÁVĚR.....		81
ANOTACE.....		82
SYNOPSIS.....		83
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY .....		85
SEZNAM GRAFŮ.....		88
SEZNAM TABULEK.....		90
SEZNAM PŘÍLOH.....		92
PŘÍLOHY .....		93

# ÚVOD

*„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“*

*(Ladislav Klíma)*

Ve své práci se zabývám ošetrovatelskou péčí v léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) z pohledu pacientů a jejich rodinných příslušníků.

Laická veřejnost vidí LDN většinou jako „zařízení poslední štace, čekárnu na smrt“ nebo podle jednoho současného televizního seriálu jako „skladiště mrtvol“. Díky takové prezentaci k nám přichází hodně pacientů se strachem v očích a s obavami, co je u nás čeká, protože sousedka říkala..., v novinách psali..., v televizi viděli....

Pracuji již 16 let v zařízeních pro geriatrické pacienty, posledních 5 let v LDN jako všeobecná sestra u lůžka, a právě proto se mě názory veřejnosti a médií velmi dotýkají a nenechávají mě chladnou.

Péče o staré chronicky nemocné pacienty je velmi náročná jak fyzicky, tak psychicky. Většinou jde o pacienty vysokého věku, imobilní, nesoběstačné, inkontinentní, závislé na pomoci druhé osoby, často osamocené. Je těžké tyto nemocné nejen ošetřovat, ale také s nimi komunikovat. Občas ani spolupráce s rodinou není jednoduchá, i když moje letité zkušenosti jsou spíše pozitivní.

Snažíme se zlepšovat prostředí LDN v rámci našich možností, poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a tím zlepšit či udržet soběstačnost nemocného. Samozřejmě není z mnoha důvodů možné docílit zlepšení u všech pacientů.

Ošetrovatelská péče v LDN, ale i LDN jako takové, patří neustále mezi aktuální témata. Bohužel, častěji jsou medializované kauzy, jak v LDN pacienti trpí hladu, personál se o ně nestará a o respektování lidské důstojnosti se už vůbec nedá mluvit. To mě velmi mrzí, protože si myslím, že většina z nás dělá tuto práci dobře, s velkým nasazením a s úctou ke stáří.

Pokud se občas nějaký problém vyskytne, vše se hned ve špatném obrací proti všem léčebnám a my musíme složitě a dlouhou dobu dokazovat, že u nás tomu tak není. Nechci kritizovat média ani vyzdvihovat naši práci, ale chci svým výzkumným šetřením zjistit, jak péči v LDN doopravdy vidí „naši“ pacienti a jejich rodiny. Jak pohlíží na prostředí LDN, péči a chování personálu, komunikaci, rehabilitaci, co by navrhovali zlepšit? Jak vnímají LDN po osobní zkušenosti?



# TEORETICKÁ ČÁST

## CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI:

Bakalářská práce chce prozkoumat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) právě z pohledu pacientů samotných a jejich rodinných příslušníků. Proto jsme si v teoretické části práce stanovili tyto cíle:

1. charakterizovat pojmy stárnutí a stáří
2. charakterizovat geriatrického pacienta
3. charakterizovat fungování léčebny dlouhodobě nemocných
4. charakterizovat rodinu pacienta v LDN
5. charakterizovat ošetrovatelskou péči v LDN

# 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí je fyziologický děj, u každého člověka probíhá individuálně, má různé projevy a různou rychlost.

Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, která se projevuje involucí se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Involuční změny se promítají do zdravotního stavu starých lidí i do klinického obrazu a průběhu jejich chorob. (Kalvach, Onderková, 2006). Stáří však nepřináší jenom negativa. Staří lidé mají bohaté životní zkušenosti, berou věci s nadhledem, řada z nich dospívá k moudrosti. Bývají trpělivější, lépe snášejí obtíže.

Stáří je výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí, a je třeba zdůraznit, že stáří není nemoc. Podle Světové zdravotnické organizace vychází dělení lidského života z věku kalendářního. Dělí se: 60 – 74 let = rané stáří

75 – 89 let = pozdní stáří

90 a více let = dlouhověkost

Celosvětová populace stárne a starých lidí významně přibývá a bude přibývat. Lidé se dožívají vyššího a vysokého věku a současně klesá počet narozených dětí. Naše společnost se musí snažit zajistit starým lidem podmínky pro kvalitní prožívání stáří a zajistit dostupnou a kvalitní péči o nemocné a nesoběstačné staré občany.

## 1.1 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je nauka o stárnutí, stáří a životě ve stáří. Představuje velmi širokou a rozsáhlou disciplínu a v naší zemi má poměrně dlouhou tradici. Je členěna na tři části:

**Gerontologie experimentální**, která se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů.

**Gerontologie sociální** se zabývá sociálními dopady stárnutí člověka a také prevencí s cílem udržet praktickou soběstačnost.

**Gerontologie klinická** se zabývá problematikou zdraví, chorob a kvalitou života ve stáří a zvláštnostmi chorob ve stáří. Označuje se také jako **geriatrie**, která je od roku 1983 v České republice samostatným klinickým oborem (Haškovcová, 2002).

## 1.2 Charakteristika raného stáří: 60 – 74 let

Stáří je poslední etapou života, bývá označována jako post-vývojová fáze, protože rozvoj všech schopností byl už realizován. Toto období přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nevyhnutelné ztráty ve všech oblastech.

Rané stáří většinou nepřináší závažná omezení, ale starší člověk se musí stále přizpůsobovat novým problémům a změnám, které ho více či méně limitují. Odchod do důchodu je jednou z největších změn ve stáří, může ovlivnit potřeby člověka, styl jeho života i osobnost člověka (Vágnerová, 2007.)

Hlavním úkolem stáří je zhodnocení a přijetí svého života jako celku, který měl určitý smysl, a je třeba najít smysl zbývajících života. Velmi důležité je vyrovnaní se se vším, co člověk prožil. Podmínky pro dosažení integrity jsou tyto:

- **Pravdivost k sobě samému** – nemá cenu nic předstírat, uplynulý život je potřeba vidět takový, jaký byl, a nyní se soustředit na skutečné hodnoty a potřeby.
- **Smíření** – přijmout vlastní život, i když neodpovídá dřívějším představám. Stabilizace a generalizace postoje k životu – důležitá je prožitá zkušenost, která umožňuje určitý nadhled.
- **Kontinuita** – dosažení integrity vede k pochopení vlastního života a je možné o vlastním životě uvažovat ve vztahu k minulosti, přítomnosti i budoucnosti.
- **Naděje** – ke konci života se mění u některých lidí ve víru. Naděje se pojí s následující generací a s pokračováním vlastního díla.

Během raného stáří dochází ke změně postoje k vlastnímu životu i k okolnímu světu. Starší člověk má potřebu být nějakým způsobem prospěšný a užitečný. Myslím si, že velmi důležitou roli v tomto období hraje rodina – děti, vnoučata a přátelé.

Umět zestárnout je stejně důležité jako kdysi dosažení dospělosti. Tohoto umění musí dosáhnout každý sám, nikdo mu s tím pomoci nemůže. Stáří s sebou přináší také nové zkušenosti a je na každém jednotlivci, jak se s tím vyrovná, jak to zvládne (Vágnerová, 2007).

### 1.2.1 Tělesné změny raného stáří

Stárnutí přináší změny tělesné, ale i psychické. K těmto změnám dochází u každého člověka individuálně. Tělesné změny, které odlišují stáří od mládí označujeme jako fenotyp stáří. Na tělesných změnách ve stáří se podílí:

- Fylogenetické vlivy – dnešní generace stárnou v lepší kondici a v lepším zdravotním stavu.
- Biologické vlivy – nerovnoměrně probíhající orgánové změny (orgány stárnou, jsou opotřebovány, udržovány, ale také chorobně změněny).

#### Faktory ovlivňující tělesné změny:

1. genetické dispozice: mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí
2. fylogenetické změny: např. vyšší tělesná výška mladších generací
3. ontogenetické změny starších jedinců:
  - a. změny involuční
  - b. změny chorobné (choroby a úrazy)
  - c. změny související se životním stylem (obezita)
  - d. vlivy psychické (demence)
  - e. vlivy sociálně ekonomické (Kalvach, 2006)

Stáří není samo o sobě nemocí, ale během stárnutí se zvyšuje množství nepříznivých vlivů a tím se zvyšuje počet nemocných lidí. Pro stáří je typická polymorbidita. Znamená to, že starší lidé často trpí větším počtem různých, většinou chronických nemocí. Velký význam má ve stáří subjektivní postoj k vlastním potížím, které jsou tak časté a běžné. Je víceméně nutné se přizpůsobit svým možnostem a akceptovat svá omezení (Vágnerová, 2007).

### **1.2.2 Psychické změny raného stáří**

Ve stáří se různým způsobem mění také psychické funkce. Jejich projevy, dynamika a reakce starších lidí je opět individuální. Dochází k celkovému zpomalení, obtížím s pamětí a vybavováním, pozorností, řešením problémů. Dochází k celkovému poklesu psychických funkcí. Může se jednat o normální projev stárnutí, ale také příznaky choroby jako je např. Alzheimerova demence. V psychické oblasti se projevují hlavně různé změny mozku. Typickým projevem stárnutí jsou atrofie mozku. Psychické změny ve stáří mohou být ovlivněny i životním stylem a různými návyky, protože člověk mnohé schopnosti a dovednosti nepotřebuje, tudíž je nevyužívá (Kalvach,2006).

V raném stáří dochází také k proměnám emočního prožívání v rámci obvyklých sociálních změn (odchod do důchodu, zhoršování zdravotního stavu, obavy z budoucnosti). Zároveň se zvyšuje riziko osobně významných ztrát (ztráta partnera, ekonomická soběstačnost). Ztracené hodnoty už často nelze ničím nahradit, a tak dochází ke zhoršení kvality dalšího života.

Dochází k celkovému zklidnění emočního prožívání, mění se mnohé potřeby a způsob jejich uspokojování. Mohou se měnit i některé osobnostní vlastnosti.

### 1.2.3 Změny v oblasti socializace v raném stáří

V období stáří dochází k proměně nebo úbytku různých sociálních dovedností. Vyplynávají ze zákonitých změn, které život seniorů přináší. Velkou změnou je odchod do důchodu, kdy jsou staří lidé více izolováni od společenského dění, zůstávají především v soukromí, ve vlastní rodině. Snižují se požadavky na jejich sociální orientaci a společenské chování. Mnohé sociální dovednosti již nepotřebují, dochází k jejich stagnaci nebo úpadku. Změna životní situace (odchod do zdravotní nebo sociální instituce) vyžaduje od seniorů nový způsob chování, často pasivní a submisivní roli člověka závislého na ostatních.

Senioři prožívají stáří v několika sociálních skupinách:

- **Rodina:** nejvýznamnější sociální skupina – soužití s partnerem, kontakt s dětmi, vnoučaty, sourozenci.
- **Přátelé a známí:** s nimi sdílejí nějaké aktivity, jsou možností dalších sociálních kontaktů. Mají velký význam, pokud jejich vlastní rodina neexistuje nebo nefunguje.
- **Společenství určité instituce:** nemocnice, hlavně LDN, domovy důchodců, kde s ostatními sdílí určitý styl života.

Součástí sociálního kontaktu je komunikace. Komunikaci starých lidí mohou narušovat percepční a paměťové změny.

Percepční problémy mohou ovlivňovat zpracování přijímané informace. Staří lidé často trpí nedoslýchavostí, přesně neslyší každé slovo a komunikace se pro ně stává problémem a raději se jí vyhýbají.

Další změny jsou podmíněny biologicky. Běžnou ztrátou ve stáří je úmrtí partnera. Negativní rolí je také role nemocného a zdravotně postiženého starého člověka se všemi společenskými důsledky (Vágnerová, 2007).

### 1.3 Charakteristika pravého stáří: 75 – 89 let

Obdobím pravého stáří je označováno období po 75. roce života. V tomto období dochází k narůstání problémů spojených se zhoršováním tělesných a psychických funkcí. Starý člověk je vystaven různým zátěžovým situacím a značným nárokům na adaptaci (dlouhodobá hospitalizace, umístění do zařízení sociální péče). Zvládnutí zátěže závisí na osobnosti, životních zkušenostech, hodnotovém systému a také na psychickém a somatickém stavu člověka.

Dle mých zkušeností je u značné části lidí v tomto věku porušena soběstačnost z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Ale i přes zhoršující se stav se někteří lidé dokáží adaptovat na nepříznivé změny. Velkým úkolem pozdního stáří je udržení pocitu životní pohody a přijatelného životního stylu. Je důležité:

- udržení nezbytné autonomie a co možná největší soběstačnosti
- udržení potřebných sociálních kontaktů, aby nedošlo k sociální izolaci a pocitu osamělosti
- udržení sebeúcty proti pocitu vlastní nepotřebnosti.

Udržení pocitu pohody závisí ve stáří na zvládnutí mnoha ztrát a zátěží. Typické pro pravé stáří jsou:

- nemoc a úmrtí partnera, eventuálně jiných blízkých, vrstevníků, které vede k izolovanosti a pocitu osamělosti
- zhoršení zdravotního stavu, vede k postupné ztrátě soběstačnosti  
Staří lidé se bojí ztráty soběstačnosti víc než smrti.  
*„Bojím se závislosti. Můžu zemřít, ale nesmím zinvalidnit“* (Novotná, 2003).
- ztráta jistoty soukromí a nucená změna životního stylu, ke které dochází během hospitalizace nebo umístění do ústavní péče.

Tato životní fáze je pro člověka velmi náročná, neboť většina změn představuje ztrátu a jen málo změn vede k prožívání radosti (Vágnerová, 2007).

### **1.3.1 Tělesné změny pravého stáří**

Typickým projevem stáří je zhoršení zdravotního stavu, zvýšení nemocnosti, polymorbidita, a to vše ve větší míře než v období raného stáří. Choroby v tomto věku často probíhají s komplikacemi a vedou ke chronicitě. Pro kvalitu života starého člověka není důležitá přítomnost nebo nepřítomnost nemoci, ale stupeň funkčního postižení, který z nemoci vyplývá a který je rozhodující pro zachování soběstačnosti. Snížení soběstačnosti vede k bezmocnosti, závislosti na druhé osobě a někdy k umístění do instituce. Nejčastěji vedou k bezmocnosti chronická onemocnění oběhové soustavy, cévní mozkové příhody, demence a velmi časté jsou ve stáří nemoci pohybového ústrojí (Vágnerová, 2007).

Nemoci oběhové soustavy vedou k výrazným omezením výkonnosti, ale i k psychickým problémům. Může vzniknout úzkost, zvýšená unavitelnost a nevykonnost.

Cévní mozkové příhody mají nepříznivé důsledky na výkonnost i psychiku člověka. Může dojít k poškození řeči, neporozumění mluvenému či psanému slovu, bývá vážně narušena soběstačnost. Velkým problémem je komunikace s takto postiženým člověkem.

Poměrně časté jsou demence ve stáří. Dochází k závažnému úbytku rozumových schopností a tím k poruše soběstačnosti. Dochází ke zhoršení paměti, dezorientaci v prostředí, nepoznává své blízké, neví, kdo je.

Nemoci pohybového ústrojí velmi často a hodně omezují pohyb člověka, sociální kontakty a vedou k sociální izolaci, snížení soběstačnosti a častým pádům a tím k dalším problémům.



### 1.3.2 Psychické změny pravého stáří

V pozdním stáří pokračuje proces zpomalování a zhoršování ukládání a využívání informací. Dochází ke zhoršování zrakových a sluchových funkcí, tím se ztěžuje komunikace a orientace v prostředí. V pozdním stáří ubývá všech funkcí, některých pomaleji, jiných rychleji.

Proměny emocionality nemusí být nijak nápadné. Dominantní je udržení pocitu pohody a bezpečnosti. Intenzita a frekvence emočního prožitku klesá, ale kvalita se mění jen málo. Mnozí staří lidé už nic pozitivního neočekávají, tak ani nepříjemnosti příliš neprožívají.

*„Přiměřeně s mým věkem mi už nemůže vadit nic. Člověk musí tím, že stárne, slevit ze svých požadavků“* (Novotná, 2003).

Pocit životní pohody je udržován na přijatelné úrovni díky smíření s množstvím ztrát a zátěží (Vágnerová, 2007).

### 1.3.3 Změny v oblasti socializace v pravém stáří

Postupně se stále více zužuje teritorium života starých lidí a jejich sociální síť. Ze ztráty sociálních kontaktů vyplývá osamělost, která je velkým problémem pozdního stáří. Je daná izolací od společnosti. Riziko izolace starých lidí ovlivňují různé faktory:

Sociální situace: ztráta partnera, sourozenců, přátel

Fyzický stav: snížená hybnost, smyslová postižení, závažná nemoc

Psychický stav: úbytek paměti, demence, deprese, změny osobnosti

Komunikace mívá typické znaky pravého stáří. Problémy se vyskytují v oblasti porozumění i ve vlastním vyjádření. Kvalitu verbální komunikace zhoršují jazykové problémy jako je neschopnost využití slovní zásoby, pokles slovní plynulosti a problémy s vybavováním potřebných výrazů. Sdělení starých lidí jsou stále jednodušší a kratší.

Dochází k další redukci sociálních rolí z důvodu úbytku psychických kompetencí a celkového zdraví. Stále více seniorů musí změnit způsob života a dožít v ústavním zařízení. Umístění do instituce je spojené se ztrátou autonomie, soběstačnosti a soukromí (Vágnerová, 2007).

Velmi významným tématem pozdního stáří je očekávání smrti a představa umírání. Otázka důstojného umírání a smrti je velmi složitá a rozsáhlá a mohla by být předmětem samostatné bakalářské práce.

## 1.4 Involuční změny ve stáří

Involuce je proces, který postihuje živou hmotu. Jde o složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají. Biologické změny se kombinují s různými mechanismy (adaptačními, regulačními), s vlivy prostředí, způsobu života a patologickými jevy.

Výsledkem stárnutí je stáří. Fenotyp je dán involučními změnami, projevy věkově podmíněných chorob (ateroskleróza) a náročností prostředí.

Stárnutí souvisí s přirozenou délkou života. Ta je velmi individuální, ovlivněna genetikou, prostředím a způsobem života (stravování a pohybový režim). Ve stáří stoupá pravděpodobnost úmrtí (Kalvach, 2006).

Soubor změn, které stáří provázejí se označují jako **involuční geriatrická deteriorace**.

Její proces je dán: rozvojem fenotypu stáří

ubýváním potenciálu zdraví

přibýváním zdravotních a funkčních problémů

Její proces je způsoben: genetickými dispozicemi člověka

involučními biologickými procesy

projevy a důsledky chorob a úrazů

vlivy zevního prostředí

psychikou člověka

nutričním stavem člověka

účinky léčiv, návykových látek a alkoholu

Geriatrická deteriorace probíhá v určitých, dobře prozkoumaných fázích:

- **fáze asymptomatická** – deteriorace se neprojevuje navenek
- **fáze klinické manifestace** – je obrazem snížené výkonnosti a adaptability, dochází k funkčním deficitům
- **fáze disability** – se projevuje poruchou soběstačnosti člověka
- **fáze terminální** – úplná ztráta soběstačnosti, závislost na druhé osobě, minimální adaptace organismu (Kalvach, 2008)

První známky stárnutí probíhají skrytě, jsou spojeny s úbytkem tkání a struktur.

**Kůže** – ztrácí elasticitu, je suchá, dělají se vrásky. K těmto změnám dochází ztrátou vody, podkožního tuku a pojivové přestavby. Objevují se pigmentové skvrny, často se

tvoří drobné hematomy, někdy se snižuje hmotnost. Zlepšuje se vstřebávání látek kůží a sliznicemi.

**Vlasy** – řídnutí a šedivění vlasů je jedním z počátečních znaků stárnutí. Je to jev individuální, někdy se tento problém objevuje už v nižším věku.

**Svalstvo** – ztráta svalové pružnosti a pevnosti, ubývání svalové síly, zpomalení svalových reakcí, zhoršené cévní a nervové zásobení. Zhoršuje se také regenerace svalstva.

**Kosti a klouby** – kosti se stávají křehčí, méně pružné, tím dochází častěji ke zlomeninám (časté úrazy). Meziobratlové ploténky jsou také méně pružné, snižuje se výška plotének i chrupavek a tím se snižuje výška člověka.

**Nervový systém** – dochází k úbytku mozkových buněk, mozkové cévy ztrácí pružnost, klesají paměťové funkce a doba reakcí se prodlužuje.

**Smyslové orgány:**

**Zrak** – zhoršení zrakové ostrosti, snížení schopnosti akomodace čočky a adaptace na tmu. Tím dochází u starého člověka k pocitům nejistoty a ke změnám v orientaci v prostoru.

**Sluch a rovnovážný aparát** – zhoršení sluchu je pro starého člověka velmi omezující. Vede k omezení komunikace a tím k sociální izolaci.

Poruchy rovnovážného aparátu vedou k poruchám rovnováhy při změně polohy a ty vedou k častým pádům ve stáří.

**Hmat** – hmatové vjemy ubývají nejdříve na nohou, až pak na ruku. Staří lidé proto pociťují bolest později a jinak. Dochází například k poruše kůže na dolních končetinách (otlak od boty) a oni o tom ani nevědí. Zvýšení prahu pro cítění bolesti má význam pro symptomatologii a diagnózu nemoci.

**Chut' a čich** – dochází ke změně vnímání chutí a vůní.

**Kardiovaskulární systém** – s věkem ubývá srdeční svaloviny jen málo, ale výkonnost srdce jako pumpy se snižuje velmi výrazně. Dochází k různým změnám na arteriích (aterosklerotické změny). Srdce starého člověka je zvláště citlivé na námahu, na jakoukoliv změnu, snadno selhává. Častěji se objevuje posturální hypotenze.

**Respirační systém** – snížení vitální plicní kapacity způsobuje snížená výkonnost svalstva hrudníku, obezita, deformity páteře, hrudníku, snížení pružnosti plicní tkáně a úbytek alveolů. Rozvíjí se senilní emfyzém. Tyto změny souvisí se změnami pohybového aparátu.

