

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Problematika zajištění ošetrovatelské péče potřeb nemocných v LDN  
a v domácí péči z pohledu sester**

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková, DiS.

Hana Guidová

2009

## **Abstract**

The objective of nursing care is to maintain an individual self-sufficient for as long as possible, to improve their quality of life and to provide orientation or life programme in psychical and social activities. A need arises from a feeling of insufficiency or excess in biological, psychological, social or spiritual fields. This thesis addresses the issue of provision of nursing care and satisfaction of patients' needs in sanatoriums and in home care from the view of nurses.

The thesis comprised quantitative research made by means of questionnaires completed by 64 nurses from 6 addressed sanatoriums and 9 home-care agencies. The bachelor's thesis attempted to ascertain opportunities for provision of health care and satisfaction of lower and higher needs.

Three hypotheses were raised. The first hypothesis was focused on nurses providing home care and claimed that they provided their clients with more comprehensive nursing care. The results of the research have confirmed this hypothesis. Nurses from home-care agencies provide professional health care and satisfy lower and higher needs at the same time. Nurses working in sanatoriums satisfy lower and higher needs less than nurses providing home care. The second hypothesis addressed influence of the type of organization on satisfaction of clients' needs. This hypothesis has been confirmed by the results of the research. Nurses providing home care have more room to meet the needs than nurses working in sanatoriums. The third hypothesis concerned the question whether nurses providing home care have more room for satisfaction of higher needs than nurses in sanatoriums. This hypothesis has also been confirmed on the basis of the results. The research revealed that a part of nurses working in sanatoriums have little time for satisfaction of lower and higher needs. Regrettably, the answer that satisfaction of these needs is not necessary and even if it was, there would not be time for that was not exceptional.

An approach to nursing care and patients' needs has been undergoing continuous development. What used to be sufficient in former times is not sufficient at present. I believe that it would be useful for nurses to recommend them making use of education to a larger extent. They should realize the needs arising from illnesses since satisfaction of these needs is a part of the therapeutic process. I would also recommend that heads

of sanatoriums and home-care agencies should obtain more quality compensation equipment and modern medical supplies, and consider the number of nursing staff as compared to the number of treated clients since provision of quality nursing care is the aim of every nurse.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma – Problematika zajištění ošetrovatelské péče a potřeb nemocných v LDN a v domácí péči z pohledu sester, vypracovala samostatně s použitím pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Písku 2.5. 2009

.....  
podpis studenta

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Ditě Novákové, DiS., za odborné vedení, čas, cenné rady a připomínky při psaní mé bakalářské práce a také moji rodině za trpělivost a toleranci během mého studia.

Úvod.....	7
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>9</b>
1.1 Charakteristika ošetrovatelství.....	9
1.1.1 Koncepce oboru ošetrovatelství.....	10
1.1.2 Role sestry v pojetí moderního ošetrovatelství.....	12
1.1.3 Cíle ošetrovatelské péče.....	14
1.1.4 Kvalita a standardizace ošetrovatelské péče.....	14
1.2 Charakteristika ošetrovatelské péče v léčebně pro dlouhodobě nemocné.....	15
1.2.1 Léčebna dlouhodobě nemocných.....	16
1.2.2 Adaptace nemocných v léčebně dlouhodobě nemocných.....	16
1.3 Ošetrovatelská péče v domácí péči.....	17
1.3.1 Cíl domácí péče.....	17
1.3.2 Kvalita domácí péče.....	18
1.3.3 Vývoj domácí péče v České republice.....	18
1.3.4 Základní formy domácí péče.....	19
1.4 Potřeby v ošetrovatelství.....	19
1.4.1 Motivace pro naplnění potřeb.....	20
1.4.2 Rozdělení potřeb dle A. Maslowa.....	21
1.4.2.1 Dělení potřeb podle významu pro život.....	22
1.4.2.2 Dělení potřeb vyplývající z jejich obsahu.....	22
1.4.3 Potřeby nemocného.....	23
1.4.4 Způsoby naplnění potřeb.....	23
1.4.5 Faktory ovlivňující naplnění potřeb.....	24
1.4.6 Životní potřeby ve stáří a nemoci.....	24
1.5 Etické přístupy sester.....	25
<b>2. Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>27</b>
2.1. Cíl práce.....	27
2.2. Hypotézy práce.....	27
<b>3. Metodika.....</b>	<b>28</b>
3.1 Použité metody.....	28
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	28
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>29</b>

4.1 Dotazník pro sestry pracující v LDN .....	29
4.2 Dotazník pro sestry pracující v ADP .....	39
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>48</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>53</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>55</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>58</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>59</b>





## Úvod

Složení lidské populace se v současné době mění. Na celém světě přibývá starších lidí. S prodlužující se délkou života se stále více lidí dožívá vysokého věku. Podle statistických prognóz má být 21. století, stoletím seniorů, alespoň v prvních padesáti letech. Pro společnost to znamená zvýšené zaměření na geriatrickou péči. Je řada seniorů, kteří si udržují své fyzické, psychické i společenské aktivity. Všem ale není tato schopnost dána. Někteří senioři jsou přehlíženi, odsouváni, není jim dostatečně projevena úcta či respekt. Často jsou velmi závislí na péči své rodiny, která ale v mnoha případech není ochotna péči poskytovat a přesouvá ji na zdravotně sociální instituce. Je také podceňován fakt, že mnoho dětí našich seniorů jsou sami senioři. Z našeho pohledu je důležité chápat změny stárnoucího člověka, respektovat jeho potřeby, jednat s ním jako s plnohodnotným občanem této země a pomáhat seniorovi naplnit jeho životní roli ve stáří. Dávat seniorům dostatek prostoru, času, pomáhat hledat vnitřní energii, přijmout nové podmínky, stavět na tom, co senior umí, co dokáže, kam směřuje a co chce. Senioři se musí snažit přijmout své fyziologické změny, nechápat stáří jako nemoc, nelpět na činnostech, na které již síly nestačí. Každý z nás je jedinečná, neopakovatelná bytost. Máme v sobě mnoho krásného, dobrého ale samozřejmě i to, co nám vadí, či dokonce škodí. Proč si nepřiznat, že všichni máme nedostatky, chybičky i chyby. Určitě je cílem každého z nás vyzdvihnout to, co je dobré, prožít laskavý a spokojený život v kterékoli jeho etapě (10, 9).

Nemocní i senioři si přejí, co nejdéle žít doma. Domov je místo, které znají, které je naplněné konkrétními lidmi, emočně bohatými vztahy, intimitou, místem, kde mají možnost sami určovat svůj denní režim. Kde mohou o řadě záležitostí alespoň částečně rozhodovat. V LDN je život charakterizován určitou anonymitou, ztrátou velkého dílu soukromí a nutností se podřídít dennímu řádu dané instituce. Prožít závěr života doma je v dnešní době umožněno pouze menší části nemocných. Zásadní rozdíl mezi domácím prostředím a zdravotnickým zařízením, je v dostupnosti profesionální zdravotní péče i v míře, jakou se na péči podílejí laici. V domácím prostředí se velice významně počítá s praktickou pomocí rodiny či přátel pacienta. Rodina se aktivně podílí na ošetrovatelské péči. Sami však v této fázi obvykle prožívají velký stres

z proměny rolí, z blížící se ztráty blízké osoby. Neméně také z nejistoty, zda doma zvládnou zajistit potřebnou péči (3, 6, 18).

## **1. Současný stav**

V dnešní době se klade velký důraz na materiální zabezpečení. Jak kdo vypadá, kde bydlí, čím jezdí, ale zapomíná se na opravdovou spokojenost. Neuvědomujeme si, že celkovou harmonii můžeme zajistit třeba jen ošetrovatelskou péčí s ohledem na potřeby nemocných (5, 6).

### ***1.1 Charakteristika ošetrovatelství***

Ošetrovatelství jako obor se vyvíjelo postupně od činnosti laické, charitativní až k ošetrovatelství. Moderně pojaté ošetrovatelství už dávno není vnímáno ve vztahu k medicíně jako podřízený obor, ale naopak se postavilo do role samostatného zdravotnického oboru, jehož rozhodujícími reprezentantkami jsou sestry. V současné době samostatná práce sester vyžaduje nejen kvalitní přípravu na povolání, ale jak vyplývá ze zákona, sestra musí své získané zkušenosti, znalosti a dovednosti celoživotně rozvíjet a doplňovat (5, 6).

Z historického hlediska rozlišujeme tři vzájemně se překrývající vývojové linie, které ovlivnily ošetrovatelství. Laická péče byla nejstarším typem péče. Pacienti si ji poskytovali sami nebo jim byla poskytována rodinnými příslušníky, lidovými léčiteli a porodními bábami. Druhý typ péče vznikl spolu s křesťanstvím. Jednalo se o péči charitativní, která byla spojena se zakládáním mnišských řádů, útulků, špitálů a nemocnic, kde byla poskytována péče, která byla zaměřená na uspokojování základních potřeb života. Patří sem zajištění přístřeší, stravy, duchovní podpory a léčitelské péče. Péče byla poskytována specifickým skupinám lidí, jako byli nemocní, chudí, opuštěné děti a lidé závislí na pomoci jiných. Charitativní i řádová péče byla základem profesionálního ošetrovatelství. Ke konci 19. století se již hovořilo o organizované léčebné péči, kdy sestry přebíraly množství různých technických výkonů, které často byly původně prováděny lékaři. V současné době se ošetrovatelství stalo samostatnou vědeckou disciplínou a pro její stanovení existuje celá řada definic. Jedna z nich v sobě zahrnuje veškeré oblasti, na které je ošetrovatelství soustředěno především při uspokojování potřeb jedinců a skupin. Vzhledem k jejich stávajícímu zdraví, prostředí a zajišťování potřeb (5, 6, 15, 24).

Ošetrovatelství lze dále dělit na obory základní a aplikované. Mezi základní obory patří všeobecné ošetrovatelství, dějiny ošetrovatelství a metodologie ošetrovatelství. Aplikované ošetrovatelské obory jsou zaměřené na ošetrovatelskou komplexní péči, například ošetrovatelství interní, chirurgické, pediatrické, gynekologické, rehabilitační, geriatrické, paliativní.

Ošetrovatelství jako multidisciplinární a vědecký obor využívá poznatků a metod odvozených z věd humanitních, jako je filozofie, psychologie, sociologie, etika a pedagogika, a přírodovědných jako je například biologie a fyzika. Do ošetrovatelství lze také zařadit disciplíny medicínské (15, 19).

Charakteristické rysy ošetrovatelství vychází z celostního přístupu k člověku, jeho rodině a komunitě. Ošetrovatelství zajišťuje péči o zdraví v přímém kontaktu s jednotlivci nebo skupinami lidí, kteří tuto péči potřebují. Zahrnuje péči o poskytování individuálních bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb člověka. Ať už zdravého nebo nemocného, handicapovaného nebo nevyléčitelně nemocného a umírajícího, rodin a komunit prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Tato péče zachovává i posiluje zdraví lidí, zabraňuje poškození a zhoršení jejich zdraví, preventivně brání vzniku onemocnění zvyšující kvalitu jejich života. Podílí se na snižování nákladů, zvýšení výkonnosti systému péče o zdraví obyvatelstva tím, že zlepšuje znalosti obyvatel v oblasti péče o zdraví, mění jejich postoje. Zvyšuje soběstačnost, péči o sebe sama u jednotlivců, rodin a komunit. Snižuje úmrtnost a komplikace, kterým lze edukací obyvatel a preventivními opatřeními předejít (5, 11, 19).

Role sestry se v posledním období výrazně změnily. Sestra má v péči o zdraví nezastupitelné místo a stává se autonomním pracovníkem. Zvyšuje se její odborná kvalifikace, rozšiřují se její kompetence, samostatnost, ale i zodpovědnost. Sestry jsou hnací silou změn v ošetrovatelství (5, 14).

### ***1.1.1 Koncepce oboru ošetrovatelství***

V České republice se rozvíjelo ošetrovatelství postupně, nejvíce po roce 1990. Výsledkem rozvoje ošetrovatelství po roce 1990 je vydání první koncepce ošetrovatelství v roce 1998. Přijatá koncepce vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie přičemž určuje základní perspektivu vývoje českého ošetrovatelství. S novou koncepcí přichází

pokrokové ošetřovatelství, které je spojeno s individuálním přístupem ke klientům a aktivním vyhledáváním potřeb včetně jejich uspokojování. Také se zdůrazňuje nutnost zavedení ošetřovatelského procesu spolu s ošetřovatelskou dokumentací, jako základního metodického postupu sestry při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním okolím a otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů stanovujících požadavky k jejímu hodnocení (11, 19).

V roce 2004 byla vydána nová koncepce ošetřovatelství, která navazuje na koncepci z roku 1998. Reaguje na legislativní změny, které byly schváleny během první poloviny roku 2004. Koncepce ošetřovatelství definuje tento obor jako samostatný vědecký obor, který uplatňuje bio-psycho-sociální přístup k lidem zdravým i nemocným. Je zaměřen na podporu, udržení a navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zlepšení kvality života nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění jeho důstojného umírání. Cílem ošetřovatelství je udržení dobrého zdravotního stavu a zvyšování kvality života člověka. K dosažení tohoto cíle jsou orientovány všechny ošetřovatelské činnosti, které přispívají k podpoře a udržení zdraví, k ochraně před možným vznikem onemocnění k pomoci člověku co nejdříve získat soběstačnost a nezávislost. Pokud toho nelze dosáhnout, ošetřovatelské činnosti člověku zajišťují odpovídající péči, doprovázejí ho při umírání až ke klidné a důstojné smrti (5, 6, 15).

Koncepce vymezuje charakteristické rysy ošetřovatelství. Péče se poskytuje aktivně, prostřednictvím ošetřovatelského procesu individualizovaně, na základě vědeckých poznatků, má preventivní charakter a je poskytována týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků. Všechna péče je založena na holistickém přístupu. Dále definuje pracovníky v oboru a jejich vzdělávání. Zdravotničtí pracovníci se v oboru ošetřovatelství liší podle způsobilosti k výkonu povolání na pracovníky bez odborného dohledu, pod odborným dohledem nebo přímým vedením. A to na základě absolvování kvalifikačního studia a celoživotního vzdělávání, které je v koncepci uvedeno. Součástí koncepce je popis registru zdravotnických pracovníků a důvody potřebné k získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Dále se zabývá ošetřovatelským procesem, jako hlavní pracovní metodou pro ošetřovatelský personál, a jeho dokumentací, kdy aplikací ošetřovatelského procesu je uplatňován systém skupinové péče, nebo systém primárních sester. Při skupinové péči sestra ošetřuje určitou skupinu

nemocných odpovídajíc za zajištění ošetrovatelského procesu a zdravotnické dokumentace, kterou po ukončení služby předá další sestře. Při uplatňování systému primárních sester je nemocnému přidělena sestra, která odpovídá za ošetrovatelský proces a dokumentaci po celou dobu jeho hospitalizace. V koncepci je ještě zahrnuto řízení oboru, jehož nejvyšším metodickým článkem je odborný útvar Ministerstva zdravotnictví, který ošetrovatelství metodicky řídí a kontroluje. V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče vedena náměstkem pro ošetrovatelskou péči. Koncepce se také zabývá komunitní ošetrovatelskou péčí, která je poskytována mimo ústavní zařízení rodinám, jednotlivcům a skupinám. Ještě je v koncepci rozpracováno hodnocení kvality ošetrovatelské péče směřující k řízení výzkumu (6, 11, 19).

### ***1.1.2 Role sestry v pojetí moderního ošetrovatelství***

Pokrok v medicíně, rozvoj ošetrovatelské péče a nové poznatky společenských věd, psychologie, sociologie, etiky a zdravotnické techniky postupně vedly ke změně role sestry. Sestra se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Dále se mění kompetence sestry i obsah její pracovní náplně. Mezi prvotní role sestry patří pečovatelská role, která je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Sestra také zastává roli edukátorky, jejímž hlavním cílem je vzdělávat nemocného a jeho rodinu, čímž se podílí na upevňování zdraví, rozvoji soběstačnosti a prevenci nemocí. V některých případech se také objevuje v roli obhájkyne nemocného, kdy nemocný není schopen projevit své problémy, potřeby a přání, tudíž se také stává jeho mluvčím. Sestra musí být schopna vykonávat i roli koordinátorky, protože její činností je realizace včetně plánování ošetrovatelské péče. V roli asistentky se nachází v okamžiku, kdy se podílí na diagnosticko-terapeutické péči (5, 6, 21).

Koncepce moderního ošetrovatelství vychází z holistického pohledu na člověka. Holismus je výraz pocházející z řeckého slova „holos“ v překladu celek. Je filosofickým směrem celistvosti, který v roce 1926 poprvé uvedl ve své knize jihoafrický politik a generál J. H. Smuts. Říká, že celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí, nýbrž nehmotný a nepoznatelný, někdy až mystický činitel celistvosti. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozložením celistvost zanikne. Základem moderní ošetrovatelské péče o člověka jsou brány v úvahu všechny jeho

součástí: tělesné, sociální, emociální, intelektuální a duchovní. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí vyvolá poruchu celého systému. Je proto nezbytně nutné, aby sestry pečující o člověka jako o celou lidskou bytost pochopily, co znamená holistický přístup ke zdraví a péči o člověka (6, 14).

Moderně chápané ošetřovatelství spolu s novou rolí sestry ve vztahu k nemocným ovlivňuje i způsob práce sestry a vede k systémovému přístupu v ošetřovatelské péči. Systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich rozmanité problémy, je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity, se nazývá ošetřovatelský proces. Je v protikladu k tradičnímu rutinnímu přístupu založenému na ošetřovatelské péči vycházející ze zajištění ordinací lékaře a provozu pracoviště. Ošetřovatelský proces se zabývá potřebami jednotlivce, jde o systematickou metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Probíhá v pěti fázích: shromažďování údajů, stanovení ošetřovatelských diagnóz, plánování cílů, realizace ošetřovatelských intervencí a vyhodnocení efektu poskytované péče. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Sestra při sestavování individuálního plánu ošetřovatelské péče potřebuje svého nemocného poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetřovatelského hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s nemocným, jeho zástupci, pro správnou strategii jeho ošetřování a nakonec zhodnotí efekt poskytované péče. Ošetřovatelský proces ovlivňuje způsob přístupu sester k nemocným a poskytuje sestřím profesionální model ošetřovatelské péče (5, 19, 20).

