

Nemoc jako náročná životní situace pohledem klienta a všeobecné sestry v domácí péči

Petra Smočková, DiS.

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Smočková, DiS.**

Osobní číslo: **H11652**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Nemoc jako náročná životní situace pohledem
klienta a všeobecné sestry v domácí péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení odborné terminologie a teoretických východisek v oblasti nemoci, životní situace, domácí péče, adaptačních mechanismů, kvality života.

Příprava metodiky průzkumného šetření.

Realizace průzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru s klientem v domácím prostředí a se všeobecnými sestrami z agentury domácí péče.

Zpracování, vyhodnocení získaných dat a interpretace.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAŠTECKÁ, Bohumila. Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 515 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči I: věnováno nemocným odkázaným na pomoc druhých, jejich ošetrovatelům a rodinám: zvláště pak nemocným Parkinsonovou chorobou, lidem po cévní mozkové příhodě a lidem s roztroušenou sklerózou. Javorník: Miroslava Halová, 2007. 140 s. ISBN 978-80-239-7316-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. Duševní hygiena zdravotní sestry. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

NEŠPOR, Karel. Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat! Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 151 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0482-4.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. Klíčové dovednosti sester. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 259 s. Sestra. ISBN 80-247-1714-X.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 16. března 2014

.....


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o nemoci jako náročné životní situaci v domácí péči. Tato práce se skládá ze dvou částí. První z nich je teoretická část se zaměřením na vysvětlení pojmu nemoc a vliv nemoci na osobnost klienta domácí péče a zdravotnického pracovníka. Dále se zaměřuje na zásady správné komunikace s klientem, potřeby, kvalitu života, problematiku zvládání zátěže u pomáhajících profesí a s nimi související možná rizika. Druhou část tvoří analýza polostrukturovaných rozhovorů. Na straně jedné byli dotazováni zdravotničtí pracovníci pracující v agentuře domácí péče, a na straně druhé klient upoutaný na lůžko v domácím prostředí. Smyslem práce bylo zjistit, jak pohlíží na nemoc a prožívá ji doma samotný klient a jak vnímá klienta a jeho situaci doma všeobecná sestra, která klienta ošetřuje.

Klíčová slova: nemoc, životní situace, domácí péče, kvalita života, duševní hygiena

ABSTRACT

Bachelor work deals with disease as a demanding life situation in home care. This work consists of two parts. The first one is theoretical and it is focused on the explanation of concept of disease and its influence on the client's personality and a health worker in home care. It is also focused on the communication rules with clients, things they need, quality of life, problematics of managing of possible stress connected with the work of helping professions and possible risks. The second part consists of analysis of halfstructured dialogues. On the one hand were questioned health workers who are home care agency employees and on the other hand was questioned the bedridden client in home environment. The aim of my work was realizing how the client feels the disease when being at home and the view of the general nurse who takes care of the client.

Keywords: disease, life situation, home care, quality of life, mental hygiene

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za vedení mé práce, neobyčejnou vstřícnost a podporu při jejím zpracovávání. Zvláštní poděkování patří agentuře domácí péče v Olomouci, všeobecným sestřám, které byly ochotny mi v rozhovorech sdělit své zkušenosti z praxe, a velké poděkování patří také klientce domácí péče této agentury, která byla ochotna se mnou spolupracovat.

MOTTO

„Neohlížejte se smutně za minulostí, už se nevrátí.

Raději moudře využijte přítomnosti. To je správná cesta.“

Henry Wadsworth Longfellow

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NEMOC	13
1.1 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POJETÍ NEMOCI.....	13
1.2 REAKCE NA NEMOC	14
1.2.1 Coopingové strategie.....	14
1.2.2 Adaptační mechanismy	16
1.3 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI	16
1.3.1 Autoplastický obraz nemoci.....	17
1.3.2 Psychická situace zdravého a nemocného člověka	18
2 VLIV NEMOCI NA OSOBNOST	19
2.1 HLEDISKA OVLIVŇUJÍCÍ OSOBNOST PACIENTA	19
2.2 OSOBNOST VŠEOBECNÉ SESTRY.....	20
2.2.1 Syndrom vyhoření a jeho příčiny	20
2.2.2 Faktory související se syndromem vyhoření	21
2.2.3 Prevence syndromu vyhoření	21
3 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE U VŠEOBECNÝCH SESTER	22
3.1 SOCIÁLNÍ A EMOČNÍ KOMPETENCE.....	22
3.2 ZÁSADY ZDRAVÉ KOMUNIKACE.....	22
3.3 DUŠEVNÍ HYGIENA A SUPERVIZE	23
3.3.1 Pessó-Boyden terapie	24
4 KVALITA ŽIVOTA	25
4.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	25
4.2 ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	26
4.2.1 Modely kvality života.....	26
4.3 POTŘEBY	27
4.3.1 Potřeby klienta v těžké a závažné nemoci.....	28
4.3.2 Autonomie.....	28
5 DOMÁCÍ PÉČE	30
5.1 OŠETŘOVATELSKÉ ČINNOSTI DOMÁCÍ PÉČE A JEJICH VYMEZENÍ	30
5.2 VÝHODY DOMÁCÍ PÉČE	31
5.3 HODNOTÍCÍ TESTY A ŠKÁLY	32
5.4 NANDA	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
6 CÍLE PRŮZKUMU	35
7 METODIKA PRŮZKUMU	36

7.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU A REALIZACE PRŮZKUMU.....	36
7.2	KAZUISTIKA (CASE STUDY).....	37
7.3	KAZUISTIKA - KLIENTKA DOMÁCÍ PÉČE.....	37
7.4	PRŮZKUMNÁ ČÁST - KLIENTKA DOMÁCÍ PÉČE.....	40
7.5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ (ANALÝZA A PREZENTACE DAT).....	47
7.6	PRŮZKUMNÁ ČÁST - VŠEOBECNÉ SESTRY Z AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE	49
8	DISKUZE.....	58
9	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Téma „Nemoc jako náročná životní situace pohledem klienta a všeobecné sestry“ jsem si vybrala proto, abych porovнала pohled obou stran. Na straně jedné stojí profesionál, všeobecná sestra, vyzbrojena vědomostmi, zkušenostmi, ale bohužel i každodenní rutinou, která může někdy vést k tomu, že některé činnosti provádí tzv. automaticky a mnohdy si sama ani neuvědomuje, že tímto chováním může někoho poškodit jak fyzicky tak psychicky. Zvláště pak klienty, jejichž stav je chronický, neměnný, s minimální či nulovou vyhlídkou k uzdravení. Právě zde se pak projeví všeobecná sestra jako člověk, který trpělivě naslouchá každému přání klienta, setrvává v klidu při emočních reakcích s pochopením profesionála a aktivně zjišťuje a saturuje potřeby, které u klienta vyzorovala. Nebo tomu může být právě naopak, že cítí nechuť k práci, nezájem, hledá cestu k úniku, ošetrovatelskou péči u klienta provádí rutinně a automaticky s vidinou, že zdravotní stav je chronický, tudíž se ani nesnaží aktivně vyhledávat klientovy potřeby.

Na straně druhé stojí, v našem případě však „leží“ klientka, která je upoutána na lůžko již 15 let a má tedy zkušenosti s domácí ošetrovatelskou péčí, zkušenosti s mnohými všeobecnými sestrami, které ji za tuto dlouhou dobu ošetrovaly. Právě ona klientka je v pozici toho, kdo potřebuje pomoc od druhých, v pozici toho, kdo hledá podporu a pochopení profesionála, byť třeba pouhým mlčením. Ležící, hybná jen s dopomocí z boku na bok, hybná jen při náročném přesunu z lůžka na invalidní vozík. Právě proto je vhodným respondentem k tomu, aby vyjádřila svůj názor tak, jak vnímá svou náročnou životní situaci kolem sebe jen z lůžka nebo z invalidního vozíku a jak vnímá ošetrovatelskou péči a celkově svou nynější kvalitu života.

Práce může přispět k vzájemnému uvědomění obou stran, přimět čtenáře k hlubšímu porozumění a k tomu, že některé situace vypadají navenek jinak, než by se mohlo zdát.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEMOC

Nemoc je přirozená a obecně nežádoucí součást lidského života. Působí utrpení, bolest, strach, úzkost a vyřazuje člověka z běžného života. Klade také vyšší nároky na adaptabilitu člověka a mobilizaci jeho tělesných a psychických sil. Také můžeme říci, že je výzvou k zamyšlení se nad hodnotou zdraví vlastního, nad kvalitou a také smyslem našeho života (Mlčák, 2011, s. 64).

Výraz *disease* označuje nemoc jako klinickou jednotku, pro kterou máme označení. Je nám známa její etiologie, diagnostika, známe referenční postupy a postupy léčby. Výraz *illness* používáme v označení subjektivního pohledu na nemoc, přebíráme rodinné zkušenosti s nemocemi. Výraz *sickness* označuje nemocného, který je úředně uznán nemocným, je mu vystavena pracovní neschopnost a okolím je mu přiřazena sociální role nemocného (Mareš, 2012, s. 132).

1.1 Biopsychosociální pojetí nemoci

Každá nemoc probíhá v podmínkách makrosociálních, mezosociálních a mikrosociálních. V průběhu vývoje názorů na problematiku nemoci dospěla věda k dnes všeobecně respektovanému biopsychosociálnímu pojetí nemoci, neboť u každé nemoci najdeme aspekty biologické, psychologické a sociální (Mlčák, 2011, s. 64).

Biologické pojetí nemoci vzniklo již v minulém století, když byly objeveny mikroorganismy jako příčiny infekce. Člověk zde byl chápán jako biologický systém, který lze při poruše opravit, veškerá pozornost byla soustředěna na lidské tělo a složka psychická a sociální byla opomenuta (Mlčák, 2011, s. 64).

Psychoanalytické pojetí nemoci vzniklo v prvních několika desetiletích 20. století za současného působení hlubinné psychologie. Toto pojetí sloužilo hlavně pro pochopení psychosomatických a neurotických onemocnění a zastávalo názor, že určitá psychotraumata se mohou projevat jak příznaky tělesnými, tak i psychickými (Mlčák, 2011, s. 65).

Sociologické pojetí nemoci začalo vznikat asi od poloviny 20. století a vycházelo z předpokladu, že nemoc je jev sociální, který určuje chování člověka ve společnosti s následnou odezvou. Nemocný člověk je zproštěn řady povinností, měl by vyhledat lékaře a společně s ním usilovat o uzdravení (Mlčák, 2011, s. 65).

1.2 Reakce na nemoc

Při nemoci nastává nová životní situace, která klade zvýšené nároky na adaptaci. Nemoc může omezovat náš pohyb, vést k bolesti, omezovat soběstačnost a celkově změnit dosavadní životní styl. Změny s sebou nese také léčba, intervence, kontakt se zdravotnickým personálem, což může vyvolat nejistotu a způsobit distres. Jsou také kladeny vysoké nároky na rodinu nemocného, která je neoddělitelnou součástí (Praško a kol., 2010, s. 40).

Každou nemoc lze posuzovat z hlediska somatického, což znamená, že hodnotíme příznaky onemocnění, které jsou pro danou nemoc typické. Dále hodnotíme psychické hledisko, tedy souhrn emocí, které daná nemoc vyvolala a následnou reakci nemocného. Sociální hledisko nemoci je dáno společenským hodnocením nemoci a následnými postoji druhých lidí. Reakce na onemocnění je ovlivněna také uvědoměním si vlastních spirituálních potřeb a řadíme ji k duchovnímu hledisku (Baštecká a Goldmann, 2001 cit. podle Praško a kol., 2010, s. 40).

Co se týče psychické reakce na nemoc, projevy fyzického i psychického rázu se mohou u jednotlivých pacientů výrazně lišit. Záleží na subjektivním pohledu pacienta na závažnost své nemoci, na tom jak hodnotí svou prognózu a celkové důsledky nemoci. Dále psychickou reakci ovlivňuje i subjektivní utrpení, které s sebou nesou příznaky nemoci. A důležitá je i osobnost pacienta a podpora okolí, současná životní situace, ve které se nachází a samozřejmě předchozí zkušenost s nemocí (Praško a kol., 2010, s. 41).

Reakce na nemoc má i své neoddělitelné komponenty. Řadíme zde reakci emoční, která se projevuje např. depresí, úzkostí, zlostí atd. Reakce tělesná se projevuje např. bušením srdce, tlakem na hrudi a v žaludku, zvýšeným pocením nebo průjmem. Reakce psychologická představuje komplexní psychologické reagování na nemoc a lze ji rozdělit na strategie zvládání a na obranné mechanismy (Praško a kol., 2010, s. 41).

1.2.1 Copingové strategie

Je to počínání, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi. Zvládání (anglicky coping) má 2 typy:

1. Strategie řešení problémů pomáhá změnit okolnosti a snížit dopady.

Řadíme zde:

- hledání podpory a pomoci u druhých lidí – získávání rad, co dělat,
 - konfrontace – požadování změny chování od druhých,
 - řešení problémů – jednotlivé plánovité kroky, vedoucí k řešení daného problému.
2. Strategie zredukování emocí nám pomáhají se adaptovat na stres, který probíhá a zmírňují emoční a tělesné reakce.

Řadíme zde:

- uvolnění emocí formou rozhovoru,
- snaha vyhnout se situacím, myšlenkám a lidem souvisejícím s problémem. Jedinec se vyhýbá myšlence na nemoc, hovoru o nemoci a nechce s ní nic dělat,
- pozitivní přerámování – snaží se najít výhody dané situace,
- přijetí nebo delegování zodpovědnosti – přijetí faktu, že někdo je odpovědný za řešení situace. Buď přebírá odpovědnost sám pacient, nebo jiná osoba (lékař) a pacient se tomu přizpůsobuje (Praško a kol., 2010, s. 42).