**Zažívací trakt** – problémy se zažívacím traktem začínají úbytkem chrupu (paradentóza, špatná zubní protéza). Atrofuje sliznice i svalovina zažívací trubice, snižuje se motilita žaludku a peristaltika střev. Mění se produkce trávicích enzymů i resorpční schopnost sliznic. Objevují se malabsorpční syndromy, průjmy nebo úporné zácpy.

**Játra** – úbytek jaterního parenchymu a přibývání vaziva. Snižuje se průtok krve játry a funkce jater i jejich detoxikační účinek. Tyto změny mají zásadní význam pro vylučování léků zažívacím traktem.

**Pankreas** – stejně jako u jater dochází k vazivové přestavbě a tím k poruchám regulace hladiny krevního cukru a vzniká stařecký diabetes.

**Ledviny** – také podléhají involučním změnám. Ubývají funkční nefrony, snižuje se filtrační činnost ledvin a průtok krve ledvinami. Tyto změny mají zásadní význam pro vylučování léků ledvinami.

**Krevní systém** – nejsou výrazné odchylky, i když s postupem věku se objevují krevní poruchy, hlavně anémie z různých příčin.

**Endokrinní systém** – dochází k poklesu hormonů hypofýzy a štítné žlázy a s tím souvisí pokles funkce nervového a imunitního systému. Snižuje se bazální metabolismus (Jedlička, 1991).

Specifické změny ve stáří vyžadují i specifickou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Péče o geriatrické pacienty je náročná ve všech směrech a jen těžko lze oddělovat péči zdravotní a sociální.

### 1.4.1 Geriatrická křehkost

Geriatrická křehkost je důsledkem geriatrické deteriorace. Je to klinicky a funkčně závažný pokles potencionálu zdraví převážně v pokročilém stáří, s nepříznivou prognózou, ztrátou soběstačnosti, závažnými komplikacemi i úrazy. Má různé projevy, například: pomalá, nejistá chůze, nestabilita s pády, únava, malnutrice, úzkost, nízká odolnost k zátěži.

Podílejí se na ní především biologická involuce, choroby, nežádoucí účinky léků, způsob života, psychosociální faktory, prostředí (Kalvach, Onderková, 2006).

Geriatrickou křehkost nelze zmírnit odstraněním její příčiny, ale lze zmírnit všechny významné změny a obtíže.

Je dominantním rysem části geriatrických pacientů, kteří vyžadují specifický diagnostický, léčebný a ošetrovatelský režim (Kalvach a kolektiv, 2008).

### 1.4.2 Geriatrické syndromy

Involuční změny, polymorbidita a další vlivy vytváří soubor příčin, které se vzájemně ovlivňují. Často nelze určit, jaká příčina stojí za pacientovými problémy.

Hlavní geriatrické syndromy jsou:

- **Syndrom instability:** nestabilita, závratě a pády z mnoha různých důvodů (poruchy páteře, krevního tlaku, poruchy nervového čítí, zraku, svalová slabost). Pády jsou hlavním rizikem, protože způsobují poranění, prochlazení, dehydrataci, nemožnost vstát a mají také psychosociální důsledky. Řešením je hlavně vhodná úprava prostředí, vhodné kompenzační pomůcky a obuv, posilování stability a svalové síly dolních končetin a v ústavním zařízení zvýšený dohled.

- **Syndrom de kondice a hypomobility:** podstatou je omezování pohybové aktivity, atrofie svalů dolních končetin, pokles kondice. Příčinou může být ztráta motivace, deprese, bolest, nežádoucí účinky léků. Řešením je motivace pacienta, rekondice a kauzální léčba.

- **Syndrom imobility:** neboli imobilizační syndrom je soubor negativních důsledků dlouhodobého upoutání na lůžko. Mezi jeho projevy patří: dekubity, kontraktury, hypoventilace, svalová atrofie, dehydratace, zácpa, mikční problémy. Řešením je důsledná prevence, antidekubitní režim, aktivizace, hydratace a výživa.

- **Syndrom malnutrice:** k příčinám patří poruchy chrupu, polykání a příjmu potravy, imobilita, demence. Řešením je sledování příjmu stravy a tekutin, zajištění nutriční podpory nebo umělé výživy.
- **Syndrom psychické alterace:** jedná se o různé kognitivní poruchy až demenci a poruchy chování, orientace a stavy zmatenosti. Mohou být způsobeny některými léky, alkoholem či poruchami vnitřního prostředí. Řešením je zvýšený dohled, úprava prostředí, bezpečnost pacienta a kauzální léčba.
- **Syndrom inkontinence:** nekontrolovatelný odchod moči, stolice nebo moči a stolice. Může být z různých příčin. Důležité je zvládnutí inkontinence pomocí inkontinentních pomůcek a zabránění vzniku komplikací.
- **Syndrom komunikačního a smyslového deficitu:** kombinovaná porucha zraku a sluchu a tím omezení kontaktu s okolím, komunikační potíže a sociální izolace. Důležité je nalezení vhodné formy komunikace a dostatek trpělivosti.
- **Syndrom maladaptace:** zvláště na přijetí do ústavní péče nebo jiné těžké životní situace. Vhodná je psychoterapeutická podpora.
- **Syndrom terminální geriatrické deteriorace:** zhoršování celkového stavu křehkých geriatrických pacientů bez jednoznačné příčiny, bez účinku léčby, spějící ke smrti. Mezi příznaky patří únava, nechutenství, hubnutí, omezení pohyblivosti, apatie, zmatenost. Vede k zajištění vhodné paliativní péče a co nejčastějšího kontaktu s blízkými (Kalvach, Onderková, 2006).

## 1.5 Ageismus

Stárnutí a stáří má ve společnosti špatný zvuk, není prezentováno jako něco přirozeného a normálního. Hodnoty současné společnosti jsou nastaveny na úspěch, atraktivitu, mládí a maximální výkon.

Věda zatím nepokročila ve zkoumání důvodů, *proč* člověk stárne, ale poskytuje představu o tom, *jak* stárne. Odpor lidí ke stáří může vyvolat spojení stáří a smrti, nebo obava z vlastního fyzického úpadku (Vidovičová, 2008).

Involuční křehkost, pokles obranyschopnosti a narůstající zranitelnost jsou podstatou ohrožení seniorů, ke kterému patří i riziko diskriminace.

Ageismus neboli věková diskriminace může mít různé podoby. Například znemožnění některých léčebných postupů z důvodu věku, mýty o stáří, nevhodné jednání se starými lidmi, nerespektování jejich osobnosti a důstojnosti.

Typickým projevem ageismu je podceňování potřeb a prožitků starých, zvláště velmi starých lidí (Kalvach, Onderková, 2008).

Tuto nepříznivou situaci ještě zhoršují různé předsudky o stáří a starých lidech. V odborné literatuře jsou označovány jako mýty o stáří. Podívejme se na ty nejčastější:

**Mýtus falešných představ** – založen na přesvědčení, že dobré materiální podmínky starého člověka jsou předpokladem jeho spokojenosti.

**Mýtus zjednodušené demografie** – založen na přesvědčení, že se člověk stává starým v den odchodu do důchodu.

**Mýtus homogenity** – vychází z povrchního názoru, že staří lidé „stejně“ vypadají (šedivé vlasy, vrásky) mají i stejné vlastnosti a potřeby.

**Mýtus neužitečného času** – vychází z toho, že ten, kdo nechodí do práce, nic nedělá, je neužitečný a stává se přítěží pro společnost.

**Mýtus ignorace** – založen na přesvědčení, že člověk, který je starý, nepracující a neužitečný, nemůže být naším partnerem ani spolupracovníkem. Mladým nestojí za slovo ani za pozornost, je možné ho přehlížet.

**Mýtus o arterioskleróze** – říká, že každý starý člověk je sklerotický a tím pádem celkově nemocný. Skleróza je chápána jako projev stáří (Haškovcová, 2002).

Víme, že stáří není nemoc, ale přesto se většina mladších lidí stáří bojí a často se od starých lidí odvrací. Většina z nás se shoduje na tom, že o staré lidi musí být postaráno, aby měli kvalitní a spokojený život.

## 1.6 Důstojnost geriatrického pacienta

Důstojnost je vysoká hodnota, která je během poskytování péče hlavně u geriatrických pacientů, ohrožena.

Základem úcty ve stáří je zachování osobní identity a kontinuity života. Starý člověk má pocity zbytečnosti, břemena nebo přítěže a my bychom měli během poskytování péče tomuto pocitu zabránit.

Medicína se příliš soustředí na záchranu života a léčení chorob, ale ochrana důstojnosti, smysl života a paliativní péče jde nějak stranou. A právě pro geriatrické pacienty jsou tyto méně důležité věci velkou prioritou.

Časté způsoby ponižování důstojnosti:

- nerespektování pacientovy vůle
- nerespektování pacientova soukromí a autonomie
- nerespektování pacientova studu
- vybízení pacienta k močení do inkontinentních pomůcek, odmítání pomoci

k použití toalety

- ponižující krmení a mytí místo pomoci k sebeobsluze
- anonymizace pacienta
- zdětinšťování starých lidí
- nedostatečné komunikování
- obecné podceňování starého člověka (Kalvach, Onderková, 2006)

V geriatricii platí více než v jiných oborech, že kromě léčby nemoci je velmi důležitá úleva od utrpení, zachování smysluplné sociální role a podpora důstojnosti člověka.



## 2 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Dlouhodobá péče je poskytována lidem s omezenou soběstačností, a to po delší dobu.

Dle Světové zdravotnické organizace je dlouhodobá péče definovaná jako komplex služeb poskytovaných lidem s omezenou soběstačností po delší čas, aniž by bylo zapotřebí definovat, jak přesně dlouhý čas to musí být.

Dlouhodobá péče je nejen lůžková (ústavní), ale i terénní a skládá se jak ze zdravotnických tak sociálních služeb (Holmerová, 2010).

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči. Jsou to specializovaná lůžková oddělení, navazují na akutní péči a slouží k doléčení a léčbě chronicky a dlouhodobě nemocných.

Většinou jsou v LDN hospitalizováni pacienti nesoběstační, závislí na pomoci zdravotnického a ošetrovatelského personálu.

Následná lůžková péče zahrnuje péči léčebnou, léčebně rehabilitační a ošetrovatelskou. Poměrně častým důvodem hospitalizace je sociální situace pacientů.

### 2.1 Historie LDN

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou geriatrická lůžková zařízení. Byly zřízeny k 1.1.1974 a vznikly většinou z interních oddělení 2. typu. Jejich historie je však delší, začíná ve starých špitálech a klášterních nemocnicích ve druhé polovině 14. století.

V roce 1921 založil profesor MUDr. R. Eiselt v chudobinci u Bartoloměje v Praze Ústav pro nemoci stáří. V roce 1929 byl ústav přejmenován na světově jedinečnou Klinikou nemocí stáří. Za německé okupace byla klinika zrušena.

Označení LDN zavedla česká zdravotnická legislativa pro samostatná zařízení začleněná mimo nemocnice do tehdejších okresních či krajských ústavů národního zdraví. LDN byly určeny pro nemocné ve stabilizovaném stavu, se stanovenou diagnózou a se stanoveným léčebným programem, kteří však v důsledku nesoběstačnosti a míry ošetrovatelské náročnosti nemohou být ošetřováni v domácím prostředí a nelze u nich předpokládat podstatné zlepšení v době kratší než tři měsíce.

V systému péče v LDN zřetelně převládá péče ošetrovatelská a služby sociální (Kalvach a kol., 2006 , s.500).

Statut LDN jako samostatných zařízení zachovává linii osvícenských chorobinců: Všeobecná nemocnice byla určena k ošetření všech nemocných, kromě těch, kteří jsou vhodní právě pro přijetí do chorobince. Formulace o 200 let mladší totéž vyjadřuje slovy, že léčebna přijímá nemocné, u nichž ani při použití všech dostupných prostředků a metod moderní lékařské vědy nelze očekávat v době kratší než tři měsíce podstatné zlepšení (Kalvach a kol., 2006 , s.501).

Po roce 1989 došlo k vytvoření konceptu následné péče. Postupně vznikalo spektrum různých zařízení a oddělení. Část původních LDN se začlenila do konceptu nemocničních geriatrických oddělení a další část LDN pokryla potřeby dlouhodobého ošetřování.

O kultuře dané společnosti vypovídá úroveň její péče o hendikepované, duševně nemocné a staré lidi. V dávných dobách se o tyto lidi starala výhradně rodina, ale ne vždy svoji úlohu plnila, proto se postupně rozvíjela charitativní péče a pomoc hlavně z iniciativy církve a bohatých lidí. Začaly vznikat chudobince, starobince a chorobince. U nás je od dob Josefa II. rozvíjena péče o staré podle chudinského práva. Koncepce chudinské péče byla hlavně sociální.

V druhé polovině 20. stol. byla péče o staré nemocné lidi rozdělena na péči zdravotní a sociální. Postupně vznikala zdravotnická oddělení, protože bylo třeba ošetrovatelských lůžek. Tato oddělení ale měla většinou nechvalnou pověst jako „odkladové interny, ležárny, poslední stanice.“

V průběhu vývoje péče o staré nemocné se ukázalo, že oddělovat sociální a zdravotní péči je nemožné a v péči o staré lidi k neprospěchu. Bylo třeba vybudovat systém služeb, který nejlépe pokryje potřeby starých lidí s ohledem na ekonomiku státu, potřeby nemocných a odborné znalosti (Haškovcová, 2002).

## 2.2 Koncepce následné péče

Rozvoj medicíny umožňuje zkrácení péče na akutních lůžkách a zároveň vyžaduje dobré podmínky a dostupnost doléčovací péče a zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Struktura lůžkového fondu naší republiky neodpovídá potřebám ani trendům moderní medicíny, a proto je nutná transformace lůžkového fondu.

Zdravotní lůžková péče je poskytována jako akutní a jako doléčovací, následná tedy dlouhodobá péče. Lůžek pro poskytování následné péče orientované na doléčování, rehabilitaci a ošetřování pacientů dlouhodobě nemocných je stále nedostatek. Tato péče vyžaduje specifické podmínky a cílem ministerstva zdravotnictví je vytvoření těchto podmínek přeměnou části akutních lůžek na pracoviště následné lůžkové zdravotní péče s příslušným věcným, technickým a personálním vybavením.

Převážná část následné péče je poskytována v odborných léčebných ústavech, kam patří i léčebny dlouhodobě nemocných. Není důležitý název zdravotnického zařízení, ale druhy poskytované péče, které vymezují zaměření a rozsah zdravotní péče konkrétního zdravotnického zařízení.

Následná lůžková péče (léčebná, léčebně rehabilitační a ošetrovatelská) je poskytována převážně v nemocnicích následné péče a v odborných léčebných ústavech. Péče je poskytována pacientům se stanovenou diagnózou a zvládnutým akutním stavem.

S následnou zdravotní péčí souvisí léčebná rehabilitace, fyzioterapie, ergoterapie a odborné ošetrovatelství.

**Léčebné rehabilitace** je komplex rehabilitačních, diagnostických a terapeutických opatření, která vedou k maximální funkční zdatnosti nebo ke zmírnění a zpomalení progresu onemocnění. Je zaměřena převážně na poruchy pohybové soustavy.

**Fyzioterapie** je léčebný postup využívající energie k ovlivnění patologických stavů.

**Ergoterapie** využívá pracovní činnosti ke zlepšení funkcí organismu. Jedním z jejích cílů je určení funkční kapacity jedince. Problematiku **odborného ošetrovatelství** vyložíme v samostatné kapitole.

Cílem následné péče je dosažení úplného fyzického nebo psychického zdraví chronicky nebo dlouhodobě nemocných, zmírnění následků nemoci, úrazu nebo vady a důstojné dožití nevyhléditelně nemocných. (Věstník MZd částka 9/1998)

Od 1.4.2012 nabude účinnosti nový zákon o zdravotních službách.

## 2.3 Hospitalizace v LDN

Stáří není nemoc, ale vyšší věk přináší více nemocí a úrazů. Proto existují zařízení typu LDN. Jsou zdravotnickým zařízením a neslouží k trvalému pobytu.

Starší lidé potřebují k uzdravení více času než lidé mladší. Delší čas potřebují na doléčení, rehabilitaci i nácvik soběstačnosti. K těmto účelům slouží následná doléčovací péče. Cílem této péče je navrácení soběstačnosti, zhojení defektů, zlepšení aktivit běžného života a celkové kondice, aby se starý člověk mohl vrátit do „svého“ prostředí. Velmi důležité je pozitivně ovlivnit kvalitu života.

V LDN převládá péče ošetrovatelská, rehabilitační a paliativní.

Na akutním geriatrickém lůžku by doba hospitalizace neměla přesáhnout 3 týdny.

V dlouhodobé péči by měla být tato hranice asi 3 měsíce.

Z vlastní praxe vím, že tato hranice je u značné části pacientů překročena. Většinou z důvodů léčebných, potřeby pokračování rehabilitace nebo ze sociálních důvodů – čekání na domov důchodců.

Právě v těchto případech je třeba řešit situaci komplexně. Potřebu zdravotní péče převažuje potřeba odborného ošetrovatelství. Velmi důležitá během celé hospitalizace je spolupráce a zájem rodiny (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003).

Dalším typem ústavního zdravotnického zařízení s převážně paliativní péčí je hospic. Hospic může stejně jako LDN poskytovat **respitní péči**. Rozvoj respitní péče je velmi žádoucí a vítaný.

Jestliže se o pacienta dlouhodobě starají rodinní příslušníci nebo jiní pečovatelé, mohou mít potřebu na chvíli péči a kontakt přerušit. Nebo může mít pečující zdravotník problém a nemůže se dočasně o pacienta postarat. A právě k tomu slouží respitní péče. Zdravotnické nebo sociální zařízení převezme na určitou dobu dlouhodobě nemocného, většinou starého člověka, o kterého se stará rodina. Pobyt je na 2 až 3 týdny. Lze tak předejít syndromu vyhoření u pečovatelů. Pobyt bývá předem domluven, aby vyhovoval časově pacientovi i pečujícím. Náklady na respitní péči hradí rodina.

Do LDN jsou přijímáni pacienti z akutních lůžek nebo z domova, pokud nelze jejich zhoršující zdravotní stav zvládnout ambulantně. Pacienti jsou přijímáni na základě doporučení ošetřujícího nebo obvodního lékaře a domluvy se ředitelem LDN.

Podmínkou přijetí do LDN je podání žádosti. Formuláře jsou k dispozici na sociálním oddělení LDN.

Léčebny dlouhodobě nemocných poskytují:

- diagnostickou péči
- léčebnou péči
- ošetrovatelskou péči
- rehabilitační péči
- paliativní péči
- gerontopsychiatrickou péči
- nácvik denních dovedností (Haškovcová, 2002)

### **2.3.1 Sociální péče v LDN Hradec Králové**

Sociální péče je neoddělitelná složka péče o nemocné.

Sociální pracovnice přijímá do své péče pacienty, kteří jsou jí nahlášeni staniční sestrou z oddělení, nebo kteří ji sami či prostřednictvím jiné osoby požádají. Aktivně vyhledává ty, kteří její pomoc potřebují, vhodnými opatřeními doplňuje léčebnou a preventivní péči u pacientů, v případě potřeby i u rodinných příslušníků.

Zajištěním adekvátních sociálních opatření se podílí na upevnění a obnovení jejich sociální integrace.

Sociální pracovnice provádí sociální šetření pro účely diagnostické a léčebné.

Zjišťuje údaje, provádí jejich analýzu a stanoví sociální diagnózu a prognózu. V souladu s léčebným záměrem a po konzultaci s ošetřujícím lékařem vypracuje plán sociální terapie.

Dle své kompetence poskytuje odborné rady v oblasti nemocenského pojištění, sociálního zabezpečení a poskytuje pomoc při zajišťování nároků, které vyplývají z právních norem. Vykonává poradenskou činnost na úseku léčebně preventivní péče, informuje pacienty a jejich rodiny o získání kompenzačních pomůcek. Zajišťuje kontakt nemocného s rodinou a vyřizuje jeho naléhavé osobní záležitosti.

Při propuštění pacientů na základě výsledků sociálního šetření zajišťuje ve spolupráci s rodinou nebo sama terénní služby, zprostředkovává přijetí pacientů do odborných léčebných ústavů, podání žádosti eventuálně umístění v ústavech sociální péče, domovech důchodců, azylových domech.

Zajišťuje styk nemocného s jeho sociálním prostředím a osamělým nemocným obstarává jejich osobní potřeby po dobu hospitalizace.

Prosazuje a uplatňuje etický kodex sociálního pracovníka, klade důraz na zachování povinné mlčenlivosti při získání důvěrných informací (standard LDN č. 27,2009).

### 3 PACIENT V LDN A JEHO RODINA

Rodina je od dávných dob nejužším společenstvím, kde mají všichni její členové pocit životní jistoty, bezpečí a sounáležitosti.

Dříve bylo zvykem, že se rodina postarala o svého nemocného, starého nebo nemohoucího příslušníka. V dnešní době je zodpovědnost za péči o starého člověka přenesena do zdravotnických a sociálních zařízení a rodina zůstává v pozadí. Chápu, že se změnil životní styl rodin a celé společnosti. Lidé v produktivním věku musí chodit do práce a málokdo z nich si může dovolit přijít o práci a starat se celodenně o své stárnoucí, nemocné rodiče.

Není ale pochyb, že člověku je v rodině nejlépe a je jedno, jestli nemocnému nebo zdravému. Péče v domácím prostředí je výhodná z několika důvodů:

- udržuje rodinu pohromadě
- nemocný se lépe cítí ve svém prostředí a uzdravování probíhá rychleji
- přispívá k lepšímu psychickému stavu nemocného
- snižuje náklady na zdravotní péči

Přesto je ústavní péče v zdravotnickém nebo sociálním zařízení nedílnou součástí péče o staré lidi (Haškovcová, 2002).