Provedená ošetřovatelská péče je sestrou zaznamenána do ošetřovatelské dokumentace, která je nezbytnou složkou ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o bio-psycho-sociálních a spirituálních potřebách nemocných, o cílech, kterých je třeba při poskytování ošetřovatelské péče dosáhnout, k dokumentování poskytnuté ošetřovatelské péče a hodnocení jejích výsledků. Ošetřovatelská dokumentace slouží jako podklad pro kontrolu kvality ošetřovatelské péče (19, 20).

Jedním z cílů moderního ošetřovatelství je kvalitní ošetřovatelská péče. Kvalitu ošetřovatelské péče určují ošetřovatelské standardy, které současně stanovují měřitelná kritéria, podle nichž je kvalita ošetřovatelské péče hodnocena. Ošetřovatelským standardem se rozumí dohodnuté profesní normy kvality. Mohou být vydány jako zákony a podzákoné normy, metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná

ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením a profesní organizací. Týkají se výkonu ošetrovatelské profese, ošetrovatelské péče, dokumentace, vybavení a personálního obsazení pracoviště, pracovních postupů a vzdělávání (10, 21, 26).

### ***1.1.3 Cíle ošetrovatelské péče***

Cílem ošetrovatelské péče je udržet člověka co nejdéle soběstačného, zlepšit kvalitu jeho života, zajistit směr nebo životní program v psychických a sociálních aktivitách. Uspokojit základní potřeby, zlepšovat psychickou a fyzickou kapacitu člověka. Neopomenout prevenci komplikací, urychlit léčebný proces, zajistit práva pacientů. Při péči o dlouhodobě nemocné pacienty je nutné vzít v úvahu etické a ideové principy ošetrovatelství. Zdravotník pečující o dlouhodobě nemocné by měl být nadaný empatií, trpělivostí, profesionálním chováním. Měl by znát zvláštnosti medicíny všech oborů, ale i speciální fyziologii a patologii stáří, změny při pokročilém věku, vliv nedostatku pohybu pro organizmus. V zařízeních pro chronicky nemocné nejde jen o staré lidi, ale často i o mladé v produktivním věku. Sestra a lékař musí velmi pečlivě diferencovat přístup. Je zde poskytována péče jak základní, tak i specializovaná. Péče zajistí komfort pacienta, urychlí léčení, uzdravování a zajistí prevenci komplikací dlouhodobého ležení. Mezi základní ošetrovatelskou péčí se řadí: hygienická péče, péče o kůži, prevence a léčba dekubitů, péče o lůžko i prádlo, o stravování včetně pitného režimu, prevence komplikací z omezeného pohybu, nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy, aktivizace psychická a fyzická, péče o prostředí (7, 17, 22, 25).

### ***1.1.4 Kvalita a standardizace ošetrovatelské péče***

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je podmíněno kvalitní ošetrovatelskou praxí a jejím místem v celkovém systému péče. Kvalitní péče je vyjádřena ve standardech, podle kterých se ošetrovatelská péče posuzuje. Není jednoduché definovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Jinak vnímá kvalitní péči pacient, jinak rodina, sestry, ale i široká veřejnost. Pohled na kvalitu ovlivňují vědomosti, hodnoty, kultura, sociální prostředí, věk, pohlaví, vzdělání, předcházející zkušenosti i očekávání. Hlavním východiskem určování kvality musí být spokojenost pacienta. Mezi znaky kvality péče patří - dostupnost péče, vhodnost, přijatelnost, efektivita, účinnost a rovnocennost péče.



Kvalitní ošetrovatelskou péčí charakterizují tyto znaky: ošetrovatelská péče je odvozená od potřeb pacienta k poskytování péče se respektují práva pacientů. Ošetrovatelský tým je odborně připravený, dobře motivovaný a dodržuje profesionální etický kodex (5, 23).

### ***1.2 Charakteristika ošetrovatelské péče v léčebně pro dlouhodobě nemocné***

V současnosti roste počet lidí, kteří nejsou schopni se sami o sebe postarat. Často jde o osoby jejichž zdravotní stav je stabilizovaný nevyžadující akutní lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň jim ani neumožňuje plnou soběstačnost. Přibývá však osob, které potřebují zdravotní i sociální péči, buď ve vlastním sociálním prostředí (v domácnosti), nebo v náhradním prostředí (v institucích). Jednou z forem sociální péče je tzv. sociální hospitalizace (13).

LDN je zaměřena na zlepšení sebeobslužnosti nemocných. Pacienti jsou do léčebny překládáni z akutních lůžek nemocnice. Nejvíce pacientů je přijímáno z oddělení interních, neurologických a ortopedických. Paleta diagnóz přijímaných pacientů je pestrá. Důvodem příchodu jsou úrazy, polytraumata či těžká poúrazová i jiná poškození CNS, cévní mozkové příhody, či demence, nejrůznější chronické choroby interní a v neposlední řadě nádorové choroby v pokročilém stádiu. Nemocní jsou přijímáni na podkladě žádosti a volné lůžkové kapacitě. V péči o pacienty je kladen největší důraz na kvalitní a rehabilitační ošetrovatelskou péči. Od roku 1989 se stále zlepšuje vybavenost LDN. Zařízení začala mít možnost zakoupit polohovací a elektrická lůžka pro imobilní pacienty, antidekubitální matrace, hydraulické sprchovací vozíky pro imobilní pacienty, zvedáky s digitální vahou a řadu dalších rehabilitačních pomůcek především určených pro polohování. Délka pobytu v LDN je časově vymezena. Neměla by přesahovat tři měsíce. Po ukončení léčby se nemocný vrací do domácího prostředí nebo je přeložen do Ústavu sociální péče. Klienty LDN jsou převážně senioři i když výjimkou nejsou ani osoby mladší. Proto při aktivizaci pacientů je zapotřebí vzájemné spolupráce lékařů, zdravotnického personálu, sociálních a rehabilitačních pracovníků, ergoterapeuta a rodinných příslušníků. V rámci léčebného programu klienti mají možnost využívat fyzioterapii a ergoterapii (4).

### ***1.2.1 Léčebna dlouhodobě nemocných***

V LDN je poskytována primární, sekundární a terciální péče. Nejvíce pozornosti je věnováno RHB péči a nácviku soběstačnosti. Často jde o následnou péči, které předchází hospitalizace na oddělení akutní péče. V některých případech je péče poskytována pouze na určitou dobu, než je zajištěna péče v sociálních službách (7, 8, 12).

Ani v LDN nelze zapomenout na komunikaci. Je třeba naslouchat nemocnému trpělivě, terapeuticky a vstřícně. Nemocného nechat rozhodovat o svém zdraví a léčbě. V případě komunikačních potíží, zajistit nemocnému zastupitelnost příbuzným nebo přítelem. Při poškození zraku či sluchu, poskytnout nemocnému pomůcky, které komunikaci ulehčí. Informovat nemocného jasně a šetrně o jeho zdravotních problémech, o možnosti léčby a případného rizika. Pokud to bude ze zdravotních důvodů možné, sdělit informace nemocnému dříve, než jeho příbuzným. Umožnit nemocnému nahlížení do jeho zdravotních záznamů a zachovávat důvěrnost. Řešit řádně všechny stížnosti nemocného. Informovat nemocného o všech dalších zdravotnických a sociálních službách a o dalších možnostech podpory a pomoci (7, 8, 12).

### ***1.2.2 Adaptace nemocných v léčebně dlouhodobě nemocných***

Přemístění starší osoby z dosavadního bydliště do zařízení dlouhodobé ústavní péče, představuje zvláště v počáteční fázi pobytu obvykle mimořádnou zátěž a přináší řadu rizik. Jedná se o změnu prostředí s neznalostí jak prostor, tak personálu a ostatních nemocných. Přerušování dosavadních sociálních vazeb, sociální participace a způsobu seberealizace. Nemocný se bojí ztráty či vážného ohrožení autonomie a soukromí, změny sebehodnocení a životní perspektivy. V léčebnách se musí podřídit ústavnímu řádu a vyrovnat se vnitřním předpisům oddělení. To vše vede k problémům v oblasti adaptace na nové prostředí. Adaptací se rozumí přizpůsobení se prostředí, provozu, kontaktu s jedinci a se vším, co je pro ně nové, neznámé (9, 16).

Při nepřizpůsobivosti dochází k maladaptativnímu syndromu. Nemocný odmítá komunikovat a odmítá oční kontakt. Ztrácí zájem o sebe i o okolí. Je lhostejný ke svému zdravotnímu stavu nebo naopak hypochondrický. Často dělá automatické

činnosti a stereotypy. Uhlazuje si oblečení nebo přechází po pokoji, apaticky posedává a jeví nezájem.

Ošetřující personál se musí zaměřit na prevenci maladaptálního syndromu a pro nově příchozí na oddělení je důležitá znalost této problematiky (9, 16).

### ***1.3 Ošetrovatelská péče v domácí péči***

Komplexní domácí péče je zaměřena na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu nemocí a rehabilitaci, rekonvalescenci a resocializaci nemocných (22).

První zmínky o domácí péči jsou od počátku 12. století. Nejdříve domácí péči zajišťovaly diakonky a řeholnice. Ve druhé polovině 19. století pak bylo rozhodnuto o nutnosti odborně připravených žen pro péči o raněné a nemocné. Vznikali domácí péče při Československém červeném kříži. V té době byly na sjezdu Spolku diplomovaných sester formulovány tři hlavní úkoly sociálně zdravotní péče-ošetrovatelský, sociální a výchovný. Po druhé světové válce došlo k masivnímu rozvoji ošetrovatelských škol a mezi nově zavedené obory patřila také odborná výchova sester pro úsek ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. Od roku 1952 přebíral odpovědnost za provádění domácí péče stát. Tento segment péče se tak stal součástí zdravotní péče, jež byla poskytována ve zdravotních obvodech. K zásadním změnám pak došlo až v posledním desetiletí minulého století kdy začaly vznikat první agentury domácí péče. Domácí péče umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči také v jeho přirozeném domácím prostředí, které přispívá k psychické pohodě člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování (1).

#### ***1.3.1 Cíl domácí péče***

Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím. Zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí. Zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb. Udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech. Edukovat pacienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné

a duševní zdraví. Zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny (1, 7).

### ***1.3.2 Kvalita domácí péče***

Kvalita komplexní péče je přímo ovlivňována základními principy, které vycházejí z filozofie domácí péče: humanizace zdravotní péče, orientace na občana a na podporu obnovy zdraví společnosti, respektování základních lidských práv, chápání lidské bytosti ve vztahu s prostředím, komplexnost-zdravotní a sociální péče, standardizace ošetrovatelských činností a sociálních intervencí, efektivní a cílené využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby, kontinuální odborný růst a celoživotní vzdělávání poskytovatelů domácí péče. Mezi výhody domácí péče patří ekonomičnost, víceoborovost, individualizovaná péče, komplexnost, dlouhodobá péče a podpora zdraví (1, 7, 26).

### ***1.3.3 Vývoj domácí péče v České republice***

V lednu 1991 Ministerstvo zdravotnictví ČR povoluje dvouletý experiment pod názvem Domácí ošetrovatelská péče. Česká katolická charita otevírá 25 agentur. V říjnu téhož roku vzniká agentura domácí péče při nemocnici Pardubice.

V roce 1992 stoupá počet agentur na 68. Zřizovatelé agentur jsou zejména lékaři. V září je založena Skupina pro podporu a rozvoj Domácí péče v ČR. Připravuje se legislativa pro vzdělávání zdravotnických pracovníků, financování domácí péče, zvyšuje se informovanost.

V roce 1993 nastává velký rozvoj ADP a rozvoj spolupráce se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Denně je ošetřeno v jedné agentuře 20 klientů. V agenturách pracuje 3 000 zaměstnanců. Tento rok probíhá první Mezinárodní kongres v Chrudimi.

V roce 1994 nadále stoupá počet agentur. Už jich je kolem 250. Je založeno Národní centrum domácí péče ČR se sídlem v Praze, v jehož čele stojí Bc. Blanka Misconiová. Centrum poskytuje informace, edukaci, realizuje metodiku pro dotační řízení pro podporu a rozvoj domácí péče (7).

#### ***1.3.4 Základní formy domácí péče***

Akutní domácí péče zajišťuje domácí hospitalizace pro klienty s akutním krátkodobým onemocněním - kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální, urologické. Jde o specializovanou domácí péči v pooperačním a poúrazovém stavu. Bývá poskytována převážně krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů (7).

Dlouhodobá domácí péče zajišťuje komplexní domácí péči, nejrozšířenější formu. Je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Obvykle jde o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, klienty s plným i částečným ochrnutím nebo klienty se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem či chronickou bolestí.

Preventivní domácí péče je pro klienty, kterým ošetřující lékař doporučí pravidelné preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Sestry měří fyziologické funkce, monitorují celkový stav klienta a vzniklé změny ihned oznamují ošetřujícímu lékaři. Je poskytována v týdenní nebo měsíční frekvenci.

Domácí hospicová péče slouží klientům v preterminálním a terminálním stadiu života. Sestry zajišťují odbornou péči, která též zahrnuje management bolesti a emocionální podporu, a tak mírní utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání.

Jednorázová domácí péče nahrazuje ošetření nemocného v ordinaci lékaře. Často jde o imobilní klienty, kteří potřebují odebrat biologický materiál, aplikovat injekci či provést vyšetření fyziologických funkcí v domácím prostředí (7).

#### ***1.4 Potřeby v ošetřovatelství***

Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou. Vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu. Potřeby jsou důležité, užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života. Potřeby v oblasti základního uchování existence souvisí s faunou i s florou na Zemi. I rostliny mají potřebu vláhy a slunce. Každá živá bytost, zvíře i člověk, má potřebu jíst, pít, spát, rozmnožovat se. Sama existence těchto potřeb však nevytváří ještě nic specificky lidského nebo společenského. Teprve existence

druhé signální soustavy odlišuje člověka od zvířat a tímto faktem se mění obsah potřeb i způsob jejich naplnění, přidružují se potřeby psychické, sociální, duchovní (22, 25).

Vědomí vnímání potřeby vzniká na základě pocitu nedostatku naplnění té které potřeby. Nedostatek lásky přináší pocit nespokojenosti, nadbytek lásky může přinášet pocit spoutání druhým člověkem, pocit jakéhosi okupování. Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech.

Při ošetřování seniorů, zejména pak těžce a vážně nemocných, se snažíme uspokojit potřeby, které jsou limitovány onemocněním samotným. Senioři mají často sociální a ekonomické problémy a potřeby, které nově vznikají. Patří sem pomoc od bolesti, ztráta pocitu bezpečí. Potřeby se u seniorů mění s průběhem onemocnění, některé mizí, jiné se zase naléhavě objevují (22, 25).

#### ***1.4.1 Motivace pro naplnění potřeb***

Motivace je hybná síla našeho jednání a konání. Pro naplnění potřeb je důležitá její síla a schopnost jedince překonávat překážky. Jak silná je motivace, tak silně se jedinci dostává síly a odvahy k naplnění cílů. Naplnění potřeby nebo naplnění náhradního cíle bývá přímo úměrné síle motivace.

Touha po uspokojení určité potřeby, po dosažení životního optima, aktivizuje jedince k činnosti. Aktivizace trvá, dokud není potřeba uspokojena nebo dokud se člověk nesmíří s faktem, že tato potřeba uspokojena být nemůže, a nebo si najde náhradní cíl za potřebu, kterou uspokojit nelze. Ke spokojenému životu je potřeba pocitu životního optima, tzn. dosažení maximálního možného individuálního životního uspokojení. Pocit životního optima je naprosto a bezvýhradně individuální. Motivaci nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoliv typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Za optimální situaci považujeme tu, kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejího naplnění.

Při péči o seniory je nevyhnutelný individuální přístup. Sestra nemocné aktivizuje a vzhledem k jejich snížené soběstačnosti často uspokojuje jejich biologické potřeby. Je důležité, aby v nich dokázala probudit chuť do života, protože mnozí už chtějí jen zemřít (17, 25).

### ***1.4.2 Rozdělení potřeb dle A. Maslowa***

Potřeby nás provázejí od narození do konce života. Základní rozdělení potřeb sestavil Abraham Maslow ve 40. letech minulého století. Abraham H. Maslow (1. 4. 1908 - 8. 6. 1970) byl americký psycholog, který se zabýval problematikou lidských potřeb a motivacemi, které vedou člověka k jejich naplnění. Vypracoval hierarchický systém lidských potřeb. A. Maslow v roce 1962 založil Společnost humanistické psychologie, v roce 1968 spolu zakládal Společnosti transpersonální psychologie (22, 25).

Fyziologické potřeby, základní a primární, zůstávají po velmi dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného člověka. Zájem o fyziologické potřeby, jako je jídlo a pití, často nemocní postupně ztrácejí. Povinnost ošetřovatelů spočívá v převzetí role zabezpečení fyziologických potřeb tak, aby nemocný člověk netrpěl nedostatkem ve výživě a hydrataci.

Mezi druhý stupeň potřeb patří bezpečí a jistota. Nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn, že ho nenecháme samotného. Nemocný člověk chce být v první řadě zbaven bolesti, chce být pokud možno zbaven ostatních doprovodných příznaků, jako je nauzea, nechutenství, nespavost, chce mít vše po ruce, chce vědět, že se mu dostane v případě potřeby všeho, co mu přinese úlevu (22, 25).

Jako třetí v žebříčku hodnot je potřeba lásky a pocit příslušnosti. Dáváme naprosto jednoznačně najevo své porozumění, snažíme se pomoci při vysvětlování osobních a vztahových nejasností. Pocit příslušnosti k určité skupině je závislý na přijímání jedince v jeho nemoci, na pochopení jeho změněných potřeb a nároků. Projevujeme toleranci k nemocnému a jeho potřebám, projevujeme individuální zájem o jeho osobu.

Další potřebou je sebeúcta. Sebeúctu posilujeme v nemocném tím, že mu dáváme najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat. Maximálně dbáme o jeho soukromí a osobní čistotu.

Poslední potřebou je seberealizace, která ale většinou u těžce a vážně nemocných zaniká. Nemocný člověk nechce slyšet, jak by se mohl ještě realizovat, ale chce být ubezpečen, že se mu mnohé povedlo, že něco dokázal (22, 25).

#### ***1.4.2.1 Dělení potřeb podle významu pro život***

Potřeby primární – patří mezi základní, pro život nezbytné. Jedná se o potřeby biologické, jako je dostatek vzduchu, vyloučení pocíťovaných škodlivých vlivů, ukojení hladu, potřeby dostatečného odpočinku a spánku, potřeby tepla a pohodlí, potřeby sexuální a potřeby rozmnožování se. Mezi potřeby primární lze řadit i potřebu bezpečí(25).