Tyto výše zmíněné strategie zvládnání pomáhají řešit nebo lépe snášet situace a snižovat nadměrný stres. Velice záleží na načasování, nemusí být vždy adaptivní. Z tohoto důvodu je důležité, aby člověk ovládal nejen strategie, ale aby byl schopen se rozhodnout, která z nich je pro danou dobu podstatná (Praško a kol., 2010, s. 42).

Maladaptivní strategie mají krátkodobý účinek na emoční reakce a dlouhodobě vedou k nahromadění problémů, např.:

- zneužívání návykových látek – snižují uvědomování si stresu,
- sebepoškozování – snižuje vlastní napětí,
- agresivní chování – vede ke krátkodobé citové úlevě a poškozují mezilidské vztahy,
- hypochondrické chování – vede k nárůstu úzkostnosti a zesílení příznaků,
- histrionské chování – jeho cílem je dostat se do centra pozornosti, ale vede k problémům v mezilidských vztazích (Praško a kol., 2010, s. 42).

1.2.2 Adaptační mechanismy

Zvládním, které se zaměřuje na emoce, se zabývá psychoanalytická teorie. Sigmund Freud použil termín *obranné mechanismy*, které lidé nevědomě používají v procesu vyrovnání se s negativními emocemi. Tyto strategie mění způsob stresové situace, jakým ji daná osoba vnímá. Emoce, které člověk při stresu prožívá, bývají nepříjemné, a proto se jim člověk snaží vyhnout. Všechny obranné mechanismy v sobě mají prvek klamu. Maladaptivními jsou tehdy, když se stanou převládajícím způsobem reagování na problémové situace (Praško a kol., 2010, s. 43-44).

Mezi adaptační mechanismy řadíme proces popření, který znamená, že si nemoc vůbec nepřipouštíme. Další možností je proces potlačení, kdy se úmyslně sebeovládáme a dočasně odsuneme bolestné a nepříjemné vzpomínky, abychom se mohli soustředit na úkol jiný. Zároveň náleží k nejčastějším obranným mechanismům při zjištění nemoci. Bagatelizace znamená, že si nemoc uvědomujeme, ale zároveň ji podceňujeme. Pomáhá nám zmírnit strach a napětí. Vytěsnění (*represe*) znamená vytěsnění nepříjemných vnitřních impulsů mimo oblast uvědomování. Pomáhá nám tak vyhnout se bolestným vnitřním konfliktům. Dalším mechanismem je přenesení afektu, kdy svou pozornost zaměříme na problémy, které nesouvisí s nemocí a proces projekce, kdy dáváme vinu jiným osobám za své onemocnění. Projekcí tak vlastně promítáme vlastní potřeby a přání na druhou osobu. Kompenzace znamená takové chování, které slouží k vyrovnání se s nemocí nebo jiným nedostatkem. Někdy se stane, že se navrátíme k dřívějším vývojovým stádiím jak v chování, tak v myšlení. Tento proces nazýváme *regrese* a může se projevat i nadměrnou závislostí na druhých nebo infantilním chováním. Pokud se *regrese* objeví v akutním stadiu nemoci, je považována za pozitivní, ale pokud přetrvává i v období rekonvalescence, kdy již člověk má převzít odpovědnost za léčbu, je maladaptivní. Z dalších mechanismů můžeme jmenovat také konverzi, racionalizaci, útěk do fantazie, identifikaci, vzdor, fixaci, rezignaci, superkonformitu, opouzdření, disociaci, sebeobviňování a somatizaci (Praško a kol., 2010, s. 43-46).

1.3 Prožívání nemoci

Pokud onemocníme, ve většině případů si uvědomujeme náš změněný zdravotní stav. Snažíme se identifikovat příznaky nemoci, zjistit příčinu, zvažujeme léčbu. Toto naše hodnocení se však odvíjí na základě určitých aspektů osobnosti pacienta. Velkou roli hraje míra

zdravotní informovanosti, sklon podléhat emočním stavům negativního charakteru a působení adaptačních mechanismů člověka. Způsoby zpracování myšlenek a vnímání zjištěných příznaků nazýváme jako tzv. percepční a kognitivní schémata nemoci pacienta. Tyto schémata rozhodují o tom, zda pacient vyhledá pomoc včas nebo opožděně, a také o tom, zda se rozhodne s nemocí bojovat nebo před ní pasivně unikat. Může také dojít k vyvolání psychické krize, která probíhá v určitých etapách, které zahrnují šok, popírání, intruze, vyrovnání a smíření (Mlčák, 2011, s. 67).

Rozeznáváme dále níže uvedené etapy psychické krize. Šok se může projevit výraznou emocionální odezvou a prožíváním úzkosti, paniky, zmatku, strachu, náhlou psychickou strnulostí nebo slabostí. Na šok navazuje fáze popírání a je zde snaha vytěsnit z vědomí vše, co se k nemoci vztahuje. Následují intruze, což jsou nutkavé vtíravé myšlenky obtěžující pacienta během dne i spánku. Dalším článkem je fáze vyrovnání a jde o soubor pokusů člověka vyrovnat se s nemocí, která psychickou krizi vyvolala. Při poslední fázi smíření dochází k adaptaci, pacient se vyrovnává s úzkostí a bolestí, svými osobními problémy, které souvisí s lékařským vyšetřením, s mezilidskými vztahy. Zde již pacient nemoc přijal a uvažuje o své nemoci bez negativních emocí (Mlčák, 2011, s. 67-68).

1.3.1 Autoplastický obraz nemoci

Znamená komplex subjektivních a objektivních aspektů nemoci v psychice pacienta, které si utváří v průběhu nemoci. Projevuje se v kognitivní, emoční, volní a senzitivní složce osobnosti. V oblasti kognitivní jde hlavně o racionalizaci informací a jejich utřídění, v oblasti emoční se jedná o citové prožívání nemoci, v oblasti volní jde o úsilí a vyrovnání se s nemocí a v oblasti senzitivní jde o potíže nebo bolesti, které působí aktuálně. Autoplastické momenty v psychice pacienta jsou podmíněny charakterem nemoci, okolnostmi, za kterých vznikla a také strukturou a dynamikou osobnosti pacienta před nemocí (premorbidní osobnost). Mezi faktory ovlivňující premorbidní osobnost patří věk, zdravotní uvědomění, temperamentové vlastnosti, citlivost vůči negativním podnětům, systém hodnot dané osobnosti a odolnost k náročným situacím (Mlčák, 2011, s. 68-69).

Všechny složky autoplastického obrazu tvoří základ pro utváření si postojů pacienta k nemoci. Rozlišujeme hned několik nejčastějších postojů k nemoci. V ideálním případě je to postoj normální, který odpovídá charakteristice onemocnění. Pokud však máme sklon podceňovat svou nemoc, náš postoj je nazýván bagatelizujícím. Heroickým postojem se sna-

žíme vlastní vůlí přemáhat bolest a jiné nepříjemné příznaky, nosofobním postojem dáváme najevo svůj sklon až ke svým nepřiměřeným obavám z nemoci. Pokud nám nemoc poskytuje určité uspokojení, zisk a zvýšenou pozornost rodiny, náš postoj je nazýván nosofilní a jemu blízký je postoj účelový. Jsou mezi námi ovšem i jedinci, kteří příznaky disimulují, zapuzují a jejich postoj je tedy repudiační, nebo právě naopak jedinci, kteří přeceňují závažnost svého onemocnění a je pro ně typický postoj hypochondrický (Mlčák, 2011, s. 69).

1.3.2 Psychická situace zdravého a nemocného člověka

Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě, není závislý na druhých lidech a má svobodnou vůli. Má zažitý svůj vlastní životní rytmus, jehož tempo si sám určuje a má také dobrou sebedůvěru a sebehodnocení. Žije v sociální síti blízkých osob, které důvěrně zná, pohybuje se v prostředí domova, pracoviště, společnosti, které pro něj není cizí. Může také plně uspokojovat své zájmy a koníčky a používá zažité způsoby zvládnání problémů. Pokud je člověk zdravý, disponuje spíše kladnými emocemi a pocity životní jistoty. Posuzuje minulost, přítomnost i budoucnost. Nemocný člověk je závislý na péči odborného personálu, který je zároveň aktérem jeho života. Musí provádět, co po něm požadují druzí lidé a je mu vnucen životní rytmus, který je pro něj nepřirozený. Vlivem nemoci neovládá některé činnosti a to neblaze působí na jeho sebevědomí. Pacient je v nemocnici uzavřen v neznámém prostředí, kde je vše jiné než doma, je izolován spolu s neznámými lidmi a také okruh životních zájmů se zužuje. Svému tělesnému a psychickému stavu nerozumí a emocionální prožitky nemocného člověka jsou tedy zabarveny negativně. Prožívání pacienta v čase se orientuje hlavně na přítomnost a budoucnost se jeví jako nejistá (Mlčák, 2011, s. 72).

2 VLIV NEMOCI NA OSOBNOST

V minulé kapitole jsme si vymezili pojem nemoc, prožívání, reakce, které mohou nemoc provázet, hlouběji jsme si popsali strategie zvládnání nemoci a adaptační mechanismy. Tato kapitola se zabývá hledisky, která mají vliv na osobnost pacienta, dále se zmiňuje o osobnosti všeobecné sestry a o syndromu vyhoření, který úzce souvisí s touto profesí.

Přechod ze zdraví do stavu nemoci je svým způsobem krizová situace a nemoc bývá vnímána jako konfliktní situace. Je spojena často se změnou prostředí, životního rytmu, s neschopností přijetí faktu onemocnění a neodvratně s nutností adaptace a saturací nových potřeb (Šamánková et al., 2011, s. 134).

2.1 Hlediska ovlivňující osobnost pacienta

Je důležité mít na zřeteli, že jakákoliv nemoc, se kterou je nucen se člověk vyrovnat, může vyústit v posttraumatický rozvoj. Parková, Lechner, Antoni et al. (2009, podle Mareš, 2012, s. 132) uvádí, že mezi hlediska, která jsou důležitá pro rozvoj osobnosti, patří příznaky nemoci, míra ohrožení života, předpokládaná příčina vzniku nemoci, míra narušení života, postup uzdravování, chronicita, trvalost změny a širší kontext nemoci (Mareš, 2012, s. 133).

Pro nás jako pro profesionály je důležité vědět, že pojetí nemoci pacientem funguje jako takový filtr, který propustí pouze některé pocity a zkušenosti, zatímco jiné ignoruje. Pacient si podle svých vlastních názorů vysvětluje to, co slyší od jiných lidí o nemoci a co sám pociťuje. Velice záleží na tom, co vše bylo řečeno pacientovi o závažnosti jeho zdravotního stavu, kdo mu sdělil informace a jak mu je podal. Čím více je onemocnění závažnější a složitější, tím je vyšší pravděpodobnost, že vyvolá určitou životní krizi. O to je pak náročnější spolupráce se samotným pacientem a rodinou (Mareš, 2012, s. 134-135).

Průběh léčení a uzdravování má svoji trajektorii. Liší se dle typu nemoci, účinnosti léčby, spolupráce pacienta. Velmi důležitou roli zde hraje naděje. Naděje se vyznačuje několika atributy, jako jsou: reálné posouzení vzniklé situace, předvídání vývoje, připravenost na negativa, reálné posouzení možnosti pomoci, průběžné vyhodnocování ukazatelů, odhodlání vytrvat (Mareš, 2012, s. 136).

Faktory vedoucí ke snadnému přijetí nemoci jsou mládí, krása, inteligence, bohatství, dobrá prognóza, lidská vděčnost, pozitivní přenos. Mezi faktory vedoucí k obtížnému přijetí

nemoci patří: stáří, chudoba, nižší inteligence, špatná prognóza, lidský nevděk a kritičnost, negativní přenos (Praško a kol., 2010, s. 70).

2.2 Osobnost všeobecné sestry

Profese všeobecné sestry je fyzicky i psychicky velmi náročná. Osoba, která tuto profesi vykonává, by měla být vybavena určitými vnitřními předpoklady a modelovat své chování a vystupování dle kodexu. Z praxe ovšem víme, že ne vždy tomu tak bývá. Dlouhodobý psychický nátlak, stereotypní práce a nenaplnění svých ideálů vedou často k chování zcela opačnému a nežádoucímu.

2.2.1 Syndrom vyhoření a jeho příčiny

Syndrom vyhoření se překládá z anglického „burn out syndrome“ a znamená vyhasnout, vypálit, vyhořet. Tento pojem uvedl do literatury v roce 1975 Freudenberger. Lze jej popsat jako stav, který se objevuje u lidí, kteří pracují s druhými lidmi. Vyhoření je charakterizováno únavou, bezmocností a plíživostí. Emoční únava se projevuje necitlivou otrlostí k lidem, kterým má pracovník pomáhat, a klienti jsou mu jedno nebo jej otravují. Proces vyhasínání trvá několik let a pracovník samotný si toho mnohdy ani nevšimne, že jeho vztah k práci se změnil. Zde je důležitý supervizor, ale jeho funkce je bohužel ve zdravotnictví velice omezená a lze říci, že skoro vymizela. (Baštecká a kol., 2003, s. 138-139). Myšlenkou supervize je připravit mladé adepty pomáhajících profesí pro praxi (Baštecká, 2009, s. 389).