Z vlastní zkušenosti vím, že spolupráce s rodinami některých pacientů není vůbec jednoduchá. Jaká je míra zájmu a péče o jejich blízké? Je to v četnosti návštěv nebo v množství jídla, kterým pacienta zahrnou?

Rodinné příslušníky bychom mohli rozdělit do několika skupin. První skupina chodí na návštěvy denně nebo téměř denně a podílí se na péči o své blízké. Zajímají se o stav pacienta, spolupráce s nimi je velmi dobrá. Asi právě proto, že spolu s námi pečují, tak naši práci oceňují.

Druhá skupina rodinných příslušníků chodí na návštěvy jen občas, ale mají zájem. Přijdou se zeptat personálu, co mají svým blízkým přinést, jak můžou pomoci a jsou vděční za péči, která je jejich blízkým poskytována.

Třetí skupina rodinných příslušníků chodí jen ojedinele a většina toho, co s jeho blízkým děláme, je podle nich úplně špatně. A právě tito „starostliví“ příbuzní vyžadují prvotřídní, neustálou a bezvýhradnou péči, nejlépe s přidělenou sestrou

k tomu jejich blízkému, protože jinak si budou okamžitě stěžovat. Naštěstí je takových příbuzných opravdu málo.

Čtvrtá skupina je specifická. Jedná se o příbuzné, kteří za svými blízkými sice docházejí, ale na oplátku si z naší LDN „odnášejí suvenýry“: květiny z chodeb, žárovky z koupelen, jídelní příbory, čistící pěny a ochranné krémy z přebalovacích vozíků a dokonce i hodiny ze vstupní haly.

U velké většiny rodinných příslušníků se však setkáváme s příkladným chováním, zájmem a vzornou péčí o své blízké.

Jsem přesvědčena o tom, že pro většinu našich pacientů je velkou motivací právě rodina a kontakt s ní během hospitalizace. Proto například v době chřipek nemáme zakázané návštěvy, protože si myslíme, že by pro pacienty bylo daleko horší přerušení kontaktu s blízkými než virové onemocnění.

Rodina je nezastupitelným článkem v péči, a proto je velmi důležitá spolupráce rodiny s ošetrovatelským týmem.



## 4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelská péče je spolu s péčí zdravotní a sociální základem péče o nemocné. Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, vychází z filozofických teorií a předmětem zkoumání je člověk, zdraví, prostředí a ošetřovatelská péče. Jeho koncepce vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie.

Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností týkající se jednotlivce, rodin a skupin, kterým pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Je zaměřeno na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Má nezastupitelné místo v péči o zdraví.

Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, léčbě a rehabilitaci. Sestry pomáhají jednotlivcům i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat svoje biopsychosociální a duchovní potřeby. Edukují nemocné i jejich rodiny v poskytování laické ošetřovatelské péči. Nemocným, kteří o sebe nemohou, neumějí nebo nechtějí pečovat, poskytují profesionální ošetřovatelskou péči. Sestry úzce spolupracují s lékaři a dalšími členy ošetřovatelského týmu. (Staňková, 2003)

Ošetřovatelství jako každý jiný obor má svoji filozofii, metaparadigma – předmět zkoumání, paradigma – teorii oboru, metodologii – ošetřovatelský proces, výzkum, systém univerzitního vzdělávání, národní a mezinárodní profesní organizace.

Profesionální ošetřovatelství znamená poskytování ošetřovatelské péče v přímém kontaktu s jednotlivci, kteří potřebují péči. Tento kontakt je v ošetřovatelství nepostradatelný.

### 4.1 Charakteristické rysy ošetřovatelství

- vychází z celostního přístupu k člověku, rodině, komunitě
- poskytuje péči v přímém kontaktu s lidmi, kteří tuto péči potřebují
- uspokojuje individuální biopsychosociální potřeby člověka
- zlepšuje soběstačnost a péči o sebe sama u jednotlivců, rodin a skupin
- snižuje úmrtnost a komplikace, kterým lze předejít prevencí a edukací
- podílí se na snižování nákladů a zvyšování výkonnosti péče o zdraví obyvatel

## 4.2 Úkoly ošetrovatelství

- udržet a podporovat optimální zdravotní stav jednotlivců, rodin a skupin
- získat aktivní přístup jednotlivců a rodin k udržování, podpoře zdraví a léčbě
- sledovat potřebu ošetrovatelské péče u jednotlivců a zabezpečit její kvalitu
- poskytovat ošetrovatelskou péči ve všech potřebných oblastech
- provádět výzkum a využívat vědecky podložené poznatky v ošetrovatelské praxi
- vzdělávat a vychovávat sestry v souladu s mezinárodními směrnici a doporučeními

## 4.3 Základy ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče je dynamická, reaguje na měnící se potřeby populace a její jedinečnost je v tom, že sestry umí propojit všechny ošetrovatelské činnosti, aby adekvátně reagovala na potřeby jednotlivců, rodin a skupin v různých situacích a prostředí. Je poskytována metodou ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je základem pro poskytování individualizované péče a vede ke zvyšování kvality při ošetřování nemocných. Jeho cílem je kvalitní ošetrovatelská péče.

Ošetrovatelský proces má určité fáze: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

**Posouzení** – zjistíme stav individuálních potřeb člověka, pokud některé nejsou v normě, mluvíme o ošetrovatelském problému.

**Diagnostika** – ošetrovatelská diagnóza je pojmenování problému pacienta. Ošetrovatelská diagnóza je stanovena na základě ošetrovatelské anamnézy.

**Plánování** – systematické řešení problému, které profesionálně ovlivňuje sestra. Součástí plánování je stanovení priorit a pacientových cílů.

**Realizace** – sestra poskytuje cílenou individuální péči, za kterou je přímo zodpovědná. Vykonává ošetrovatelské činnosti pro pacienta a s pacientem za účelem dosažení ošetrovatelských cílů.

**Vyhodnocení** – slouží k hodnocení účinnosti ošetrovatelské péče.

Nedílnou součástí ošetrovatelského procesu je ošetrovatelská dokumentace, která slouží jako zdroj úplných informací o potřebách nemocných a vývoji jejich stavu, o péči samotné, pokrocích a výsledcích.

Profesionální ošetrovatelskou péči poskytují jednotlivcům nelékařští zdravotničtí pracovníci podle zákona č. 105/2011 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb., která stanovuje kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků.

#### **4.3.1 Hlavní úkoly sestry** můžeme shrnout takto:

- pomáhat jednotlivci, rodině a skupinám dosáhnout zdraví a pohody v souladu jejich prostředím
- podporovat aktivní účast člověka v péči o zdraví
- podporovat soběstačnost člověka
- podílet se na prevenci nemocí
- plnit ordinace lékaře
- předcházet komplikacím
- uspokojovat potřeby člověka individualizovaně

Kvalitní ošetrovatelská péče je základním požadavkem současného ošetrovatelství. Kvalita péče musí být měřitelná na základě objektivních kritérií. Kvalitu péče a její kritéria určují standardy. Standard je dohodnutá norma kvality a vymezuje minimální úroveň poskytované péče. (Staňková, 2003)

Standardy poskytují pacientům pocit bezpečí a jistoty. Pokud není standard dodržen, stává se ošetrovatelská péče rizikovou.

Součástí poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je sledování indikátorů kvality. Mezi indikátory kvality, které se sledují, patří: personální obsazení a kvalifikace, vznik dekubitů, pády, spokojenost pacientů s péčí a sledování a vyhodnocování mimořádných událostí.

Každé zdravotnické zařízení má povinnost písemně vypracovat a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, které vycházejí z doporučených standardů ministerstva zdravotnictví ČR (Staňková, 2003).

## 4.4 Ošetřovatelství v rámci následné lůžkové péče

**Odborné ošetřovatelství** při následné lůžkové péči (kam spadá péče o pacienty v LDN) zajišťuje hygienu, výživu, vyměšování, péči o rány a dekubity, ošetřování stomií, kanyl a drénů, podávání léků, odběry biologického materiálu, oxygenoterapii, sledování základních životních funkcí a psychického stavu, rehabilitační ošetřovatelství, edukaci a spolupráci s rodinou. Soubor ošetřovatelských činností pomáhá nemocným pečovat o své zdraví a zajišťuje profesionální péči nemocným, kteří nemohou o své zdraví pečovat.

Součástí odborného ošetřovatelství je rehabilitační ošetřovatelství. Jeho úkolem je prevence trofických změn, podpora základních pohybových činností a zvládnutí jednoduchých životních úkonů (polohování, dechová cvičení, pasivní cvičení). Tyto činnosti sestry vykonávají i bez možnosti spolupráce pacienta.

### 4.4.1 Ošetřovatelský proces v LDN Hradec Králové

Ošetřovatelský proces je metoda ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zajistit individualizovanou péči, která aktivně vyhledává a uspokojuje všechny potřeby nemocných.

Ošetřovatelský proces v LDN zajišťuje nelékařský personál dle svých náplní činností a kompetencí. Prostředky ošetřovatelského procesu jsou ošetřovatelská dokumentace, ošetřovatelské standardy a systém ošetřovatelské péče.

Systém ošetřovatelské péče zajišťuje personál na lůžkovém oddělení. Patří k němu:

Staniční sestra a zástupkyně staniční sestry

Všeobecné sestry bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí

Všeobecné sestry bez odborného dohledu

Všeobecné sestry pod odborným dohledem

Zdravotničtí asistenti, ošetřovatelky

Sanitářky, sanitáři

Fyzioterapeuti

Zdravotně sociální pracovník

Činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků řídí hlavní sestra, která je přímo podřízena řediteli LDN.

System poskytování ošetrovatelské péče v naší LDN je skupinový (standard LDN č.68,2009).

#### **4.4.2 Ošetrovatelská dokumentace v LDN Hradec Králové**

Součástí ošetrovatelského procesu je ošetrovatelská dokumentace. Je součástí zdravotnické dokumentace pacienta LDN a dokumentuje poskytovanou péči. Je zdrojem informací.

Ošetrovatelská dokumentace je vedena pravdivě, čitelně, úplně, stručně, bez zbytečných zkratk a srozumitelně.

Pacient je informován o vedení dokumentace a o poskytování ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelská dokumentace v naší LDN obsahuje:

- Souhlas s přijetím do LDN
- Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu
- Ošetrovatelská anamnéza
- Záznam vývoje zdravotního stavu
- Plán ošetrovatelské péče
- Edukační záznam pacienta
- Sledování denní konzumace jídla a pití
- Prevence a ošetrování dekubitů
- Ošetrovatelská překladová a propouštěcí zpráva
- Záznam o průběhu rehabilitační péče
- Rizikové faktory pro vznik pádu
- Hlášení sester (standard LDN č. 69, 2009)

LDN Hradec Králové je od března 2010 registrována jako instituce poskytující následnou zdravotní lůžkovou péči se zaměřením na obor geriatric s dalším využitím oborů rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapie, klinická logopedie a klinická psychologie s odbornými zástupci všech výše uvedených oborů.

Naše léčebna poskytuje lůžkovou ošetrovatelskou a rehabilitační péči v celé komplexnosti jako jediné zařízení klasické následné péče v Hradci Králové a blízkém okolí pro subakutně a chronicky nemocné pacienty.

Kvalita péče v LDN je trvale sledována na základě indikátorů kvality. Indikátory kvality jsou vždy za tři měsíce vyhodnocovány. Ze závěrů jsou přijímány úkoly na další zlepšování úrovně péče a zvyšování spokojenosti klientů.

Kvalita péče je řízena plánem kvality péče a je stěžejním úkolem v činnostech směřujících k přijetí certifikace ISO.

LDN HK má dvě lůžková oddělení (oddělení žen a oddělení mužů a žen) a celkem 99 lůžek. Na oddělení žen, kde pracuji, máme 10 pokojů a 48 lůžek. Šest pokojů je šestilůžkových a čtyři pokoje jsou třílůžkové.

Nejčastěji přijímáme pacienty z fakultní nemocnice HK, převážně z chirurgické, ortopedické, neurologické a interní kliniky. Někteří nemocní jsou přijati z domova na základě žádosti obvodního lékaře.

Mezi nejčastější problémy, se kterými k nám pacienti přicházejí, patří: úrazy a nemoci pohybového ústrojí, centrální mozkové příhody, kardiální nemoci, dehydratace a zmatenost.

Pacienti jsou zpočátku ležící, nesoběstační, ve velké míře závislí na ošetrovatelské péči. Snažíme se naše pacienty co nejdříve zaktivizovat a dosáhnout maximální možné jejich soběstačnosti.

Trvalou snahou naší léčebny je poskytovat kvalitní péči a tak si udržet zdravotnický statut odborného léčebného ústavu v celé komplexnosti léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péče.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## CÍLE VÝZKUMU:

1. Zmapovat kvalitu ošetrovatelské péče ve vybrané LDN z pohledu pacientů
2. Zmapovat kvalitu ošetrovatelské péče ve vybrané LDN z pohledu rodinných příslušníků
3. Porovnat pohled pacientů a rodinných příslušníků na ošetrovatelskou péči ve vybrané LDN

## 5 METODIKA VÝZKUMU

### 5.1 Použitá metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsme použili dva dotazníky. První dotazník byl pro pacienty LDN a obsahoval 28 otázek. Druhý dotazník byl určen rodinným příslušníkům těchto pacientů LDN a obsahoval 19 otázek. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a anonymní.

V dotaznících jsme používali převážně otázky uzavřené a škály. Jen tři otázky v každém dotazníku byly otevřené. Část otázek jsme převzali z dotazníku kvality života SQUALA (jednalo se o otázky 7,11,13,14 a 23), část otázek (1,2,18,19,20 a 22) bylo převzato z bakalářské práce (Jakubíková, 2009) a další část byla originální.

Pro ověření správného pochopení otázek v dotaznících byl proveden pilotní výzkum u 7 pacientů v LDN Hradec Králové. Nebyly zjištěny žádné nejasnosti a dotazníky mohly být rozdány.

Otázky v dotaznících byly rozděleny podle okruhů, které jsme chtěli zkoumat:

**demografické údaje** – otázky 1 – 5 pro pacienty

- otázky 1 a 2 pro rodinné příslušníky

**prostředí** – otázky 6 – 11 pro pacienty

- otázky 3 – 5 pro rodinné příslušníky

**komunikace** – otázky 12 – 17 pro pacienty

- otázky 6 – 10 pro rodinné příslušníky

**postoj ošetřovatelského personálu** – otázky 19 – 21 pro pacienty

- otázky 11 – 14 pro rodinné příslušníky

**péče o pacienty** – otázky 22 – 25 pro pacienty

- otázky 15 a 16 pro rodinné příslušníky

Poslední tři otázky v dotaznících vyžadovaly volné slovní odpovědi. Pro pacienty i rodinné příslušníky otázky: Zda jim vadí něco v LDN? A co by navrhovali zlepšit?

Pro rodinné příslušníky: Jaký je jejich celkový dojem z LDN?

Jen pro pacienty: Co by poradili člověku, který přichází jako pacient do LDN poprvé v životě?



## 5.2 Popis vzorků respondentů

Oslovili jsme soubor 240 respondentů (120 pacientů a 120 rodinných příslušníků).

Výběr pacientů byl podmíněn:

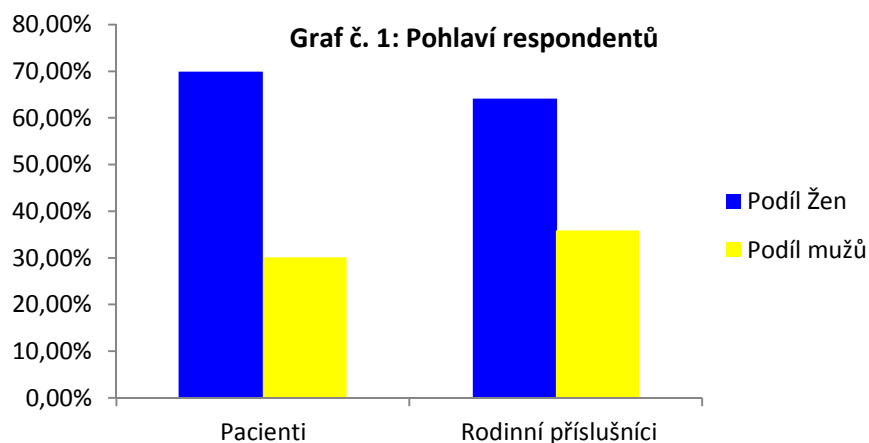
- věkem – dolní věková hranice 60 - 65 let, horní hranice nebyla stanovena,
- délkou pobytu v LDN - minimálně jeden měsíc,
- zdravotním a psychickým stavem - částečně soběstační a spolupracující,
- znalostí češtiny - pacienti české státní příslušnosti,
- diagnózou - nemoci a úrazy pohybového aparátu.

Výběr rodinných příslušníků: synové a dcery hospitalizovaných pacientů.

Vlastní výzkumné sondy se nakonec zúčastnilo 103 pacientů a 92 rodinných příslušníků.

**Pohlaví respondentů:** otázka č. 1 pro pacienty i rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 1 : Pohlaví respondentů</b>				
Pohlaví	Počet respondentů		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Žena	72	59	69,90%	64,13%
Muž	31	33	30,10%	35,87%

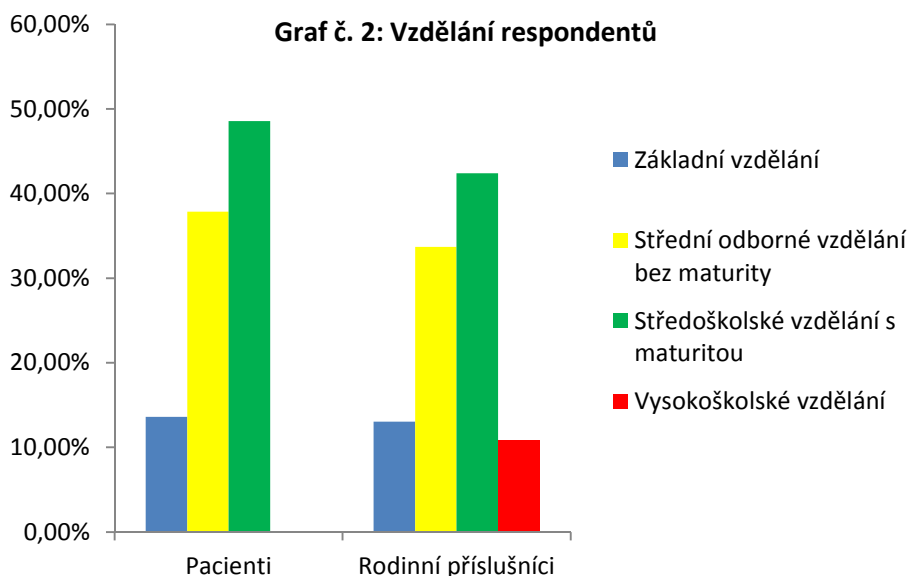


Z celkového počtu 103 pacientů (100%) byly nejpočetnější skupinou ženy – 72 pacientek (69,9%), mužů – pacientů bylo 31 (30,1%).

Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100%) jsou početnější skupinou opět ženy – 59 dcer (64,1%), mužů – 33 synů (35,9%).

**Vzdělání respondentů:** otázka č. 3 pro pacienty a otázka č. 2 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 2: Vzdělání respondentů</b>				
Vzdělání	Počet respondentů		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Základní	14	12	13,59%	13,04%
Střední odborné bez maturity	39	31	37,86%	33,70%
Středoškolské s maturitou	50	39	48,54%	42,39%
Vysokoškolské	0	10	0,00%	10,87%



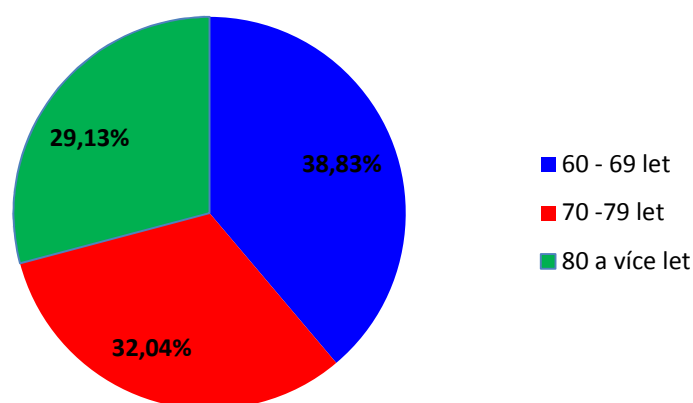
Ve skupině 103 dotazovaných pacientů (100%) mělo 19 pacientů (18,5%) základní vzdělání, 46 pacientů (44,7%) střední odborné vzdělání bez maturity, 36 pacientů (34,9%) středoškolské s maturitou a 2 pacienti (1,9%) vzdělání vysokoškolské.

Skupina rodinných příslušníků měla v počtu 12 (13,0%) základní vzdělání, v počtu 31 (33,7%) střední odborné vzdělání bez maturity, 39 rodinných příslušníků (42,4%) a středoškolské s maturitou a v počtu 10 (10,9%) vzdělání vysokoškolské.

## Věk pacientů v LDN: otázka č. 2

Tabulka č. 3: Věk pacientů v léčebně		
Věk	Počet dotazovaných	Vyjádření v %
60 - 69 let	40	38,83%
70 -79 let	33	32,04%
80 a více let	30	29,13%

Graf č. 3: Věk pacientů v léčebně

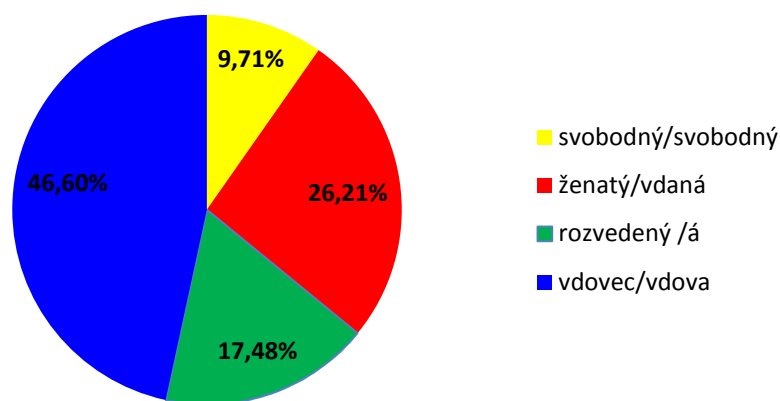


Věkové složení pacientů v hodnoceném vzorku 103 pacientů (100%) se skládalo ze 40 respondentů ve věku 60-69 let (38,8%), 33 respondentů ve věku 70-79 let (32,0%) a 30 respondentů bylo ve věku 80 a více let (29,1%).