Naplnění potřeb sekundárních činí život bohatším a příjemnějším. Přináší životní obohacení, prestižní uspokojení, seberealizaci, současně potřebu společenství, blízkosti druhého člověka, lásky, potřeba kulturnosti. Vyšší potřeby a způsoby jejich naplňování vytvářejí v životě každého jedince určitou hodnotovou hierarchii, hodnotovou stupnici, pořadí důležitosti různých životních hodnot. Hodnotová hierarchie a její naplnění velmi úzce souvisí se životními motivacemi, se schopností a vůlí k překonávání překážek, s morální vyrovnaností a vyspělostí jedince. Orientace je naprosto individuální, ale přesto se vytvářejí určité normy hodnotové hierarchie pro skupiny se stejným zájmem a cílem. Soulad mezi hodnotovou orientací a jejím naplněním přináší jedinci duševní klid a vyrovnanost (25).

#### ***1.4.2.2 Dělení potřeb vyplývající z jejich obsahu***

Potřeby fyziologické - jsou potřeby základní, mezi které řadíme instinkty, pudy, dostatek spánku, jídla, tepla, hygienu, zdraví, tišení bolesti, potřebu fyzického kontaktu, uspokojení potřeb sexuálních.

Potřeby psychické vycházejí z individuálního vnímání světa, ze síly a schopnosti vnímat a zpracovávat motivace k našemu jednání a chování. Vždy se jedná o potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřebu jistoty a psychického bezpečí, potřebu absence strachu z opuštěnosti, potřebu orientačních bodů v denním pořádku, potřebu lásky, potřebu vyjadřovat se a být vyslechnut (5, 6, 25).

Potřeby sociální jsou potřeby informovanosti o sobě a okolním světě, potřeby péče o své zdraví a své blízké, potřeby ekonomického zabezpečení, potřeby soužití s blízkými lidmi, potřeba náležet k určité lidské skupině. Sociologické potřeby jsou naplňovány aktivitou a prožitky.



Potřeby spirituální se projevují v oblasti duchovního života, religiozity. Jedná se o potřeby víry a vyznání, potřeby příslušenství do náboženských společenství nebo do společenství sekt (5, 6, 25).

#### ***1.4.3 Potřeby nemocného***

Potřeby nemocného dělíme na potřeby, které se nemocí nemění. Potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které nemocí vznikly. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka. Jedná se o potřeby, které nesouvisí s nemocí(2).

Potřeby, které se nemocí modifikovaly, jsou ovlivněny onemocněním samým: druhem, fází, závažností. Do této skupiny patří všechny potřeby, které vznikají z narušení výkonu práce. Nemocný chce na svém uzdravení aktivně spolupracovat. Druhá potřeba je zaměřena převážně na pochopení toho, do jaké situace se pacient v důsledku nemoci dostal. Jde o potřebu poznání světa a sebe samého. Patří sem potřeba zejména informací. Stejně důležitá je potřeba sociálních styků, která souvisí s určitým množstvím sociálně skupinových vztahů. Jde o vztahy k lékaři, zdravotní sestře a spolu pacientům. Poslední potřebou je vytváření kulturního prostředí. Tato potřeba zahrnuje prostředí, čistotu, estetiku ale i upravenost ošetřujícího personálu (2).

Neméně důležité jsou potřeby, které nemocí vznikly. Je to potřeba navrácení zdraví, potřeba zbavit se nebo zmenšit bolesti a potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové. Při trvalých zdravotních změnách, vzniká problém najít náhradní činnosti, aby pacient mohl uspokojit potřebu své aktivity (2).

#### ***1.4.4 Způsoby naplnění potřeb***

Naplnění a uspokojování potřeb, může probíhat zdravým nebo nezdravým způsobem. Za zdravé uspokojování potřeb považujeme takové, které neškodí jedinci ani nikomu druhému. Uspokojení je v souladu se sociálně-kulturními hodnotami jedince a metody vedoucí k uspokojení jsou v souladu se zákonnými normami. Za nezdravé způsoby a cesty vedoucí k uspokojování potřeb považujeme takové, které mohou poškodit jedince nebo druhé osoby, nejsou v souladu se sociálně kulturními hodnotami, přestupují meze zákona, přinášejí jedinci neklid (20, 25).

#### ***1.4.5 Faktory ovlivňující naplnění potřeb***

Mezi faktory ovlivňující naplnění potřeb, patří faktory viditelné a objektivně hodnotitelné. Jde o potřeby v zajištění dostatku jídla a tekutin, zajištění pomoci při pohybu, při hygieně, stravování, při uspořádání sociálního prostředí. Dalšími ovlivňujícími faktory jsou vývojová stadia jedince, pohlaví, věk, vzdělání, rodinné zázemí a společenské postavení. Objektivní faktory ovlivňují i mezilidské vztahy, které obvykle řadíme mezi subjektivní faktory, avšak lze hodnotit i objektivně. Jde o pomoc při řešení nově vzniklých situací mezi členy rodiny. Pomoc nalézat vzájemné pochopení mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Snadněji přijímají vnitřní změny, snadněji poznají své potřeby a najdou cesty, jak je uspokojit. Lidé s vyrovnanou koncepcí osobnosti většinou přijímají onemocnění lépe. Jde o kladnou sebekoncepci.

S přibývajícím věkem či v souvislosti s onemocněním se potřeby mění a někdy i mizí. Týká se to potřeby jistoty a ochrany. V této souvislosti se také mění potřeby blízkosti druhých lidí. Při narušené sebekoncepci většinou nemocní nejsou schopni své potřeby uspokojovat samostatně a vyžadují mnohem větší péči a pozornost (20, 25, 27).

#### ***1.4.6 Životní potřeby ve stáří a nemoci***

Ve vyšším věku a nemoci mohou přicházet náhlé životní zvraty, které vyvolávají zátěžovou situaci. Každá životní zátěž ovlivňuje paměť a saturaci lidských potřeb.

Potřeba místa je rituál přijetí a potřeba mít své fyzické a mentální místo v životě. Starý a nemocný člověk má přirozenou potřebu vytvořit si iluzi svého domova i za nevhodných podmínek

Potřeba bezpečí a ochrany kdy starý a nemocný člověk potřebuje jistotu, že se o něho dokážeme dobře postarat a že ho přijímáme bez hodnocení jeho nedostatků, že chápeme jeho možnosti. Nejistota podporuje negativní energii, zamezuje rozvoji soustředěnosti, pozornosti a vede k nesprávným podnětům. Bezpečné prostředí seniorovi umožňuje být sám sebou a věřit, že mu bude nabídnuto správné řešení a pomoc (10, 25).

Potřeba podpory znamená také být povzbuzován k sebepéči, k přijetí své nemoci. Znamená to též dovolit starému a nemocnému člověku projevit jeho přání. Ve stáří a nemoci potřebujeme podporu tělesnou, citovou, finanční a společenskou.

Potřeba výživy a péče neznamena jen být vyživován jídlem, ale také těmi správnými informacemi a podněty pro život a vývoj. Dostávat tu správnou péči, něhu, podněty a kontakty. Také mít právo vyptávat se a dostávat potřebné informace, kterým rozumí.

Potřeba hranic a limitů kdy ve stáří a nemoci člověk potřebuje znát a objevit hranice svých možností - co umí, co dokáže, co unese, co vydrží, co potřebuje, co je schopen změnit nebo se naučit v dané situaci a daném čase. Potřebuje nechat větší časový limit pro výkon některých činností. Pokud často opakujeme nové postupy a zvládní používání kompenzačních pomůcek vzniká důvěra ve vlastní schopnosti, pocit vyrovnanosti a spokojenosti (10, 25).

Potřeba soběstačnosti znamená být nezávislý, nebo co nejméně na druhých osobách. Už je to vidět u malých dětí, jak se snaží, co nejdříve si vše udělat sami. U starších a nemocných musíme mít stejně velkou trpělivost a podporovat jejich soběstačnost v denních činnostech. Senioři se pak cítí daleko lépe, činnosti je udržují být aktivní a hlavně jsou rádi, že nemusí být závislý na druhé osobě.

Potřeba sebeúcty a seberealizace je u nemocných a seniorů stejně důležitá, jako jiné potřeby. Nemocní potřebují mít zachovánu svoji důstojnost a potřebují, aby se na ně koukalo, jako na lidi, kteří také byli mladí, aktivní a něco v životě znamenali (10, 25).

### ***1.5 Etické přístupy sester***

Etika se dotýká chování a jednání ošetrovatelského personálu vůči klientům. Etika komunikace s geriatrickými klienty je založena na schopnosti upřímně naslouchat, zúčastněně mlčet, vyžívat metody nonverbální komunikace. Sestra si pro komunikaci musí vytvořit časový prostor a vyvarovat se nevhodných poznámek a gest. Ošetřování nemocných a starých lidí se některým sestřám zdá zatěžující a neatraktivní, snad i proto, že většina těchto klientů bývá nevraživá a popudlivá. Mnohé si neuvědomují, že řada z nich takto jen manifestuje samotu, bezmocnost a úzkost. Každá sestra musí znát psychologické zákonitosti stárnutí a umírání, které úzce souvisí se stářím a představují velký etický problém (17).

Je třeba si uvědomit, že i člověk bez náboženského vyznání má specifické duchovní potřeby. Hledá smysl života, odpuštění, lásku a naději. Etika přístupu k seniorům žádá, aby sestra daným aspektům věnovala dostatečnou pozornost přímou intervencí či zabezpečením přístupu osob, které dokáží duchovní podporu poskytnout (17).

Během života se může každý člověk dostat do nepříjemné životní či sociální situace, při které může potřebovat zdravotní či sociální služby. Pokud taková situace nastane, každý si jistě přeje, aby mu byly poskytnuty aktivity zdravotních a sociálních služeb na odborné úrovni, s důstojností a v příjemném prostředí. Při zajišťování těchto služeb je proto vždy nutné vycházet z přesvědčení o jedinečnosti, hodnotě, důstojnosti a lidských právech každého uživatele zdravotních a sociálních služeb (12, 27).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1. Cíl práce***

Cíl 1: Zjistit rozdíly v zajišťování ošetrovatelské péče u klientů v domácí péči a v LDN.

Cíl 2: Zjistit rozdíly v uspokojování potřeb klientů v domácí péči a v LDN z pohledu sester.

### ***2.2. Hypotézy práce***

H 1: Sestry v domácí péči zajišťují klientům komplexnější ošetrovatelskou péči než sestry v LDN.

H 2: Typ organizace má z pohledu sester vliv na uspokojování potřeb klientů.

H 3: Sestry v domácí péči mají více prostoru k uspokojování vyšších potřeb klientů než sestry v LDN.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody***

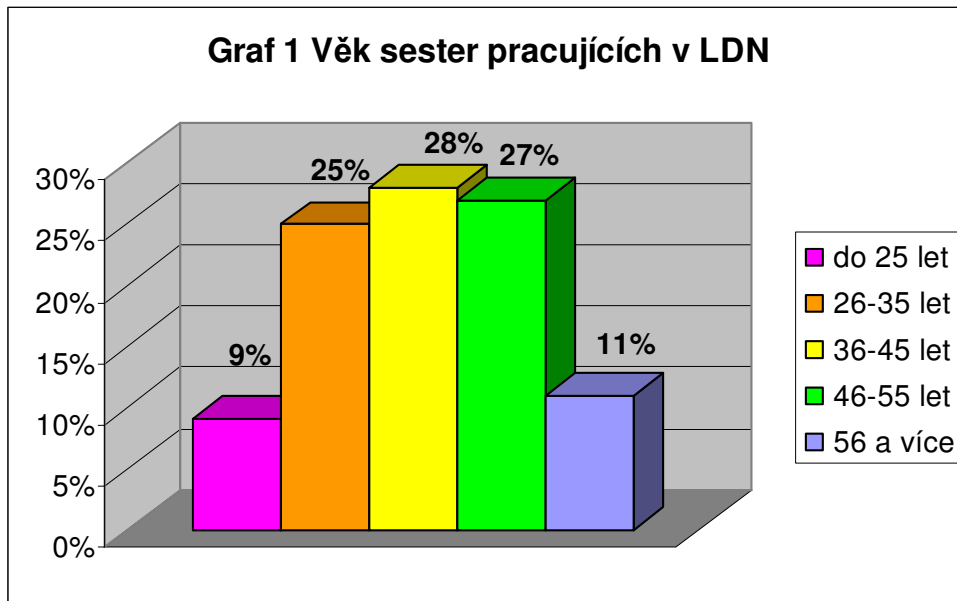
Pro získání potřebných údajů, k dosažení vytýčených cílů a ověření hypotéz byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Dotazník byl anonymní a byl určen pro sestry poskytující ošetrovatelskou péči v LDN a v ADP. Byly vytvořeny dva dotazníky. Jeden pro sestry pracující v LDN, který obsahoval 18 otázek. Čtrnáct otázek bylo uzavřených a čtyři polouzavřené. V úvodu otázky směřovaly na osobní údaje, délku praxe ve zdravotnictví a v zařízení LDN, dosažené vzdělání a registraci (1, 2, 3, 4, 5, 6). Další otázky se týkaly charakteru LDN, typu pokojů, vyhovujícího počtu kompenzačních pomůcek a zdravotnického materiálu (7, 9, 10, 11). Následující otázky sledovaly poměr personálu k poměru ošetřovaných klientů. Zda má personál čas na poskytování odborné zdravotní péče, na uspokojování nižších a vyšších potřeb a kdo další tvoří pracovní tým (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Druhý dotazník byl pro sestry pracující v DP, skládal se ze 17 otázek. Z nichž bylo třináct uzavřených a čtyři polouzavřené. Dotazník pro sestry pracující v DP je téměř totožný s dotazníkem pro sestry pracující v LDN. Byly pouze vypuštěny otázky o charakteru a typu zařízení (7,8). Tyto dvě otázky jsou nahrazeny otázkou na zřizovatele DP (7).

#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

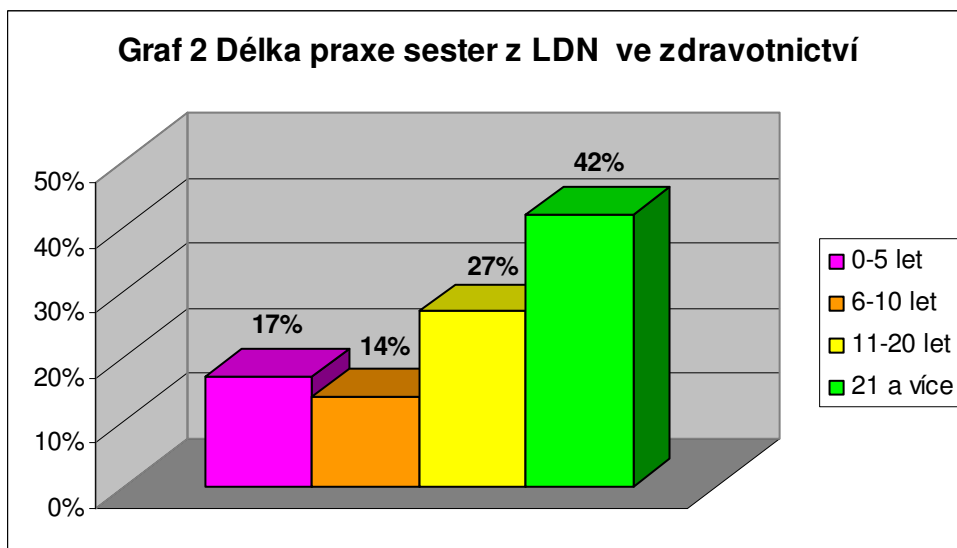
Pro potřebný počet respondentů ze sledovaného souboru byly osloveny hlavní sestry nemocnic a vrchní sestry z LDN a DP. LDN bylo osloveno šest: Písek, Vimperk, Tábor, Prachatice, Strakonice a Volyně. DP bylo osloveno devět: Charita Písek, Charita Prachatice, Charita České Budějovice, Charita Vimperk, ČČK v Písku, ČČK ve Strakonících, DP při Nemocnici v Táboře a ve Vimperku a jedna soukromá DP v Týně nad Vltavou. Větší počet oslovených agentur DP je dán počtem zaměstnaných sester. Do LDN bylo předáno 73 dotazníků a vrátilo se vyplněných 64, což je návratnost 88 %. U ADP bylo rozdáno 56 dotazníků a vrátilo se 50 dotazníků. Zde je návratnost 89 %. Pro neúplnost údajů nebyl žádný vyřazen. Výzkumný soubor tvořilo 114 sester, z toho 64 sester poskytujících ošetrovatelskou péči v LDN a 50 sester poskytujících ošetrovatelskou péči v ADP. Výzkum probíhal od ledna do března 2009.

## 4. Výsledky

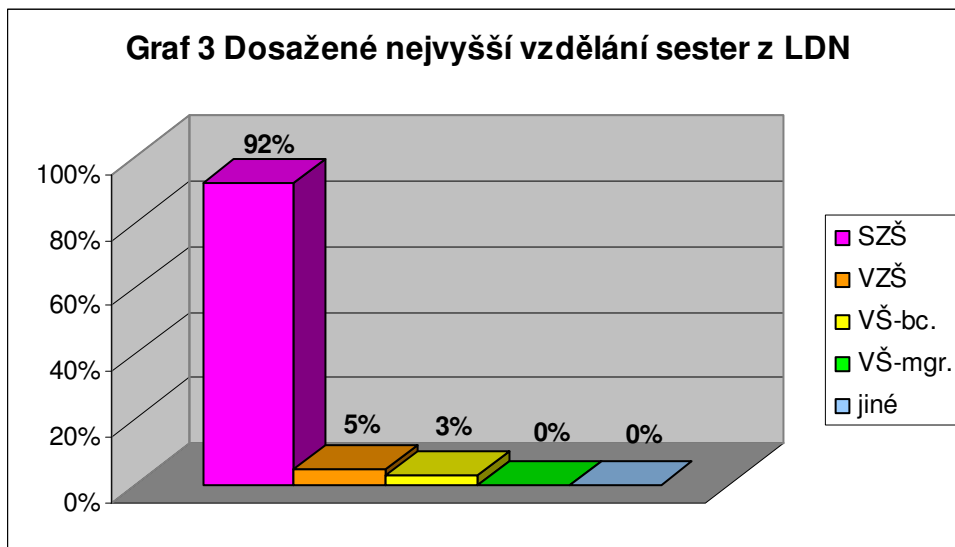
### 4.1 Dotazník pro sestry pracující v LDN



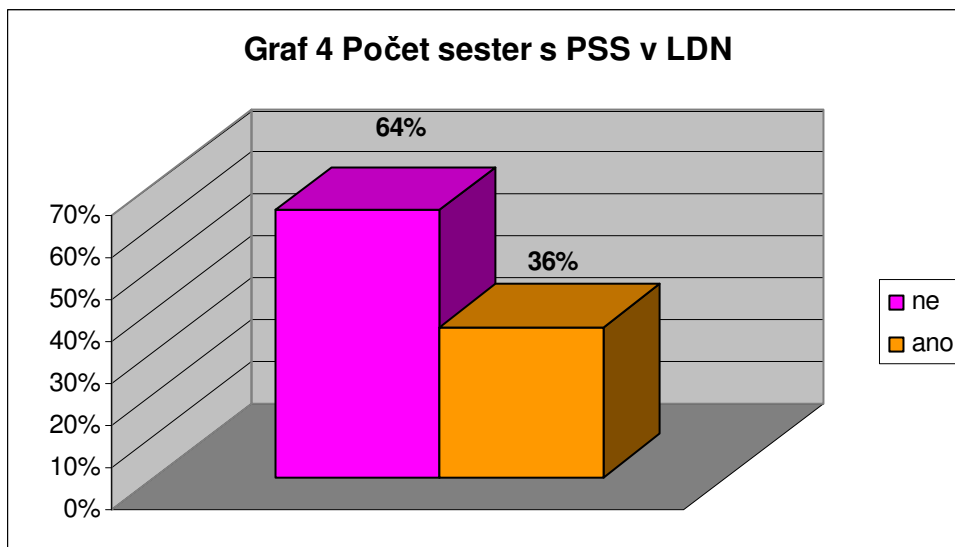
Z celkového počtu 64 sester (100 %) se 18 sester (28 %) pohybuje ve věkovém rozmezí 36-45 let, 17 sester (27 %) je ve věku 46-55 let, 16 sester (25 %) 26-35 let, 7 sester (11%) 56 let a více a 6 sester (9 %) je ve věku do 25 let.