Mezi časté příčiny syndromu vyhoření patří některé osobnostní dispozice jako např. perfekcionismus, závislost na pochvale, vysoké nároky na vlastní osobu, nedostatek asertivity nebo i neúčinné strategie zvládání stresu. Další příčinou mohou být zevní faktory, kdy můžeme uvést např. práci s náročnými klienty, jejichž zdravotní stav se nezlepšuje, špatnou organizaci práce, nadměrný časový tlak, nedostatečnou podporu v kolektivu. A neméně významné jsou příčiny ze strany systému, mezi které lze zařadit práci v rigidním kolektivu, který nechrání, ale pouze nutí nebo také veliké množství pacientů a málo ošetřujícího personálu. V organizaci, kde jsou všeobecné sestry přepracované, mají málo svobody k rozhodování, nedostatek hmotného i lidského ocenění a kde jsou kladeny požadavky, které nelze splnit, je obrovský prostor pro rozvinutí syndromu vyhoření. Mezi rizikové skupiny všeobecných sester ohrožených syndromem vyhoření patří např. gerontopsychiat-

rická péče, léčba závislosti, psychoterapeutická péče, depresivní a chroničtí pacienti, krizová centra (Praško, 2010, s. 72).

2.2.2 Faktory související se syndromem vyhoření

V dnešní době jsou kladeny vysoké nároky na pomáhající profese. Patří zde kladný vztah k lidem, kdy klient potřebuje být vyslyšen a pochopen, mít pocit bezpečí, někomu věřit, pociťovat podporu a náklonnost. Další složkou je vysoká odbornost, protože je nezbytné, aby klientovi poskytovala ošetrovatelskou péči pouze kvalifikovaná všeobecná sestra s registrací, popř. zdravotnický asistent s odborným dohledem. Etické zásady nám určují, abychom byli obětaví, vždy k dispozici a nečekali na pacientův vděk. Z takového počínání se ale dostáváme k určitým paradoxům. Jde více než pouze o „slušnost“ a paradoxem je, že jsme vlastně takoví placení přátelé pacientů (Praško a kol., 2010, s. 69).

Požadavkem je mít pochopení pro každého, i když v realitě je toto nemožné. Je také zvláštní dávat přednost pomoci druhému před ziskem, ačkoliv do práce chodíme, abychom si vydělali. Paradoxem také je nepotřebovat pacientův vděk pro vlastní sebehodnocení, když je lidsky přirozené v tom vidět kvalitu vlastní práce (Kopřiva, 1994 cit. podle Praško, 2010, s. 69).

Nejvíce ohrožená syndromem vyhoření je všeobecná sestra, která má potenciál, elán a vyniká vysokou angažovaností. Pomáhání druhým jako profese člověka vyčerpává, dává moc a kontrolu, ovlivňuje sebevědomí a životní postoje, přináší také zklamání a osobní nezdary a může také vést k nadměrnému stresu, rozbití blízkých a pracovních vztahů, psychické poruše a somatické nemoci (Praško a kol., 2010, s. 69-70).

2.2.3 Prevence syndromu vyhoření

Je velmi důležité uvědomit si své hranice a nepřekračovat je. Nelze neustále pracovat s přesčasy a vždy a všem vyhovět. Preventivně lze zlepšit organizaci práce, zlepšit komunikaci, upravit životosprávu a životní styl, vlastní výcvik a supervizi (Praško a kol., 2010, s. 75).

Doporučení tedy spočívají v převzetí odpovědnosti (co se s námi děje a v nás děje), v ohraničení vlastní osoby (naučit se říkat „ne“) a v přijetí vlastní nedůležitosti při zároveň zachovaném sebevědomí (Baštecká a kol., 2003, s. 141).

3 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE U VŠEOBECNÝCH SESTER

O tom, jaký vliv může mít nemoc na osobnost člověka a jaká potencionální rizika skrývá práce všeobecné sestry, jsme si krátce uvedli v předchozí kapitole. Nyní si uvedeme několik kompetencí a dovedností, které by v nitru každé všeobecné sestry určitě neměly scházet. Ba právě naopak, měly by být základem pro výkon této profese. Také se zmíníme o významu duševní hygieny a supervize pro všeobecné sestry.

3.1 Sociální a emoční kompetence

Za základní složky sociálních kompetencí považujeme vřelost a blízký vztah, percepční senzitivitu, umění reagovat rychle na podněty druhé osoby, iniciativu a energii. Sociální kompetence souvisí velice úzce s emočními kompetencemi, neboť jsou základem pro umění reagovat přiměřeným způsobem na podněty z vnějšího prostředí. Emoční inteligence zahrnuje pět základních schopností. Schopnost sebeuvědomění je velice důležitá, protože právě skrze tuto schopnost se my, všeobecné sestry, učíme vážit si sami sebe, snažíme se reálně odhadnout své schopnosti a dovednosti. Dalším důležitým bodem je sebeovládání. Zde zahrnujeme usměrňování našich emocí a neverbální komunikace, neděláním ukvapených závěrů, umění se citově odpoutat a odstoupit od problému. Motivaci zlepšujeme a usilujeme o dobré výkony, angažujeme se a jsme oddáni svým cílům. Pomocí empatie se zaměřujeme na porozumění vůči druhým lidem, zohledňujeme jejich potřeby a zájmy. A neméně důležité jsou sociální dovednosti, díky nimž navazujeme a udržujeme mezilidské vztahy, odhadujeme společenské situace, využíváme společenskou obratnost k přesvědčování a vyjednávání s druhými lidmi (Vávrová, 2012, s. 111-112).

Pro pomáhající profese je specifické to, že by je měli vykonávat lidé společenšší, a kteří jsou ochotni podporovat druhé. Bohužel jsou i situace, kdy všeobecná sestra splňuje veškeré předpoklady pro práci s lidmi a její počáteční elán a angažovanost se změní ve vyčerpání (Vávrová, 2012, s. 116).

3.2 Zásady zdravé komunikace

Jsou základem fungujících mezilidských vztahů ve všech oblastech pomáhajících profesí. Řadíme zde tyto schopnosti:

1. Přistupovat „zdravým způsobem“ k sobě i k druhým lidem, chovat se vstřícně s empatií a pochopením, umět identifikovat pocity druhých i jejich neverbální projevy.
2. Umět pozorně naslouchat druhým a svá rozhodnutí činit až na základě úplných informací. Nereagovat impulsivně a zkratkovitě, tvrzení si promyslet a být naladěný na spolupráci s kolegy.
3. Neprosazovat jen svou vlastní pravdu, ale hledat kompromisy a být vstřícný k názorům druhých. Zároveň být schopen řídit směr komunikace, ale i mlčet a nechat se vést.
4. Umět říci oprávněnou kritiku tak, aby nesnižovala hodnotu druhých lidí a zároveň se ji naučit i přijímat. Nezamlčovat důležité informace a nemanipulovat s druhými.
5. Snažit se o přirozenost, optimismus, pozitivní náhled na lidi a situace (Vávrová, 2012, s. 118).

Ke zvládnutí komunikačních dovedností je také důležitý fakt, že konkretizujeme problém v pravou chvíli, provádíme krátká a výstižná shrnutí problému, užíváme správné cílené otázky, poskytujeme informace po malých dávkách, kontrolujeme, zda klient informaci pochopil, konfrontujeme problém v případě nutnosti a komunikujeme srozumitelně (Šamánková et al., 2011, s. 11).

3.3 Duševní hygiena a supervize

Zde bychom zcela jednoduše zařadili dostatek odpočinku, dostatek kontaktu s přáteli, dostatek pohybu a příjemných aktivit, supervize nad prací, investice času a pozornosti do vztahů v práci i doma. Supervize vznikla na konci 19. století v Anglii a USA pro oblasti lékařské a sociální a odtud se šířila do dalších zemí. Je jeden z nástrojů rozvoje pracovníka, kdy se prostřednictvím zaměřeného pozorování a cílených otázek supervizora (psychologa) se supervidovaným zvažuje nad kvalitou jejich práce. Zvyšuje se tak schopnost reflexe a sebereflexevšeobecné sestry a proces sebeuvědomování. Supervize se využívá v pomáhajících profesích. Rozlišujeme:

1. Supervize interní – supervizor je zaměstnanec organizace.

2. Supervize externí – supervizor je najatý odborník organizace (Baštecká et al., 2003, s. 388-389).

3.3.1 Pessó-Boyden terapie

Celým názvem Pessó-Boyden Systém Psychomotor Therapy, je psychoterapeutická metoda založená Alberetem Pessó na začátku šedesátých let 20. století v USA. Tato metoda představuje optimistický pohled na lidskou bytost a život. Lze ji využít i ve zdravotnictví. Jde o užitečný koncept pro odborníky pomáhajících profesí, jako jsou lékaři, psychologové, zdravotnický personál, sociální pracovníci, ale své místo má i při práci s handicapovanými klienty a adoptivními rodinami. Napomáhá hlubokému porozumění potřebám klientů a při zamyšlení se nad vlastními potřebami při výkonu pomáhající profese. Využití této terapie nachází tedy i během supervizí a také při předcházení syndromu vyhoření. Tato metoda je v současnosti zavedená také v Norsku, Dánsku, Švýcarsku, Belgii a výcviky probíhají i v České Republice. Terapie představuje optimistický a nadějný pohled na lidskou bytost a život (Šamánková, 2011, s. 41-43).

Tuto terapii zde uvádíme z toho důvodu, protože tato terapie napomáhá hlubšímu porozumění potřebám klientů, a to je základ v ošetrovatelské činnosti sestry.

4 KVALITA ŽIVOTA

První výskyt tohoto termínu datujeme od 20. let 20. století. Někteří američtí autoři se domnívají, že tento pojem byl použit až v pracích amerických ekonomů. Jedná se hlavně o Galbraitha, který ve své jedné práci napsal: „*To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě; je to kvalita života.*“ (Galbraith, 1967, s. 24). Do povědomí veřejnosti však tento pojem vstoupil až v 60. letech 20. století jako metaforický výraz shrnující sociálně politické cíle americké administrativy (Michalík, 2013, s. 48-49).

Tento pojem se skládá ze dvou slov: kvalita a život. Pojem kvalita pochází ze slova latinského, což je *qualis* a znamená jakost. Sousloví kvalita života je tedy běžný termín obecného jazyka. S tématem kvality života se můžeme setkat nejen v ošetrovatelství, ale i ve filozofii, ekonomii, ekologii, sociologii, medicíně a řadě jiných. Ve většině případů jde o obory zabývající se člověkem a jeho životem nebo dopady problémů společnosti na život člověka (Michalík, 2013, s. 49).

4.1 Měření kvality života v ošetrovatelství

Kvalita života se v medicíně a ošetrovatelství využívá jako jeden z ukazatelů hodnocení efektivity léčby a je záležitostí multioborovou. Na měření kvality lze využívat generické nástroje měření zdravotního stavu, jejichž cílem bylo porovnat úroveň mezi zdravou a nemocnou populací. První generické nástroje byly zaměřeny hlavně na hodnocení funkčního stavu. Mylně jsou dodnes označovány jako nástroje měření kvality života. Vzhledem k velké kritice nástrojů generických nastal prudký rozvoj specifických nástrojů, které byly vytvořeny za účelem měření kvality života souvisejících se zdravím (HRQoL) v určitých populacích pacientů. Byla zde úzká spolupráce mezi zdravotníky a psychology. V neposlední řadě existuje také spektrum nástrojů individuálních. Rozvoj konceptuálních modelů kvality života souvisejících se zdravím se rozmohl až v devadesátých letech, v době, kdy se používalo různé spektrum generických a specifických nástrojů. Výsledkem je disproporce mezi teorií a výzkumem HRQoL, která trvá dodnes (Gurková, 2011, s. 42-43).

Při výběru vhodného nástroje měření si musíme uvědomit, jaké nástroje u pacientů s daným onemocněním máme k dispozici a na základě kterých kritérií můžeme zvolit vhodný nástroj pro výzkum. Základní vlastnosti, které bychom měli vědět o nástroji, který chceme použít, jsou: reliabilita, citlivost a validita (Gurková, 2011, s. 116).

4.2 Aspekty kvality života osob se zdravotním postižením

Je nám zcela jasné, že definiční přístup k pojmu kvalita života může sloužit pouze jako teoretické východisko k tomu, abychom správně formulovali otázky a zvolili vhodné nástroje ke zkoumání kvality života. Pro osoby se zdravotním postižením platí stejné přístupy jako pro ostatní jedince (Michalík, 2013, s. 59). Ucelený přehled nejběžnějších přístupů k definování jednotlivých součástí kvality života poprvé v českém prostředí popsal Mareš (2004, cit. podle Michalík, 2013, s. 59).

Mezi aspekty řadíme oblast zdravotní a medicínskou (aktuální a očekávaný zdravotní stav, dostupnost potřebné péče a finanční možnosti), ekonomicko-sociální a právní (postavení osob se zdravotním postižením, úroveň životního prostředí v místě bydliště, antidiskriminační legislativa), socio-biologickou (vnímání znevýhodnění v čase, schopnost orientace a sebeobsluhy, postavení ve společnosti a udržování kontaktů, trávení volného času), oblast vzdělávání (možnost účastnit se vzdělávání a využitelnost v osobním a společenském životě), sociální ochranu (kvalitní a dostupné sociální služby, sociální dávky), bytovou situaci (architektonické úpravy bydlení, dostupnost veřejných služeb, míra přizpůsobení veřejné dopravy), kulturu (dostupnost kulturních akcí, možnost pěstování aktivit vzhledem k nemoci (Michalík, 2013, s. 61-62).

4.2.1 Modely kvality života

Využití modelů kvality života nám může pomoci vymezit si koncepty, které jsou součástí nebo ty, které mají logickou souvislost na definující atributy kvality života. (např. které koncepty jsou příčinou, a které následkem). Cizím slovem je nazýváme predátory a konsekvence. Je důležité předem si specifikovat účel hodnocení kvality života, dále je nutné vymezit si populaci, u které bude kvalita života posuzována, zvolit si konceptuální zaměření a určit si kritéria hodnocení (Gurková, 2011, s. 103).

Zde si uvedeme přehled některých modelů:

1. Model kvality života hodnocený dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání jedincem.
2. Model čtyř typů kvality života, který hodnotí vnější a vnitřní kvality jako je vhodnost prostředí, užitečnost života, životaschopnost jedince a vlastní pohled na život.