#### Rodinný stav pacientů v LDN: otázka č. 4

Tabulka č. 4: Rodinný stav pacientů v léčebně		
Rodinný stav pacientů	Počet dotazovaných	Vyjádření v %
svobodný/svobodný	10	9,71%
ženatý/vdaná	27	26,21%
rozvedený /á	18	17,48%
vdovec/vdova	48	46,60%

Graf č. 4: Rodinný stav pacientů v léčebně

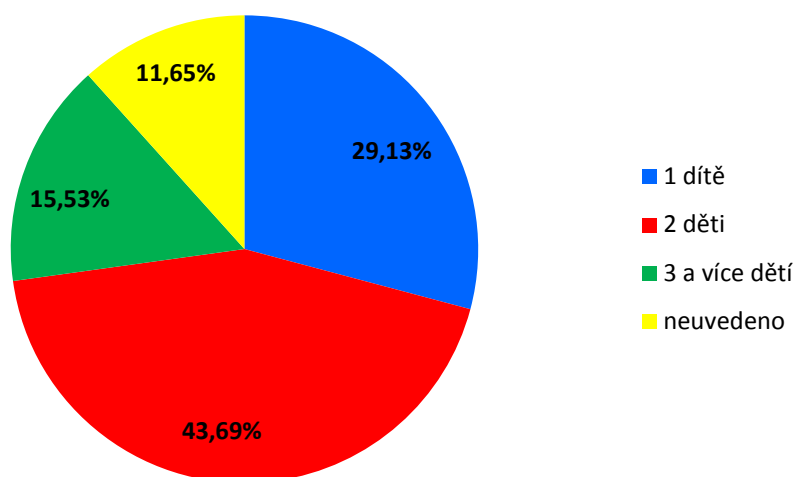


Z daného vzorku respondentů 103 (100%) bylo nejvíce pacientů vdova/vdovec 48 (46,6%), vdaných/ženatých 27 (26,2%), rozvedených bylo 18 (17,5%) a 10 pacientů (9,7%) bylo ve stavu svobodných.

## Počet dětí pacientů v LDN: otázka č. 5

Tabulka č. 5: Počet dětí pacientů		
Počet dětí	Počet dotazovaných	Vyjádření v %
1 dítě	30	29,13%
2 děti	45	43,69%
3 a více dětí	16	15,53%
neuveďeno	12	11,65%

Graf č. 5: Počet dětí pacientů



Z celkového počtu 103 dotazovaných (100%) mělo nejvíce respondentů 45 (43,7%) 2 děti, 30 respondentů (29,1%) mělo 1 dítě, 16 respondentů (15,5%) tři a více dětí a 12 respondentů (11,7%) počet dětí nevedlo.

### 5.2.1 Zpracování získaných dat

Výzkum probíhal v měsíci prosinec 2011 a leden 2012 v LDN Hradec Králové, LDN Rybitví a LDN Vysoké Mýto.

Získaná data a údaje uvedené respondenty v dotazníkové části výzkumu byly v první fázi statisticky vyhodnoceny podle okruhu otázek a možností odpovědí. Z těchto podkladů byly zpracovány tabulky a statistické přehledy. V druhé fázi vyhodnocení jsme použili absolutního a procentního vyjádření, sestavení tabulkových přehledů a statistických grafů doplněných slovním komentářem zjištěných dat.

Pomocí získaných dat jsme porovnali pohled pacientů a pohled rodinných příslušníků na kvalitu ošetrovatelské péče v LDN. Data byla zpracována v systému Excel a Word.

Při hodnocení získaných údajů v bakalářské práci bylo využito porovnávání shodných statistických parametrů v empirické části s bakalářskou prací autorky Lenky Jakubíkové (Kvalita ošetrovatelské péče versus kvalita života v LDN, Masarykova Univerzita Brno, 2009), s diplomovou prací Marcely Saporové (Senior v léčebném prostředí, Masarykova Univerzita Brno, 2008) a s příspěvkem Ivany Králíčkové (Florence, 2007).

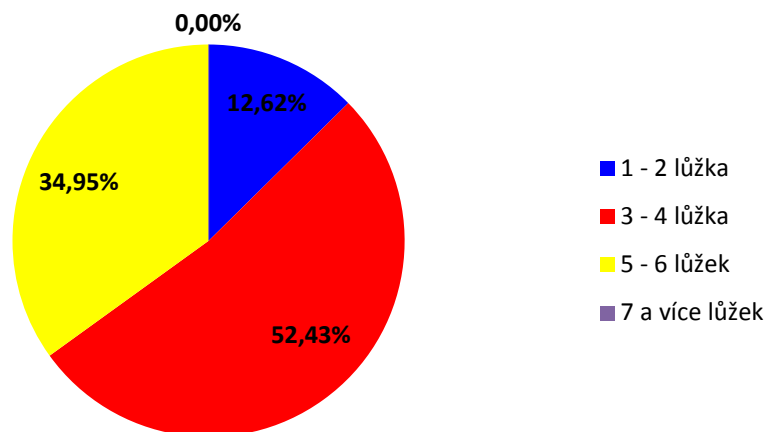
### 5.3 Výsledky

#### 5.3.1 Prostředí LDN (otázky 6 – 11 pro pacienty a 3 – 5 pro rodinné příslušníky)

Počet lůžek na pokoji pacienta: otázka č. 6

Tabulka č. 6: Počet lůžek na pokoji pacienta		
Počet lůžek	Počet dotazovaných	Vyjádření v %
1 - 2 lůžka	13	12,62%
3 - 4 lůžka	54	52,43%
5 - 6 lůžek	36	34,95%
7 a více lůžek	0	0,00%

Graf č. 6: Počet lůžek na pokoji pacienta

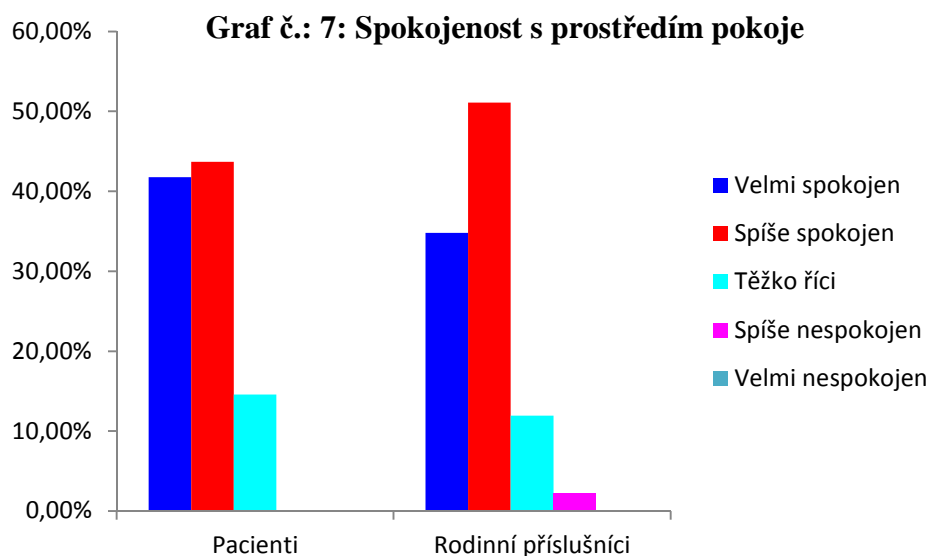


Z celkového počtu 103 respondentů (100%) uvedlo 54 respondentů (52,4%) 3-4 lůžkové pokoje, 36 (34,9%) 5-6 lůžkové pokoje, 13 (12,6%) 1-2 lůžka na pokoji, 7 a více lůžek na pokoji neuvedl nikdo z respondentů.



**Spokojenost s prostředím pokoje:** otázka č. 7 pro pacienty a otázka č. 3 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 7: Hodnocení prostředí pokoje</b>				
Spokojenost s prostředím pokoje	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	43	32	41,75%	34,78%
Spíše spokojen	45	47	43,69%	51,09%
Těžko říci	15	11	14,56%	11,96%
Spíše nespokojen	0	2	0,00%	2,17%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%



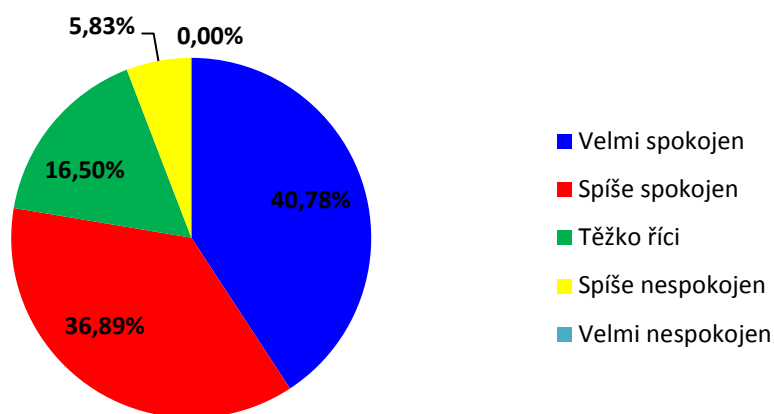
V hodnoceném vzorku 103 pacientů (100%) bylo velmi spokojeno s prostředím pokoje 43 pacientů (41,7%), spíše spokojeno 45 pacientů (43,7%) a odpověď těžko říci využilo 15 pacientů (14,6%).

V hodnoceném vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo velmi spokojeno 32 dotázaných (34,8%), spíše spokojeno 47 (51,1%), těžko říci odpovědělo 11 dotázaných (12,0%) a 2 rodinní příslušníci (2,2%) byli spíše nespokojeni.

## Spokojenost s počtem spolupacientů na pokoji: otázka č. 8

Tabulka č. 8: Spokojenost pacientů s počtem spolupacientů		
Spokojenost s počtem spolupacientů	Pacienti	Vyjádření v %
Velmi spokojen	42	40,78%
Spíše spokojen	38	36,89%
Těžko říci	17	16,50%
Spíše nespokojen	6	5,83%
Velmi nespokojen	0	0,00%

Graf č. 8: Spokojenost pacientů s počtem spolupacientů

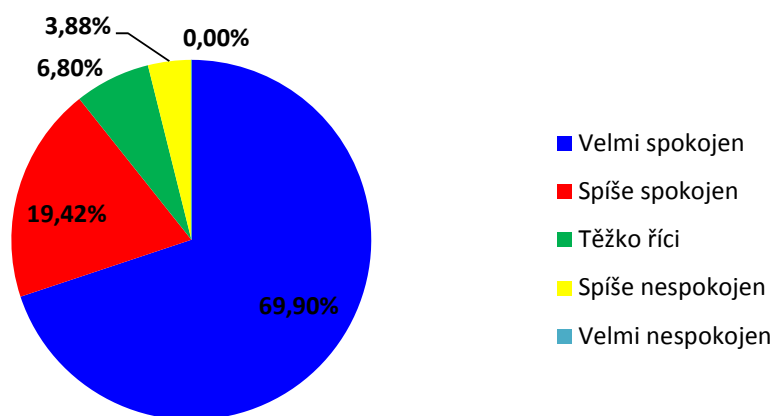


Z počtu 103 respondentů (100%) na tuto otázku odpovědělo velmi spokojen 42 pacientů (40,1%), spíše spokojen 38 (36,9%) a těžko říci odpovědělo 17 (16,5%) pacientů. 6 pacientů (5,8%) bylo spíše nespokojených.

## Spokojenost pacientů s dosahem signalizačního zařízení: otázka č. 9

Tabulka č. 9: Spokojenost se signalizačním zařízením na pokoji		
Spokojenost s dosahem signalizačního zařízení	Pacienti	Vyjádření v %
Velmi spokojen	72	69,90%
Spíše spokojen	20	19,42%
Těžko říci	7	6,80%
Spíše nespokojen	4	3,88%
Velmi nespokojen	0	0,00%

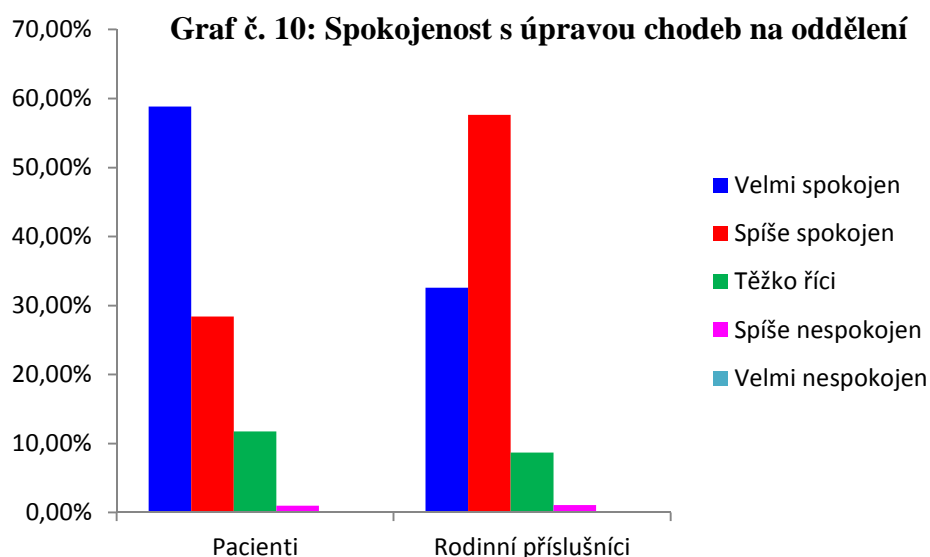
Graf č.9: Spokojenost s dosahem signalizačního zařízení



Z daného vzorku 103 respondentů (100%) na tuto otázku odpovědělo 72 pacientů (69,9%) velmi spokojen, 20 (19,4%) spíše spokojen, těžko říci odpovědělo 7 pacientů (6,8%), a 4 (3,9%) pacienti byli spíše nespokojeni.

**Spokojenost s úpravou chodeb na oddělení:** otázka č. 10 pro pacienty a č. 4 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 10: Spokojenost s úpravou chodeb na oddělení</b>				
Spokojenost s úpravou chodeb na oddělení	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	60	30	58,83%	32,60%
Spíše spokojen	29	53	28,43%	57,61%
Těžko říci	12	8	11,76%	8,70%
Spíše nespokojen	1	1	0,98%	1,09%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%

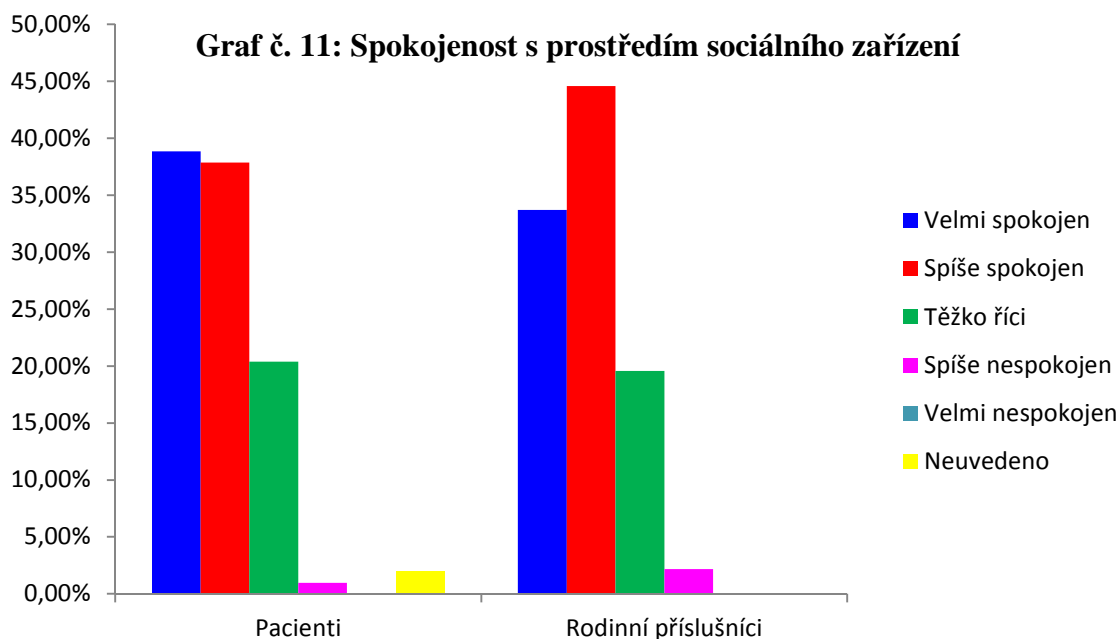


Z celkového počtu pacientů bylo velmi spokojeno 60 pacientů (58,8%), spíše spokojeno 29 (28,4%), těžko říci 12 (11,8%) a spíše nespokojen byl 1 (1,0%) pacient.

Z celkového počtu rodinných příslušníků bylo velmi spokojeno 30 respondentů (32,6%), spíše spokojeno 53 (57,6%), těžko říci 8 (8,7%) a spíše nespokojen byl stejně jako u pacientů 1 respondent (1,1%).

**Spokojenost s prostředím sociálního zařízení:** otázka č. 11 pro pacienty a č. 5 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 11: Spokojenost s prostředím sociálního zařízení</b>				
Spokojenost s prostředím sociálního zařízení	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	40	31	38,84%	33,69%
Spíše spokojen	39	41	37,86%	44,57%
Těžko říci	21	18	20,39%	19,57%
Spíše nespokojen	1	2	0,97%	2,17%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Neuvedeno	2	0	1,94%	0,00%



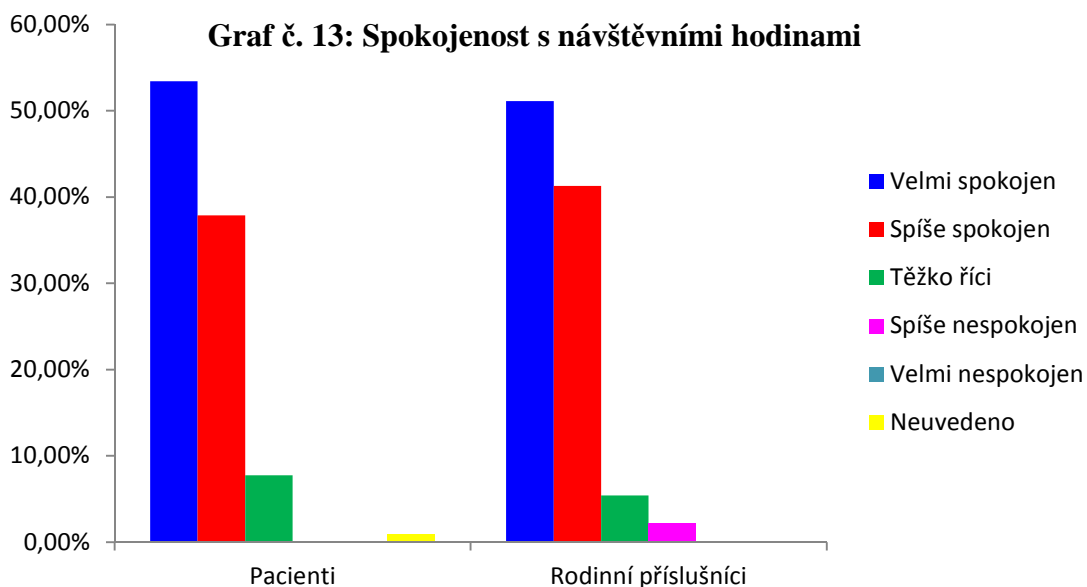
Z celkového počtu 103 dotazovaných pacientů (100%) na tuto otázku odpovědělo velmi spokojen 40 pacientů (38,8%), spíše spokojen 39 (37,9%), těžko říci 21 (20,4%), spíše nespokojen 1 (1,0%) a 2 pacienti neuvedli žádnou variantu.

Z celkového počtu 92 dotazovaných rodinných příslušníků (100%) odpovědělo velmi spokojen 31 (33,7%), spíše spokojen 41 (44,6%), těžko říci 18 (19,6%) a spíše nespokojen 2 rodinní příslušníci (2,2%).

### 5.3.2 Komunikace mezi respondenty a ošetřujícím personálem (otázky 12-17 pro pacienty a 6-10 pro rodinné příslušníky)

**Spokojenost s návštěvními hodinami:** otázka č. 12 pro pacienty a č. 6 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 12: Spokojenost s návštěvními hodinami</b>				
Spokojenost s návštěvními hodinami	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	55	47	53,40%	51,10%
Spíše spokojen	39	38	37,86%	41,30%
Těžko říci	8	5	7,77%	5,43%
Spíše nespokojen	0	2	0,00%	2,17%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Neuvedeno	1	0	0,97%	0,00%

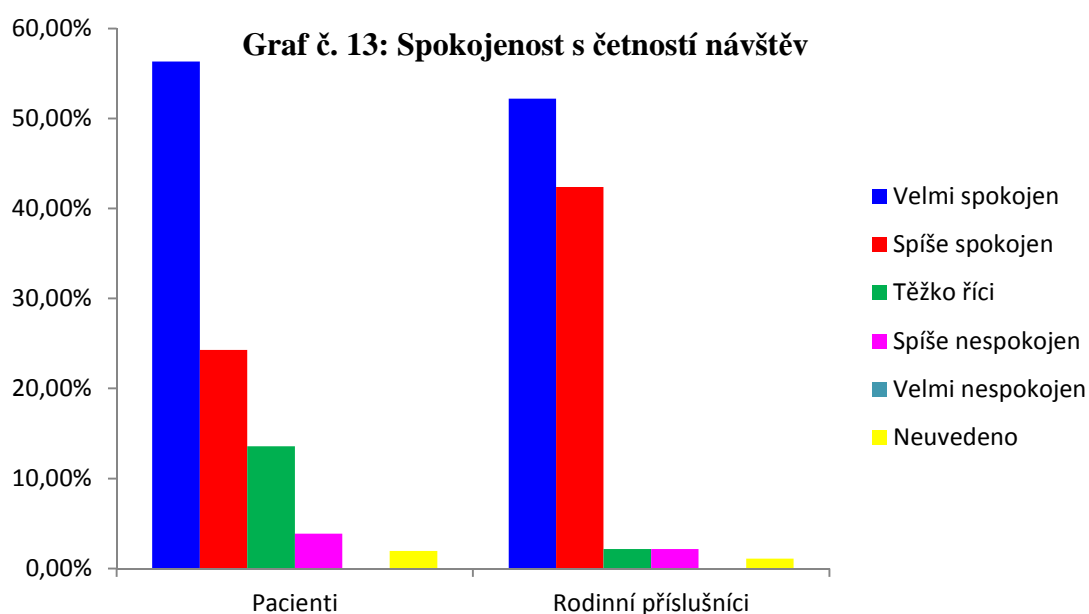


Z daného vzorku 103 pacientů (100%) bylo s návštěvními hodinami velmi spokojeno 55 pacientů (54,3%), spíše spokojeno 39 (37,9%), těžko říci 8 (7,8%) a 1 pacient (1,0%) neuvedl žádnou odpověď.