Graf ukazuje délku praxe sester ve zdravotnictví. 27 sester (42 %) pracuje ve zdravotnictví 21 let a více, 17 sester (27%) 11-20 let, 11 sester (17 %) 0-5 let, 9 sester (14 %) 6-10 let.

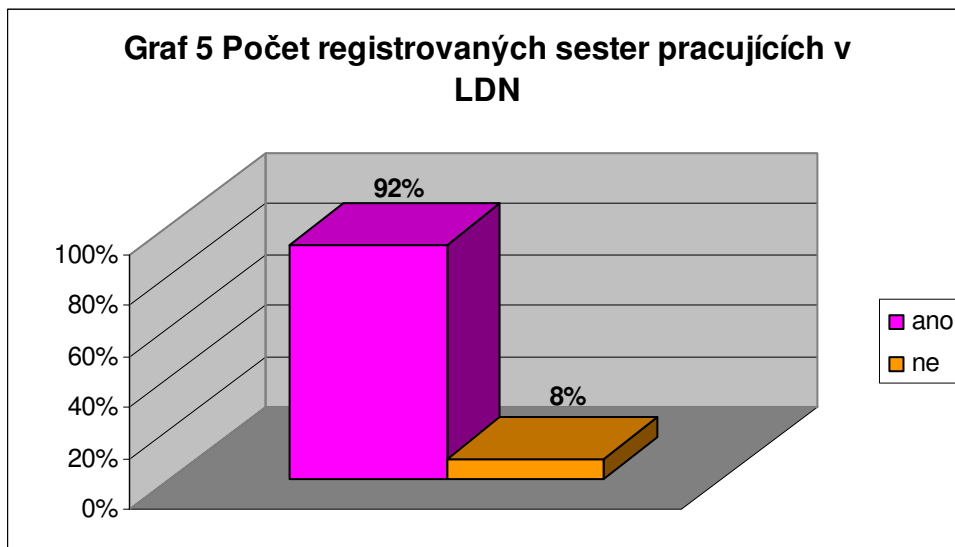


Graf popisuje nejvyšší dosažené vzdělání sester. Středoškolské vzdělání uvedlo 59 sester (92 %), 3 sestry (5 %) uvedly vyšší odborné vzdělání, 2 sestry (3 %) označily vysokoškolské vzdělání, bakalářského typu. Magisterské vzdělání a jiné neuvedla žádná sestra (0 %).

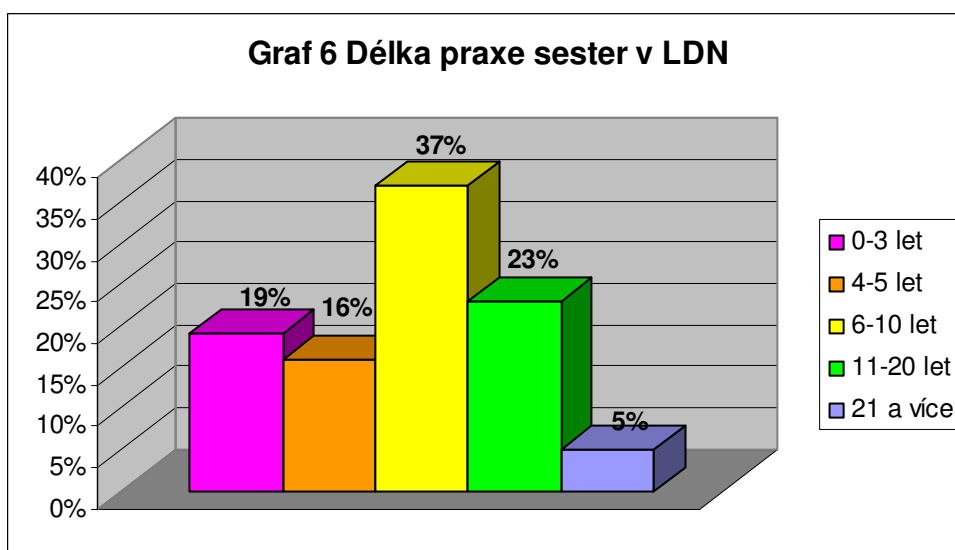


Graf informuje o specializačním vzdělání sester. 41 sester (64 %) označilo, že nemá pomaturitní specializační studium, 23 sestry (36 %) uvedlo, že má pomaturitní specializační studium.

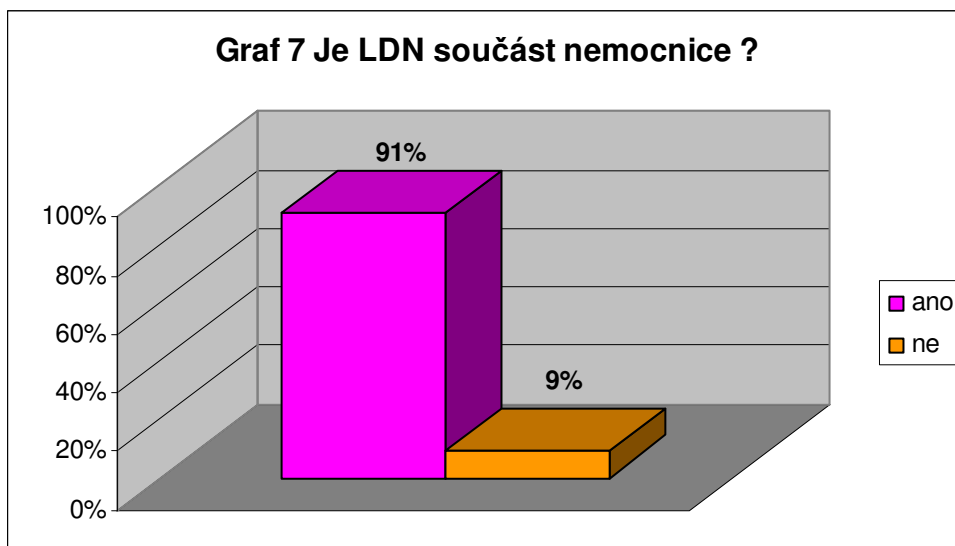




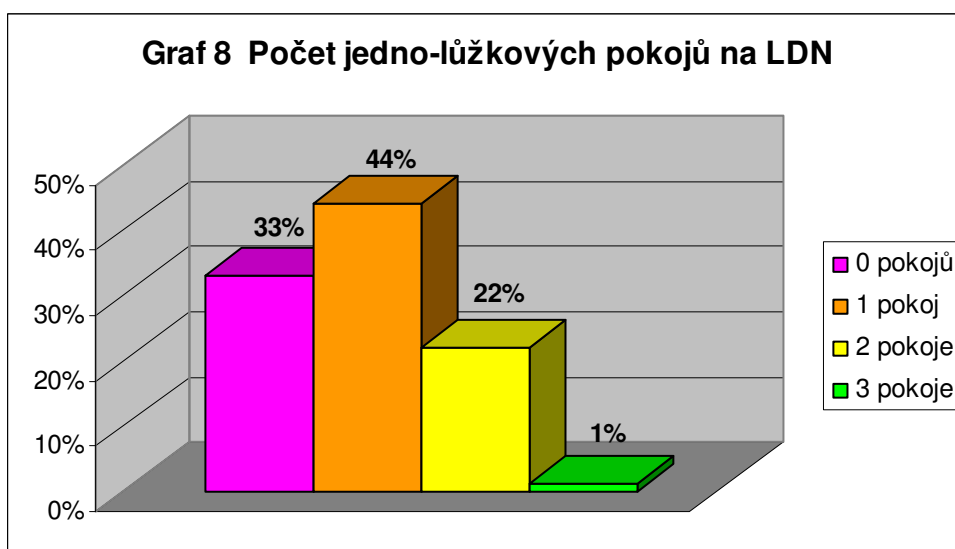
Graf vypovídá o registraci sester. 59 sester (92 %) je registrováno, 5 sester (8 %) registraci nemá. Jako důvod uvedly důchodový věk nebo nesplněný počet odpracovaných let.



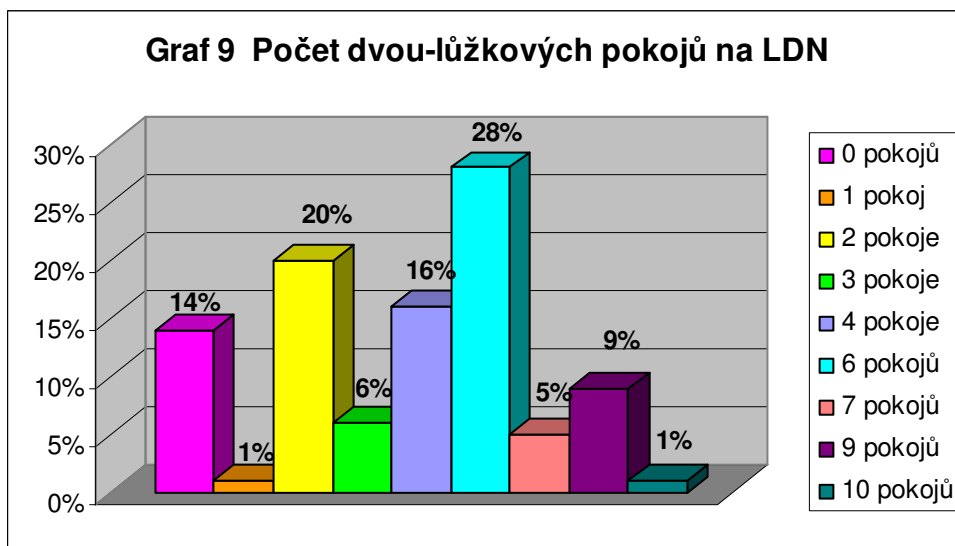
Graf ukazuje na délku praxe sester v LDN. 24 sester (37 %) pracuje v LDN 6-10 let, 15 sester (23%) 11-20 let, 12 sester (19 %) 0-3 let, 10 sester (16 %) 4-5 let, 3 sestry (5 %) pracují v LDN 21 let a více.



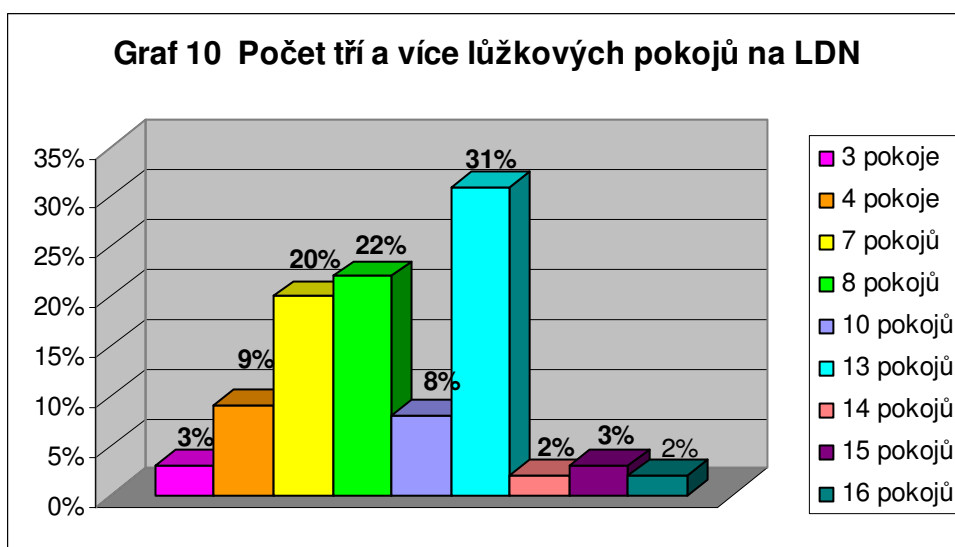
Graf popisuje, zda je LDN součástí nemocnice. 58 sester (91 %) uvedlo, že jsou součástí nemocnice, 6 sester (9 %) uvedlo, že nejsou součástí nemocnice.



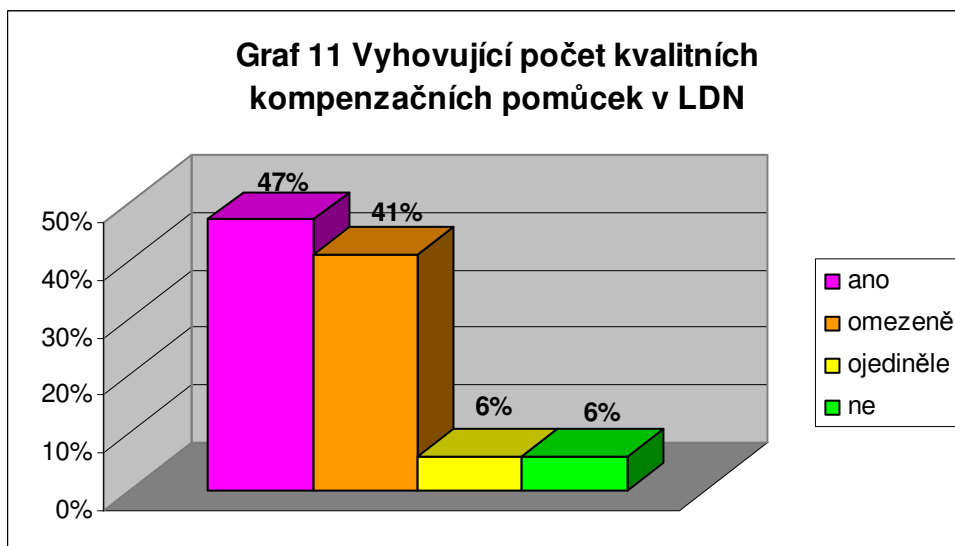
Graf informuje o počtu jednolůžkových pokojů v LDN. 28 sester (44 %) uvedlo, že mají 1 jednolůžkový pokoj, 21 sester (33%) neuváděly jednolůžkový pokoj, 14 sester (22 %) uvedlo 2 pokoje a 1 sestra (1%) uvedla, že mají 3 jednolůžkové pokoje.



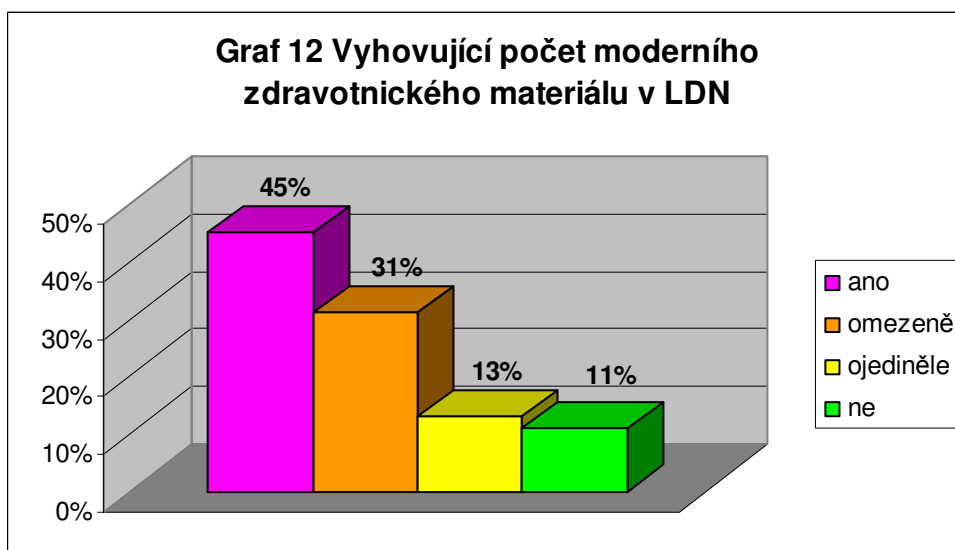
Graf informuje o počtu dvou-lůžkových pokojů v LDN. 18 sester (28 %) má na ošetrovatelské jednotce 6 dvou-lůžkových pokojů, 13 sester (20 %) má 2 pokoje, 10 sester (16 %) uvedlo 4 pokoje, 8 sester (14%) 0 pokojů, 6 sester (9 %) 9 pokojů, 3 sestry (5 %) 7 pokojů, 1 sestra (1 %) uvádí 1 dvou-lůžkový pokoj a 1 sestra (1 %) 10 pokojů.