3. Model kvality života „3B“ vytvořený Centrem pro podporu zdraví v Torontu, který hodnotí u jedince bytí, náležení nějaké skupině a usilování o něco.
4. Obecný hierarchický model kvality života dle Kováče, který se zakládá na úrovni existenční, individuálně-specifické a kulturně-duchovní.
5. Strukturně-dynamický model kvality života u chronického onemocnění.
6. Model oblastí, které ovlivňují kvalitu života osob se zdravotním postižením a osob pečujících (Michalík, 2013, s. 52-58).

4.3 Potřeby

Potřeba je projev určitého nedostatku nebo nadbytku v oblasti biologické, sociální nebo psychické. Potřeba jako projev nedostatku startuje motivační proces, určuje sílu, směr a trvání daného chování, které vede k uspokojení nesaturované potřeby (Krátká, 2007, s. 7).

Nejznámější je dělení potřeb dle Maslowa (Trachtová, 2013, s. 15):

1. Fyziologické – nižší potřeby
2. Potřeba jistoty a bezpečí – nižší potřeby
3. Lásky a sounáležitosti – vyšší potřeby
4. Uznání a sebeúcty – vyšší potřeby
5. Seberealizace – vyšší potřeby

V pomáhajících profesích je důležité, abychom měli jasno ve svých vlastních pocitech a způsobu přijetí naší sociální role. Poznání našich vlastních potřeb nám pomůže k tolerování názorů druhých, k pochopení potřeb druhého člověka a orientovat se v těžké situaci. Lidské potřeby v nemoci specifikujeme tak, že hodnotíme problémy a priority v ošetřování klienta, posuzujeme měnící se potřeby, edukujeme, pomáháme klientovi a rodině orientovat se v dané situaci a napomáháme při přijetí faktu nemoci a v hledání nových cílů. Pro kladný vztah klienta a rodiny a také pro získání jejich důvěry, je nezbytná kvalitní komunikace. Zvládnout dovednosti mezilidského vztahu znamená přiměřeně emočně reagovat, obzvlášť pak na citové projevy klienta, umět povzbudit vzájemnou komunikaci, dotazovat se na pocity během rozhovoru, navodit stav uvolnění pokud je to tře-

ba, sladit své neverbální a verbální projevy, udržovat oční kontakt, udržet přiměřené tempo rozhovoru (Šamánková et al., 2011, s. 10-11).

4.3.1 Potřeby klienta v těžké a závažné nemoci

Snažíme se uspokojit potřeby, které jsou limitovány nemocí klienta. Potřeby se mění s průběhem nemoci, některé zanikají, jiné naopak nově vznikají a je nutné na ně neprodleně reagovat. Uspokojování a naplňování potřeb v těžké nemoci zachycují hodnoty, které vychází z Maslowovy hierarchie hodnot.

Řadíme zde **seberealizaci**, která u těžce a vážně nemocného člověka v podstatě zaniká, klient nechce slyšet, v čem by se mohl ještě realizovat, ale naopak chce být ujištěn v tom, co se mu povedlo a co v životě dokázal. Další významnou hodnotou je **sebeúcta**, kterou dáváme klientovi najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat a s maximem udržujeme jeho soukromí a osobní čistotu. **Láskou a potřebou příslušnosti** dáváme najevo své porozumění, pocit příslušnosti je závislý na tom, jak jedinec sám sebe přijal ve své nemoci a na pochopení svých změněných potřeb a nároků. Potřebou **bezpečí a jistoty** klientovi vyjádříme, že nebude opuštěn a nezůstane sám, a dále také že bude zbaven bolesti, doprovodných příznaků jako je nauzea, zvracení, nespavost a potřebuje být ujištěn, že se mu v případě potřeby dostane všeho, co mu přinese úlevu. **Fyziologické potřeby** zůstávají velice dlouhou dobu v přední linii zájmu klienta, ale postupně se zájem o některé fyziologické potřeby, hlavně jídla a pití, vytrácí. Naší povinností je převzít roli a zabezpečit tyto vytrácející se potřeby (Šamánková et al., 2011, s. 36).

Povinností toho, kdo poskytuje zdravotnickou a ošetrovatelskou péči je vyhledávat způsoby naplnění základních biologických potřeb – nabízet vhodnou stravu, tekutiny, vytvářet kvalitní prostředí ke spánku atd. Lze používat i vhodné testy ke zhodnocení zdravotního stavu klienta a dle nich tak stanovit další kroky ošetrovatelského procesu. Jedním z testů je například Barthelův test všedních činností, který se využívá nejčastěji a hodnotí najedení, napití, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci moči a stolice, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůzi po rovině a po schodech (Šamánková et al., 2011, s. 34).

4.3.2 Autonomie

Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je kromě odborných úkonů také uspokojit potřebu jistoty, bezpečí a nezávislosti klienta, snaha o aktivní spolupráci klienta i rodiny. Ve-

lice důležitou součástí pro naplnění potřeb je pomoci klientovi najít vhodné pojmenování pro jeho potřebu. Nemocný klient často rozpačitě hledá slova pro svou aktuální nepohodu. Je třeba respektovat klientovu autonomii, což znamená potřebu vést svůj život dle vlastních pravidel. Patří zde zachování identity, ponechat klienta tím, kým je a nepohlcovat jej rolí pacienta. Dále zde patří respektování jeho přání a názorů, předchozích zkušeností s nemocí. Je důležité mít na paměti, že i klient zcela fyzicky závislý na druhých může být psychicky zcela autonomní. Proto je důležité dát klientovi možnost spoluúčasti na léčbě a rozhodnutí, zda léčebný nebo ošetrovatelský úkon přijme, či nikoliv (Šamánková et al., 2011, s. 39-40).

5 DOMÁCÍ PÉČE

Koncepce domácí péče vychází z koncepce ošetrovatelství a koncepcí oborů souvisejících (Pochylá, 2005, s. 24).

Je to ošetrovatelská služba, kdy pracovníci dochází za klientem domů, který se zotavuje po dlouhodobé nemoci nebo potřebuje ošetrování doma, a tím mu umožňují setrvat v jeho přirozeném domácím prostředí. Pokud je navržena praktickým lékařem, hradí tuto službu zdravotní pojišťovna, pokud tomuto tak není, hradí si ji klient sám. Součástí domácí péče by měla být i určitá forma péče hospicové, ale ne všude tomu tak je (Baštecká, 2003, s. 337).

5.1 Ošetrovatelské činnosti domácí péče a jejich vymezení

Domácí péče nabízí svým klientům různý rozsah služeb, kdy se poskytuje péče akutní, chronická, léčebná, paliativní nebo rehabilitační. Z velké části je péče poskytována nesoběstačným klientům. Domácí péči může indikovat registrující praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetrojící lékař při hospitalizaci. Součástí péče je i péče o duševní zdraví a resocializace klientů s duševní nemocí. Všeobecné sestry poskytují v domácí péči ošetrovatelskou péči (výkony a činnosti) v rozsahu lékaře, který ji indikoval. Výkon začíná komplexní ošetrovatelskou anamnézou, stanovením ošetrovatelských diagnóz a priorit, a končí zápisem do dokumentace klienta a předáním informací o zdravotním stavu klienta ošetrojícímu lékaři (Jarošová, 2012, s. 61).

K nejčastěji poskytovaným ošetrovatelským výkonům v domácí péči řadíme např. kontroly fyziologických funkcí (tlak, puls, tělesná teplota), odběry krve a jiného biologického materiálu, aplikaci injekcí a infuzí, ošetření stomií, PEGu a enterální sondy, nácvik aplikace inzulinu, lokální ošetření (převazy bércových vředů, ran a defektů), péči o permanentní katétr, podávání klyzmatu, výplachy, komplexní péči o imobilního inkontinentního klienta, péči o klienty v terminálním stadiu života, péči o onkologicky nemocné klienty, péči o klienty po chirurgických zákrocích v době rekonvalescence, domácí peritoneální dialýzu aj. Tyto výkony hradí zdravotní pojišťovna (Misconiová, 2006).

Mezi právní předpisy, které souvisejí s poskytováním domácí péče, patří:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů,
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů,
- zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,
- zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů,
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
- vyhláška MZČR č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

5.2 Výhody domácí péče

Hlavní výhodou nacházíme v tom, že klient, o kterého pečujeme, může být doma ve svém známém prostředí a nemusí ve většině případů nikam docházet. Výjimkou jsou ovšem pravidelné kontroly zdravotního stavu u lékaře, které jsou nezbytné. A není lepšího zařízení, které by respektovalo potřeby člověka závislého na péči, než fungující rodina. Pokud klient může zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí s rodinou, lépe snáší utrpení, bolest a jiná omezení, která vyplývají z jeho zdravotního stavu (Michalík, 2010, s. 12-13).

5.3 Hodnotící testy a škály

K posuzování zdravotního stavu klientů lze využít hodnotících škál a testů. Jejich využívání je nezbytné i z důvodu objektivizace některých ošetrovatelských diagnóz dle NANDA systému. K běžně používaným ve zdravotnických zařízeních a také v domácí péči náleží například Škála deprese pro geriatrické pacienty, Beckova stupnice pro hodnocení deprese, Test základních a instrumentálních aktivit denního života, Škála pro hodnocení výživy, Malnutrition Universal Screening Tool, Test kognitivních funkcí (MMSE), Test kreslení hodin, Dotazník pro funkční hodnocení, Vizuální analogová škála (VAS), Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (Jarošová, 2012, s. 65).

Ze své zkušenosti mohu říci, že i na našem pracovišti s hodnotícími škálami pracujeme, běžně je využíváme při práci, a proto jsem považovala za důležité je zde uvést.

5.4 NANDA

NANDA v celém znění znamená North American nursing Diagnosis Association – International. Ošetrovatelskou diagnostiku a péči je nezbytné formulovat a dokumentovat. K identifikaci ošetrovatelských problémů slouží diagnostický systém NANDA – International, který je mezinárodní a je podkladem k rozhodnutí o vhodných ošetrovatelských intervencích. Tato odborná asociace zdokonaluje ošetrovatelskou diagnostickou terminologii a vznikla v roce 1982 z Národní konferenční skupiny, kterou vedla Marjory Gordon (Jarošová, 2012, s. 7).

Taxonomie třídí pojmy podle jejich podoby do systematických rámců. Skládá se z domén, tříd a diagnóz (Jarošová, 2012, s. 13).

Nandu jsem zde zmínila hlavně proto, že je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, je výchozím bodem práce všeobecné sestry, slouží jako podklad pro stanovení ošetrovatelských diagnóz a běžně ji v praxi využíváme. Každý náš jednotlivý klient domácí péče musí mít bezpodmínečně stanovené ošetrovatelské diagnózy, dle kterých potom sestra provádí cílenou ošetrovatelskou péči.

Nyní uvádíme příklad nejčastějších diagnóz v domácí péči: Neefektivní péče o vlastní zdraví, neefektivní řízení léčebného režimu v rodině, riziko nestabilní glykémie, snížený objem tekutin v organismu, funkční inkontinence moči, inkontinence stolice, zhoršená pohyblivost na lůžku, zhoršená tělesná pohyblivost, zhoršená chůze, zhoršená spontánní ven-

tilace, deficit sebepéče při oblékání, stravování, vyprazdňování, chronická zmatenost, riziko aspirace, riziko pádů, narušená integrita kůže, chronická bolest, zhoršená sociální interakce, sociální izolace.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRŮZKUMU

Hlavními cíli průzkumu jsou:

- a) analyzovat postoj všeobecné sestry a určit možná rizika při ošetřování těžce nemocného klienta
- b) popsat kvalitu života očima klienta upoutaného na lůžko

Díličními cíli rozhovoru s klientkou jsou:

- a) popsat prožívání nemoci klientkou v domácí péči
- b) vyjmenovat adaptační mechanismy klientky v nemoci a copingové strategie
- c) subjektivně zhodnotit dopad nemoci na kvalitu života klientky

Díličními cíli rozhovorů se všeobecnými sestrami jsou:

- a) identifikovat, co prožívá všeobecná sestra při ošetřování těžce nemocného člověka
- b) zjistit možná rizika práce pro všeobecnou sestru

7 METODIKA PRŮZKUMU

K získání potřebných informací jsem si zvolila jednu z metod kvalitativního výzkumu, a to polostrukturovaný rozhovor, ze kterého budu vycházet. Pro tento polostrukturovaný rozhovor jsem si vytvořila určité schéma otázek, které bylo pro mě jako tazajícího závazné. Sled otázek jsem ponechala stejný, nebylo třeba měnit pořadí. V případě některých otázek jsem ponechala širší prostor pro vyjádření jak u všeobecných sester, tak i u klientky.

Šablona otázek polostrukturovaných rozhovorů pro všeobecné sestry obsahovala 22 otázek. Na základě pilotní studie, kterou jsem provedla s pomocí 2 respondentů, bylo celkem 5 otázek blíže specifikováno. Průzkum byl započat až s konečnou formou schématu pro rozhovor. Odpovědi mých respondentů jsem si zaznamenávala do předem připravených archů. Šablona otázek polostrukturovaných rozhovorů pro klientku domácí péče obsahovala 34 otázek. Při rozhovoru nebyla zjištěna nutnost dalších úprav otázek, klientka všem dotazům bez obtíží porozuměla.

Fotodokumentaci klientky uvádíme v příloze, kterou klientka sama ochotně poskytla se slovy: „*Nemám se za co stydět, přece byste mi neodejmula část těla od pasu nahoru.*“ Proto uvádíme úplné fotografie.