Ze vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s návštěvními hodinami velmi spokojeno 47 respondentů (51,1%), spíše spokojeno 38 (41,3%), těžko říci 5 (5,4%) a 2 rodinní příslušníci (2,2%) byli spíše nespokojeni.

**Spokojenost s četností návštěv:** otázka č. 13 pro pacienty a č. 7 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 13: Spokojenost s četností návštěv</b>				
Četnost návštěv	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	58	48	56,32%	52,18%
Spíše spokojen	25	39	24,27%	42,39%
Těžko říci	14	2	13,59%	2,17%
Spíše nespokojen	4	2	3,88%	2,17%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Neuvedeno	2	1	1,94%	1,09%



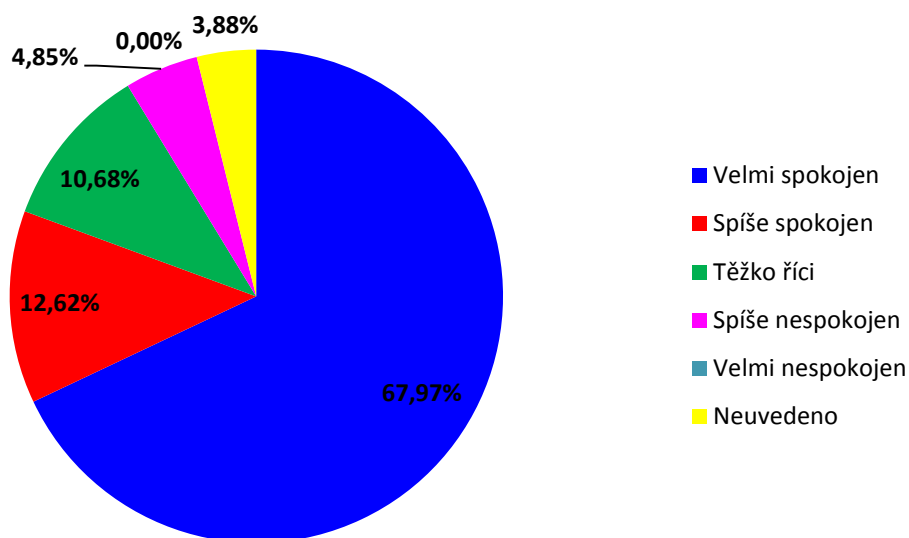
V hodnoceném vzorku 103 pacientů (100%) se ke spokojenosti s četností návštěv vyjádřilo nejvíce pacientů – 58 (56,3%) velmi spokojen, 25 (24,3%) spíše spokojen, 14 (13,6%) těžko říci, 4 (3,9%) spíše nespokojen a 2 pacienti (1,9%) neuvedli žádnou odpověď.

V hodnoceném vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) se ke spokojenosti s četností návštěv vyjádřilo nejvíce respondentů – 48 (52,1%) velmi spokojen, 39 (42,4%) spíše spokojen, těžko říci uvedli 2 respondenti (2,2%), spíše nespokojen také 2 (2,2%) a 1 rodinný příslušník (1,1%) neuvedl žádnou odpověď.

## Spokojenost s péčí rodiny během hospitalizace: otázka č. 14 pro pacienty

Tabulka č. 14: Spokojenost s péčí rodiny během hospitalizace		
Spokojenost	Pacienti	Vyjádření v %
Velmi spokojen	70	67,97%
Spíše spokojen	13	12,62%
Těžko říci	11	10,68%
Spíše nespokojen	5	4,85%
Velmi nespokojen	0	0,00%
Neuvedeno	4	3,88%

Graf č. 14: Spokojenost s péčí rodiny během hospitalizace

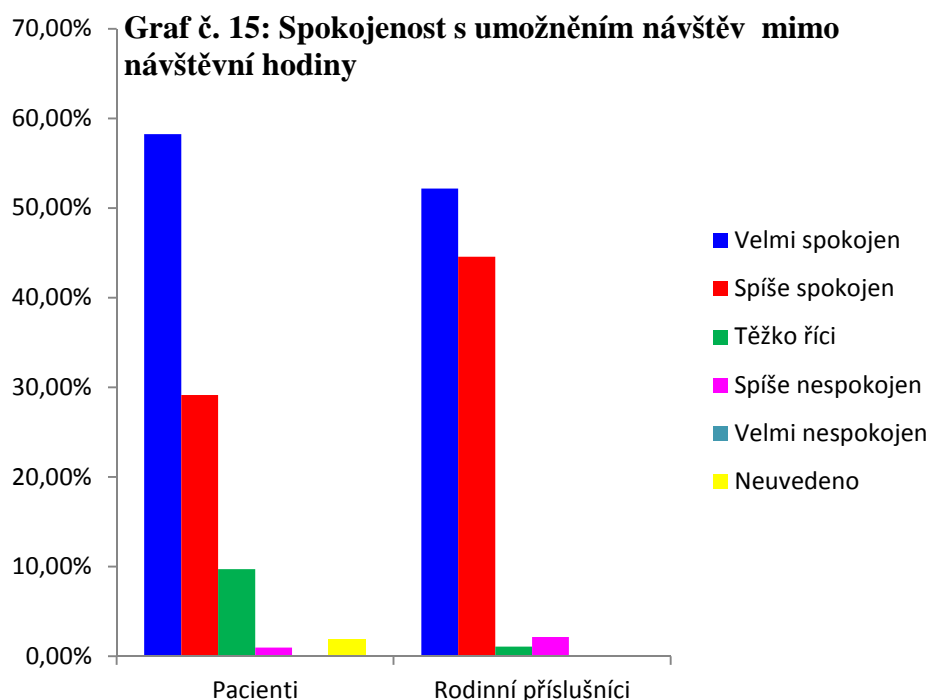


Z celkového počtu 103 pacientů (100%) bylo s péčí rodiny během hospitalizace velmi spokojeno 70 pacientů (68,0%), spíše spokojeno 13 (12,6%), spíše nespokojeno bylo 5 pacientů (4,9%) a 4 pacienti (3,9%) neodpověděli.



**Spokojenost s umožněním návštěv mimo návštěvní hodiny:** otázka č. 15 pro pacienty a č. 8 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 15: Spokojenost s umožněním návštěv mimo oficiální návštěvní hodiny</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	60	48	58,25%	52,17%
Spíše spokojen	30	41	29,13%	44,57%
Těžko říci	10	1	9,71%	1,09%
Spíše nespokojen	1	2	0,97%	2,17%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Neuvedeno	2	0	1,94%	0,00%

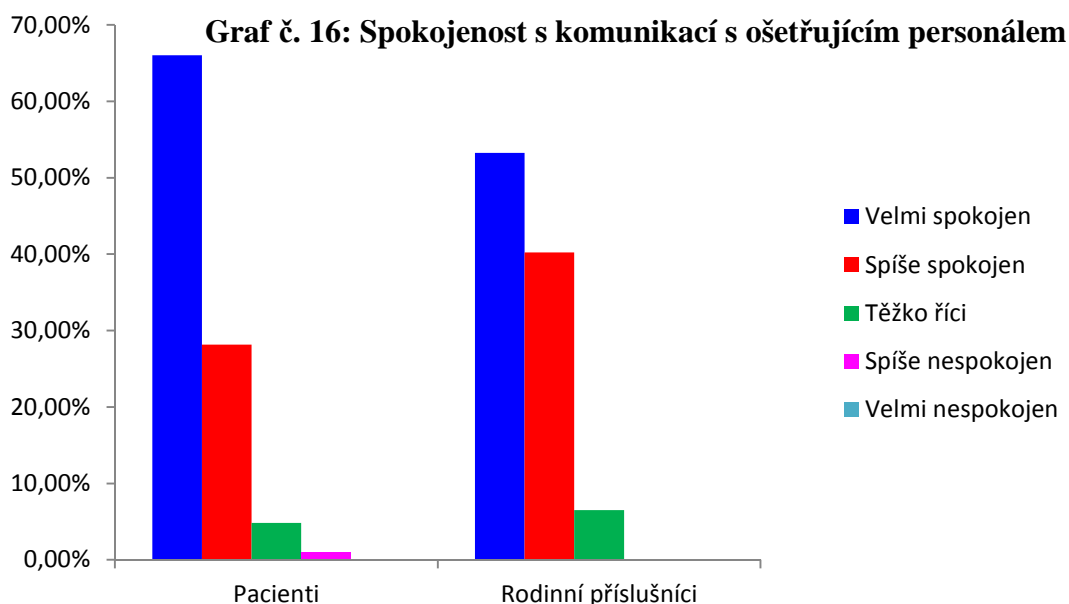


V daném vzorku 103 pacientů (100%) bylo s umožněním návštěvy mimo návštěvní hodiny velmi spokojeno 60 pacientů (58,3%), spíše spokojeno 30 (29,1%), spíše nespokojen byl 1 pacient (1,0%) a 2 pacienti (1,9%) neodpověděli.

V daném vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s umožněním návštěvy mimo návštěvní hodiny velmi spokojeno 48 respondentů (52,2%) spíše spokojeno 41 (44,6%) a spíše nespokojeni byli 2 rodinní příslušníci (2,2%).

**Spokojenost s komunikací s ošetřujícím personálem:** otázka č. 16 pro pacienty  
a č. 9 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 16: Spokojenost s komunikací s ošetřujícím personálem</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	68	49	66,02%	53,26%
Spíše spokojen	29	37	28,16%	40,22%
Těžko říci	5	6	4,85%	6,52%
Spíše nespokojen	1	0	0,97%	0,00%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%

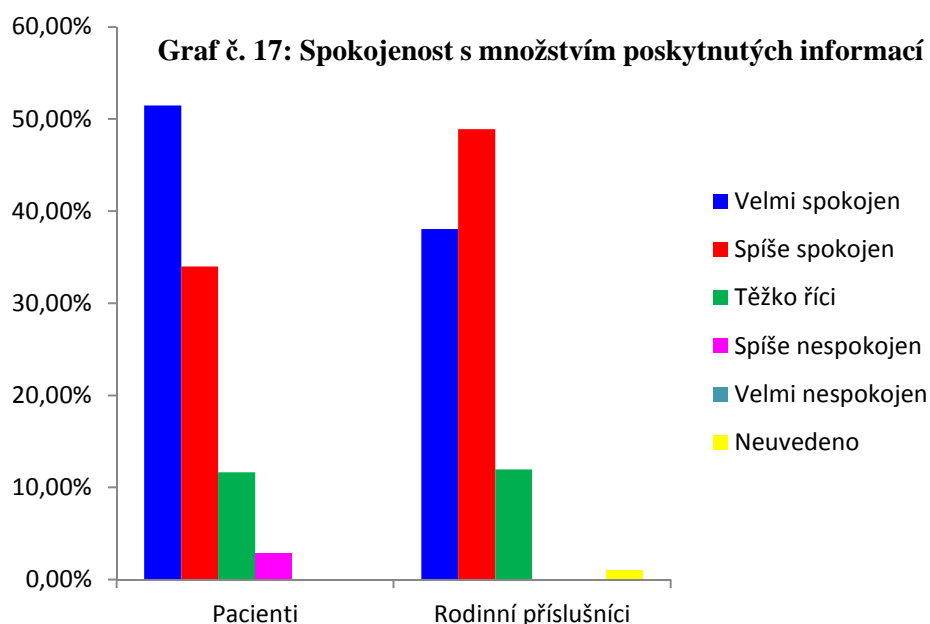


Z celkového počtu 103 pacientů (100%) se ke spokojenosti s komunikací s ošetřujícím personálem vyjádřilo jako velmi spokojen 68 pacientů (66,0%), spíše spokojen 29 (28,2%) a spíše nespokojen byl 1 pacient (1,0%).

Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100%) se k této otázce vyjádřilo jako velmi spokojen 49 respondentů (53,2%) a spíše spokojen 37 respondentů (40,2%), nespokojenost nevyjádřil žádný rodinný příslušník.

**Spokojenost s množstvím poskytnutých informací:** otázka č. 17 pro pacienty  
a č. 10 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 17: Spokojenost s množstvím poskytnutých informací</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	53	35	51,46%	38,04%
Spíše spokojen	35	45	33,98%	48,91%
Těžko říci	12	11	11,65%	11,96%
Spíše nespokojen	3	0	2,91%	0,00%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Neuvedeno	0	1	0,00%	1,09%



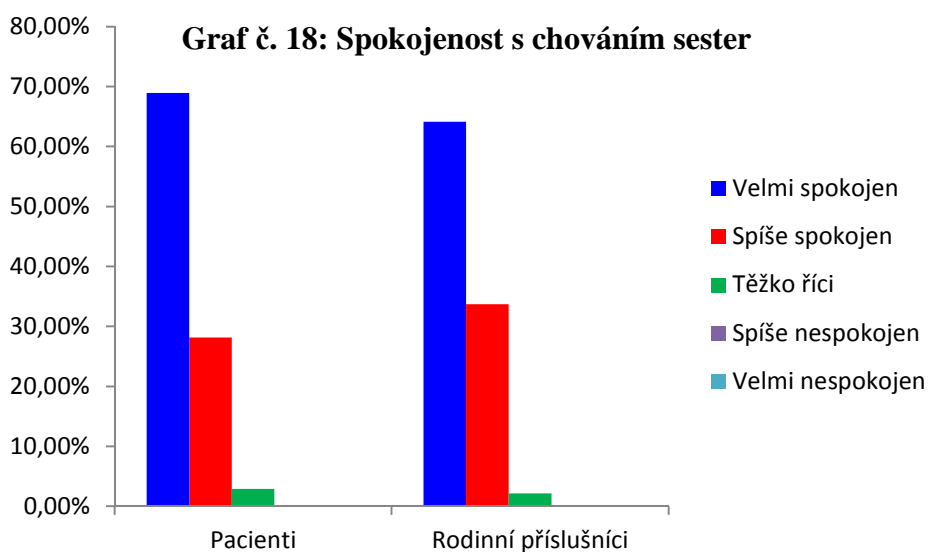
V hodnoceném vzorku 103 pacientů (100%) bylo s množstvím poskytnutých informací velmi spokojeno 53 pacientů (51,5%), spíše spokojeno 35 (34,0%) a 3 pacienti (2,9%) bylo spíše nespokojeno.

V hodnoceném vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s množstvím poskytnutých informací velmi spokojeno 35 respondentů (38,0%), spíše spokojeno 45 (48,9%) a jeden rodinný příslušník (1,1%) neodpověděl.

### 5.3.3 Přístup ošetřujícího personálu (otázky 18-21 pro pacienty a 11-14 pro rodinné příslušníky)

**Spokojenost s chováním sester:** otázka č. 18 pro pacienty a č. 11 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 18: Spokojenost s chováním sester</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	71	59	68,93%	64,13%
Spíše spokojen	29	31	28,16%	33,70%
Těžko říci	3	2	2,91%	2,17%
Spíše nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%

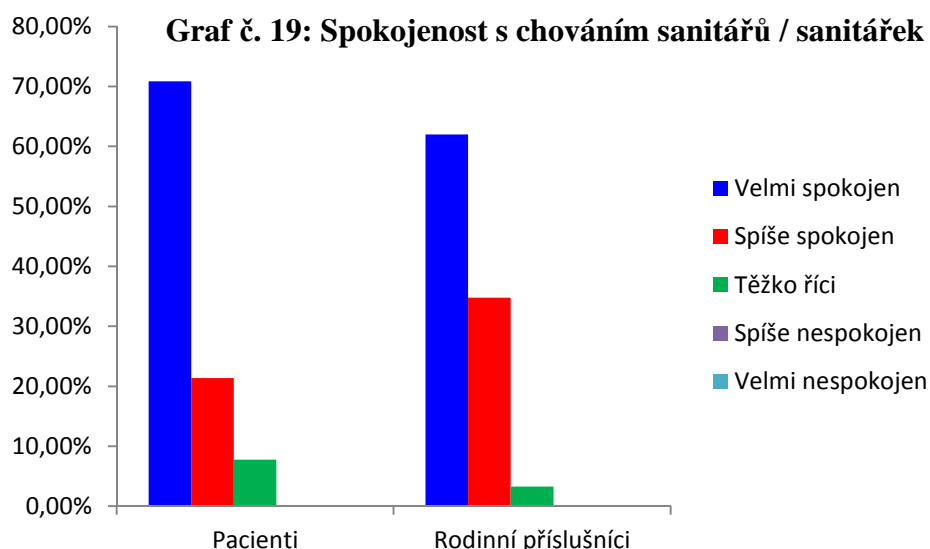


V daném vzorku 103 pacientů (100%) bylo s chováním sester velmi spokojeno 71 pacientů (68,9%) a spíše spokojeno 29 pacientů (28,1%).

V daném vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s chováním sester velmi spokojeno 59 (63,1%) a spíše spokojeno 31 (33,7%) rodinných příslušníků. Nespokojenost nevyjádřil žádný respondent.

**Spokojenost s chováním sanitářů / sanitářek:** otázka č. 19 pro pacienty a č. 12 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 19: Spokojenost s chováním sanitářů / sanitářek</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	73	57	70,87%	61,96%
Spíše spokojen	22	32	21,36%	34,78%
Těžko říci	8	3	7,77%	3,26%
Spíše nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%

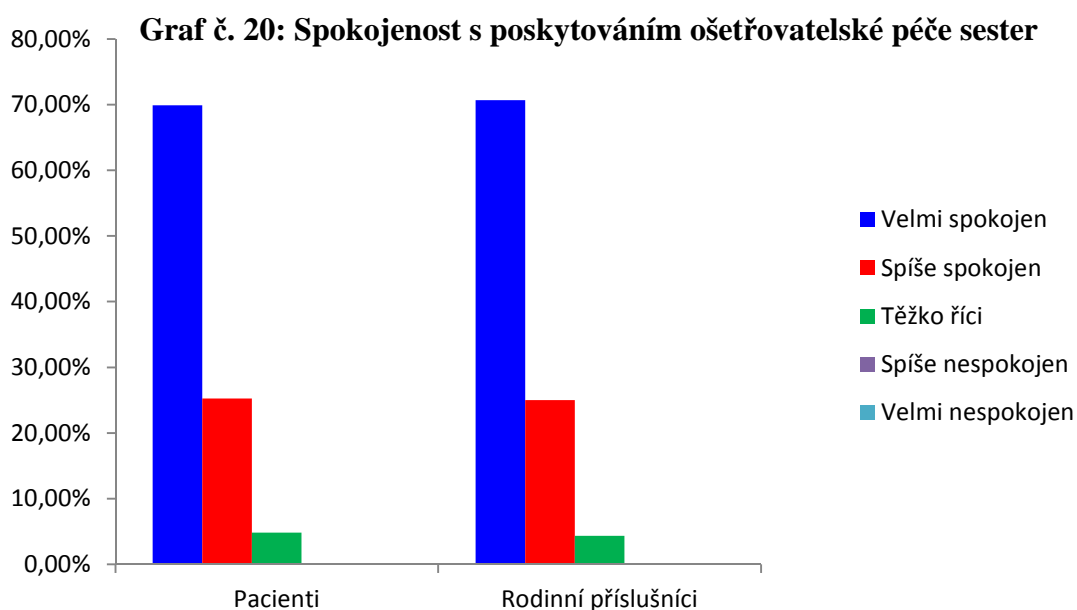


Z celkového počtu 103 pacientů (100%) bylo s chováním sanitářů a sanitářek velmi spokojeno 73 pacientů (70,9%) a spíše spokojeno 22 pacientů (21,4%).

Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s chováním sanitářů/sanitářek velmi spokojeno 57 rodinných příslušníků (62,0%) a spíše spokojeno 32 rodinných příslušníků (34,8%). Nespokojenost nevyjádřil žádný respondent.