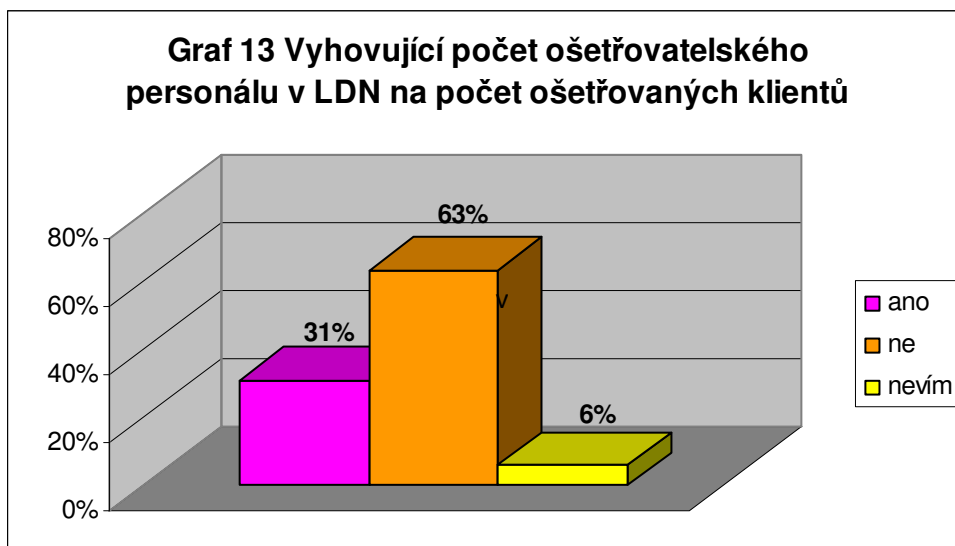
Graf informuje o počtu tří a více lůžkových pokojů v LDN. 20 sester (31%) uvedlo 13 tří a více lůžkových pokojů, 14 sester (22 %) 8 pokojů, 13 sester (20 %) 7 pokojů, 6 sester (9 %) 4 pokoje, 5 sester (8 %) 10 pokojů, 2 sestry (3%) 3 pokoje, 2 sestry (3 %) 15 pokojů, 1 sestra (2%) 14 pokojů, 1 sestra (2 %) uvedla 16 pokojů.



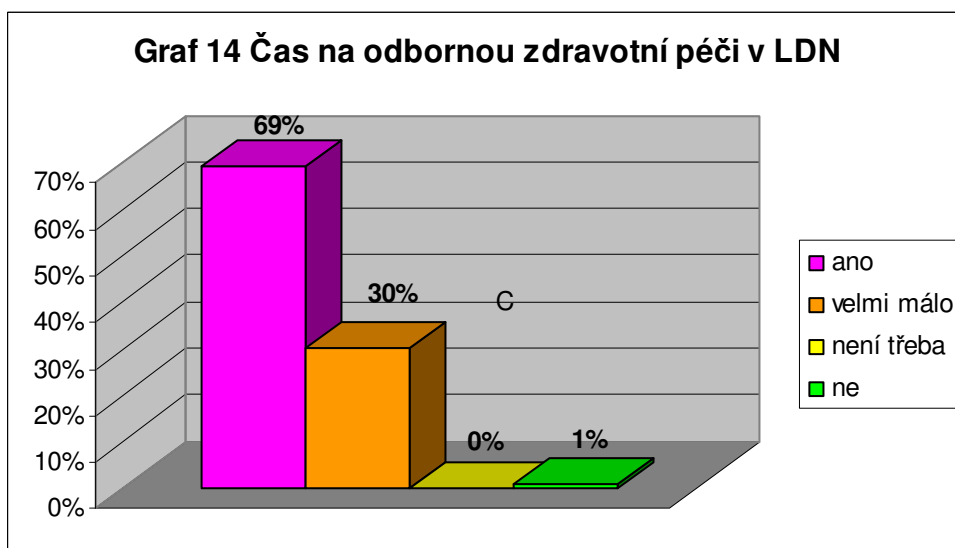
Graf popisuje názor sester na počet kvalitních kompenzačních pomůcek. 30 sester (47 %) si myslí, že mají kvalitní kompenzační pomůcky, 26 sester (41 %) také, ale v omezeném množství, 4 sestry (6 %) si myslí, že ojediněle, 4 sestry (6 %) si myslí, že nemají kvalitní kompenzační pomůcky.



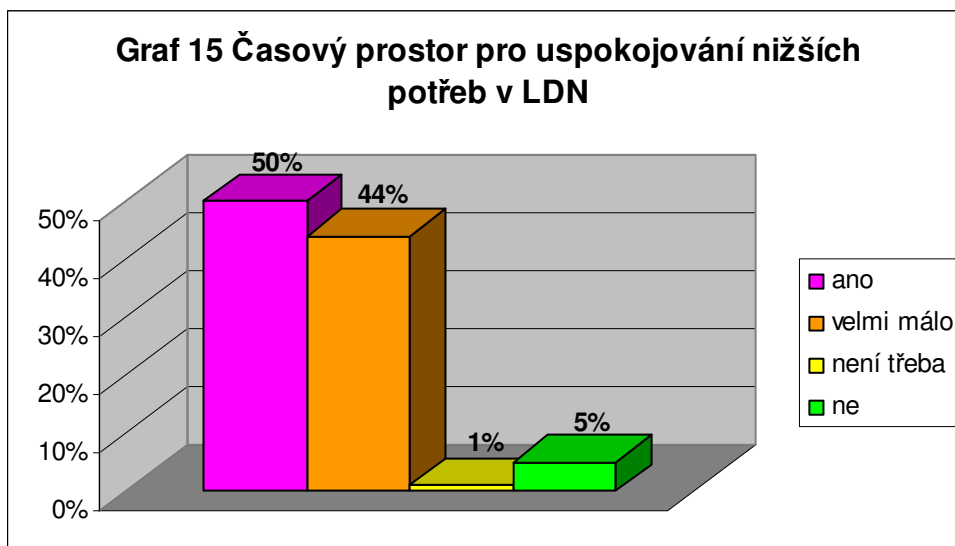
Graf ukazuje názor sester na počet moderního zdravotnického materiálu v LDN. 29 sester (45 %) uvedlo dostatek moderního zdravotnického materiálu, 20 sester (31 %) jen v omezeném množství, 8 sester (13 %) odpovědělo jen ojediněle, 7 sester (11%) si myslí, že nemá vyhovující počet moderního zdravot. materiálu.



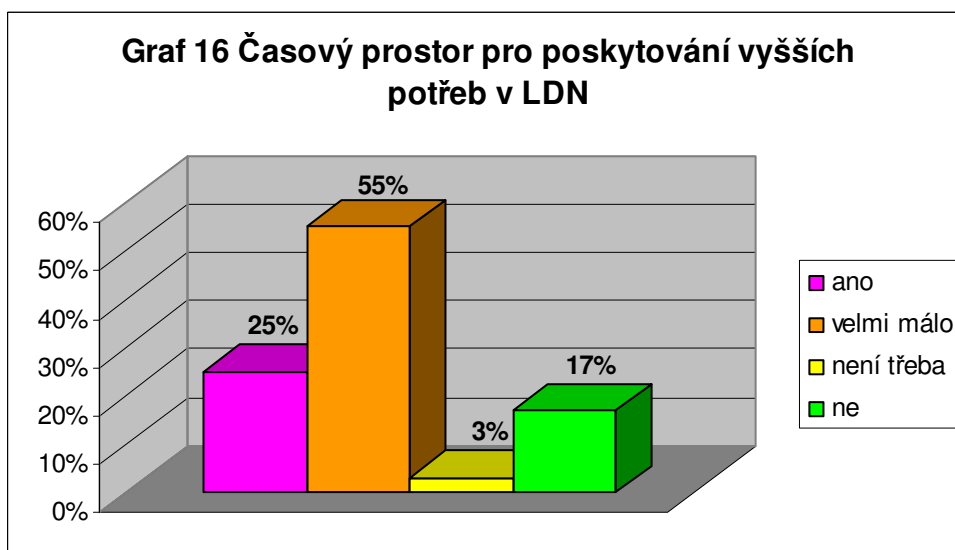
Graf informuje o názoru sester, zda mají vyhovující počet ošetrovatelského personálu v LDN na počet ošetrovaných klientů. 40 sester (63 %) se domnívá, že mají vyhovující počet ošetrovatelského personálu, 20 sester (31 %) si myslí, že nemají, 4 sestry (6 %) odpovědělo, že neví zda mají vyhovující počet ošetrovatelského personálu.



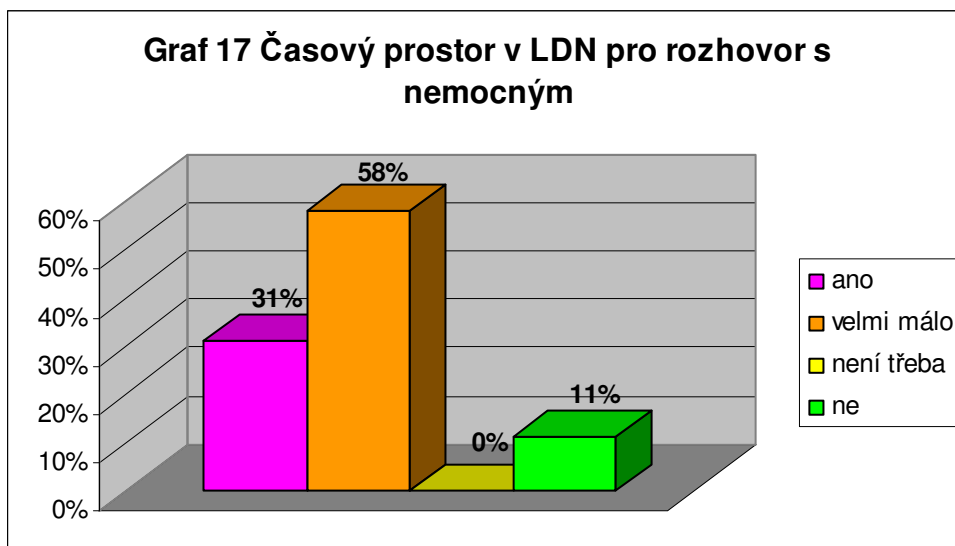
Graf informuje o časových možnostech při poskytování odborné zdravotní péče v LDN. 44 sester (69 %) uvádí, že má čas na odbornou zdravotní péči, 19 sester (30 %) má velmi málo času, 1 sestra (1 %) si myslí, že nemá čas a žádná ze sester neuváděla, že není třeba odborná zdravotní péče (0 %).



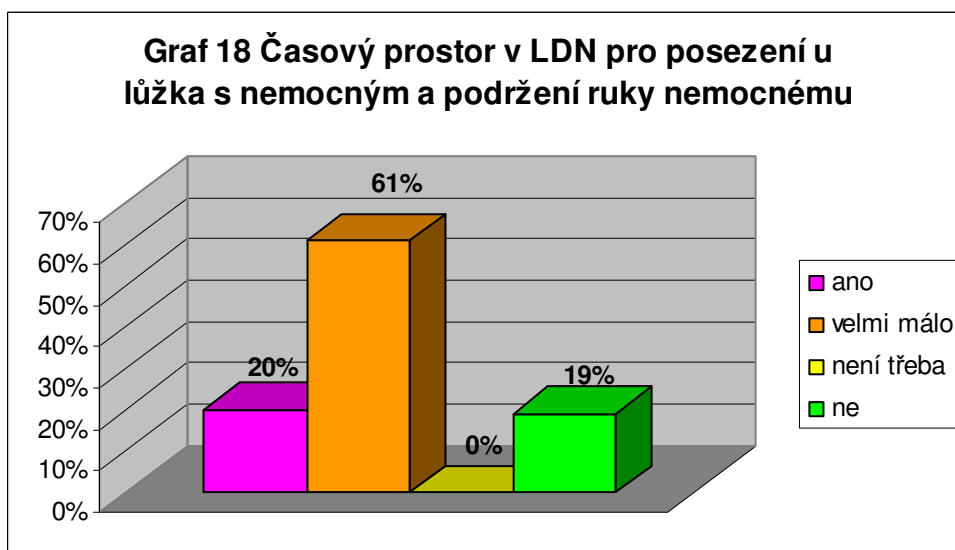
Graf ukazuje časový prostor pro uspokojování nižších potřeb pacientů v LDN. 32 sester (50 %) se domnívá, že čas pro uspokojování nižších potřeb mají, 28 sester (44 %) si myslí, že mají velmi málo času, 3 sestry (5 %) si myslí, že nemají čas a 1 sestra (1 %) se domnívá, že není třeba čas pro uspokojování nižších potřeb.



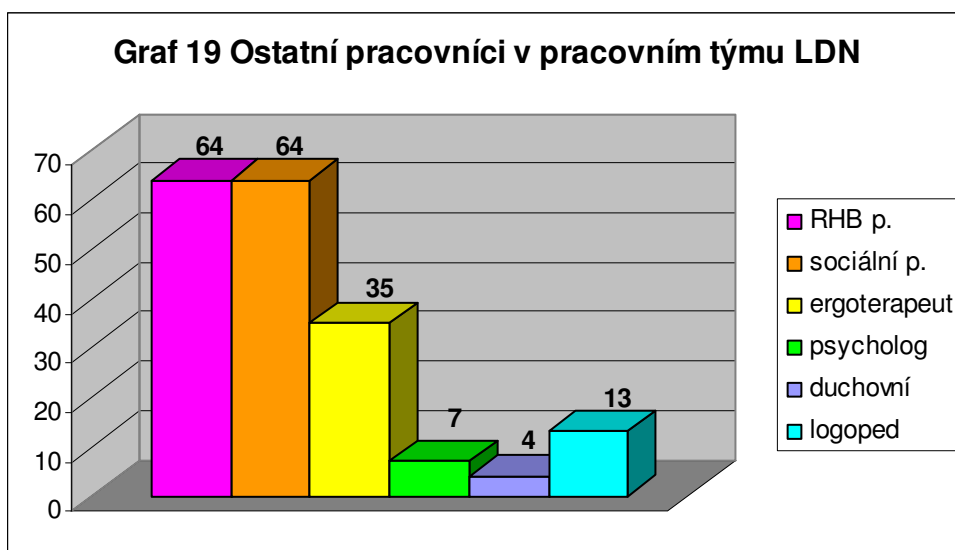
Graf popisuje časový prostor pro poskytování vyšších potřeb v LDN. 35 sester (55 %) si myslí, že mají čas pro poskytování vyšších potřeb, 16 sester (25 %) se domnívá, že mají času velmi málo, 11 sester (17 %) si myslí, že nemají čas a 2 sestry (3 %) se domnívají, že není třeba časový prostor pro poskytování vyšších potřeb v LDN.



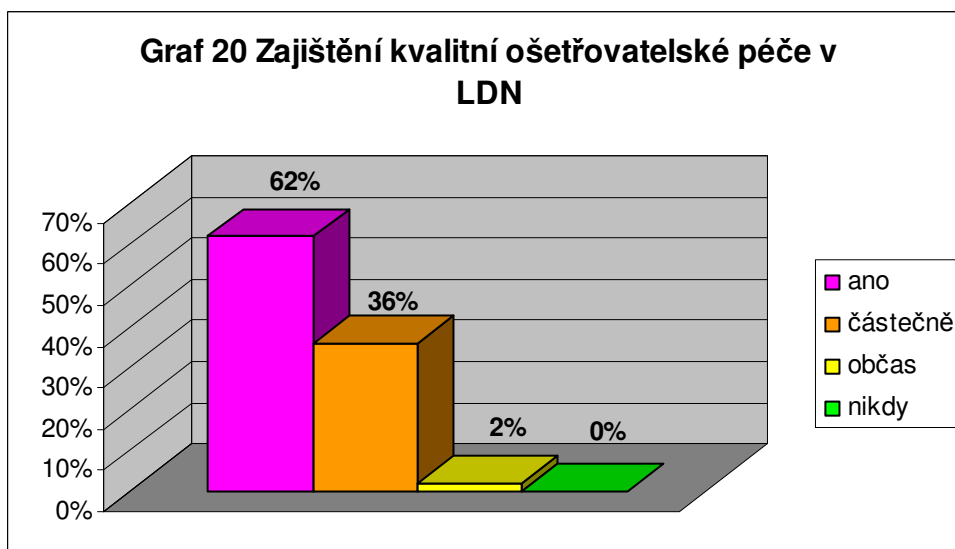
Graf informuje o časových možnostech v LDN pro rozhovor s nemocným. 37 sester (58 %) uvádí, že mají velmi málo času na rozhovor s nemocným, 20 sester (31 %) si myslí, že mají čas, 7 sester (11 %) uvedlo, že nemá čas a žádná ze sester si nemyslí, že není třeba komunikovat s nemocným.



Graf popisuje časové možnosti pro posezení u lůžka s nemocným a podržení ruky nemocnému. 39 sester (61 %) si myslí, že mají velmi málo času pro posezení s nemocným, 13 sester (20 %) uvedlo, že mají čas, 12 sester (19 %) si myslí, že nemají čas a žádná sestra se nedomnívá, že není třeba posezení u lůžka s nemocným a podržení ruky nemocnému (0 %).



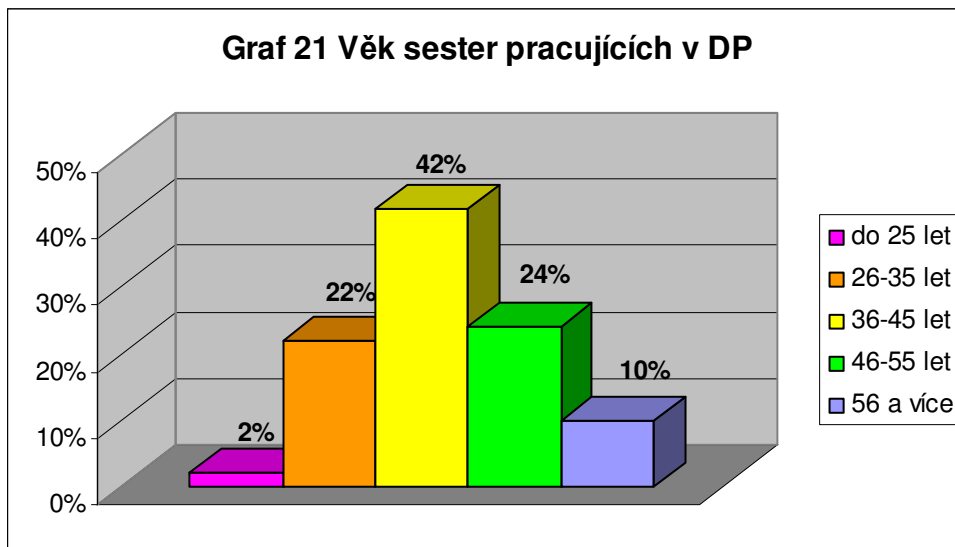
Graf znázorňuje ostatní pracovníky v LDN. Zde byla možnost více četných odpovědí. 64 sester (100 %) z dotazovaných odpovědělo, že mají v týmu rehabilitačního a sociálního pracovníka, 35 sester (55 %) z dotazovaných uvedlo ergoterapeuta, 7 sester (11 %) uvedlo ve svém týmu psychologa, 4 sestry (6 %) duchovního pracovníka a 13 sester (20 %) pracujících v LDN uvedlo, že má ve svém pracovním týmu logopeda.