7.1 Charakteristika zkoumaného vzorku a realizace průzkumu

Mými respondenty jsou dvě rozličné skupiny. První skupinu tvoří všeobecné sestry, pracující v agentuře domácí péče, které nemocné klienty ošetřují v jejich domácím prostředí a jsou mnohdy svědky jejich náročné životní situace, která z nemoci vyplývá. Respondentkami jsou 12 všeobecných sester, se kterými jsem vedla polostrukturované rozhovory. Všeobecné sestry zde označuji zkratkou S1 až S12. Jako vhodné místo k vedení rozhovorů jsem zvolila klidné domácí prostředí všeobecných sester, ve dvou případech kavárnu a dva rozhovory se uskutečnily u nás doma. Další mou respondentkou je dlouholetá klientka domácí péče, označuji ji zde zkratkou K1, se kterou jsem taktéž provedla rozhovor, jehož smyslem bylo zjistit, jak vnímá svoji náročnou životní situaci, imobilitu a kvalitu života, právě ona sama. Zpracování jsem volila formou jednopřípadové kazuistiky (case study). Klientku jsem si vybrala pouze jednu a jeden z důvodů byl i ten, že i ona sama měla potřebu mi svůj příběh sdělit a byla ochotná se mnou plně spolupracovat. Rozhovor se uskutečnil v klientčině přirozeném prostředí, tedy doma v časovém rozmezí, které si ona sama

zvolila dle aktuálního zdravotního stavu. Rozhovor byl velice náročný, bylo potřeba jej rozdělit do tří dnů. Délka rozhovoru každý den trvala 2 hodiny v přítomnosti osobního asistenta nebo rodiny.

7.2 Kazuistika (case study)

Znamená detailní popis jednoho nebo více skupin případů, jehož výsledkem může být kazuistika. Kazuistika je podrobná, ale ucelená studie jedné osoby, kdy volba osoby je vždy záměrná. Lze ji definovat jako intenzivní metodu studia určitého případu, která klade důraz na utříděný celkový pohled, základní charakteristiku osobnosti klienta, jeho příznaky a vývoj nemoci, zážitky nebo postoje. Umožňuje lepší komunikaci se zkoumanými osobami a vede k jejich větší upřímnosti a hlavně otevřenosti. Další výhodou kazuistiky je možnost provádět průzkum v přirozeném prostředí klienta, ve většině případů v domácím prostředí. Rozeznáváme více variant případové studie, z nichž zde bude použita jednopřípadová studie, která je nejfrekventovanější. Nelze opomenout také využití kazuistiky v praxi, protože může sloužit jako návrh návodu k řešení problému, ke stanovení nových hypotéz a simuluje realitu (Kutnohorská, 2009, s. 76-78). Kazuistika má svou strukturu, která bude zřejmá z mé práce. Zdrojem informací jsou pro mě rozhovor s klientem, příbuzní, zdravotnická dokumentace a v neposlední řadě přímé pozorování klienta.

7.3 Kazuistika - klientka domácí péče

Klientka byla v podstatě do svých 44 let, štíhlá (výška 155 cm, váha 60 kilogramů), pohledná, zdravá žena, žijící ve společné domácnosti s manželem a třemi dětmi. Charakterizovala by se jako hodná žena, ale vyžadující disciplínu a přesnost po svých členech rodiny i okolí. Sama se hodnotí jako pracovitá a houževnatá. Ve svých 45 letech již podstoupila hysterektomii (chirurgické odstranění dělohy), ale to ji nijak neinvalidizovalo. S manželem se poznali, když klientce bylo 18 let, již za půl roku měli svatbu. Vychovali spolu tři děti, jejichž porody byly protrahované. Jako dítě byla klientka zdravá, prodělala jen běžné dětské nemoci. S manželem spolu bydleli v rodinném domku, kde se těšili spokojenosti. Rodinný domek, ve kterém žili, si koupili sami. Klientka studovala střední ekonomickou školu, kterou ji rodiče nenechali dokončit vzhledem k narození dalšího člena rodiny. Požado-

vali rychlý nástup do práce kvůli finanční situaci rodiny. Dosavadní vzdělání bylo dostačující pro práci v kanceláři. Práce pro ni nebyla ničím inspirativním, takže zaměstnání změnila za manuální.

V roce 1989 začaly klientce problémy se štítnou žlázou, diagnostikována byla hypofunkce (snížená funkce) štítné žlázy s nutností medikace. Roku 1990 byl zjištěn syndrom karpálních tunelů na obou horních končetinách (útlakový syndrom), který nebyl řešen operativně, nýbrž obštríky, poskytující úlevu pouze jen na nějakou dobu. V roce 1991 však začaly zdravotní potíže s páteří. Byl diagnostikován kořenový syndrom DKK a syndrom cause equinae s chabou paraparesou DKK a inkontinencí moče i stolice. Klientka musela podstoupit operaci pro výhřez plotýnek a byla provedena exstirpace sekvestrů disků L4 a L5/S1 (odnětí výhřezu meziobratlové ploténky v oblasti bederní a křížové). Klientka přišla na operaci již pozdě, protože měla pocity studu kvůli inkontinenci. Po operaci již chodila o francouzských holích dalších osm let. Roku 1995 byla diagnostikována angina pectoris (bolesti za hrudní kostí) a ICHS (ischemická choroba srdeční). Jelikož v tu dobu se vyskytovaly stavy bezdůvodných pádů, lékaři zvažovali dále diagnózu epilepsie nebo kardiální příčinu. Bylo nutné další vyšetření, kdy, den před jeho uskutečněním klientce náhle zemřel manžel. Při vyšetření byly diagnostikovány bradyarytmie (snížená akce srdeční), které byly příčinou častých pádů. Klientce byl implantován kardiostimulátor ještě v roce 1999. Ale tímto již tolik špatný zdravotní stav ani zdaleka nekončil. V dubnu, roku 1999, pouhých šest týdnů po smrti manžela (po 35letém soužití) proběhla první cévní mozková příhoda s pravostranným těžkým ochrnutím poloviny těla, úplným ochrnutím akrálních částí pravé horní končetiny, sníženou citlivostí obličeje a poruchou polykání (CMP kmenové s residuální pravostrannou těžkou hemiparesou a plegií akra PHK, hemihypestezií včetně obličeje a lézí postranního smíšeného systému s dysfagií). Klientka zůstala již zcela upoutaná na lůžko i přes měsíční intenzivní rehabilitaci s chodítkem, která byla neúspěšná. Neustále padala na pravou stranu. V té době ještě nebyla obézní, vážila šedesát kilogramů. Po této první cévní mozkové příhodě zůstala na invalidním vozíku, ale ještě byla schopna částečné sebeobsluhy a přisednutí na pokojovou toaletu, židli nebo lůžko. Po první cévní mozkové příhodě byla dále diagnostikována cukrovka a klientka užívala perorální antidiabetika. V červenci, roku 2000 začala mít klientka potíže s hybností levého předloktí. Potvrdila se diagnóza výpotku v oblasti II. a III. flexoru levého předloktí (výpotek v oblasti druhého a třetího ohybače předloktí), kdy byly nutné opakované punkce. Dodnes je problém

s hybností. V prosinci, roku 2005 proběhla recidiva ischemické CMP s prohloubením dysfagie, levostrannou středně těžkou centrální hemiparesou s akcentací na akru LHK, s kardioemboligenní etiologií (cévní mozková příhoda s prohloubením poruchy polykání, ochrnutím levé poloviny těla a akrálních částí levé horní končetiny). Byla zde již těžká kvadruparéza (částečné ochrnutí všech čtyř končetin) po opakované embolické CMP. Zde již dominovala výrazná obezita při váze 130 kilogramů a výšce 155 cm, BMI 41,93. Zvýraznily se potíže s polykáním a začaly se objevovat stavy dušení. Klientka byla omezena v jídle, musela se vyvarovat drobným potravinám a velkým kusům jídla, které vyvolávaly dušení při jídle. Tento stav byl diagnostikován jako funkční porucha jícnu a intermitentní laryngospasmy (střídavá křeč svěračů hrtanu). Po druhé cévní mozkové příhodě již byla klientka převedena na inzulin. Následovala diagnóza kolísavé primární hypertenze III. stupně (kolísavý vysoký tlak). V roce 2005 po CMP se přidružily ještě další diagnózy, jako chronické paroxysmální křečovitě projevy centrálního typu při útlaku arteria vertebralis v De Klejnově poloze (křečovitě projevy při stlačení páteřní tepny při záklonu hlavy) a tetanické křečovitě projevy (křeče s poruchou citlivosti) z nedostatku vápníku. Křečové projevy s dušením začínají nejčastěji při pozvednutí ruky a při záklonu hlavy. Při dlouhotrvajícím sezení na vozíku je klientka ohrožena vznikem nejprve tonických flekčních křečí na akrech LHK s postupným přechodem na všechny končetiny. Tyto stavy reagují na magnezium podané intravenózně, ústup je však pozvolný, někdy i 1-2 hodiny. Stav byl řešen mechanickou oporou hlavy a opěrkou na invalidním vozíku. Při hygieně, přesouvání se z vozíku na postel je nutno v každém případě zabránit záklonu hlavy. Křečové stavy přetrvávají až doposud. V únoru roku 2014 začaly zažívací potíže, nauzea a zvracení. Tento stav byl zpočátku řešen dietou a aplikací Torecanu a Deganu. Bohužel intervence byly nedostačující. Bylo nutné operativní řešení laparoskopickou cestou pro diagnostikovanou cholecystolithiázu (žlučnickové kameny). Operace byla zhodnocena stupnicí rizikovosti ASA III. (America Society of Anesthesiologists). Nyní po operaci se snaží klientka dodržovat dietu, i když občas to prokládá něčím ne tolik dietním. Současný zdravotní stav komplikují často se opakující infekce močového ústrojí vzhledem k trvalému zavedení permanentního katétru pro reflexní inkontinenci. Z tohoto důvodu je lékařem doporučeno preventivní užívání Nitrofurantoinu, který užívá denně. Za hospitalizace v nemocnici vznikla u klientky těžká nehojící se opruzenina velikosti 30 x 20 cm, kterou bylo nutné ošetřovat. Léčba byla mnohokrát neefektivní, preparáty nezabíraly. Dosavadní léčba je nyní v dubnu 2014 již dva měsíce. Klientka vzhledem ke své polymorbiditě užívá velké množ-

ství medikace. Denně dvanáct tablet ráno, tři v poledne a dvanáct večer. Při dotazu, jak je možné zvládnout všechny tyto nemoci, klientka udává: „Pozitivní myšlení je základem nepropadání depresi.“ V roce 2013 prožila klientka další šok, když jí dcera onkologicky onemocněla. Sdělovat bližší informace k tomu klientka nechce. Klientčina vnučka by charakterizovala babičku takto: „Myslím si, že babička se vůbec nezměnila, pořád je hodná, ale přísná, pořád nás vyslechne, když to potřebujeme. Netrpí sebestilostí.“ Poslední věta klientky při získávání zdravotní anamnézy byla tato: „Snažím se ze sebe vydat ještě něco navíc. Když mám bolesti, nechávám si je pro sebe.“ Jelikož je klientka velice sdílná žena, která se svým osudem bojuje, má i své webové stránky: http://www.zilka9.g6.cz/?page_id=2.

7.4 Průzkumná část - klientka domácí péče

Otázka č. 1: Jak se nyní cítíte, budete schopna mi odpovědět na otázky k našemu rozhovoru? Otázka zjišťuje, zda je klientka schopna vést rozhovor.

KI: „Ano, cítím se na to, abych vám poskytla rozhovor.“

Otázka č. 2: Kolik je vám let? Důležitá otázka, která zjišťuje věk klientky k doplnění anamnézy.

KI: „Za měsíc mi bude 68 let.“

Otázka č. 3: Jste vdaná? Opět otázka, která zjišťuje součásti anamnézy.

KI: „Byla jsem vdaná, nyní jsem 15 let vdova.“

Otázka č. 4: Kolik máte dětí? Otázka je zaměřena cíleně k doplnění anamnézy.

KI: „Měla jsem tři děti, nyní mám dvě děti. Jedno z dětí mi v 37 letech náhle zemřelo.“

Otázka č. 5: Máte vnoučata? Tato otázka zjišťuje klientčiny možnosti plnit i jiné sociální role.

KI: „Ano, mám 6 vnuček, 1 vnoučka a 1 pravnučku.“

Otázka č. 6: Žijete s rodinou? Dotazuji se záměrně, protože chci zjistit, zda i rodina může být pro klientku určitou coopingovou strategií zvládnání náročné životní situace. Opět je to důležitá informace k získání podrobné anamnézy.

KI: „Žiji sama, ale rodina mě navštěvuje v podstatě každý den. Rodinu jsem si vybrala také na osobní asistenci, protože nezvládám téměř žádnou sebeobsluhu.“

Otázka č. 7: Jak byste popsala své současné bydlení? Nechávám zcela na klientce, jak se k této otázce vyjádří.

KI: „Mám byt, v kterém jsem vychovala s manželem 3 děti a v současné době zde bydlím stále, i když je byt zbytečně velký, ale cítím se zde dobře.“

Otázka č. 8: Jak dlouho jste již upoutaná na lůžko a zároveň klientkou domácí péče? Tato otázka identifikuje dobu imobility a vymezuje dobu péče o klientku agentury domácí péče.

KI: „Od roku 1999 jsem upoutaná na lůžko a spokojenou klientkou domácí péče jsem již 15 let.“

Otázka č. 9: Jaké denní činnosti zvládnete sama? Myslím tím např. hygienu, stravování, WC. Otázka sleduje sebeobslužnost klientky.

KI: „Dokážu se napít z menší lahve, kterou mi asistent připraví k lůžku. Jiné sebeobslužné činnosti nezvládnou.“

Otázka č. 10: Které činnosti provádíte s dopomocí zdravotnického personálu nebo osobního asistenta? Otázkou zjišťuje dopad nemoci na kvalitu života klientky.