**Spokojenost s poskytováním ošetrovatelské péče sester:** otázka č. 20 pro pacienty a č. 13 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 20: Spokojenost s poskytováním ošetrovatelské péče sester</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	72	65	69,91%	70,65%
Spíše spokojen	26	23	25,24%	25,00%
Těžko říci	5	4	4,85%	4,35%
Spíše nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%

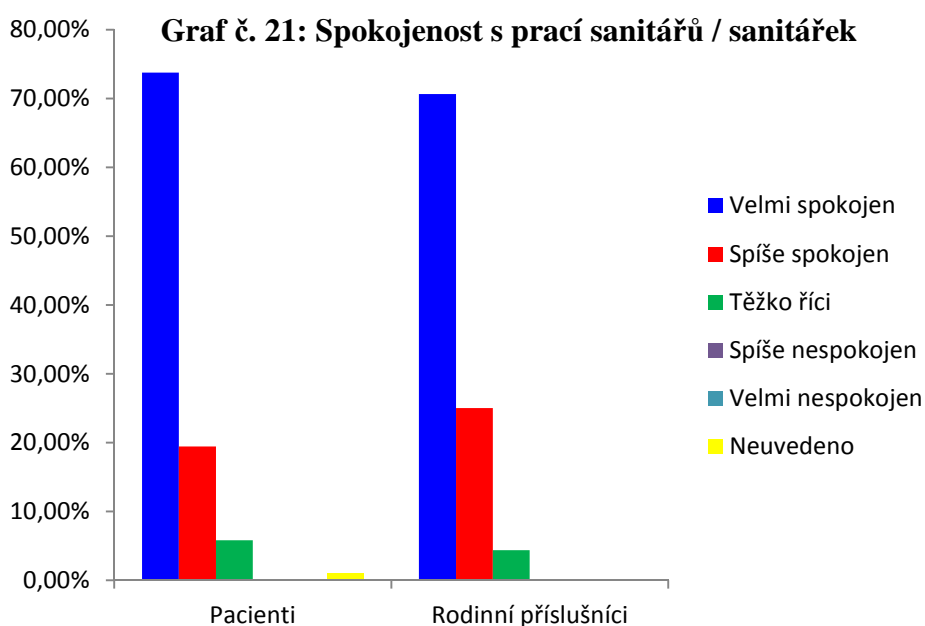


Ze sledovaného vzorku 103 pacientů (100%) bylo s poskytováním péče sester velmi spokojeno 72 pacientů (69,9%) a spíše spokojeno 26 pacientů (25,2%).

Ze sledovaného vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s poskytováním péče sester velmi spokojeno 65 rodinných příslušníků (70,7%) a spíše spokojeno 23 (25,0%) rodinných příslušníků. Nikdo z respondentů neodpověděl negativně.

**Spokojenost s prací sanitářů a sanitářek:** otázka č. 21 pro pacienty a č. 14 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 21: Spokojenost s prací sanitářů / sanitářek</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	76	65	73,78%	70,65%
Spíše spokojen	20	23	19,42%	25,00%
Těžko říci	6	4	5,83%	4,35%
Spíše nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Neuvedeno	1	0	0,97%	0,00%



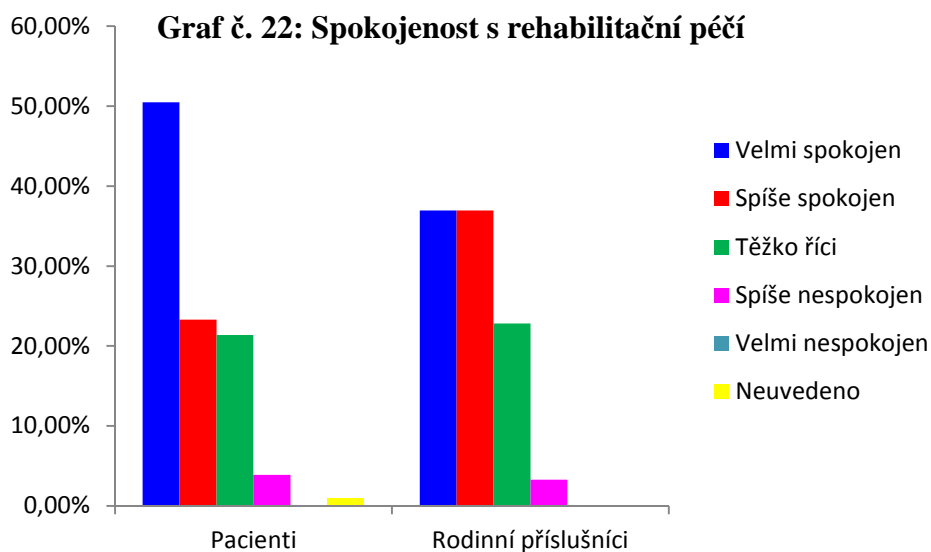
Z celkového počtu 103 dotazovaných pacientů (100%) odpovědělo na otázku spokojenosti s prací sanitářů a sanitářek velmi spokojen 76 pacientů (73,8%), spíše spokojen 20 (19,4%) a 1 pacient (1,0%) neodpověděl.

Z celkového počtu 92 dotazovaných rodinných příslušníků (100%) odpovědělo na stejnou otázku velmi spokojen 65 rodinných příslušníků (70,7%) a spíše spokojen 23 (25,0%) dotazovaných. Žádná odpověď nebyla negativní.

### 5.3.4 Péče o pacienty (otázky 22-25 pro pacienty a 15 a 16 pro rodinné příslušníky)

**Spokojenost s rehabilitační péčí:** otázka č. 22 pro pacienty a č. 15 pro rodinné příslušníky

<b>Tabulka č. 22: Spokojenost s rehabilitační péčí</b>				
Spokojenost	Respondenti		Vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Velmi spokojen	52	34	50,49%	36,95%
Spíše spokojen	24	34	23,30%	36,96%
Těžko říci	22	21	21,36%	22,83%
Spíše nespokojen	4	3	3,88%	3,26%
Velmi nespokojen	0	0	0,00%	0,00%
Neuvedeno	1	0	0,97%	0,00%



V daném vzorku 103 pacientů (100%) bylo s rehabilitační péčí velmi spokojeno 52 pacientů (50,5%), spíše spokojeno 24 (23,3%) a spíše nespokojeni byli 4 pacienti (3,9%). 1 pacient (1,0%) neuvedl odpověď.

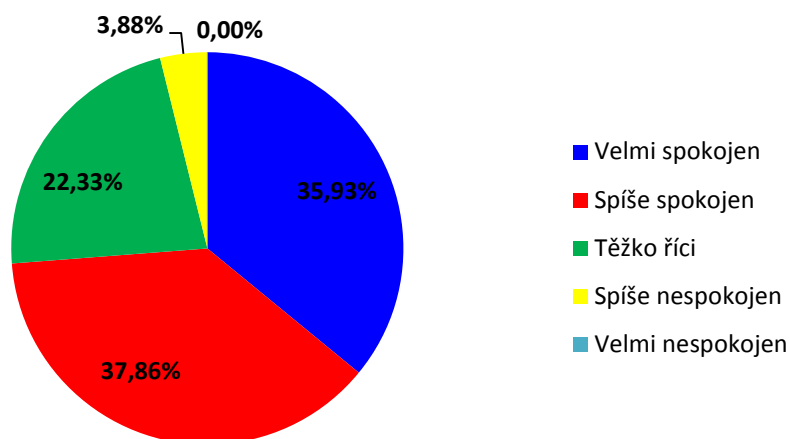
V daném vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s rehabilitační péčí velmi spokojeno 34 rodinných příslušníků (37,0%), spíše spokojeno také 34 (37,0%) a spíše nespokojeni byli 3 rodinní příslušníci (3,3%).



### Spokojenost se stravováním v LDN: otázka č. 23 pro pacienty

Tabulka č. 23: Spokojenost se stravováním v LDN		
Spokojenost	Pacienti	Vyjádření v %
Velmi spokojen	37	35,93%
Spíše spokojen	39	37,86%
Těžko říci	23	22,33%
Spíše nespokojen	4	3,88%
Velmi nespokojen	0	0,00%

Graf č. 23: Spokojenost se stravováním v LDN

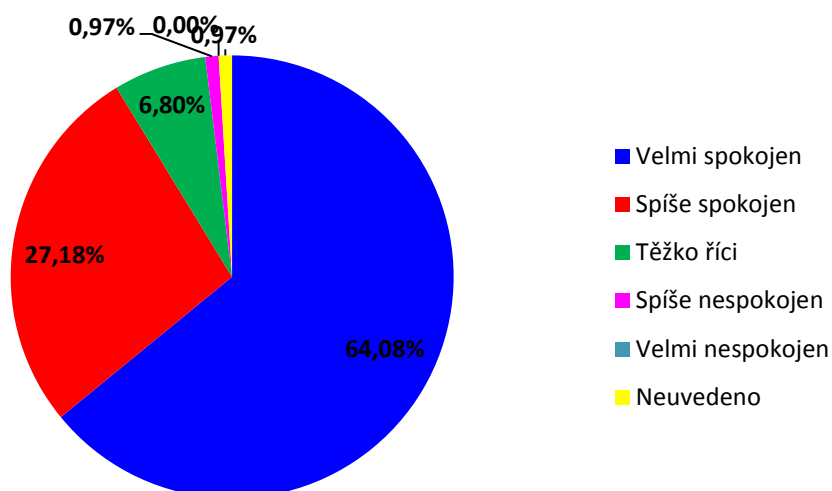


Z počtu 103 dotázaných pacientů (100%) odpověděli na otázku stravování v LDN v počtu 37 pacientů (35,9%) velmi spokojen, 39 pacientů (37,9%) spíše spokojen, těžko říci odpovědělo 23 pacientů (22,3%) a 4 pacienti (3,9%) byli spíše nespokojeni.

## Spokojenost s prováděním hygienické péče: otázka č. 24 pro pacienty

Tabulka č. 24: Spokojenost s prováděním hygienické péče		
Spokojenost	Pacienti	Vyjádření v %
Velmi spokojen	66	64,08%
Spíše spokojen	28	27,18%
Těžko říci	7	6,80%
Spíše nespokojen	1	0,97%
Velmi nespokojen	0	0,00%
Neuvedeno	1	0,97%

Graf č. 24: Spokojenost s prováděním hygienické péče

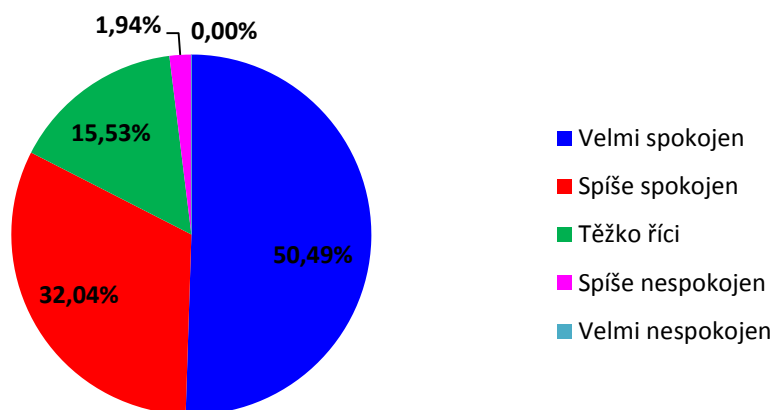


Z celkového počtu 103 dotazovaných pacientů (100%) bylo s hygienickou péčí velmi spokojeno 66 pacientů (64,1%), spíše spokojeno 28 (27,2%), spíše nespokojen byl 1 pacient (1,0%) a 1 pacient (1,0%) neuvedl odpověď.

## Spokojenost se zajištěním soukromí při poskytování péče: otázka č. 25 pro pacienty

<b>Tabulka č. 25: Spokojenost se zajištěním soukromí při poskytování péče</b>		
Spokojenost	Pacienti	Vyjádření v %
Velmi spokojen	52	50,49%
Spíše spokojen	33	32,04%
Těžko říci	16	15,53%
Spíše nespokojen	2	1,94%
Velmi nespokojen	0	0,00%

**Graf č. 25: Spokojenost se zajištěním soukromí při poskytování péče**

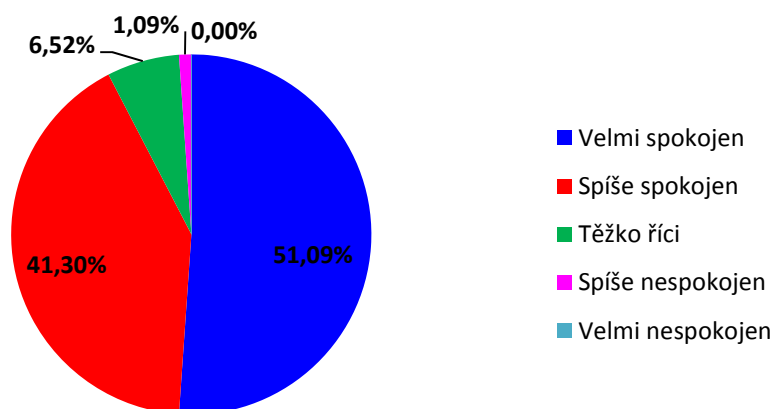


Z celkového počtu 103 dotazovaných pacientů (100%) bylo se zajištěním soukromí při péči velmi spokojeno 52 pacientů (50,5%), spíše spokojeno 33 (32,0%) a spíše nespokojeni byli 2 pacienti (1,9%).

**Spokojenost se spoluprací ošetrujícího personálu a rodiny: otázka č. 16 pro rodinné příslušníky**

<b>Tabulka č. 26: Spokojenost se spoluprací ošetrujícího personálu a rodiny</b>		
Spokojenost	Rodinní příslušníci	Vyjádření v %
Velmi spokojen	47	51,09%
Spíše spokojen	38	41,30%
Těžko říci	6	6,52%
Spíše nespokojen	1	1,09%
Velmi nespokojen	0	0,00%

**Graf č. 26: Spokojenost se spoluprací ošetrujícího personálu a rodiny**

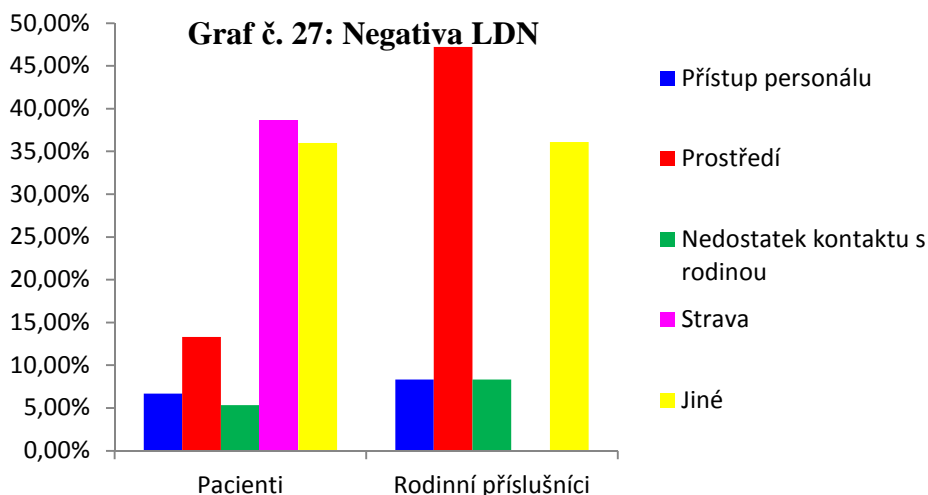


Z počtu 92 dotazovaných respondentů (100%) bylo se spoluprací velmi spokojeno 47 respondentů (51,1%), spíše spokojeno 38 respondentů (41,3%) a spíše nespokojen byl 1 respondent (1,1%).

### 5.3.5 Otázky týkající se možných negativ, návrhů na zlepšení, celkového dojmu a rad (otázky č. 26-28 pro pacienty a č. 17-19 pro rodinné příslušníky)

Vadí Vám něco v LDN? (otázka č. 26 pro pacienty a č. 18 pro rodinné příslušníky)

Negativum	Počet odpovědí		vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Přístup personálu	5	3	6,67%	8,34%
Prostředí	10	17	13,33%	47,22%
Nedostatek kontaktu s rodinou	4	3	5,33%	8,33%
Strava	29	0	38,67%	0,00%
Jiné	27	13	36,00%	36,11%

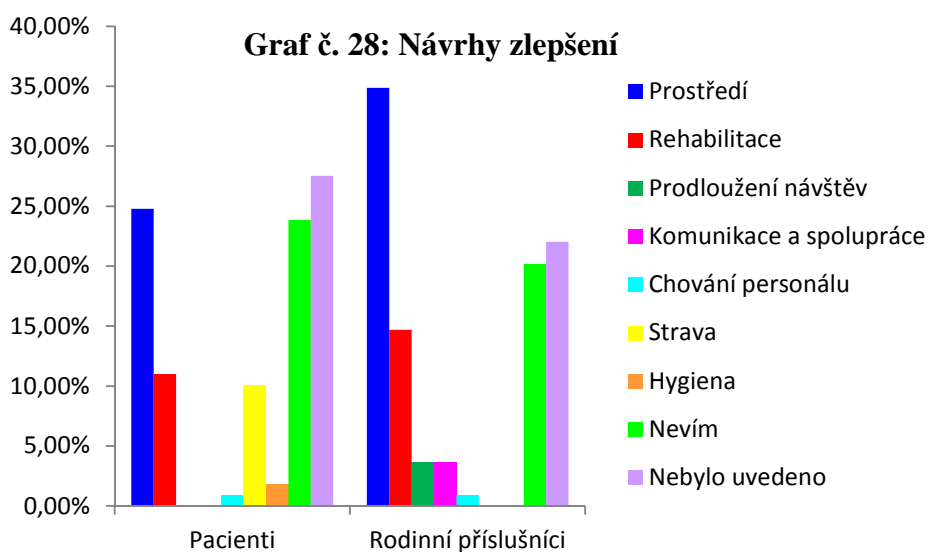


V této otázce mohli respondenti označit za správnou více než jednu odpověď. Největšímu počtu pacientů 29 ze všech dotázaných vadila strava, ale jen několik pacientů uvedlo, co přesně jim na stravě vadí – malé porce, studené jídlo nebo málo ovoce. 27 pacientům vadilo něco jiného, ale nikdo z nich nevedl, co přesně. A 10 pacientům vadilo prostředí, chtěli by třeba snížit počet lůžek na pokojích, vybudovat sociální zařízení na pokojích nebo vybavit pokoje televizemi. 5 pacientům vadil přístup personálu a 4 pacienti měli pocit nedostatku kontaktu s rodinou.

Nejvíce rodinným příslušníkům a to 17, vadilo prostředí, hlavně hodně lůžek na pokojích a nedostatky v sociálním zařízení. 13 rodinných příslušníků odpovědělo, že jim vadí něco jiného, ale opět nevedli nic konkrétního. Ve 3 případech vadil přístup personálu a ve stejném počtu i nedostatek kontaktu s pacientem.

Co byste Vy osobně navrhoval/a zlepšit? (otázka č. 27 pro pacienty a č. 19 pro rodinné příslušníky)

<b>Tabulka č. 28: Návrhy zlepšení</b>				
Návrh	počet respondentů		vyjádření v %	
	Pacienti	Rodinní příslušníci	Pacienti	Rodinní příslušníci
Prostředí	27	38	24,78%	34,86%
Rehabilitace	12	16	11,01%	14,68%
Prodloužení návštěv	0	4	0,00%	3,67%
Komunikace a spolupráce	0	4	0,00%	3,67%
Chování personálu	1	1	0,92%	0,92%
Strava	11	0	10,09%	0,00%
Hygiena	2	0	1,83%	0,00%
Nevím	26	22	23,85%	20,18%
Nebylo uvedeno	30	24	27,52%	22,02%

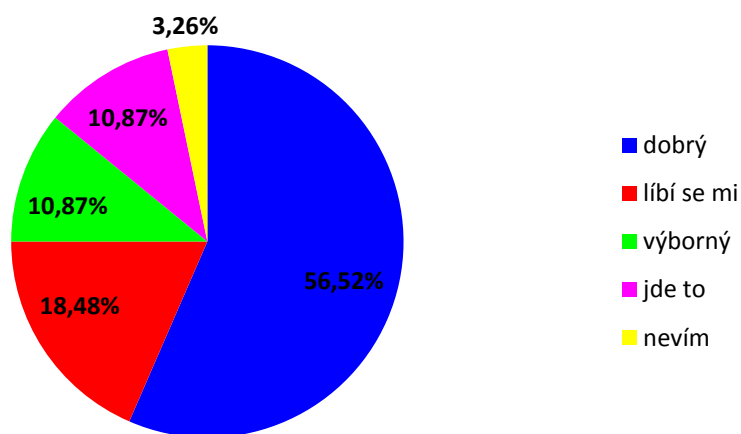


Na otázku, co by respondenti navrhovali zlepšit, bylo pacienty odpovězeno 27x prostředím, 12x rehabilitací, 11x stravou, 2x hygienou a 1x chováním personálu. 26x bylo uvedeno nevíím a 30 pacientů na tuto otázku neodpovědělo. Rodinní příslušníci by v počtu 38 navrhovali zlepšit prostředí, v počtu 16 by chtěli zlepšit rehabilitaci, 4 navrhovali prodloužení návštěv, 4 zlepšení komunikace a spolupráce a 1 zlepšení chování personálu. 22 rodinných příslušníků odpovědělo nevíím a 24 neodpovědělo.

**Jaký je Váš celkový dojem z LDN? (otázka č. 17 pro rodinné příslušníky)**

Názor	Rodinní příslušníci	vyjádření v %
dobry	52	56,52%
líbí se mi	17	18,48%
výborný	10	10,87%
jde to	10	10,87%
nevím	3	3,26%

**Graf č. 29: Celkový dojem**



Z celkového počtu 92 respondentů (100%) uvedlo 52 rodinných příslušníků (56,5%) dobrý celkový dojem, líbí se mi napsalo 17 respondentů (18,5%), výborný dojem mělo 10 respondentů (10,9%), 10 (10,9%) jich uvedlo jde to a 3 (3,3%) nevím.

## Co byste poradil/a člověku, který přichází jako pacient do LDN poprvé v životě?

(otázka č. 28 pro pacienty)

Rada	Pacienti	Vyjádření v %
nebát se	38	36,53%
je to dobré, v pořádku	12	11,54%
trpělivost	7	6,73%
dbát rad personálu	4	3,85%
doporučila bych	3	2,88%
jiné	5	4,81%
nevím	24	23,08%
nic	11	10,58%

Z celkového počtu 103 dotázaných pacientů (100%) uvedlo 38 z nich, že se nemusí přicházející pacienti ničeho bát. 12 odpovědělo, že je to dobré, v pořádku. 7 pacientů radilo trpělivost a 4, aby dbali rad personálu. 3 pacienti by LDN doporučili. Nevím, co bych poradil/a napsalo 24 a nic 11 pacientů.