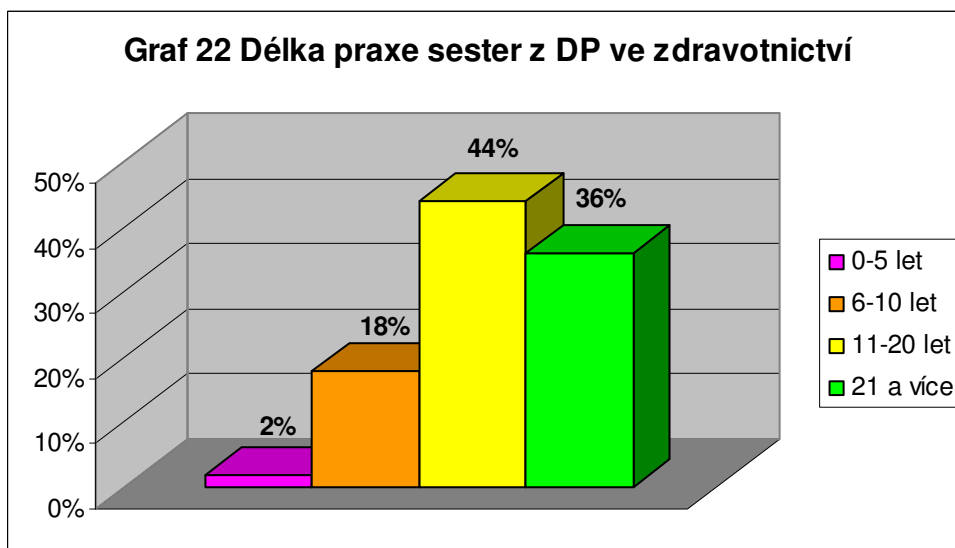
Graf informuje o zajištění kvalitní ošetrovatelské péče v LDN. 40 sester (62 %) uvedlo, že si myslí, že zajišťují kvalitní ošetrovatelskou péči, 23 sester (36 %) si myslí, že částečně, 1 sestra (2 %) občas a žádná z dotazovaných sester si nemyslí, že nezajistí nikdy kvalitní ošetrovatelskou péči (0 %).



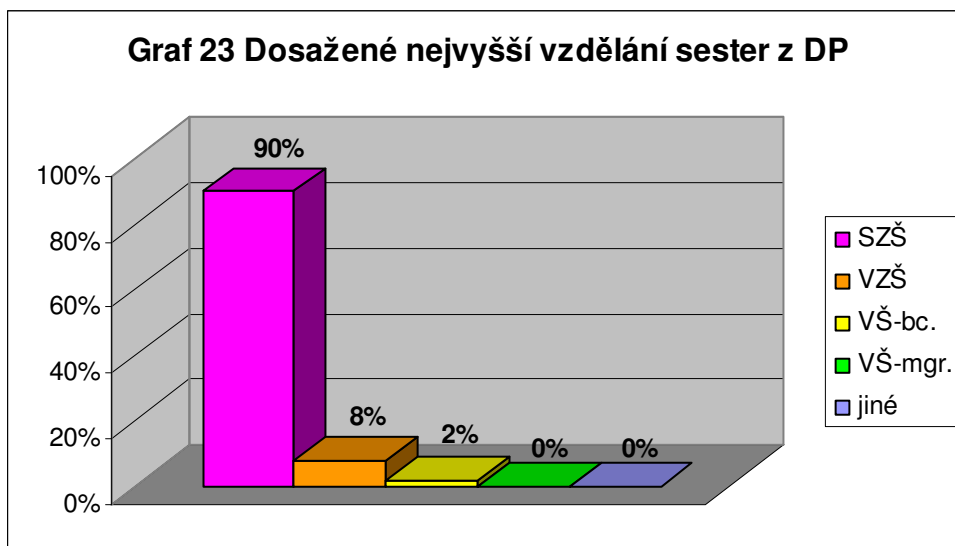
#### 4.2 Dotazník pro sestry pracující v ADP



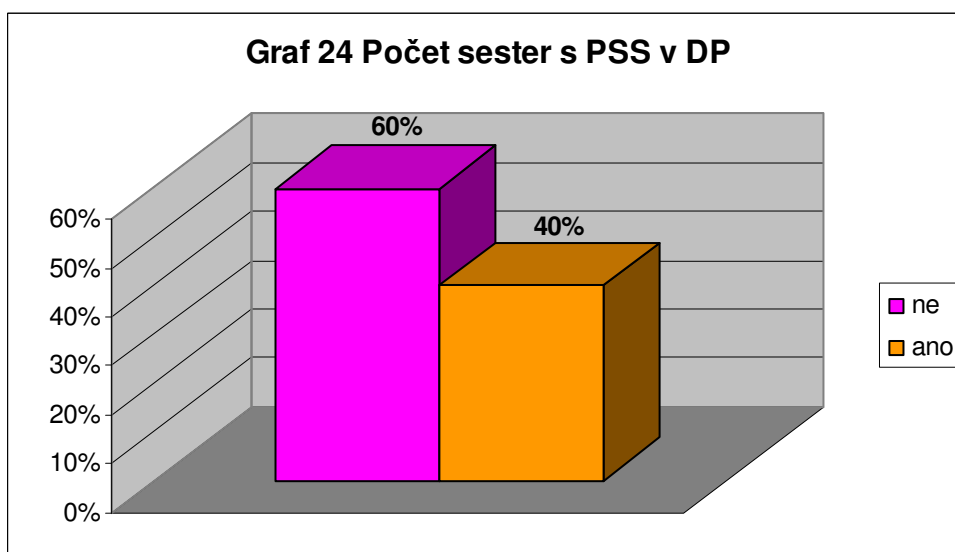
Z celkového počtu 50 sester (100 %) se 21 sester (42 %) pohybuje ve věkovém rozmezí 36-45 let, 12 sester (24 %) je ve věku 46-55 let, 11 sester (22 %) 26-35 let, 5 sester (10 %) je ve věku 56 let a více a 1 sestra (2 %) je ve věku do 25 let.



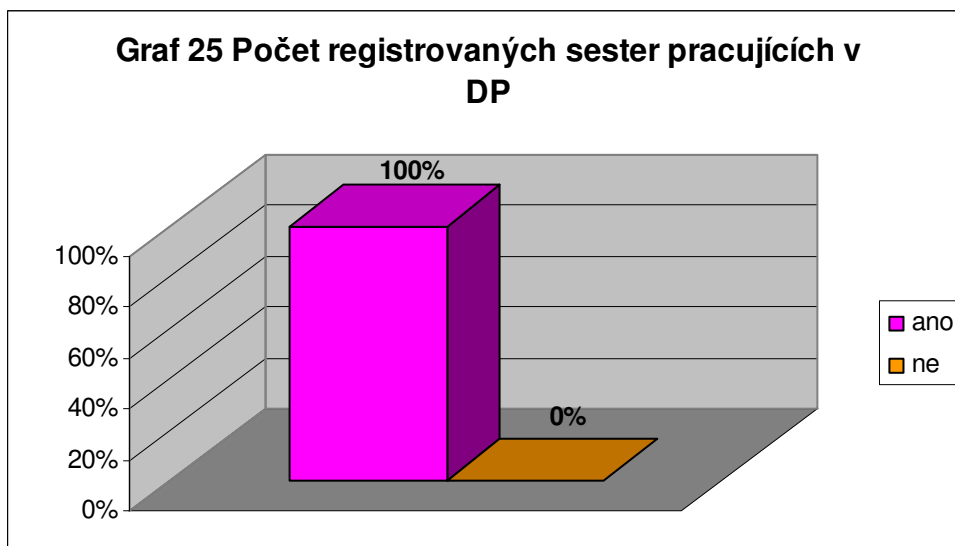
Graf ukazuje délku praxe ve zdravotnictví, u sester pracujících v DP. 22 (44 %) sester z DP pracuje ve zdravotnictví 11-20 let, 18 sester (36 %) 21 let a více, 9 sester (18 %) 6-10 let a 1 sestra (2 %) pracuje ve zdravotnictví do 0-5 let.



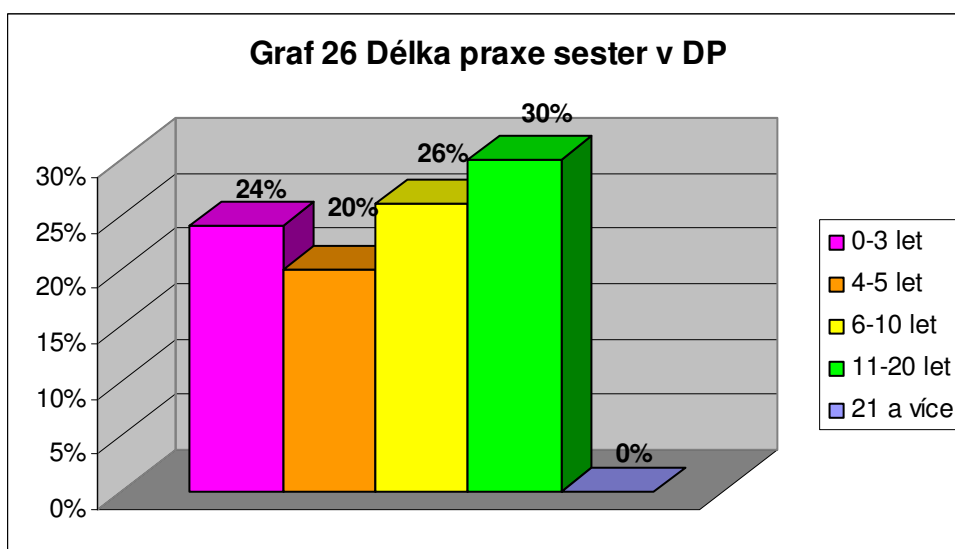
Graf popisuje nejvyšší dosažené vzdělání sester. Středoškolské vzdělání uvedlo 45 sester (90 %), vyšší odborné uvedly 4 sestry (8 %), 1 sestra (2 %) označila bakalářské vzdělání, žádná ze sester neuvedla magisterské ani jiné vzdělání (0 %).



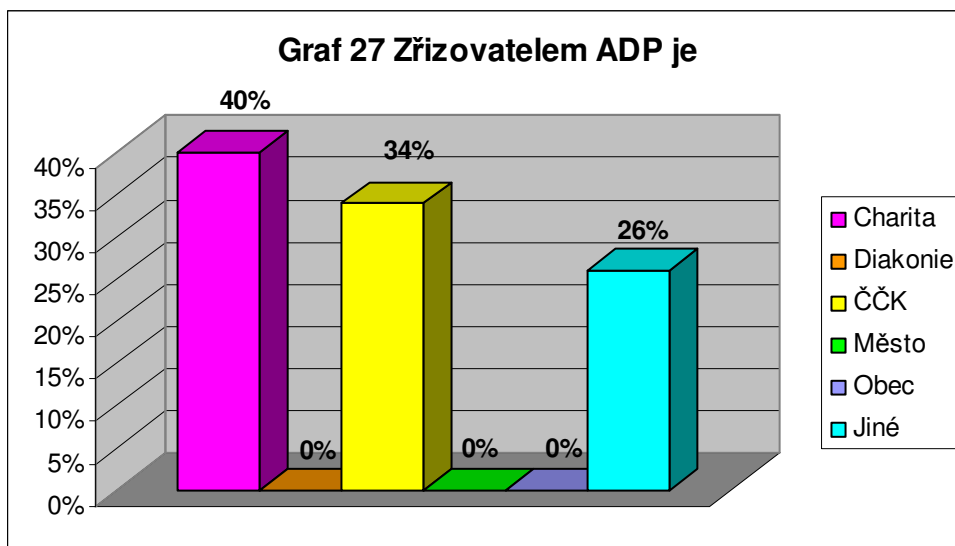
Graf informuje o specializačním studiu sester. 30 sester (60 %) pracujících v DP označilo, že nemají pomaturitní specializační studium, 20 sester (40 %) pracujících v DP uvedlo, že mají pomaturitní specializační studium.



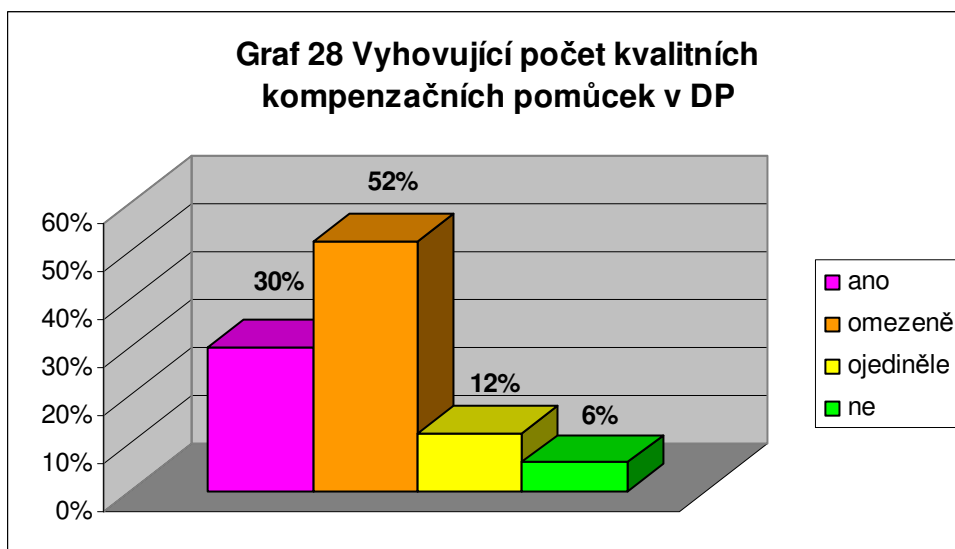
Graf vypovídá o registraci sester. 50 sester (100 %) pracujících v DP uvedlo registraci sester, žádná sestra neuvedla, že nemá registraci.



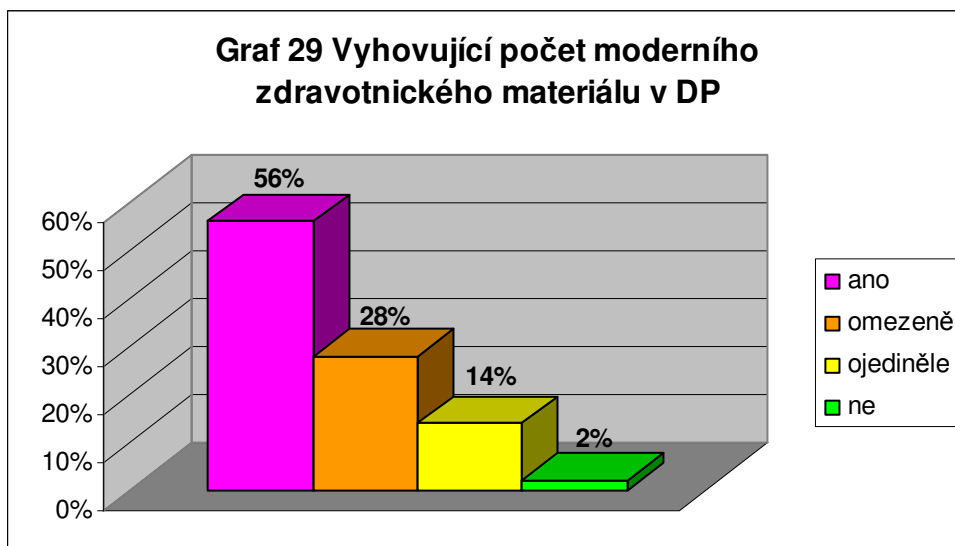
Graf ukazuje na délku praxe sester v DP. 15 sester (30 %) pracuje v DP 11-20 let, 13 sester (26%) 6-10 let, 12 sester (24 %) 0-3 let, 10 sester (20 %) 4-5 let, s praxí 21 let a více není v DP žádná sestra.



Graf informuje o zřizovateli ADP. 20 sester (40 %) označilo za zřizovatele Charitu (jedná se o 4 zařízení DP), 17 sester (34 %) označilo za zřizovatele ČČK (jedná se o 2 zařízení ČČK), 13 sester (26 %) označilo jiného zřizovatele. Z toho a.s. označily 4 sestry (šlo o jedno zařízení). Fyzickou osobu označilo 5 sester z jednoho zařízení a nemocnici 4 sestry opět z jednoho zařízení. Žádná ze sester neuvedla Diakonii (0 %), Město (0 %) ani Obec (0%).



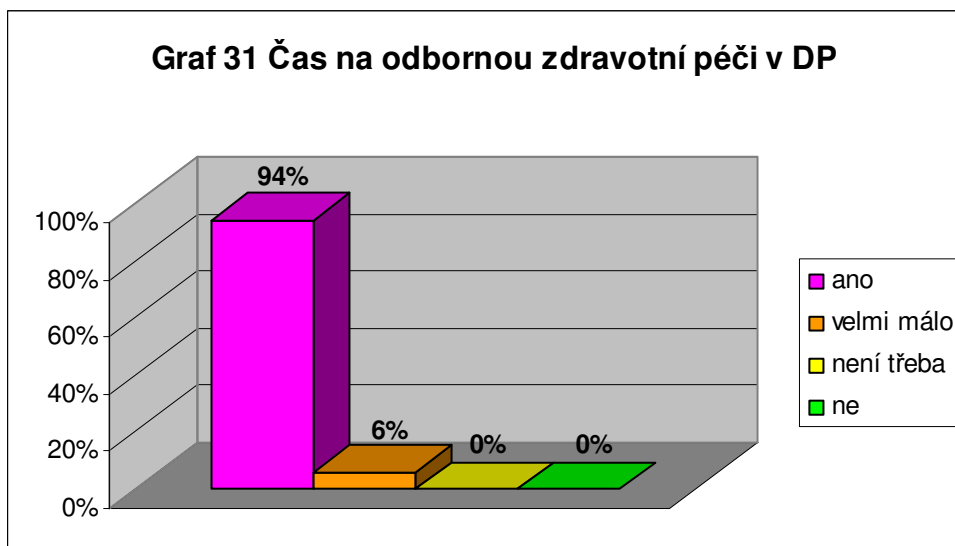
Graf popisuje názor sester na počet kvalitních kompenzačních pomůcek v DP. 26 sester (52 %) uvedlo ano, ale v omezeném množství, 15 sester (30 %) ano, 6 sester (12 %) jen ojedinele a 3 sestry (6%) uvedly, že nemají kvalitní kompenzační pomůcky.