KI: „Veškeré ostatní činnosti o svou osobu, než jaké jsem uvedla v předchozí otázce, zvládám jen s pomocí všeobecné sestry nebo asistenta. Strava, hygiena na lůžku, podání podložní mísy, přesun z lůžka na invalidní vozík, přesun stropním závěsným systémem do koupelny atd.“

Otázka č. 11: Jak byste popsala péči všeobecných sester, které vás ošetřují? Otázka zjišťuje opět kvalitu života a celkovou spokojenost klientky.

KI: „Zdravotní péči mi poskytují velice příjemné a trpělivé sestřičky, které se vzorně a trpělivě starají o můj zdravotní stav. Sestřičky jsou na vysoké odborné úrovni. Bez jejich péče si vůbec nedokážu představit své bydlení doma. Musím ale zdůraznit, že s některým člověkem si nasednete a s některým ano. Je to o lidech a o komunikaci a sociálním citění.“

Otázka č. 12: Kdo se denně kromě všeobecných sester věnuje péči o vaši osobu? Tato otázka zjišťuje, kdo je s péčí o klientku úzce spojen a napomáhá tak zvládnutí nemoci.

KI: „Střídají se rodinní příslušníci, také dle potřeby využívám sociální služby, osobní asistenci.“

Otázka č. 13: Zapojuje se do péče rodina? Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda rodina pouze dochází na návštěvy nebo se aktivně zapojuje do péče o klientku a pomáhá tím zvyšovat její kvalitu života.

KI: „Ano, zapojuje. Pomáhá mi s různými aktivitami a udržovat chod domácnosti.“

Otázka č. 14: Jak pro vás vlastně začíná den? Tato otázka je zaměřena na subjektivní prožívání nemoci klientkou doma a zhodnocení všedního dne z jejího pohledu.

KI: „Ráno slyším odemkat bytové dveře, otevřu jedno oko, zaposlouchám se, která sestřička přišla, a hned mám lepší náladu. Sestřička mi podá léky na lačno, nachystá snídani a píchne inzulin, provede hygienu a uloží zpět do lůžka. Potom přijde asistentka, která mi uvaří, uklidí, podá polední jídlo a zůstává se mnou až do odpoledních hodin. Večer opět dochází všeobecná sestra, která mi poskytne zdravotní péči, kterou potřebuji.“

Otázka č. 15: Věřím, že tahle otázka vám nebude příjemná a pokud nechcete, neodpovídejte na ni. Jak jste přijala fakt, že váš pohyb bude možný jen na invalidním vozíku? Otázka zjišťuje adaptaci klientky na nemoc a to, jak imobilitu přijala.

KI: „Nemůžu si zvyknout, ale nemám na výběr, takže svůj život žiji, tak jak to jde. Musela jsem se s tím smířit, nic jiného mi nezbyvalo. Naučila jsem se s tímto handicapem žít.“

Otázka č. 16: Věřila jste v počátku v plné uzdravení? Otázka zjišťuje, zda klientka neztratila naději na uzdravení nebo se pasivně nemoci poddala.

KI: „Po operaci páteře v roce 1991 jsem používala berle, protože má stabilita byla hodně špatná. Na operaci jsem přišla za pět minut dvanáct, protože jsem svůj zdravotní stav podcenila a nedbala rad lékařů. V plné uzdravení jsem doufala, ale mé očekávání se nesplnilo. V roce 1999 přišla první mrtvička, která mě již upoutala na vozík, potom i na lůžko trvale. To mi už potom bylo jasné, že se již na vlastní nohy nepostavím.“

Otázka č. 17: Jaký druh emocí jste pociťovala po stanovení diagnózy a poté, co jste zjistila, že budete upoutána na lůžku? Touto otázkou jsem chtěla zjistit subjektivní prožívání nemoci klientkou.

KI: „Emoce jsem neměla, přijala jsem to jako nutný fakt. Nejsem člověk, který by se zabýval vlastní sebelítostí. Myslím pozitivně a snažím se z každého problému vytáhnout to nejlepší.“

Otázka č. 18: Cítila jste pocity beznaděje vůči svému zdravotnímu stavu? Otázka zjišťuje subjektivní prožívání nemoci klientkou.

KI: „Ne, necítila, ale spíš pocity bezmoci, že s tím nemohu nic dělat.“

Otázka č. 19: Byla jste spíš uzavřená a nekomunikativní nebo jste naopak vyhledávala kontakt? Otázka zjišťuje určité copingové strategie zvládání nemoci a možné adaptační mechanismy.

KI: „Udržovala jsem kontakty s lidmi, které jsem znala z dřívější doby. Ale nikoliv s nemocnými lidmi, ale naopak se zdravými lidmi. Stejně postižení lidi jako já hovoří hodně o svém postižení a ve svém postižení se babrají a v tom já nevidím smysl. To by mi na dobré náladě nepřidalo. Snažím se myslet pozitivně a o tom je i můj výběr lidí kolem mé osoby, kteří jsou pozitivní. Já sama jsem pozitivní a snažím se radost spíše rozdávat a starosti si spíše nepřipouštím.“

Otázka č. 20: Co vám pomohlo se přes tuhle náročnou životní situaci přenést? Otázka zjišťuje coopingové strategie, které klientce pomohly ke kompenzaci náročné situace.

KI: „Zní to zvláště, ale mým pomocníkem byl počítač. Byl pro mě takovým spojením se světem. Ve vědecké knihovně jsem narazila na internet, kde mi byli ochotni zaměstnanci vysvětlit práci s počítačem. Až jsem se to naučila, zjistila jsem, že počítač je můj největší kamarád a naprosto jsem mu propadla. Naučila jsem se pracovat s různými programy a tím si krátit dlouhou chvíli v lůžku.“

Otázka č. 21: V čem jste hledala vnitřní sílu? Otázka zjišťuje coopingovou strategii klientky.

KI: „V rodině a mých přátelích jsem nacházela oporu. V pěkném vztahu s rodinou a mými přáteli jsem nacházela vnitřní sílu zvládat své postižení.“

Otázka č. 22: Hledala jste oporu rodiny a okolí nebo jste se adaptovala tiše a sama? Otázka zjišťuje, do jaké míry klientka potřebovala rodinu.

KI: „Adaptovala jsem se sama. Rodinu a přátele nebylo potřeba vyhledávat, protože se sami o mě zajímali.“

Otázka č. 23: Změnily se sociální role v rodině? Otázka sleduje dopad nemoci na kvalitu života klientky.

KI: „Trochu mě mrzelo, že nemohu zastávat klasickou funkci babičky, ale snažila jsem se i jinak vyjádřit svou lásku vnoučatům. Děti již v té době byly samostatné, takže v tomto se až tolik nezměnilo. Od operace páteře v roce 1991 jsem již nepracovala, takže role v zaměstnání se nijak nezměnila.“

Otázka č. 24: Co se ve vašem životě vlivem nemoci změnilo? Co konkrétně? Otázka zjišťuje dopad nemoci na kvalitu života.

KI: „V místě mého bydliště sice je již bezbariérový přístup, ale ne všude. Mrzí mě, že se ne ke každému lékaři a obchodu s elektrickým vozíkem nedostanu. Doma mám vše bezbariéro-

vé. Nájezd, branku, bránu ve vjezdu. Za celých 15 let jsem se nesečkala s člověkem, který by mi nechtěl pomoci. Překvapilo mě, že i mezi mladými lidmi je tolik ochotných lidí, co mi pomohli. Pro mě je důležité, že si o pomoc umím říct, když ji potřebuji. Je potřeba se ozvat, že člověk něco chce. Během dne se mnou většinu času tráví osobní asistent. Jsem odkázaná na rodinu nebo cizí lidi.“

Otázka č. 25: Jak byste popsala svou současnou kvalitu života? Otázka zjišťuje aktuální kvalitu života klientky.

KI: „S pomocí osobních asistentů je mé žití kvalitní, můj život je bezproblémový. Asistenti mi pomohou s oblékáním, dostanu se ven, do parku na projížďky se známými a podobně. Při sečtení domácí péče a asistentské péče počítám svůj stav jako bezproblémový. Nemám pocit, že bych strádala. Jsem schopná si říct, co potřebuji, a asistenti mé přání respektují. Díky spolupráci s lidmi a jejich vstřícnosti a trpělivost nevnímám svůj stav jako přílišný handicap.“

Otázka č. 26: Jaká jste nyní? Změnila jste se? Otázka je zaměřena na náhled sebe sama.

KI: „Povahově si myslím, že jsem se nezměnila. Možná беру život s větší pokorou. Dřív jsem život brala jako samozřejmost a nyní vím, že někdy stačí málo a člověk už tu být nemusí. Také jsem ztratila manžela a syna a i tímhle jsem si uvědomila, jak může být život pomíjivý.“

Otázka č. 27: Jaké jste měla priority před nemocí a jaké priority máte dnes? Otázka zjišťuje, jak nemoc ovlivnila sled priorit.

KI: „Před nemocí hlavně rodinu. Moje zdraví, zdraví mé rodiny, během těch patnácti let jsem si je seřadila. Tak jak jsem chtěla žít jako handicapovaná, tak žiju. Aby sestry ráno přišly a dobře odvedly svou práci. Další prioritou je mít kolem sebe pozitivní lidi.“

Otázka č. 28: Řekla byste o sobě, že se snažíte užívat život plnými doušky? Otázka zjišťuje možné copingové strategie a subjektivní prožívání nemoci klientky.

KI: „Určitě, užívám si ho v mezích možností. Využívám každé chvílky, kdy mohu jít do parku, do města. I když jdu do města bez konkrétního cíle, potkám známé a dostanu informace, které bych bez takového výletu neměla.“

Otázka č. 29: Jak vyplňujete svůj volný čas? Otázka je zaměřena na další coopingové strategie.

KI: „Vycházkami ven, popovídáním si s vrstevníky, a v neposlední řadě počítačem.“

Otázka č. 30: Máte nějaké koníčky? Otázka je zaměřena na možnosti využití volného času a další coopingové strategie.

KI: „Mým hlavním koníčkem je počítač. Do počítače mám natanané spousty programů na vylepšení a úpravy fotek, skype, který mě spojí s cizinou. Povídám si s lidmi na skypu, na počítači si dělám prezentace, ráda navštěvuji olomouckou Floru, fotografuji a fotky zpracovávám. Mám ráda přírodu a jsem spíše dokumentarista, protože fotím tzv. chvílku okamžiku a to, co mě momentálně zajímá nebo se mi líbí.“

Otázka č. 31: Jak se vám daří zvládat svou roli matky a babičky vnoučat? Otázka je zaměřena na sociální role v rodině a dopad nemoci na kvalitu života.

KI: „Jelikož jsou děti již samostatné a vnoučata taky, tak ta role je tam malá vlivem nemoci. Mimo jiné mě ani tolik nepotřebují. Jezdit za svými dětmi nemohu, protože tam chybí bezbariérový přístup. Můj syn sice žije v Olomouci, ale překážkou jsou schody, které na elektrickém vozíku nezvládnou. Jsou tam malé výtahy a schody, pro invalidní vozík nezvladatelné. Mé druhé dítě žije daleko, celkem 25 km a takovou dálku bych se svým zdravotním stavem nezvládla. Je nutné sedět, což tak dlouhou dobu, respektive tolik hodin, nevydržím.“

Otázka č. 32: Kdybyste mohla, co byste svým dětem a vnoučatům chtěla dát? Otázka zjišťuje subjektivní prožívání role babičky.

KI: „Lásku jim mohu projevit i z lůžka. Myslím si, že jsem jim dala, co jsem mohla. Rodina to nyní bere tak, že teď pomáhají oni mě.“

Otázka č. 33: Je něco, k čemu vás nemoc přivedla a co jste nikdy předtím nedělala?

Otázka je zaměřena na kvalitu života klientky.

KI: „Napadá mě pouze ten počítač. V době mého zdraví jsem počítač viděla tak maximálně v televizi v amerických filmech, teď si myslím, že jsem docela dobrá v práci s počítačem. Umím na počítači ledacos, co ostatní ani netušili, že je to možné.“

Otázka č. 34: Co byste poradila stejně imobilním klientům? Otázka je zaměřena na klientčin postoj ke své životní situaci a její zkušenosti s vyrovnáváním se s nemocí.