## 6 DISKUZE

### Demografické údaje o respondentech

Z celkového počtu 103 pacientů (100%) se výzkumného šetření zúčastnilo 72 žen (69,9%) a 31 mužů (30,1%). Počet žen v souborech pacientů z jiných LDN převažuje i ve srovnávaných pracích. Práce Jakubíkové (2009) uvádí 69% žen a 31% mužů ze 100% respondentů a v práci Saparové (2008) tvořily ženy 80% a muži 20% všech dotázaných. U rodinných příslušníků to bylo z celkového počtu 92 (100%) 59 žen (64,1%) a 33 mužů (35,8%).

Při hodnocení věku jsme zjistili, že nejvíce pacientů v LDN hospitalizovaných – celkem - 40 bylo ve věku 60-69 let (38,8%). Méně početnou skupinou byli pacienti ve věku 70-79 let 33 (32,0%) a 30 pacientů (29,1%) mělo 80 a více let. Myslíme si, že toto zjištění je ovlivněno výběrem respondentů. Dotazovali jsme se totiž pacientů alespoň částečně soběstačných a spolupracujících. V naší léčebně bývají nejpočetnější skupinou pacienti ve věku nad 80 let, ale právě v této věkové kategorii bývají pacienti nespolupracující, zcela závislí na péči ošetřujícího personálu. V době výzkumu bylo v naší léčebně hospitalizováno 54 pacientů z 99 ve věku 80 a více let a 26 pacientů ve věku 70-79 let. K takovému zjištění dospěly i obě srovnávací práce. V práci Jakubíkové (2009) bylo uvedeno ze všech dotázaných 48,6% pacientů ve věku 75-84 let. A práce Saparové (2008) zjistila, že více než polovina dotázaných (65%) byla ve věku nad 81 let, 18% ve věku 71-80 let.

Převážná část našich respondentů absolvovala středoškolské vzdělání s maturitou nebo střední odborné bez maturity. Mezi pacienty bylo 36 (35,0%) s maturitou a 46 (44,7%) se středním vzděláním bez maturity. U rodinných příslušníků bylo 39 (42,4%) a 31 (33,7%) středně vzdělaných bez maturity.

Z celkového počtu hospitalizovaných pacientů bylo 48 (46,6%) ve stavu vdova/vdovec a 27 pacientů (26,2%) ve stavu vdaná/ženatý. Největší počet 45 pacientů (43,7%) ze sledovaného vzorku mělo 2 děti a 30 pacientů (29,1%) 1 dítě.

## **Spokojenost pacientů a rodinných příslušníků s prostředím LDN**

**S prostředím pokoje** bylo v hodnoceném vzorku 103 pacientů velmi spokojeno 41,7% pacientů, spíše spokojeno 43,7% pacientů. Největší počet pacientů 54 uvedlo hospitalizaci na 3-4 lůžkovém pokoji. Nikdo z dotazovaných neuvedl pokoj se 7 a více lůžky. V hodnoceném vzorku 92 rodinných příslušníků (100%) bylo s prostředím pokoje velmi spokojeno 34,8% dotázaných, spíše spokojeno 51,1% a 2,2% rodinní příslušníci byli spíše nespokojeni. Variantu velmi nespokojen neuvedl žádný z respondentů.

Co se týče **počtu spolupacientů na pokoji** vyjádřilo se odpovědí velmi spokojen 40,1% pacientů, spíše spokojen 36,9% a 5,8% pacientů bylo spíše nespokojených.

**S dosahem signalizačního zařízení** bylo z daného vzorku 103 respondentů (100%) (69,9%) pacientů velmi spokojeno, 19,4% spíše spokojeno, 3,9% pacienti byli spíše nespokojeni. Signalizační zařízení má v naší léčebně k dispozici každý pacient, problémem je, nakolik je pacient schopen pochopit ovládání a ovládat signalizaci.

**S prostředím a úpravou chodeb** bylo velmi spokojeno 60 pacientů, spíše spokojeno 29 a spíše nespokojen byl 1 pacient z celkového počtu 103 pacientů. Z celkového počtu rodinných příslušníků bylo velmi spokojeno s prostředím a úpravou chodeb 30 respondentů, spíše spokojeno 53 a spíše nespokojen byl stejně jako u pacientů 1 respondent.

Poslední otázka v tomto okruhu sledovala spokojenost respondentů **s prostředím sociálního zařízení**. Na tuto otázku odpovědělo velmi spokojen 38,8% pacientů, spíše spokojen 37,9%, spíše nespokojen 1,0% pacientů. Ze sledovaného počtu 92 dotazovaných rodinných příslušníků (100%) odpovědělo velmi spokojen 33,7%, spíše spokojen 44,6% a spíše nespokojen uvedli 2,2% rodinných příslušníků.

S prostředím LDN byla spokojena převážná část pacientů i rodinných příslušníků. Převážná spokojenost geriatrických pacientů s prostředím možná vyplývá ze skromného a obyčejného jejich života a domácího prostředí. Část starých lidí se obává super moderního prostředí a necítí se v něm dobře. Možná proto jsou spokojeni s naším „normálním“ prostředím. Určité návrhy na zlepšení uvedli respondenti v otázce: Co by navrhovali zlepšit? Je to například snížení počtu lůžek na pokojích, vybudování sociálních zařízení na pokojích nebo zakoupení televizí na pokoje. Myslím si, že prostředí našich zařízení je třeba stále zlepšovat. Problémem jsou v první řadě

finance a také skutečnost, že naše zařízení je ve staré budově chráněné památkáři, takže spousta úprav a zlepšení, která bychom si přáli, není možné realizovat.

V práci Jakubíkové (2009) bylo s prostředím LDN spokojeno 90% pacientů a v práci Saparové (2008) se 82,9% pacientů domnívalo, že vzhled oddělení je dostačující.

Občas člověka nepříjemně překvapuje, jak pohlíží na LDN zdravotnický personál, který jezdí jako doprovod s pacienty, kteří jsou překládáni z různých oddělení Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Tito zdravotníci jsou udiveni, že máme pokoje vybavené polohovacími lůžky, pomůckami pro imobilní pacienty a dalšími (dnes už běžnými) vymoženosti pro zlepšování péče o pacienty. Někteří zdravotníci na odděleních akutní péče vůbec nevědí, kam jsou jejich pacienti vlastně překládáni. Občas si nás také pletou s domovy důchodců.

### **Komunikace mezi pacienty, rodinnými příslušníky a ošetřujícím personálem**

**Návštěvní hodiny** hodnotilo jako velmi spokojeni 54,3% pacientů, spíše spokojeni 37,9%. Z rodinných příslušníků bylo s návštěvními hodinami velmi spokojeno 51,1% respondentů, spíše spokojeno 41,3% a 2,2% rodinní příslušníci byli spíše nespokojeni. Zjistili jsme, že opravdu hodně respondentů je s návštěvními hodinami spokojeno. Myslím si, že by návštěvy v našem zařízení měly být téměř neomezené během celého dne, například od 8 do 20 hodin. Velkou výhodou bych viděla v možnosti většího zapojení rodiny do péče o seniora, pokud by měla zájem. V práci Saparové (2008) byla spokojenost pacientů s návštěvními hodinami téměř sto procentní (98,8%). Naopak v práci Králíčkové (2007) 19 rodinných příslušníků z 61 pocíťovalo návštěvní hodiny jako omezení ve spolupráci při léčebném procesu.

**S četností návštěv** je velmi a spíše spokojeno 83 (80,6%) pacientů a 87 (92,5%) rodinných příslušníků. V práci Jakubíkové (2009) uvedlo návštěvu rodiny 1-2x týdně i častěji 60% pacientů. V praxi vidíme, že opravdu velká část pacientů má návštěvu rodiny denně nebo téměř denně.

**Péči rodiny** během hospitalizace vidí pacienti jako velmi uspokojivou a spíše uspokojivou v počtu 83 (80,6%). V práci L. Jakubíkové uvedlo 55% pacientů, že se rodina do péče zapojila.

**S umožněním návštěvy mimo návštěvní hodiny** bylo velmi spokojeno 58,3% pacientů, spíše spokojeno 29,1% a spíše nespokojen byl 1 pacient z celkového počtu

dotázaných. Z rodinných příslušníků na tuto otázku odpovědělo velmi spokojen 52,2%, spíše spokojen 44,6% a 2 rodinní příslušníci byli spíše nespokojeni.

Je pravdou, že se snažíme pacientům i rodinám vycházet vstříc a jsme ochotni umožnit návštěvu mimo návštěvní hodiny. Problém vidím, alespoň v našem zařízení, s návštěvou ve večerních hodinách, protože nemáme vrátnici a z důvodu bezpečnosti umožňujeme návštěvy jen ojedinele. V práci Saporové (2008) byla uvedena spokojenost s návštěvami mimo návštěvní hodiny opět téměř 100%.

Z celkového počtu 103 pacientů (100%) se ke **spokojenosti s komunikací s ošetřujícími personálem** vyjádřilo jako velmi spokojen 66,0% pacientů, spíše spokojen 28,2% a spíše nespokojen byl 1 pacient. Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100%) se k této otázce vyjádřilo jako velmi spokojen 53,2% respondentů a spíše spokojen 40,2% respondentů. Nespokojenost nevyjádřil žádný rodinný příslušník.

**S množstvím poskytnutých informací** bylo velmi a spíše spokojeno 85,5% pacientů a 86,9% rodinných příslušníků. Práce Saporové (2008) konstatovala dostatečnou informovanost u 85,7% pacientů. S návštěvními hodinami, komunikací, množstvím poskytovaných informací a s péčí rodiny byla spokojena převážná část pacientů i rodinných příslušníků.

### **Přístup ošetřujícího personálu**

**S chováním sester** bylo velmi a spíše spokojeno 100 (97,0%) pacientů a 90 (96,8%) rodinných příslušníků. Nespokojenost nevyjádřil žádný respondent.

**S chováním sanitářů/sanitářek** bylo velmi spokojeno a spíše spokojeno 95 (92,3%) pacientů a 89 (96,8%) rodinných příslušníků. Nespokojenost nevyjádřil žádný respondent. Dle našeho výzkumu bylo téměř 100% dotázaných spokojeno s chováním ošetřujícího personálu. Nevím, jestli jsme měli štěstí na respondenty, ale toto zjištění mě velmi potěšilo, i když z praxe vím, že tomu vždycky tak není. Ve srovnávací práci Jakubíkové (2009) bylo s chováním ošetřujícího personálu velmi spokojeno a spokojeno 89% pacientů.

Poskytování **péče sestrami** se jeví jako velmi uspokojující a spíše uspokojující 98 (95,1%) pacientům ze 103 dotázaných a 88 (95,7%) rodinným příslušníkům z 92 dotázaných.

**S prací sanitářů/sanitářek** bylo velmi spokojeno a spíše spokojeno 96 (93,2%) pacientů a 88 (95,7%) rodinných příslušníků. Žádná odpověď nebyla negativní. I hodnocení práce ošetřujícího personálu respondenty je velice pozitivní. Ve zmiňované práci Jakubíkové (2009) hodnotilo péči ošetřujícího personálu 91% pacientů výrazem spokojen.

Velká většina pacientů i rodinných příslušníků byla spokojena s přístupem ošetřujícího personálu.

### **Péče o pacienty**

**Rehabilitační péči** hodnotilo stupněm velmi spokojen a spíše spokojen 76 (73,8%) pacientů a 68 (74,0%) rodinných příslušníků. Stupněm spíše nespokojen 4 pacienti a 3 rodinní příslušníci. Z vlastní zkušenosti vím, že otázka rehabilitace je velmi složitá. Myslím si, že v našem zařízení máme dostatek kvalitních rehabilitačních pracovníků a rehabilitace je na velmi dobré úrovni. Kamenem úrazu bývá to, že se pacient a zvláště rodina nedokáže smířit s omezením, ke kterému vlivem úrazu nebo nemoci došlo. Pacienti v LDN zkoumaní prací Jakubíkové (2009) byli s rehabilitační péčí spokojeni v 85%, spíše spokojeni ve 12% a 3 pacienti byli nespokojeni.

**Se stravováním v LDN** bylo velmi spokojeno a spíše spokojeno 73,8% pacientů a spíše nespokojeno 3,9% pacientů. Problémy se stravováním řešíme snad denně a vidíme je hlavně v tom, že každý má rád něco jiného, každý je zvyklý na svůj stravovací způsob. Myslím si, že strava v LDN je pestrá a kvalitní. Rozhodně u nás pacienti hladem netrpí. Ve srovnávací práci Jakubíkové (2009) hodnotilo stravu v LDN jako vyhovující v 71%, spíše špatnou v 25% a 4% pacientů uvedlo, že jim nic nechutná. V práci Saparové (2008) volili respondenti nejvíce odpověď spíše spokojen a to 54,9% a velmi spokojen 28,1%.

**S hygienickou péčí** bylo velmi spokojeno a spíše spokojeno 91,2% pacientů, spíše nespokojeno bylo 1% pacientů. Domnívám se, že v naší LDN je kvalita hygienické péče na velmi dobré úrovni a věnujeme jí dostatek času a prostoru z celkové ošetrovatelské péče. V práci Saparové (2008) uvedlo spokojenost s hygienickou péčí 76,8% pacientů a spíše spokojeno bylo 19,5% pacientů.

Ze zkoumání **spokojenosti se zajištěním soukromí** při poskytování péče vyplynulo, že 85 pacientů bylo velmi a spíše spokojeno a 2 pacienti spíše nespokojeni. Jsem spíše překvapená, že tolik pacientů bylo spokojeno se zajištěním soukromí,

protože dobře vím, jak těžké je zajistit soukromí třeba na šestilůžkových pokojích. Práce Saporové (2008) uvedla, že spokojeno se zajištěním soukromí bylo 66,8% pacientů a 2 pacienti odpověděli, že soukromí není zajištěno nikdy. V práci Králíčkové (2007) považovalo 70% rodinných příslušníků nedostatek soukromí za omezující při zapojení se do péče o svého pacienta.

**Ke spolupráci ošetřujícího personálu a rodiny** se vyjádřilo 85 rodinných příslušníků (tj. 92%) pozitivně. Osobně mám také převážně pozitivní zkušenosti se spoluprací rodin hospitalizovaných pacientů. Přibývá rodin, které tráví více času se svými blízkými a mají zájem pečovat. Například s nimi rehabilitují, během své přítomnosti nám pomáhají se zajištěním pitného režimu u pacienta a zpestřují jeho volný čas. Dle názoru Králíčkové (2007) si uvědomuje význam spolupráce 62% zkoumaných rodin. Na otázku, kde je rodina ochotna spolupracovat nejvíce odpovědělo 74% respondentů při využívání volného času. Nejméně respondentů bylo ochotno spolupracovat při hygieně a vyprazdňování.

### **Problémy v LDN, návrhy na zlepšení péče, celkový dojem z pobytu v LDN a rady nově přicházejícím pacientům**

**Co zkoumaným pacientům vadí v LDN?** Největšímu počtu pacientů 29 (28%) ze všech dotázaných vadila strava, ale jen několik pacientů uvedlo, co přesně jim na stravě vadí – malé porce, studené jídlo nebo málo ovoce.

Dalším 27 pacientům vadilo „něco jiného“, ale nikdo z nich nevedl, co přesně. A 10 pacientům vadilo prostředí, chtěli by třeba snížit počet lůžek na pokojích, vybudovat sociální zařízení na pokojích nebo vybavit pokoje televizemi. Pouze 5 pacientům vadil přístup personálu a 4 pacienti měli pocit nedostatku kontaktu s rodinou.

Nejvíce rodinným příslušníkům (celkem 17) vadilo prostředí, hlavně velký počet lůžek na pokojích a nedostatky v sociálním zařízení. Dalších 13 rodinných příslušníků odpovědělo, že jim vadí „něco jiného“, ale opět nevedli nic konkrétního. Ve třech případech vadil přístup personálu a ve stejném počtu i nedostatek kontaktu s pacientem.

**Co pacienti navrhuji zlepšit?** Pořadí námětů je následující: 27x prostředí, 12x rehabilitaci, 11x stravu, 2x hygienu a 1x chování personálu. Dalších 26 pacientů uvedlo „nevím“ a 30 pacientů na tuto otázku neodpovědělo. Rodinní příslušníci by

v počtu 38 navrhovali zlepšit prostředí, v počtu 16 by chtěli zlepšit rehabilitaci, 4 navrhovali prodloužení návštěv, 4 zlepšení komunikace a spolupráce a 1 zlepšení chování personálu. 22 rodinných příslušníků odpovědělo nevíme a 24 neuvědlo žádnou odpověď.

**Celkový dojem z LDN.** Z 92 rodinných příslušníků 52 (tj. 57%) uvedlo celkově dobrý dojem, 17 se líbí mi, 10 výborný dojem, 10 jde to a 3 rodinní příslušníci uvedli „nevím“.

**Co by pacienti poradili člověku, který přichází jako pacient do LDN poprvé v životě?** Z počtu 103 dotázaných pacientů (100%) uvedlo 38 z nich, že se nemusí přicházející pacienti ničeho bát. 12 odpovědělo, že je to tu dobré, v pořádku. 7 pacientů radilo trpělivost a 4 pacienti dbát rad personálu. 3 pacienti by LDN doporučili. Alternativu „nevím co poradit“ zvolilo 24 pacientů a alternativu „nic“ 11 pacientů.

V dotaznících někteří respondenti spontánně napsali poděkování za péči a ocenění naší těžké práce (11% pacientů a 8% rodinných příslušníků).

Ke zjištění významnosti vztahů mezi zkoumanými proměnnými jsme (ve spolupráci s oddělením výpočetní techniky LF UK v Hradci Králové) jsme provedli statické testy. V první fázi jsme ověřili nezávislost některých veličin použitím  $\chi^2$  testu.\*<sup>\*)</sup> Testovali jsme následující kombinace kvalitativních znaků:

- závislost věku pacientů na jejich pohlaví
- spokojenost pacientů s prostředím pokoje na jejich vzdělání
- spokojenost pacientů s prostředím pokoje na jejich věku
- spokojenost pacientů s prostředím pokoje na počtu lůžek na pokojích
- spokojenost pacientů s prostředím pokoje na rodinném stavu pacientů
- spokojenost pacientů s prostředím pokoje
- spokojenost rodinných příslušníků s prostředím pokoje

---

\*<sup>\*)</sup> Podmínkou pro použití tohoto testu bylo, aby více než 20% vypočtených teoretických četností bylo větších než 5. Bohužel pro některé kombinace kvalitativních znaků nebyla tato podmínka použitelnosti splněna a bylo nutno použít Fisherův přesný test.

- spokojenost rodinných příslušníků s prostředím pokoje podle jejich pohlaví a podle vzdělání.

Při testování závislosti jsme zjistili, že jednotlivé kombinace kvalitativních znaků jsou většinou nezávislé, tj. navzájem statisticky nesouvisejí.

Výjimku tvoří spokojenost pacientů a spokojenost rodinných příslušníků s prostředím pokoje. **Tím se prokázal vliv názoru pacientů na rodinné příslušníky a naopak.**

V druhé fázi jsme zjišťovali rozdíly ve skórech mezi skupinami dle pohlaví, věku, vzdělání, rodinného stavu a počtu lůžek v případě pacientů a pohlaví a vzdělání u rodinných příslušníků.\*\*) Dle výsledků testů nebylo možno prokázat významný rozdíl ve spokojenosti testovaných skupin.

**Odpovědi pacientů a rodinných příslušníků se statisticky významně nelišily.** To nás překvapilo, protože osobní zkušenost je jiná. Většina připomínek k péči přichází od rodinných příslušníků, takže bychom očekávali více negativních odpovědí. Je ale možné, že zde svoji úlohu sehrálo výše zmiňované ovlivnění názoru pacientů rodinnými příslušníky a naopak. Připomínky od pacientů se vyskytují ojediněle.

Domníváme se, že cíle práce, které jsme si stanovili, byly splněny.

---

\*\*) Byl použit neparametrický Mann-Wittneyův test pro testování shody mediánů v případě dvou výběrů a neparametrický Kruskal-Wallisův test s následným mnohonásobným porovnáváním v případě více než dvou náhodných výběrů.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce studuje ošetrovatelskou péči v léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu pacientů LDN a jejich rodinných příslušníků. Je to pochopitelné, neboť péče o seniory v léčebnách dlouhodobě nemocných je stále diskutovaným tématem.

Stává se, že přichází pacienti se strachem a slovy, že o ošetrovatelské péči moc dobrého neslyšeli. Také média nepřispívají k dobré pověsti těchto zařízení, neboť si vybírají extrémní negativní případy. Odborná veřejnost ví, že právě v těchto zařízeních je péče o pacienty opravdu náročná a na ošetřující personál jsou kladeny vysoké nároky psychické, fyzické, morální i odborné.

Pacienti jsou zde převážně imobilní, nesoběstační, vyžadují celkovou ošetrovatelskou péči. Většina zdravotníků v LDN dělá svou práci (přes personální, materiální i finanční problémy) dobře a bere ji jako poslání.

Výzkumná sonda zjišťovala, jak péči v LDN vnímají a hodnotí pacienti a jejich rodinní příslušníci. Soustředili jsme se na otázky týkající se prostředí LDN, komunikace, ošetrovatelské péče a postoje personálu.

Výzkum proběhl u 103 pacientů a 92 rodinných příslušníků. S prostředím LDN (podobou pokoje, počtem spolupacientů na pokoji, sociálním zařízením) bylo spokojeno 77-85 % pacientů. Kontakty s rodinou (návštěvní hodiny, četnost návštěv, péče rodiny) pozitivně hodnotilo 80-90 % pacientů. Kvalitu komunikace a množství poskytovaných informací příznivě oceňovalo 87 % pacientů. Pokud jde o zdravotní péči pacienti pozitivně hodnotili z 91 – 97 % chování sester a sanitářů, péči poskytovanou sestrami a práci vykonávanou sanitáři, jakož i hygienickou péči. Poněkud hůře dopadla rehabilitační péče, kterou pozitivně hodnotilo 74 % pacientů. Zajímavé je zjištění, že se odpovědi pacientů a jejich rodinných příslušníků statisticky významně nelišily.