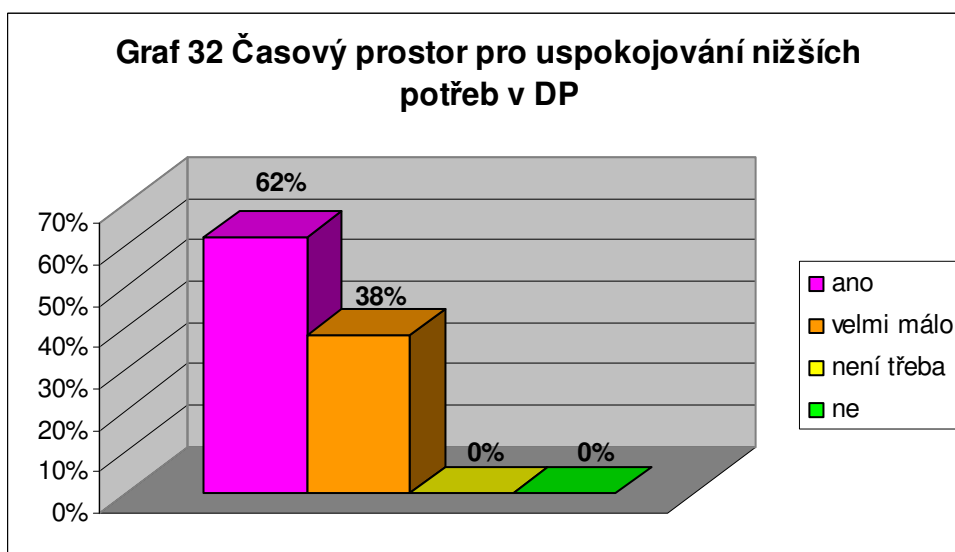
Graf znázorňuje názor na vyhovující počet moderního zdravotnického materiálu v DP. 28 sester (56 %) uvedlo vyhovující počet moderního zdravotnického materiálu, 14 sester (28 %) si myslí, že mají jen omezené množství, 7 sester (14 %) jen ojediněle, 1 sestra (2 %) uvedla, že nemají vyhovující počet moderního zdravotnického materiálu.



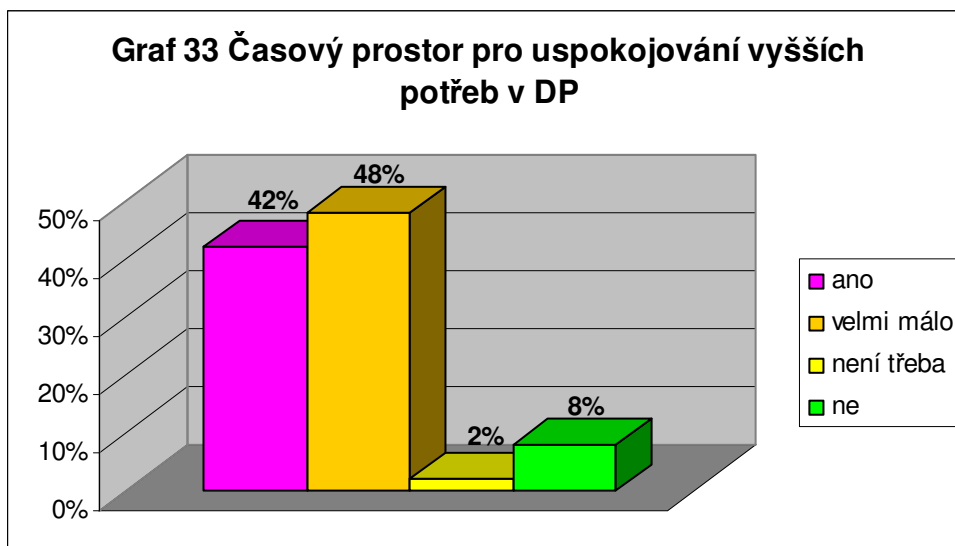
Graf informuje o názoru sester, zda mají vyhovující počet ošetrovatelského personálu v DP na počet ošetrovaných klientů. 45 sester (90 %) uvedlo vyhovující počet, 3 sestry (6 %) nevyhovující počet a 2 sestry (4 %) nevěděly, jaký počet je vyhovující.



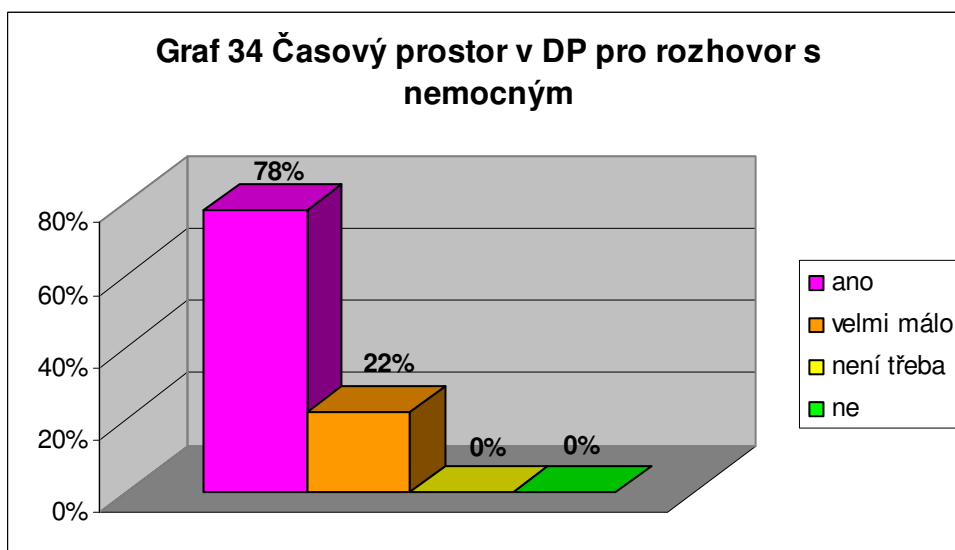
Graf informuje o časových možnostech pro poskytování zdravotní péče v DP. 47 sester (94 %) odpovědělo, že čas mají, 3 sestry (6 %) má času velmi málo, žádná ze sester neodpověděla, že péče není třeba a ani, že není čas na péči.



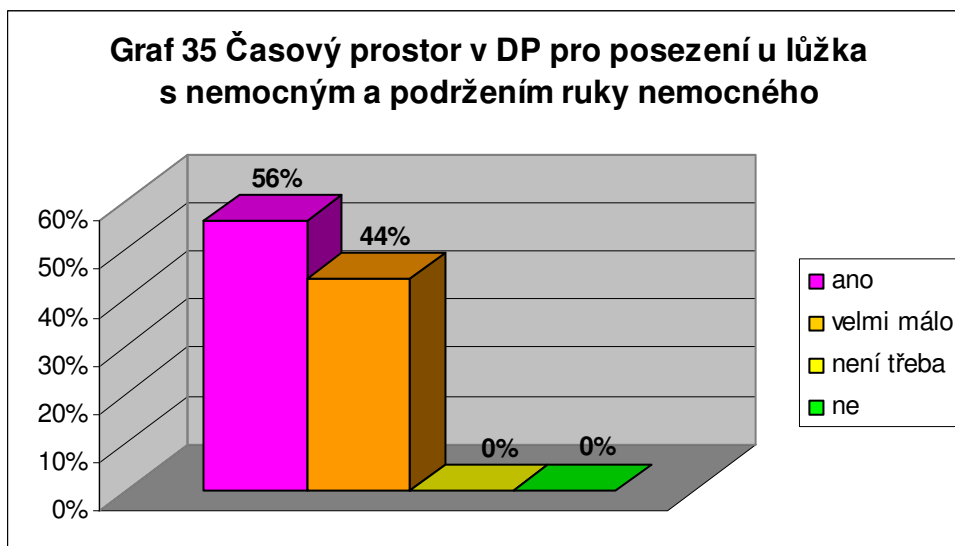
Graf popisuje názor sester na časový prostor pro uspokojování nižších potřeb v DP. 31 (62 %) sester uvedlo, že mají prostor pro uspokojování nižších potřeb, 19 sester (38 %) má velmi málo času, žádná ze sester neodpověděla, že péče není třeba a ani, že není čas.



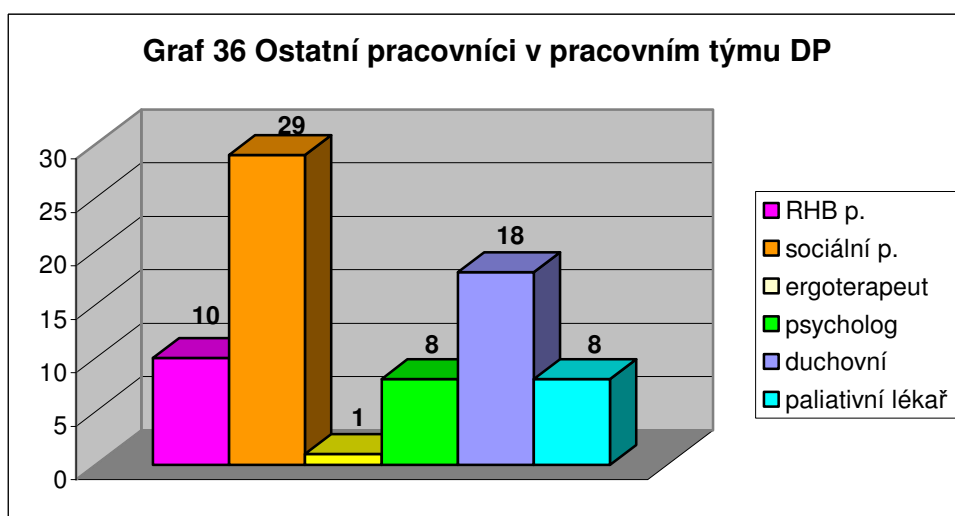
Graf znázorňuje názor sester pracujících v DP na časový prostor pro uspokojování vyšších potřeb. 24 sester (48 %) uvedlo velmi málo času pro uspokojování vyšších potřeb, 21 sester (42 %) označilo ano, 4 sestry (8 %) ne a 1 sestra (2 %) označila, že není třeba nebo nemá prostor pro uspokojování vyšších potřeb.



Graf popisuje názor sester na časový prostor v DP pro rozhovor s nemocným. 39 sester (78 %) uvedlo, že časový prostor mají, 11 sester (22 %) označilo velmi málo prostoru pro rozhovor s nemocným a žádná sestra nevedla, že není potřeba komunikovat s nemocným a ani, že není čas na rozhovor s nemocným.

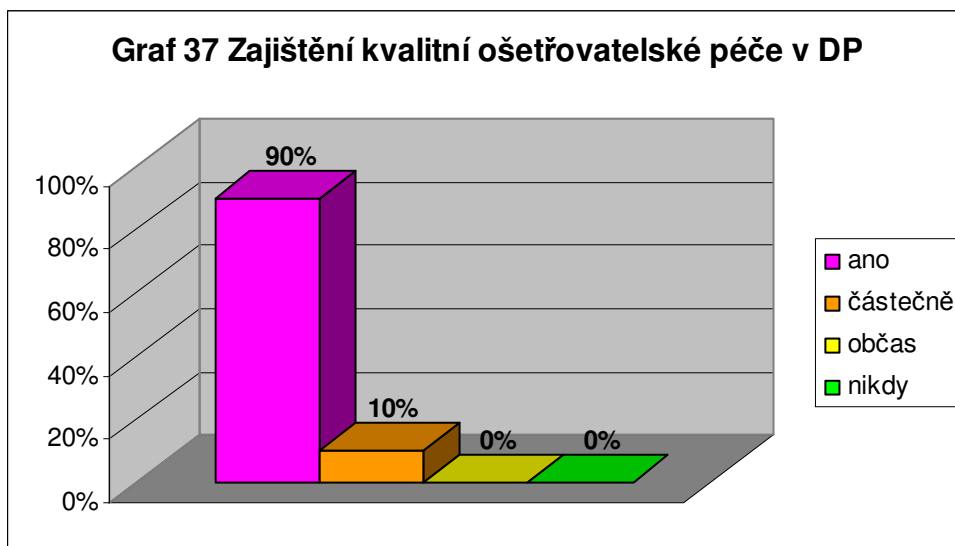


Graf znázorňuje možnost pro posezení u lůžka s nemocným eventuelně podržením ruky nemocného. 28 sester (56 %) uvedlo, že čas mají, 22 sester (44 %) velmi málo, žádná sestra neuvedla, že není čas pro posezení u lůžka s nemocným a nebo není třeba.



Graf ukazuje ostatní pracovníky v pracovním týmu DP. Zde byla možnost více čtených odpovědí. 29 sester (58 %) uvedlo sociální pracovníky, 18 sester (36 %) uvedlo duchovní pracovníky, 10 sester (20 %) RHB pracovníky, 8 sester (16 %) má ve svém pracovním týmu psychologa a paliativního lékaře a 1 sestra (2 %) uvedla ergoterapeuta.





Graf informuje o názoru sester, zda zajišťují kvalitní ošetrovatelskou péči v DP. 45 sester (90 %) odpovědělo, že si myslí, že zajišťují kvalitní ošetrovatelskou péči, 5 sester (10 %) si myslí, že zajišťují částečně kvalitní ošetrovatelskou péči. Žádná ze sester si nemyslí, že nezajišťují kvalitní ošetrovatelskou péči a to ani občas.

## 5. Diskuse

Cílem ošetrovatelské péče je udržet člověka co nejdéle soběstačného, zlepšit jeho kvalitu života, zajistit jeho směr nebo životní program v jeho psychických i sociálních aktivitách. Potřeba vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Tato práce se zabývá problematikou zajištění ošetrovatelské péče a potřeb nemocných v léčebně dlouhodobě nemocných a v domácí péči z pohledu sester.

Z dotazníků bylo zjištěno, že sestry pracující v LDN a v DP mají největší věkové zastoupení shodně v kategorii 36-45 let. Nejnižší počet pracujících sester v LDN a v DP je ve věku do 25 let. Což může vyplývat z náročnosti a neatraktivnosti práce. S druhým nejnižším počtem pracujících zde sestry nad 56 let. Tento fakt může být důsledkem, že se jedná o fyzicky náročnou práci s imobilními klienty a psychicky náročnou práci s chronicky nemocnými a umírajícími.

V následujících grafech je sledována délka praxe sester v oboru. V LDN je nejvíce sester, které mají praxi v oboru 21 let a více. V DP je nejvíce sester s praxí v oboru 11-20 let. Tyto výsledky jsou zcela pochopitelné vzhledem k fyzické a psychické zátěži vyplývající ze sesterského povolání. Je důležité, aby sestry měly určité zkušenosti. Sestry pracující u seniorů patří k nejohroženějším skupinám, pokud jde o syndrom vyhoření. Ten je charakteristický podrážděností, depresí, nespokojeností, ztrátou motivace, cynismem, klesáním tolerance a celou řadou dalších projevů (8).

Překvapili mě výsledky o nejvyšším dosaženém vzdělání sester. Výsledky šetření jsou totožné u sester pracujících v LDN i v DP. 90 % sester uvedlo nejvyšší dosažené středoškolské vzdělání. Sedm sester označilo vyšší zdravotnické vzdělání. Z toho tři sestry pracující v LDN a čtyři sestry pracující v DP. Bakalářské studium uvedly jen tři sestry a magisterské neuvédla žádná sestra. Tyto výsledky ukázaly, že vysokoškolské vzdělání u sester je stále ojedinělé v porovnání se středoškolským vzděláním.

O to více sester absolvovalo pomaturitní specializační studium. U sester pracujících v LDN i v DP jsou výsledky téměř totožné. Pomaturitní specializační studium uvedlo 36 % z dotazovaných sester pracujících na LDN a 40 % sester pracujících v DP. Tato skutečnost může souviset s tím, že pomaturitní specializační studium je časově méně

náročné než vysokoškolské studium, což mohu potvrdit i z vlastní zkušenosti. Také možnou odpovědí by bylo, že sestry mohly využívat pomaturitního specializačního studia o desítky let dříve oproti studiu na vysoké škole.

Více odlišné a tím zajímavé byly výsledky týkající se registrace sester. Sestry pracující v ADP odpověděly ve 100% ano. Odpovídá to požadavkům práce v DP. Sestry pracující v DP pracují bez odborného dohledu a tudíž musí být registrované. Dotazované sestry pracující v LDN jsou registrované v 92%. 5 sester je neregistrovaných. Ve čtyřech případech uvedly sestry bez registrace nedostatečnou praxi a v jednom případě uvedla sestra, že je v důchodovém věku.

Poslední graf v tomto okruhu otázek ukazuje délku praxe na nynějším pracovišti. Výsledek ukazuje, že nejvyšší počet sester, pracujících v DP je s praxí 11-20 let. V LDN pracuje nejvíce sester s praxí od 6-10 let. Tento graf vypovídá o náročnosti třísměnného provozu.

Následující otázka byla položena jen sestrám pracujícím v DP a sleduje zřizovatele ADP, vybavenost kompenzačních pomůcek a moderního zdravotnického materiálu. Nejčastějším zřizovatelem dotazovaných je Charita, což uvedlo 20 sester (40 %) ze čtyř zařízení. Na druhém místě je ČČK, což potvrdilo 17 sester (34 %) ze dvou zařízení. Ostatních 13 sester (26 %) zaškrtnulo jiného zřizovatele. Ve čtyřech případech jde o akciovou společnost, tu uvedlo jedno zařízení, v pěti případech jde o fyzickou osobu, opět se jedná o jedno zařízení a posledním zřizovatelem ADP je nemocnice, uvedly to čtyři sestry a i zde šlo o jedno zařízení. Žádná sestra neuvedla, že by zřizovatelem byla Diakonie, Město nebo Obec.

Otázky sledující charakter a typ zařízení se týkaly pouze sester pracujících v LDN. Ze šesti dotazovaných je pět léčeben pro dlouhodobě nemocné součástí nemocnice, což uvedlo 58 sester (91 %), jen 6 sester (9 %) z jednoho zařízení odpovědělo, že jejich léčebna pro dlouhodobě nemocné není součástí nemocnice. To potvrzuje skutečnost, že LDN jsou často zřizovány při nemocnicích.