KI: „Aby neklesali na mysli, brali život i nemoc tak, jak jsou. Vždy si říkám, že může být ještě hůř. Aby se „nepitvali“ ve své nemoci a nepoddávali se tomu. Někdy mi připadá, že lidem vyhovuje, že jsou nemocní, líbí se jim svou nemoc řešit a zabředávat hlouběji do svých problémů.“

7.5 Interpretace výsledků (analýza a prezentace dat)

Klientka se cítila na rozhovor připravena a na mé dotazy odpovídala. Respondentce již bylo 68 let, byla vdaná, poté ovdověla, zemřel jí manžel. Porodila tři zdravé děti, bohužel jedno dítě zemřelo ve věku 37 let. Poté, co jí lékaři sdělili, že již bude napořád upoutaná na lůžko a stav trvalý, přijala svou situaci tak, že se snažila bojovat s emocemi, nepodléhat pocitům sebelítosti, pojala svou náročnou životní situaci jako holý fakt, který se již nezmění. Bylo pro ni těžké smířit se s tím, že nemůže s danou situací již nic dělat a provázely ji pocity bezmoci. Nevzdala se však a snažila se myslet pozitivně. Změnily se i priority klientky, kdy před nemocí preferovala hlavně rodinu a po vzniku imobility je pro ni důležité vlastní zdraví a zdraví rodiny. Dalším důležitým bodem je pro ni nyní také mít kolem sebe pozitivní lidi a všeobecné sestry, co dobře odvedou péči o její osobu. Měla svou představu o tom, jak by jako handicapovaná chtěla žít a to se jí splnilo. Do jisté míry je spokojená. Svůj den popisuje jako sled určitých zdravotních a ošetrovatelských činností, provázené poté po většinu dne osobním asistentem. Klientka se snaží si život užívat jak je to jen možné a využívá každou volnou chvíli k pobytu v přírodě nebo se jen tak bez konkrétního cíle jde někam podívat, poznávat lidi, získávat informace. Svým vnoučatům již dala vše, co mohla v rámci možností a upoutání na lůžko jí nebrání v tom, aby projevila svou náklonnost a lásku k nim. **Co se týče adaptačních mechanismů**, klientka nevědomě použila proces

potlačení, snažila se sebeovládat a myslet pozitivně, snažila se plnit roli babičky a dávat lásku vnoučatům. Dalším mechanismem byl proces **přenesení afektu**, kdy se často zajímala a velice ráda diskutovala o politickém dění, o případech ve zprávách v televizi a o všem, co vůbec s její nemocí nesouviselo. **Kompenzačním** mechanismem byl hlavně počítač, který využívala vždy, když to bylo možné. Dále se snažila vytěžit z problému to nejlepší. **Základní coopingovou** strategií zvládnutí nemoci byla *práce s počítačem a možnost internetu*, kterým věnovala každou možnou chvíli. Přiklání se k tomu, že to určitě zní zvláště, nicméně je tomu tak. *Uvolnění emocí pomocí rozhovoru s druhými lidmi, hlavně s rodinou* byla další strategie klientky jak nemoc zvládat. **Dále mezi coopingové strategie** bezesporu patřilo *udržování kontaktu se zdravými lidmi*, kteří byli pozitivní, což mělo výrazný vliv na její způsob myšlení, *nestýkala se s lidmi s podobným handicapem*, protože v hovorech o nemoci a utrpení neviděla smysl. *Z každého problému se snažila vytáhnout to nejlepší. Vycházky mezi lidmi, popovídání si s vrstevníky, fotografování, zpracovávání prezentací na počítači* byly další coopingové strategie. Co se týče **kvality života**, klientka je již 15 let upoutaná na lůžko a jedinou sebeobslužní činností, kterou zvládne zcela sama, je napít se sama z lahve, kterou jí předem připraví k lůžku osobní asistent. U veškerých ostatních činností jako např. strava, hygiena na lůžku, podání podložní mísy, přesun z lůžka na invalidní vozík, přesun stropním závěsným systémem do koupelny atd., potřebuje osobního asistenta, pečovatelku nebo všeobecnou sestru. Žije sama, ale dochází za ní rodina, z nichž někteří členové jsou i jejími osobními asistenty. Pomáhají jí v základních sebeobslužných činnostech a udržovat chod domácnosti. Co se týče péče všeobecných sester, je velice spokojena, důvěřuje jejich odbornosti a vůbec by si nedovedla představit život doma bez jejich péče. Sociální role v rodině se až tolik nezměnily, protože její děti již v té době byly samostatné a měly své rodiny. Pouze ji mrzí, že nemůže vykonávat klasickou roli babičky, ale vynahrazuje to svou láskou k nim. Kvalitu života v oblasti cestování neposuzuje klientka až tolik pozitivně. V domácnosti má vše bezbariérové, ale mimo byt se nedostane do každého obchodu nebo ke každému lékaři s elektrickým vozíkem. Také při cestě za vnoučaty jsou komplikací schody a malý výtah a navíc jí sezení na vozíku komplikuje zdravotní stav. Současnou kvalitu života klientka vnímá na úrovni s pomocí domácí péče a osobních asistentů. Díky jejich trpělivosti a dennímu doprovázení svou imobilitu ani tolik jako handicap nevnímá. Radu, kterou by dala ostatním podobně postiženým klientům je nepoddávat se nemoci, zbytečně ji nerozebírat, žít současností a myslet na to, že může být ještě hůř.

Souhrn ošetrovatelských diagnóz, stanovených dle NANDA v souvislosti s klientkou:

Zhoršená pohyblivost na lůžku, zhoršená schopnost přemísťování se, deficit sebekpěče při stravování, koupání, oblékání, vyprazdňování, zhoršená schopnost péče o domácnost, riziko aspirace, riziko nestabilní glykemie, funkční inkontinence moči, inkontinence stolice, nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu, narušená integrita kůže, chronická bolest, porucha výměny plynů, narušený vzorec spánku, narušená osobní identita, situačně snížená sebeúcta, sociální izolace, bezmocnost, narušený obraz těla, neefektivní plnění rolí, zhoršená sociální interakce, snaha zefektivnit zvládání zátěže, riziko pádů, riziko infekce.

7.6 Průzkumná část - všeobecné sestry z agentury domácí péče

Zde uvádím seznam průzkumných otázek pro všeobecné sestry, které byly použity při rozhovoru. Jelikož respondentů je celkem 12, součástí příloh je jeden ukázkový rozhovor. Dále uvádím, co jsem chtěla danou otázkou zjistit, a ke kterému stanovenému cíli směřuje. Následuje souhrnná interpretace veškerých dat (odpovědí).

Otázka č. 1: Kolik je Vám let? Tato otázka zjišťuje věk respondentů.

Interpretace výsledků S1 – S12

Průměrný věk respondentů je 38,66 let.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví, v domácí péči? Tato otázka zjišťuje délku praxe všeobecných sester, konkrétně pak v domácí péči.

Interpretace výsledků S1 – S12

Průměrná praxe všeobecných sester ve zdravotnictví je 14,75 let a v domácí péči 6,33 let.

Otázka č. 3: Máte zkušenost s ošetřováním těžce nemocného klienta? (např. imobilní, onkologicky nemocný, na invalidním vozíku, v terminálním stavu atd.) Tato otázka zjišťuje míru zkušenosti všeobecných sester v ošetřování těžce nemocného klienta.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z odpovědí vyplývá, že zkušenost s ošetřováním těžce nemocného klienta má všech 12 respondentů, z toho 2 respondenti mají zkušenost se všemi výše uvedenými možnostmi. Nejvíce zkušeností mají respondenti s klienty imobilními, což uvedlo 8 respondentů, další 2 respondenti uvedli největší zkušenost s onkologicky nemocnými, 1 respondent uvedl

největší zkušenost s klienty v terminálním stádiu a imobilními ve stejné míře. 1 respondent uvedl největší zkušenost s péčí o onkologického a imobilního klienta.

Otázka č. 4: Jak vnímáte přímou péči o takového klienta? Otázka zjišťuje postoj a celkový pohled všeobecné sestry.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z průzkumu vyplynulo, že je to psychicky i fyzicky velmi náročná práce, což uvedli celkem 4 respondenti, z nichž 1 z respondentů uvedl, že je kromě toho i velice náročné nedat na sobě znát své pocity a zachovat profesionalitu a 1 respondent uvedl, že: „bolí mě záda, pokud je nutné se s člověkem tahat.“ 1 respondent uvedl, že nejhorší je, když rodina nespolupracuje v péči o klienta a další 1 respondent vnímá přímou péči o klienta jako běžnou denní rutinu. 1 respondent to bere jako součást své práce, ale přesto vnímá jejich náročnou situaci. Nad svým vnímáním přímé péče o klienta nepřemýšlí 1 respondent, protože je to jeho práce. Věnovat se klientovi a splnit jeho požadavky uvedl 1 respondent. Z průzkumu dále vyplývá, že je zde lepší přehled o potřebách klientů a je tu možnost rozvinutí profesního vztahu v osobní. Také 1 respondent uvedl, že si myslí, že imobilní klienti jsou daleko vděčnější, než ti mobilní. Pocity lítosti uvedl pouze 1 respondent, a z tohoto důvodu mu tato přímá péče není příjemná. 1 respondent naopak péči vnímá velice pozitivně, obdivuje rodinné příslušníky, kteří umožní klientovi zemřít doma, protože je to důstojné a je rád, že může být nápomocen v přímé péči o klienta.

Otázka č. 5: Přemýšlíte často o osudech svých klientů? Otázka sleduje, nakolik práce všeobecných sester ovlivňuje jejich emoce.

Interpretace výsledků S1 – S12

Celkem 8 respondentů uvedlo, že nad osudy svých klientů přemýšlí. Mezi nejčastější důvody proč nad nimi respondenti přemýšlí, patřilo, že jim na nich záleží, což uvedli 2 respondenti, další 2 respondenti měli starost o to, zda jim poskytl dostatečně kvalitní péči, zda udělali vše správně a zda splnili klientovo očekávání o péči. 2 respondenti uvedli, že nad osudy svých klientů přemýšlí v závislosti s dobou, po kterou jej ošetřují, a může tedy dojít k navázání vztahu, který přeroste z profesního do osobního. 3 respondenti uvedli, že nad klienty přemýšlí jen někdy a to z toho důvodu, že je jim klient blízký, mladý nebo je

pro ně rodina něčím zajímavá. 1 respondent přiznává, že se již cítí být takový otupělý vzhledem k četnosti osudů.

Otázka č. 6: Jste empatická? Otázka zjišťuje, zda se všeobecné sestry považují za emotivní a soucítí s klientem.

Interpretace výsledků S1 – S12

U této otázky jsem zjistila, že celkem 11 respondentů empatických určitě je, z nichž 1 respondent uvádí, že jeho empatie je často u klientů, s kterými má hlubší osobní vztah a prožívají radosti i starosti společně, a další 1 respondent uvedl, že bez empatie by tuhle profesi konat nemohl. 1 respondent uvedl, že je empatický jen někdy a záleží na celkovém vyčerpání a únavě. 1 respondent uvedl, že je empatický do určité míry, má své hranice a považuje se v tomhle za profesionála.

Otázka č. 7: Máte tendenci srovnávat takto těžce nemocného klienta s nějakou vám velice blízkou osobou, u které byste nechtěla, aby takhle dopadla? Otázka je zaměřena na subjektivní prožívání všeobecných sester v souvislosti s jejich soukromým životem.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z výsledků vyplynulo, že celkem 7 respondentů má tendence srovnávat těžce nemocného klienta. Z toho 4 respondenti srovnávali se svými rodinnými příslušníky, 1 respondent s vrstevníky a další 1 respondent s někým, kdo trpěl podobnou nemocí jako někdo z nejbližšího okolí. Dalších 4 respondenti nesrovnávají těžce nemocného klienta s nikým. Pouze 1 respondent nesrovnává klienta s nikým, protože si to snaží sám nepřipouštět.

Otázka č. 8: Snažíte se mít práci u těžce nemocného klienta rychle hotovou? Otázka zjišťuje možnost poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče jak po stránce fyzické i duševní nebo naopak provedení jen úkonů v rámci péče. Také může zjišťovat určitý druh potenciálu k syndromu vyhoření.

Interpretace výsledků S1 – S12

Průzkum této otázky zjistil, že celkem 9 respondentů svou ošetrovatelskou péči poskytuje tak, jak má a práci se nesnaží nijak urychlit. Z toho 5 respondentů si myslí, že přílišná rychlost by byla na úkor kvality. 1 respondent uvádí, že za klienty dochází i mimo svou pracovní dobu ve svém volném čase. Další 1 respondent se snaží klientům ve všem vyhovět. 3

respondenti odpověděli, že se naopak snaží mít péči rychle hotovou, ale klientovi poskytnou kvalitní ošetrovatelskou péči. Z nejčastějších důvodů uváděli příčiny jako např. destabilizace stavu, náročné převazy nebo zdravotní stav klientů působil celkově negativně a klient z nich čerpal jejich energii.

Otázka č. 9: Přistihnete se, že u takového klienta setrváte déle, než je nutné? Pokud ano, z jakých důvodů? Otázka zjišťuje míru angažovanosti všeobecných sester a možné důvody.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z výsledků vyplývá, že celkem 11 respondentů déle setrvá u klienta, ovšem důvody se liší. Z toho 6 respondentů uvádí, že důvodem delšího pobytu u klienta je potřeba kontaktu a osobního rozhovoru při špatném psychickém stavu, 4 respondenti by zůstali kvůli vzniklému akutnímu stavu a jen 1 respondent z důvodu toho, že je mu klient sympatický a cítil by se s ním dobře. Mezi možné důvody by ale patřilo i ošetření vyžadující dobu delší, než je časový kód pojišťovny nebo prostě jen potřeba dát klientovi tu nejlepší péči a to i takovou, co nespadá do pracovních povinností. Pouze 1 respondent by nesesetřoval déle, než je nutné.

Otázka č. 10: Komunikujete s klientem vždy, když je to možné? Tato otázka zjišťuje míru komunikace všeobecných sester s klienty.

Interpretace výsledků S1 – S12

Celkem 9 respondentů odpovědělo, že s klienty komunikuje vždy, když je to možné. Z toho 1 respondent viděl komunikaci jako samozřejmost, protože bez ní by se nic od klienta nedozvěděl a další 1 respondent má názor takový, že díky komunikaci klienta pozná do hloubky a pak těchto informací, které od něj získá, může využít k péči. Další 1 respondent, který s klienty komunikuje vždy, to přičítá své deformaci z povolání, protože sám nejlépe dobře ví, že klienti jsou doma sami a potřebují s někým mluvit právě proto, že jim chybí přehled o dění kolem, a on jim tyto informace předává. Další 3 respondenti odpověděli, že s klienty také komunikují, alespoň se o to snaží. Důvod svého snažení viděl 1 respondent v tom, že vlivem komunikace je spolupráce s klienty příjemnější a přínosnější, protože se vytvoří důvěrnější prostředí.

Otázka č. 11: Přemýšlíte nad pocity klienta, o kterého pečujete? Pokud ano, proč?