Víme, že je třeba vylepšovat prostředí LDN, snížit počet lůžek na pokojích nebo opravit vzhled budovy. To však nezáleží na personálu, ale na financích, které instituce dostává.

V budoucnu bych chtěla zjistit, jak je to s důstojností při ošetřování dlouhodobě nemocného a také bych se chtěla zabývat otázkou důstojného umírání a smrti v LDN.

## ANOTACE

<b>Autor:</b>	Jitka Kaplanová
<b>Instituce:</b>	Univerzita Karlova v Praze Lékařská fakulta v Hradci Králové Ústav sociálního lékařství Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Ošetrovatelská péče v LDN očima pacientů a rodinných příslušníků
<b>Vedoucí práce:</b>	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
<b>Počet stran:</b>	100
<b>Počet příloh:</b>	5
<b>Rok obhajoby:</b>	2012
<b>Klíčová slova:</b>	senior, stáří, gerontologie, geriatrie, ošetrovatelská péče, rodina, léčebna dlouhodobě nemocných

Bakalářská práce pojednává o ošetrovatelské péči v LDN, jak ji vnímají a hodnotí pacienti a jejich rodinní příslušníci.

Péče o pacienty v léčebnách dlouhodobě nemocných je stále diskutovaným tématem. Názory veřejnosti na péči v LDN jsou pozitivní jen zřídka a ani média k dobré pověsti těchto zařízení nepřispívají.

Geriatrický pacient je spojován převážně s ošetrovatelskou, sociální a dlouhodobou ústavní péčí. Velmi důležitou součástí v péči o starého člověka je rodina a její aktivní zapojení do péče o seniora.

Výzkumné šetření je zaměřeno na prostředí LDN, komunikaci, postoj ošetrovatelského personálu a péči o pacienty z pohledu pacientů a rodinných příslušníků. Zkoumaným vzorkem bylo 103 pacientů a 92 rodinných příslušníků ve třech LDN východočeského regionu.

Práce zjistila, že s prostředím LDN je spokojeno 77- 80% pacientů, s kvalitou komunikace, množstvím poskytnutých informací a dobou návštěv je spokojeno 80-90% pacientů. Ošetrovatelskou péčí a přístup personálu hodnotí pacienti pozitivně v 91-97%. S rehabilitační péčí je spokojeno jen 74% pacientů. Překvapivé je zjištění, že se odpovědi pacientů a rodinných příslušníků nijak významně neliší.

## SYNOPSIS

<b>Author:</b>	Jitka Kaplanová
<b>Institution:</b>	Charles University in Prague Fakulty of Medicine in Hradec Králové Institute of Social Medicine Department of Nursing
<b>Title:</b>	Nursing care in sanatorium of long term diseased by the eyes of patient and family members
<b>Supervisor:</b>	Prof. PhDr.Jiří Mareš, CSc.
<b>Number of pages:</b>	100
<b>Number of attachments:</b>	5
<b>Year of viva voice:</b>	2012
<b>Keywords:</b>	senior, old age, gerontology, geriatrics, nursing care, family, long – term hospital

Bachelor thesis deals with nursing care in long- term hospital, how it is seen valued by patients and their family members.

Care for patients in Medical institutions for long-term patients still ranks among frequently discussed topics. Public opinion on care for patients in Medical institutions for long-term patients has rarely been positive. Not even media contribute to a good reputation of these institutions.

Currently geriatrics patient is associated mainly with nursing care, social and long-term constitutional. Very important part in a care about old person is their family and its active involvement into care.

Research investigation is focused on environment of long- term hospital, communication, attitude of care staff and care about patients. Researched sample were 103 patients and 92 family members in three long- term hospitals in Eastern Bohemia region.

This work has found out that 77-80% of patients are satisfied with the background of Medical institutions for long-term patients, 80-90 % of patients are happy about quality of communication, the amount of given information and about visiting hours. 91-97 % of patients are positive about nursing and attitude of the personnel. Only 74 % of patients are satisfied with the rehabilitation care.

Responses of patients and family members do not show any significant differences.

# POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

## Monografie:

1. HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72s. ISBN 80-7013-363-5
2. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2. dopl. vyd. Praha: ČASL, 2003. 88s. ISBN 80-86541-12-6
3. JEDLIČKA, V. a kol. Praktická gerontologie. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182s. ISBN 80-7013-109-8
4. JOBÁNKOVÁ, J. a kol. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky, 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225s. ISBN 80-7013-390-2
5. KALVACH, Z., JIRÁK, R. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 861s. ISBN 80-247-0548-6
6. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. 44s. ISBN 80-7262-455-5
7. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4
8. STAŇKOVÁ, M. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 50s. ISBN 80-7013-263-9
9. TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 185s. ISBN 80-7013-324-4

10. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5

11. VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5

12. VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. 1. Vyd. Brno: IIPS, 2008. 233s. ISBN 978-80-210-4627-6

### **Články v periodických publikacích:**

1. BAUMANOVÁ, Z. Chronicky nemocný – domácí a ústavní péče. Sestra. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2009. roč. 19, č. 11, s. 47-48

2. BLAŽKOVÁ, V. Mýty o stáří. Florence. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2008. roč. IV, č. 7-8, s. 304

3. HOLMEROVÁ, I. Ještě ke „kauze LDN“ z letošního léta. Zdravotnické noviny. ISSN 1214-7664. 2008. roč. 57, č. 35-36, s. 18-19

4. KRÁLÍČKOVÁ, I. Spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesu. Florence. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2007. roč. III, č. 11, s. 469

5. KUCUKGUCLU, O., MERT, H., AKPINAR, B. Reliability and validity of Turkish version of attitudes toward old people scale. Journal of Clinical Nursing, 2011. vol. 20, s. 3196-3203. ISSN 0962-1067

6. LAMBRINOU, E., SOURTZI, P., KALOKERINOU, A. et al. Reliability and validity of the Greek version of kogan's Old People Scale. Journal of Clinical Nursing 2005, vol. 14, s. 1241-1247. ISSN 0962-1067

7. MLÝNKOVÁ, J. Práce ošetrujícího personálu na oddělení LDN. Sociální péče. ISSN 1213-2330. 2009. č. 1, s. 30-31

8. PEJZNOCHOVÁ, I. Ošetrovatelská péče o imobilního pacienta. Florence. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2007. roč. III, č. 10, s. 424

9. SEPEŠIOVÁ, P. Fyzická a psychická aktivace ve stáří v LDN. Sestra. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2003. roč. 13, č. 7-8, Příl. témat. sešit – Geriatrie. č.114, s. 65

10. TEJERO, L.M. Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. *International Journal of Nursing Studies*, 2010, vol. 47, s. 608-615. ISSN 0020-7489

**Diplomové a bakalářské práce:**

1. JAKUBÍKOVÁ, L. Kvalita ošetrovateľskej péče versus kvalita života v LDN. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2009. 115 s. Depon in: Archiv Katedry Ošetrovateľství Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity v Brně

2. SAPAROVÁ, M. Senior v léčebném prostředí. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008. 132 s. Depon in: Archiv Katedry Ošetrovateľství Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity v Brně

**Elektronické zdroje:**

1. KONCEPCE NÁSLEDNÉ LŮŽKOVÉ PÉČE, částka 9, 1998, MZČR.

[online] [cit. 2012-02-29]. Dostupné na World Wide Web:.

<http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luzpece.pdf>

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.....	42
Graf č. 2 – Vzdělání respondentů.....	43
Graf č. 3 – Věk pacientů v LDN.....	44
Graf č. 4 – Rodinný stav pacientů v LDN.....	45
Graf č. 5 – Počet dětí pacientů v LDN.....	46
Graf č. 6 – Počet lůžek na pokoji pacienta.....	48
Graf č. 7 – Spokojenost s prostředím pokoje.....	49
Graf č. 8 – Spokojenost s počtem spolupacientů na pokoji.....	50
Graf č. 9 – Spokojenost pacientů s dosahem signalizačního zařízení.....	51
Graf č. 10 – Spokojenost s úpravou chodeb na oddělení.....	52
Graf č. 11 – Spokojenost s prostředím sociálního zařízení.....	53
Graf č. 12 – Spokojenost s návštěvními hodinami.....	54
Graf č. 13 – Spokojenost s četností návštěv.....	55
Graf č. 14 – Spokojenost s péčí rodiny během hospitalizace.....	56
Graf č. 15 – Spokojenost s umožněním návštěv mimo návštěvní hodiny.....	57
Graf č. 16 – Spokojenost s komunikací s ošetřujícím personálem.....	58
Graf č. 17 – Spokojenost s množstvím poskytnutých informací.....	59
Graf č. 18 – Spokojenost s chováním sester.....	60
Graf č. 19 – Spokojenost s chováním sanitářů / sanitářek.....	61
Graf č. 20 – Spokojenost s poskytováním ošetrovatelské péče sester.....	62
Graf č. 21 – spokojenost s prací sanitářů / sanitářek.....	63
Graf č. 22 – Spokojenost s rehabilitační péčí.....	64
Graf č. 23 – Spokojenost se stravováním v LDN.....	65



Graf č. 24 – Spokojenost s prováděním hygienické péče.....	66
Graf č. 25 – Spokojenost se zajištěním soukromí při zajišťování péče.....	67
Graf č. 26 – Spokojenost se spoluprací ošetřujícího personálu a rodiny.....	68
Graf č. 27 – Vadí Vám něco v LDN.....	69
Graf č. 28 – Co byste Vy osobně navrhoval/a zlepšit?.....	70
Graf č. 29 – Jaký je Váš celkový dojem z LDN?.....	71

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů.....	42
Tabulka č. 2 – Vzdělání respondentů.....	43
Tabulka č. 3 – Věk pacientů v LDN.....	44
Tabulka č. 4 – Rodinný stav pacientů v LDN.....	45
Tabulka č. 5 – Počet dětí pacientů v LDN.....	46
Tabulka č. 6 – Počet lůžek na pokoji pacienta.....	48
Tabulka č. 7 – Spokojenost s prostředím pokoje.....	49
Tabulka č. 8 – Spokojenost s počtem spolupacientů na pokoji.....	50
tabulka č. 9 – Spokojenost pacientů s dosahem signalizačního zařízení.....	51
Tabulka č. 10 – Spokojenost s úpravou chodeb na oddělení.....	52
Tabulka č. 11 – Spokojenost s prostředím sociálního zařízení.....	53
Tabulka č. 12 – Spokojenost s návštěvními hodinami.....	54
Tabulka č. 13 – Spokojenost s četností návštěv.....	55
tabulka č. 14 – Spokojenost s péčí rodiny během hospitalizace.....	56
Tabulka č. 15 – Spokojenost s umožněním návštěv mimo návštěvní hodiny.....	57
Tabulka č. 16 – Spokojenost s komunikací s ošetřujícím personálem.....	58
Tabulka č. 17 – Spokojenost s množstvím poskytnutých informací.....	59
Tabulka č. 18 – Spokojenost s chováním sester.....	60
Tabulka č. 19 – Spokojenost s chováním sanitářů / sanitářek.....	61
Tabulka č. 20 – Spokojenost s poskytováním ošetrovatelské péče sester.....	62
Tabulka č. 21 – Spokojenost s prací sanitářů / sanitářek.....	63
Tabulka č. 22 – Spokojenost s rehabilitační péčí.....	64
Tabulka č. 23 – Spokojenost se stravováním v LDN.....	65
Tabulka č. 24 – Spokojenost s prováděním hygienické péče.....	66

Tabulka č. 25 – Spokojenost se zajištěním soukromí při zajišťování péče.....	67
Tabulka č. 26 – Spokojenost se spoluprací ošetřujícího personálu a rodiny.....	68
Tabulka č. 27 – Vadí Vám něco v LDN?.....	69
Tabulka č. 28 – Co byste Vy osobně navrhoval/a zlepšit?.....	70
Tabulka č. 29 – Jaký je Váš celkový dojem z LDN?.....	71
Tabulka č. 30 – Co byste poradil/a člověku, který přichází jako pacient do LDN poprvé v životě?.....	72

## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. Příloha č. 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení LDN v Hradci Králové
2. Příloha č. 2 – Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení LDN v Rybitví
3. Příloha č. 3 – Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení LDN ve Vysokém Mýtě
4. Příloha č. 4 – Dotazník pro pacienty LDN
5. Příloha č. 5 – Dotazník pro rodinné příslušníky pacientů LDN

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

Vážená paní  
Mgr. Zdena Václavíková  
Hlavní sestra LDN Hradec Králové  
Pospíšilova ul. 351  
530 03 Hradec Králové

V Býšti dne 19.10.2011

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Oddělení LDN v Hradci Králové.

Vážená paní magistro ,  
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení LDN Hradec Králové, které má být součástí závěrečné bakalářské práce Jitky Kaplanové, nar. 07. 05. 1970, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zmapování ošetrovatelské péče v LDN z pohledu pacientů a rodinných příslušníků.


Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc, zástupce přednosty Ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové.

Výsledky budou zpracovány anonymně a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Jitka Kaplanová  
Býšť 158, 533 22  
Email: [jitkakaplanova@centrum.cz](mailto:jitkakaplanova@centrum.cz)  
Telefon: 737 160 156

  
Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.  
ústav sociálního lékařství  
LF UK v Hradci Králové  
Email: [mares@lfhk.cuni.cz](mailto:mares@lfhk.cuni.cz)  
Telefon: 495 816 426

### Vyjádření vedení instituce

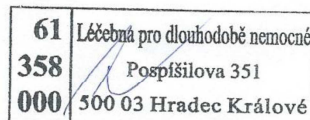
- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Ústav sociálního lékařství  
- 49 -

Datum: 26.10.2011

Podpis, razítko



Václavíková Zdena Mgr.

## Příloha č. 2

V Býšti dne 19.10.2011

Vážená paní  
Mgr. Jana Tomšů  
Ředitelka LDN Rybitví  
Činžovních domů 140  
533 54 Rybitví

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Oddělení LDN v Rybitví.

Vážená paní ředitelko,  
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení LDN Rybitví, které má být součástí závěrečné bakalářské práce Jitky Kaplanové, nar. 07. 05. 1970, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

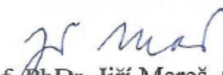
Cílem této práce je zmapování ošetrovatelské péče v LDN z pohledu pacientů a rodinných příslušníků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc, zástupce přednosty Ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové.

Výsledky budou zpracovány anonymně a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit. Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Jitka Kaplanová  
Býšť 158, 533 22  
Email: [jitkakaplanova@centrum.cz](mailto:jitkakaplanova@centrum.cz)  
Telefon: 737 160 156

  
Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.  
ústav sociálního lékařství  
LF UK v Hradci Králové  
Email: [mares@lfhk.cuni.cz](mailto:mares@lfhk.cuni.cz)  
Telefon: 495 816 426

### Vyjádření vedení instituce

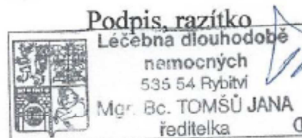
- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Ústav sociálního lékařství  
- 49 -

Datum:

9. 11. 2011



### Příloha č. 3

Vážená paní  
Bc. Ctislava Nováková  
Vrchní sestra LDN Vysoké Mýto  
Hradecká ul. 167/III.  
56623 Vysoké Mýto

V Býšti dne 19.10.2011

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Oddělení LDN ve Vysokém Mýtě.

Vážená paní vrchní sestro,  
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení LDN Vysoké Mýto, které má být součástí závěrečné bakalářské práce Jitky Kaplanové, nar. 07. 05. 1970, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zmapování ošetrovatelské péče v LDN z pohledu pacientů a rodinných příslušníků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc, zástupce přednosty Ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové.

Výsledky budou zpracovány anonymně a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Jitka Kaplanová  
Býšť 158, 533 22  
Email: [jitkaka@centrum.cz](mailto:jitkaka@centrum.cz)  
Telefon: 737 160 156

  
Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.  
ústav sociálního lékařství  
LF UK v Hradci Králové  
Email: [mares@lfhk.cuni.cz](mailto:mares@lfhk.cuni.cz)  
Telefon: 495 816 426

Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Ústav sociálního lékařství

- 49 -

#### Vyjádření vedení instituce

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 16. 11. 2011



Vysokomyštská nemocnice  
566 23 Vysoké Mýto 2  
3

Podpis, razítko

Jánska

## Příloha č. 4

### Dotazník pro pacienty LDN

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Jitka Kaplanová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu Ošetrovatelství na LFUK Hradec Králové. Téma mé bakalářské práce je: Ošetrovatelská péče v LDN očima pacientů a rodinných příslušníků a proto Vás prosím o **seriózní vyplnění** tohoto dotazníku. Dotazník je **anonymní** a údaje budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

U každé otázky označte (zakroužkujte) pouze jednu odpověď, která je nejbližší Vašemu názoru, eventuálně svou odpověď dopište.

Vyplněný dotazník odevzdejte určené osobě.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci

*Jitka Kaplanová*

- |   |  |
|---|--|
| 1) Pohlaví<br>a) žena<br>b) muž   | 4) Rodinný stav<br>a) svobodný/á<br>b) ženatý/vdaná<br>c) rozvedený/á<br>d) vdovec/vdova                   |
| 2) Věk<br>a) 60 – 69 let<br>b) 70 – 79 let<br>c) 80 a více  | 5) Kolik máte dětí?<br>a) 1<br>b) 2<br>c) 3 a více   |
| 3) Vzdělání<br>a) základní<br>b) střední odborné bez maturity<br>c) středoškolské s maturitou<br>d) vysokoškolské | 6) Kolika lůžkový je Váš pokoj?<br>a) 1 - 2 lůžka<br>b) 3 - 4 lůžka<br>c) 5 - 6 lůžek<br>d) 7 a více lůžek |

		velmi spokojen/a	spíše spokojen/a	Těžko říci	spíše nespokojen/a	velmi nespokojen/a
7	S prostředím pokoje jsem	1	2	3	4	5
8	S počtem spolupacientů na pokoji jsem	1	2	3	4	5
9	S dosahem signalizačního zařízení pro přivolání personálu jsem	1	2	3	4	5



10	S úpravou chodeb na oddělení jsem	1	2	3	4	5
11	S prostředím sociálního zařízení jsem	1	2	3	4	5
12	S návštěvními hodinami (dobou návštěv) jsem	1	2	3	4	5
13	S četností návštěv rodiny (dle jejich možností) jsem	1	2	3	4	5
14	S péčí rodiny během mé hospitalizace jsem	1	2	3	4	5
15	S umožněním návštěvy mé rodině nebo přátelům mimo dobu návštěv jsem	1	2	3	4	5
16	S komunikací mezi mnou a ošetřujícím personálem jsem	1	2	3	4	5
17	S množstvím poskytnutých informací jsem	1	2	3	4	5
18	S chováním sester ke mně jsem	1	2	3	4	5
19	S chováním sanitářek/sanitářů jsem	1	2	3	4	5
20	S poskytováním ošetrovatelské péče sester jsem	1	2	3	4	5
21	S prací sanitářek/sanitářů jsem	1	2	3	4	5
22	S rehabilitační péčí jsem	1	2	3	4	5

23	Se stravováním v LDN jsem	1	2	3	4	5
24	S prováděním hygienické péče jsem	1	2	3	4	5
25	Se zajištěním soukromí při poskytování ošetrovatelské péče jsem	1	2	3	4	5

26) Vadí Vám něco v LDN? (lze označit více než jednu možnost)

- a) přístup personálu, zejména .....
- b) prostředí, zejména .....
- c) nedostatek kontaktu s rodinou
- d) strava, zejména .....
- e) jiné .....

27) Co byste Vy osobně navrhoval/a zlepšit?

.....

28) Co byste poradil/a člověku, který přichází jako pacient do LDN poprvé v životě?

.....

## Příloha č. 5

### Dotazník pro rodinné příslušníky pacientů LDN

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Jitka Kaplanová a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského programu Ošetrovatelství na LFUK Hradec Králové. Téma mé bakalářské práce je: Ošetrovatelská péče v LDN očima pacientů a rodinných příslušníků a proto Vás prosím o **seriózní vyplnění** tohoto dotazník. Dotazník je **anonymní** a údaje budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

U každé otázky označte (zakroužkujte) pouze jednu odpověď, která je nejbližší Vašemu názoru, eventuálně odpověď dopište.

Vyplněný dotazník odevzdejte určené osobě.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci

*Jitka Kaplanová*

#### 1) Pohlaví

- a) žena
- b) muž

#### 2) Vzdělání

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

		velmi spokojen/a	spíše spokojen/a	těžko říci	spíše nespokojen/a	velmi nespokojen/a
3	S prostředím pokoje jsem	1	2	3	4	5
4	S úpravou chodeb jsem	1	2	3	4	5
5	S prostředím sociálního zařízení jsem	1	2	3	4	5
6	S návštěvními hodinami (dobou návštěv) jsem	1	2	3	4	5
7	S četností návštěv svého rodiče jsem	1	2	3	4	5
8	S umožněním návštěvy svého rodiče mimo dobu návštěv jsem	1	2	3	4	5

9	S komunikací mezi mnou a ošetřujícím personálem jsem	1	2	3	4	5
10	S množstvím poskytnutých informací o svém rodiči jsem	1	2	3	4	5
11	S chováním sester jsem	1	2	3	4	5
12	S chováním sanitářek/sanitářů jsem	1	2	3	4	5
13	S poskytováním ošetrovatelské péče sester jsem	1	2	3	4	5
14	S prací sanitářek/sanitářů jsem	1	2	3	4	5
15	S rehabilitační péčí u mého rodiče jsem	1	2	3	4	5
16	Se spoluprací ošetřujícího personálu a rodiny jsem	1	2	3	4	5

17) Jaký je Váš celkový dojem z LDN

.....

18) Vadí Vám něco v LDN? (lze označit více než jednu možnost)

- a) přístup personálu, zejména .....
- b) prostředí, zejména .....
- c) nedostatek kontaktu s rodičem
- d) jiné .....

19) Co byste Vy osobně navrhoval/a zlepšit?

.....