Hodně zajímavé jsou grafy, které se týkají počtu lůžek na pokojích. 21 sester (33 %) napsalo, že nemají jednolůžkový pokoj. 28 sester (44 %) uvedlo, že mají jeden jednolůžkový pokoj, 14 sester (22 %) uvádí, že mají v LDN dva jednolůžkové pokoje a jedna sestra (1 %) uvedla tři jednolůžkové pokoje. Což nás přivádí na myšlenku, že v LDN mají klienti minimální soukromí. To může znamenat, že klienti hůře zvládají

adaptaci. Pestřejší odpovědi jsou dvoulůžkových pokojů. 8 sester (14 %) odpovědělo, že nemají žádný dvoulůžkový pokoj. 1 sestra ( 1 % ) uvedla, že mají 1 dvoulůžkový pokoj. 13 sester ( 20 %) uvedlo po dvou dvoulůžkových pokojích. 4 sestry (6 %) odpověděly, že mají 3 takové pokoje. 0 sester (16 %) uvádí 4 dvoulůžkové pokoje. Nejvíce 18 sester (28 %) uvádí 6 dvoulůžkových pokojů. 3 sestry (5 %) odpověděly, že mají 7 dvoulůžkových pokojů. 6 sester (9%) uvádí 9 dvoulůžkových pokojů. A jen jedna sestra uvádí, že mají 10 dvoulůžkových pokojů. Toto šetření ukazuje, že dvoulůžkových pokojů je mnohem více, než jednolůžkových pokojů. Posledním šetřením o počtu lůžek, jsou odpovědi na počet tří a více lůžkových pokojů v LDN. 6 sester (9 %) odpovědělo, že mají 4 větší pokoje. 13 sester (20 %) odpovědělo, že mají 7 větších pokojů. 14 sester (22 %) uvádí 8 větších pokojů. 2 sestry (3 %) uvádí 3 více lůžkové pokoje. 5 sester (8 %) odpovědělo 10 pokojů. 20 sester (31 %) uvádí 13 větších pokojů. 1 sestra (2 %) odpověděla, že mají 14 více lůžkových pokojů. 2 sestry (3 % ) uvedly 15 větších pokojů a poslední 1 sestra (2 %) uvedla, že mají 16 velkých pokojů. Na těchto dvou grafech je zajímavé, že ačkoli dotazníky vyplňovaly sestry ze šesti LDN, tak je devět různých odpovědí. Zjistila jsem, že některé LDN mají více oddělení a tím pádem je více různých odpovědí, než je počet LDN. Druhou možností je, že sestry nesprávně vyplnily dotazník .

Více odlišné odpovědi byly na množství kompenzačních pomůcek. Sestry pracující v LDN uvádějí ve větším počtu, že mají dostatek kvalitních kompenzačních pomůcek, než sestry pracující v DP. Z vlastních zkušeností vím, že ADP mají méně finančních prostředků pro nákup kompenzačních pomůcek. Je zde, ale možnost, že pokud jde u klienta o chronický stav, tak je možné uhradit kompenzační pomůcky ze zdravotních pojišťoven.

Opačné výsledky jsou znázorněny v grafu, kde sestry odpovídají, zda mají vyhovující množství moderního zdravotnického materiálu. Více vyhovující množství moderního zdravotnického materiálu uvádějí sestry pracující v DP. Zde mohu potvrdit, že sestry pracující v DP mají větší kompetenci ovlivnit, s jakým materiálem budou pracovat. Sestry pracující v LDN nemají tolik možností rozhodovat o množství materiálu.

Poslední podstatnou otázkou v tomto okruhu, je počet personálu v LDN a v DP na počet ošetřovaných klientů. Dvě třetiny sester pracujících v LDN si myslí, že mají

nedostatečný počet personálu k počtu ošetřených klientů. Oproti tomu sestry pracující v DP se domnívají v 90 %, že mají dostačující počet personálu na počet ošetřených klientů. Domnívám se, že tyto výsledky ovlivnily sestry, které tuto práci vidí více, jako poslání než práci. A toto poslání pracující sestry vykonávají s opravdovou láskou.

Následující otázky šetří časový prostor pro zajištění odborné zdravotní péče a kvalitní ošetrovatelské péče. Sestry v LDN uvádějí, že mají čas pro tuto péči v 69 %, oproti sestrám pracující v DP, které uvedly, že mají časový prostor v 94 %. V porovnání se sestrami z LDN uvádějí sestry z DP více času. Ve výsledku se jedná o rozdíl 25 %. To koresponduje s předchozí otázkou, kdy sestry z ADP uvedly, že mají splňující počet ošetrovatelského personálu k počtu ošetrovaných klientů.

Další šetření se týkalo uspokojování nižších potřeb. Z odpovědí, které sestry uvedly vyplynulo, že sestry v domácí péči věnují více času uspokojování nižších potřeb než sestry pracující v LDN. Nejednalo se, ale o významný rozdíl (12 %). Jen je překvapující, že několik sester pracujících v LDN uvedlo, že není čas na uspokojování nižších potřeb a jedna sestra pracující v LDN uvedla, že uspokojování nižších potřeb není potřeba. Dle A. Maslowa víme, že povinnost ošetrovatelů spočívá v převzetí role zabezpečení potřeb, tak aby nemocný netrpěl nedostatkem fyziologických potřeb, potřeb jistoty, lásky, bezpečí a sebeúcty (22, 25). Toto šetření potvrzuje hypotézu H 1: Sestry v domácí péči zajišťují klientům komplexnější ošetrovatelskou péči než sestry v LDN.

Z šetření na uspokojování vyšších potřeb vyplynulo, že sestry pracující v LDN mají čas ve 25 % a sestry pracující v DP mají čas ve 42%. V následující specifické otázce, zda mají sestry čas na rozhovor s nemocným. Sestry pracující v LDN uvedly, že mají čas v 31% oproti sestrám pracující v DP, které uvedly, že mají čas na rozhovor s nemocným v 78 %. Stejně tak je to s posezením u lůžka s nemocným, popřípadě podržení nemocného za ruku. Sestry pracující v DP uvedly, že mají možnost posedět u lůžka častěji, než sestry pracující v LDN a to o 36 %. Z těchto odpovědí je patrné, že sestry pracující v DP mají více času na poskytování vyšších potřeb. Potěšilo mně, že žádná ze sester pracujících v LDN i v DP neuvedla, že není potřeba rozhovor s nemocným a posezení u lůžka s nemocným, popřípadě podržení nemocného za ruku. Všechny dotazované sestry si uvědomují důležitost neverbální komunikace. Sestra by všeobecně měly znát psychologické zákonitosti stárnutí a umírání, které úzce souvisí se

stářím a představují velký etický problém (17). Toto šetření potvrzuje hypotézu H 3: Sestry v domácí péči mají více prostoru k uspokojování vyšších potřeb klientů než sestry v LDN. Taktéž byl splněn Cíl 2: Zjistit rozdíly v uspokojování potřeb klientů v domácí péči a v LDN z pohledu sester.

Následující otázka šetřila složení pracovního týmu. Z grafu vyplynulo, že ve všech šetřených LDN pracují RHB a sociální pracovníci. Sestry pracující v LDN navíc spolupracují s logopedy. U šetřených sester pracujících v DP pracují více, než v LDN pracovníci duchovní a psychologové. Oproti sestřám z LDN uvedly spolupráci s paliativními lékaři. Z vlastní zkušenosti vím, že sestry pracující v DP si RHB péči zajišťují sami. Zdravotní pojišťovny nechtějí ADP hradit rehabilitaci prováděnou RHB pracovníkem.

V závěrečné otevřené otázce, která byla položena, jak sestřám pracujícím v ADP, tak sestřám pracujícím v LDN. Sestry měly napsat vlastní názor na kvalitu ošetrovatelské péče, kterou poskytují. Z šetření vyplynulo, že sestry pracující v LDN si myslí, že zajišťují kvalitní ošetrovatelskou péči v 62 %. Sestry pracující v DP se domnívají, že zajišťují kvalitní zdravotní péči v 92 %. Těší mě, že žádná ze sester si nemyslí, že nikdy nezajišťuje kvalitní ošetrovatelskou péči. Z dotazníku ovšem plyne, že sestry pracující v ADP, poskytují častěji kvalitní ošetrovatelskou péči a častěji uspokojují potřeby nemocných, než sestry pracující v LDN. Toto šetření potvrzuje hypotézu H 2: Typ organizace má z pohledu sester vliv na uspokojování potřeb klientů. Také splňuje Cíl 1: Zjistit rozdíly v zajišťování ošetrovatelské péče u klientů v domácí péči a v LDN.

Šetřením byly splněny cíle i předpokládané hypotézy.

## 6. Závěr

Cílem ošetrovatelské péče je udržet člověka co nejdéle soběstačného, zlepšit kvalitu života, zajistit směr nebo životní program v psychických i sociálních aktivitách. Potřeba vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Tato práce se zabývá problematikou zajištění ošetrovatelské péče a potřeb nemocných v léčebně dlouhodobě nemocných a v domácí péči z pohledu sester.

Šetření se zúčastnilo 64 sester z 6 oslovených LDN a 50 sester z 9 oslovených ADP. V bakalářské práci byly zjišťovány možnosti poskytování zdravotní péče a možnosti uspokojování nižších a vyšších potřeb.

Stanoveny byly tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že sestry z domácí péče zajišťují klientům komplexnější ošetrovatelskou péči než sestry v LDN. Tato hypotéza byla potvrzena. Sestry z domácí péče zajišťují současně odbornou zdravotní péči, nižší i vyšší potřeby. Z našeho šetření vyplynulo, že sestry z LDN méně zajišťují nižší a vyšší potřeby. Druhá hypotéza se zabývala vlivem typu organizace na uspokojování potřeb klientů. Tato hypotéza byla opět potvrzena. Sestry v domácí péči mají více prostoru pro zajišťování potřeb, než sestry v LDN. Třetí hypotéza se zabývala tím, zda sestry z domácí péče mají více prostoru k uspokojování vyšších potřeb než sestry v LDN. Tato hypotéza byla rovněž potvrzena. Z šetření vyplynulo, že část sester pracujících v LDN má málo času na uspokojování nižších a vyšších potřeb. A při šetření nebyla výjimkou odpověď, že zajišťování nižších a vyšších potřeb není nutné, nebo na tuto péči není časový prostor.

Problematika zajišťování ošetrovatelské péči a potřeb nemocných je častá a závažná. Jak již vyplynulo z výsledků, je více závažná v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Výsledky práce budou poskytnuty hlavním a vrchním sestřím z nemocnic a vrchním sestřím z Agentur domácí péče.

Přístup k ošetrovatelské péči a k potřebám nemocných, prochází neustálým vývojem. To, co dříve bylo dostačující, dnes již není. Domnívám se, že přínosem pro sestry by bylo doporučení, aby více využívaly vzdělávání. Aby byly schopny rozpoznat potřeby, které nemocí vznikají. Vždyť pokrývání těchto potřeb je součástí léčebného

procesu. Vedoucím pracovníkům léčeben pro dlouhodobě nemocné a Agentur domácí péče, bych doporučila zajistit více kvalitních kompenzačních pomůcek a moderního zdravotnického materiálu. Dále pak, aby zvažili počet ošetřujícího personálu na počet ošetřovaných klientů. Vždyť poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, je cílem každé sestry.



## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BOLECHOVÁ, B. Kde domácí péče pomáhá. *Sestra*. Praha: 2008, roč.18, č.4, s. 32. ISSN 1210-0404.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. CIKÁNKOVÁ, K., KARAFFOVÁ, J. Společnými silami ke spokojenému stáří. *Sestra*. 2008, č. 2, roč. 18, s. 34. ISSN 1210-0404.
4. ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. Mladá fronta Dnes. *Sestry v LDN by o špatné péči neměly mlčet*. [On-line]: / cit. 2008-24-7 /. Dostupné z WWW: <http://www.lecebnydlouhodobemocnych.cz>
5. FARKAŠOVÁ, D. et. a. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. čes. vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
7. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
8. KALETOVÁ, Š. Sestry a změny v LDN. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 34. ISSN 1210-0404.
9. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
10. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KOHOUTOVÁ, I. Koncepce ošetrovatelství. In: *Nové trendy v ošetrovatelství*. Díl III., *sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: III. Jihočeské ošetrovatelské dny: 23.-24. září 2004* 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská universita, 2004. s.156-165. ISBN 80-7040-705-0.
12. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.

13. KYSLÍKOVÁ, J., PAZDÍREK, J. Chronicky nemocný na oddělení následné péče. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č.9, s. 30. ISSN 1210-0404.
14. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy péči o zdraví*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9 .
15. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství. Systémový přístup* 1. díl. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0428-0.
16. MENCLOVÁ, K., SVĚDÍLKOVÁ, M. Komplexní péče o klienta v pobytovém zařízení sociálních služeb. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 4, s. 33-34. ISSN 1210-0404.
17. RAPČÍKOVÁ, T. Etické aspekty přístupu sestry ke geriatrickým klientům. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č.5, s. 40. ISSN 1210-0404.
18. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
19. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 1. (Koncepte českého ošetřovatelství. Základní terminologie)*. 1.vydání. Brno: IDVPZ, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
20. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3. (Jak zavést ošetřovatelský proces)*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1999. 49. s. ISBN 80-7013-282-5.
21. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11.( Sestra-reprezentant profese)*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. 78. s. ISBN 80-7013-368-6.
22. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
23. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
24. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
25. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
26. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

27. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2150-5.

## **8. Klíčová slova**

Agentura domácí péče

Domácí péče

Léčebna dlouhodobě nemocných

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelství

Potřeby nemocných

Sestra

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Dotazník pro sestry pracující v LDN

Příloha 2 Dotazník pro sestry pracující v ADP

***Dotazník pro sestry pracující v LDN.***

Vážené kolegyně, jmenuji se Hana Guidová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia, oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Připravuji bakalářskou práci na téma: **„Problematika zajištění ošetrovatelské péče a potřeb nemocných v LDN a v domácí péči z pohledu sester“**.

Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré získané informace budou použity ke zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky prosím zakroužkujte jednu odpověď, nebude-li uvedeno jinak.

Děkuji Vám za spolupráci a čas strávený nad tímto dotazníkem.

Guidová Hana

---

**1. Věk**

- a) do 25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 a více let

**2. Jaká je Vaše celková praxe v oboru?**

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 a více let

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v sesterském oboru?**

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší zdravotnická škola
- c) VŠ-bakalářské studium
- d) VŠ-magisterské studium
- e) jiné

**4. Absolvovala jste další specializační studium?**

- a) ne
- b) ano, uveďte prosím které

.....

**5. Jste registrovaná sestra ?**

- a) ano
- b) ne, důvod.....

**6. Pracuji v LDN**

- a) 0-3 let
- b) 4-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-20 let
- e) 21 a více let

**7. Je Vaše LDN součástí Nemocnice?**

- a) ano
- b) ne

**8. Kolik máte v LDN k dispozici**

- a) jedno-lůžkových pokojů.....
- b) dvou-lůžkových pokojů.....
- c) tři a více lůžkových pokojů.....

**9. Máte dostatek kvalitních kompenzačních pomůcek?**

- a) ano, máme
- b) ano, ale omezené množství
- c) jen ojediněle
- d) ne

**10. Máte dostatek moderního zdravotnického materiálu?**

- a) ano, máme
- b) ano, ale omezené množství
- c) jen ojediněle
- d) ne

**11. Máte dostatek ošetrovatelského personálu, na počet ošetřovaných klientů?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím



**12. Máte dostatek času na odbornou zdravotní péči ? / plnění ordinace lékaře/**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to třeba
- d) ne

**13. Máte čas na uspokojování nižších potřeb?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**14. Máte čas na poskytování vyšších potřeb?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**15. Máte čas na rozhovor s nemocným ?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**16. Máte možnost posedět u lůžka s nemocným, podržet nemocného za ruku?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**17. Kterí další pracovníci, tvoří váš pracovní tým?**

- a) RHB pracovník
- b) sociální pracovník
- c) ergoterapeut
- d) psycholog
- e) duchovní / farář /
- f) jiné profese, jaké .....

**18. Myslíte, že zajišťujete kvalitní ošetrovatelskou péči?**

- a) ano
- b) ano-částečně
- c) občas-jen málo kdy
- d) nikdy

## Příloha 2

### ***Dotazník pro sestry pracující v Agenturách domácí péče.***

Vážené kolegyně, jmenuji se Hana Guidová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia, oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Připravuji bakalářskou práci na téma: **„Problematika zajištění ošetrovatelské péče a potřeb nemocných v LDN a v domácí péči z pohledu sester“**.

Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré získané informace budou použity ke zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky prosím zakroužkujte jednu odpověď, nebude-li uvedeno jinak.

Děkuji Vám za spolupráci a čas strávený nad tímto dotazníkem.

Guidová Hana

---

#### **1. Věk**

- f) do 25 let
- g) 26-35 let
- h) 36-45 let
- i) 46-55 let
- j) 56 a více let

#### **2. Jaká je Vaše celková praxe v oboru?**

- e) 0-5 let
- f) 6-10 let
- g) 11-20 let
- h) 21 a více let

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v sesterském oboru?**

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší zdravotnická škola
- c) VŠ-bakalářské studium
- d) VŠ-magisterské studium
- e) jiné

**4. Absolvovala jste další specializační studium?**

- a) ne
- b) ano, uveďte prosím které

.....

**5. Jste registrovaná sestra ?**

- a) ano
- b) ne, důvod.....

**6. Pracuji v ADP**

- f) 0-3 let
- g) 4-5 let
- h) 6-10 let
- i) 11-20 let
- j) 21 a více let

**7. Kdo je zřizovatelem Vaší ADP ?**

- a) Charita
- b) Diakonie
- c) ČČK
- d) Město
- e) Obec
- f)

Jiné.....

**8. Máte dostatek kvalitních kompenzačních pomůcek?**

- e) ano, máme
- f) ano, ale omezené množství
- g) jen ojediněle
- h) ne

**9. Máte dostatek moderního zdravotnického materiálu?**

- a) ano, máme
- b) ano, ale omezené množství
- c) jen ojediněle
- d) ne

**10. Máte dostatek ošetrovatelského personálu, na počet ošetrovaných klientů?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**11. Máte dostatek času na odbornou zdravotní péči ? / plnění ordinace lékaře/**

- a) ano
- b) velmi málo
- c) ne, není to třeba
- d) ne

**12. Máte dostatek času na uspokojování nižších potřeb?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**13. Máte čas na uspokojování vyšších potřeb?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**14. Máte čas na rozhovor s nemocným ?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**15. Máte možnost posedět u lůžka nemocného, podržet nemocného za ruku?**

- a) ano
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne, není to potřeba
- d) ne

**16. Kterí další pracovníci, tvoří váš pracovní tým?**

- a) RHB pracovník
- b) sociální pracovník
- c) ergoterapeut
- d) psycholog
- e) duchovní / farář /
- f) jiné profese, jaké?.....

**17. Myslíte, že zajišťujete kvalitní ošetrovatelskou péči?**

- a) ano
- b) ano-částečně
- c) občas-jen málo kdy
- d) nikdy