Otázka sleduje, co prožívá všeobecná sestra při ošetřování klienta a zda vůbec něco prožívá.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z průzkumu vyplývá, že celkem 10 respondentů uvedlo, že nad pocity klienta přemýšlí. Z toho 3 respondenti si představí v dané situaci sami sebe, aby lépe pochopili, co klient potřebuje, jaké má potřeby a přání a péče je tím kvalitnější. 1 respondent se zamýšlí nad pocity klienta, protože takovou situaci zažil sám osobně, kdy byl ohrožen na životě a odkázán na péči zdravotníků. Mezi další uváděné důvody patří určité netypické chování klienta, jeho strádání, pomoc v osobním životě klienta. Pouze 1 respondent pocity klienta inspirovaly k tomu, aby své děti vedl k tomu, že starat se o lidi, kteří to potřebují, je správné. Další 2 respondenti uvedli, že nad pocity klienta nepřemýšlí, z nichž 1 respondent svou odpověď nezdůvodnil a 1 respondent řekl přímo, že nad pocity nepřemýšlí, ale v rámci péče je zjišťuje.

Otázka č. 12: Těšíte se na svou další návštěvu u těžce nemocného klienta? Tato otázka zjišťuje míru angažovanosti, neutrality nebo lhostejnosti (riziko pro sestru) v péči o klienta.

Interpretace výsledků S1 – S12

Pouze 2 respondenti uvedli, že se na návštěvu u klienta těší, protože je zajímavá zdravotní stav klienta i on samotný. Dalších 7 respondentů uvedlo, že se na návštěvu u klienta těší jak kdy. Svou odpověď zdůvodnili tím, že záleží na povaze klienta, protože ne s každým si člověk rozumí a sympatie jsou důležité. Také únava sehrává významnou roli v pocitu těšení se. Pouze 3 respondenti se netěší, z nichž 2 respondenti to berou jako nutnou práci a 1 respondent se vyloženě netěší, ale je rád, že může být nápomocen klientovi v náročné situaci.

Otázka č. 13: Naplňuje vás pomoc těžce nemocnému člověku? Jak? Otázka sleduje, zda práce všeobecné sestry určitým způsobem uspokojuje a co jim to přináší.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z odpovědí vyplývá, že pomoc těžce nemocnému klientovi naplňuje 10 respondentů, což je skvělý výsledek. Z toho 2 respondenty tato pomoc naplňuje pocitem vnitřního uspokojení a také proto tuto práci dělají. Další 2 respondenti mají pocity prospěšnosti a užitečnosti. 6

respondentů má příjemný pocit z toho, že mohou pomoci klientovi, který trpí nebo se nachází v nelehké životní situaci a být tak světlým bodem dne.

Pouze 2 respondenty tato práce nenaplňuje. 1 respondent je ale i přesto rád, že mohl pomoci a 1 respondent v pomoci nevidí nic zvláštního, ale potřebného a nutného.

Otázka č. 14: Vidíte v péči o těžce nemocného smysl? Otázka zjišťuje postoj všeobecných sester k péči, kterou poskytují těžce nemocnému a potenciální rizika práce pro sestru.

Interpretace výsledků S1 – S12

Výsledek průzkumu ukazuje, že smysl v péči o těžce nemocného viní bezesporu všech 12 dotazovaných respondentů. Z toho 4 respondenti neměli potřebu svou odpověď zdůvodnit a ostatní ano. 1 respondent v péči vidí smysl proto, protože je věřící člověk. Ostatní respondenti si myslí, že kvalitní péče může hodně ulehčit proces upoutání na lůžko, snaží se o to, aby úroveň žití nespadla dolů a klient pociťoval co nejméně, že je nemocný. Smysl je také spatřován v příchodu sestry do domácnosti a úlevě rodiny díky její přítomnosti a pomoci, v případě terminálního stádia klienta potom v důstojném odchodu v kruhu rodinném. V jednom případě respondent odpověděl, že smysl v péči vidí, ale pokud je klient třeba v terminálním stádiu, tak nevidí smysl v léčbě ran a dekubitů z důvodu neefektivnosti léčby a náročnosti finanční.

Otázka č. 15: Nosíte si práci s sebou domů v myšlenkách? Otázka zjišťuje, nakolik práce ovlivňuje všeobecné sestry v jejich soukromí.

Interpretace výsledků S1 – S12

Celkem 10 dotazovaných přemýšlí nad svými klienty doma mimo zaměstnání. 1 respondent uvažuje nad prací pouze, když řešil akutní stav klienta. 1 respondent zcela výjimečně. 2 respondenti se o to snaží, ale nedaří se jim nechat práci „za dveřmi“. 2 respondenti přemýšlí doma nad správností svých pracovních postupů, jiní mají potřebu rozebírat osudy klientů s rodinnými příslušníky a dotyčného samozřejmě nejmenovat. Ostatní uvádějí důvody, zda vše vykonali správně. Pouze 1 respondent nad svou prací doma nepřemýšlí v žádném případě.

Otázka č. 16: Přála jste si někdy, aby klient, o kterého jste pečovala, byl předán jiné sestře? Otázka zjišťuje míru profesionality všeobecných sester, nebo zda mohou být důvody, které by vedly k takovému myšlení.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z průzkumu vyplývá, že celkem 8 respondentů zažilo situaci, kdy si přáli klienta předat jiné sestře. Z toho 1 respondent odpověděl, že pouze zpočátku, než se s klientem tzv. „sžil“, 5 respondentů důvod nevedlo a 2 uvedli důvod, že klient byl sobecký, bezohledný, obtěžoval je telefonicky doma a dožadoval se péče a ubíral jim energii. Pouze 3 respondentům se nic takového nestalo.

Otázka č. 17: Jaká rizika si myslíte, že v sobě péče o těžce nemocného klienta skrývá?

Otázka je zaměřena na možná fyzická i psychická rizika práce všeobecné sestry tak, jak je vidí ony.

Interpretace výsledků S1 – S12

Celkem 8 respondentů uvedlo ve svých odpovědích syndrom vyhoření. 5 respondentů uvedlo zdravotní potíže sestry. 2 respondenti považují za riziko psychickou újmu sestry, další 2 pak přílišnou fixaci klienta na sestru. Další možná rizika jsou: snížený zájem o vlastní rodinu, nezvládnutí odborné péče o klienta, dávání viny sestře za úmrtí člena rodiny, pomluvy sestry, riziko stereotypu práce, neocenění sesterské práce rodinou. Pouze 1 respondent si myslí, že péče v sobě neskrývá žádná rizika.

Otázka č. 18: Vnímáte svou péči o klienta jako stereotypní, neměnnou a zbytečnou práci? Otázka je zaměřena na možná psychická rizika všeobecných sester.

Interpretace výsledků S1 – S12

Celkem 10 respondentů udává, že péče o těžce nemocného klienta rozhodně stereotypní, neměnná a zbytečná není. Z toho ve třech případech respondenti navíc mimo otázku uvádí, že každý den se děje něco jiného, ve dvou případech by již práci dávno nekonali, pokud by tomu tak bylo. Další 2 respondenti si shodně myslí, že stereotyp je přítomen v ošetřování a výkonech u těchto klientů, ale za zbytečnou ji nepovažují.

Otázka č. 19: Vzpomenete si v souvislosti s těžce nemocným klientem na blížící se smrt? Otázka zjišťuje, do jaké míry péče o těžce nemocného klienta ovlivňuje myšlenku na smrt.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z celkového počtu 12 respondentů jich 10 odpovědělo, že si připustí myšlenku na smrt v souvislosti s těžce nemocným klientem. Z toho 1 respondent uvedl, že si na to vzpomene u umírajícího klienta a 1 respondent uvedl, že jej občas přepadnou pocity strachu z umírání, a že je pro něj těžké smířit se s tím, že smrt je součástí života.

Pouze 2 respondenti si na smrt v souvislosti s těžce nemocným klientem nevzpomenou a jeden z nich udává, že si to ani nepřipouští.

Otázka č. 20: Přemýšlela jste nad změnou své profese? Otázka zjišťuje, zda je práce pro všeobecné sestry uspokojující nebo není.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z průzkumu vyplývá, že pouze 3 respondenti nad změnou své profese nepřemýšleli vůbec. Z toho 1 respondent uvedl, že by si myšlenku na změnu zaměstnání připustil v případě, že by pro něj nebyla práce ve zdravotnictví. Zbýlých 9 respondentů již přemýšlelo nad změnou své profese. Z nich 1 respondent uvedl důvod, že nad změnou profese přemýšlel z důvodu, jestli na takovou práci stačí. Ostatní respondenti neměli potřebu při rozhovoru své myšlenky nijak rozvádět.

Otázka č. 21: Nutí vás tento typ práce k určité formě relaxace? Jaké? Otázka zjišťuje možná rizika práce pro všeobecné sestry, a jak by je kompenzovaly.

Interpretace výsledků S1 – S12

Z průzkumu vyplývá, že potřebu relaxace má všech 12 respondentů. Nejvyšší výskyt v odpovědích měly vycházky do přírody (celkem 6x), jízda na kole (4x), pěší turistika (3x) a vyhledávání míst, kde je ticho a nejsou tam lidé (3x). Z výše uvedených odpovědí se některé z nich vyskytovaly v kombinaci s druhými. Z dalších odpovědí jsou to ale i posezení s rodinou, sport, aerobik, práce na zahradě, četba, domácí mazlíčci, lenošení, alkohol, pohoda v domácnosti, manuální činnosti jako např. žehlení a úklid bytu. 1 respondent uvádí, že pokud je přepracovaný a klient se dožaduje dalších informací, mozek prostě vypoví

službu a těžko hledá slova. 1 respondent také uvádí, že si za potřebu relaxace může sám, protože chce vždy všem pomoci a všechno sám vyřešit a zvládnout.

Otázka č. 22: Jste spokojená se svou prací? Otázka zjišťuje spokojenost všeobecných sester se svou profesí z různých pohledů.

Interpretace výsledků S1 – S12

10 respondentů je spokojeno se svou prací, 2 respondenti většinou ano. Z toho 2 respondenti nejsou spokojeni s finančním ohodnocením. Dále respondenti uvádí pocity naplnění, uspokojení, získávání zkušeností a dovedností a rozvinutí všeobecné sestry. Z negativních hodnocení 1 respondent uvedl, že mu vadí poskytování nezdravotnických služeb klientům, nepřesné ohraničení pracovní doby, kdy už končí povinnost a začíná dobrá vůle.

8 DISKUZE

V této části práce se zaměřím na zhodnocení zvolených cílů. Hlavními cíli průzkumu jsou:

- a) analyzovat postoj všeobecné sestry a určit možná rizika při ošetřování těžce nemocného klienta
- b) popsat kvalitu života očima klienta upoutaného na lůžko.

Dílčí cíle mám rozděleny ve vztahu ke klientce (3 dílčí cíle) a ve vztahu k všeobecným sestřám (2 dílčí cíle).

První z dílčích cílů rozhovoru s klientkou měl popsat prožívání nemoci klientkou v domácí péči. K tomuto cíli se vztahují položky č. 14, 16, 17, 18, 22, 26, 28, 32. Tuto oblast jsem rozpracovala v analýze dat, kde uvádím bližší informace o tom, jak klientka svou nemoc jako náročnou životní situaci prožívá. Klientka byla do svých 44 let v podstatě zdravá žena, život se jí změnil po operaci páteře v roce 1991 a poté již následovaly v návaznosti další a další nemoci, který její zdravotní stav a imobilitu postupně prohlubovaly. Klientka je velice statečná dáma, nepodléhá pocitům sebelítosti, má i nadále pozitivní náhled na život a na svou situaci, ve které se nachází, nepoddává se denním stereotypům, které nemůže změnit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a bere je jako součást svého života. Je optimistická, s chutí do života a se svými rodinnými příslušníky spolupracuje. Svůj život prožívá s větší pokorou a má respekt k jeho změnám a snadné pomíjivosti jak ze zkušenosti vlastní, tak i rodinné. Váží si života tak, jak si jej může vážit jen ten, kdo zkusil být v něm omezen a určitým způsobem svázán. S ohledem na svůj zdravotní stav se snaží využít každé volné chvílky, která jí dovolí sblížit se s okolním světem, je člověk společenský. Některá vnoučata si klientku pamatují ještě jako „chodící“ babičku, která jim již dala tolik lásky, co jen unesli. Nyní se některá z nich účastní péče o její osobu, což jejich vzájemný vztah ještě prohlubuje. Svůj současný zdravotní stav prožívá nyní s určitým pocitem uspokojení, že svou imobilitu do jisté míry psychicky přemohla.

Druhým dílčím cílem bylo vyjmenovat adaptační mechanismy a copingové strategie klientky k nemoci. K tomuto cíli se vztahují položky č. 6, 19, 20, 21, 28, 29, 30. I zde jsem tuto oblast rozvedla v analýze dat. Z mechanismů, které dopomohly klientce k adaptaci lze jmenovat proces potlačení, kdy se snažila se sebeovládat a myslet pozitivně, snažila se plnit roli babičky a dávat lásku vnoučatům. Dalším mechanismem byl proces přenesení afektu, který klientka uskutečňovala tím, že vyhledávala kontakt s druhými lidmi, kolikrát

jen tak bez účelného cíle se vypravila na procházku mezi cizí lidmi a věnovala se činností, které s nemocí vůbec nesouvisely. Důležitým kompenzačním prostředkem byl hlavně počítač, který se stal klientčíným denním společníkem vždy, když nebylo možné kontaktovat se s ostatními lidmi, a vlastně postupně zjišťovala, že nejen tehdy. Mezi copingové strategie, které klientka využívala, byla na místě první volby práce s počítačem, představoval pro ni spojení s okolním světem. S lehkou nadsázkou by se dalo říct, že svou energii, kterou nemohla vložit do svých ochrnutých nohou, vložila do myši, která běhala tam, kam chtěla. Dokonce se pomocí skypu spojila se známými, kteří žijí v cizině. Dále je klientka velice komunikativní, zajímala se o dění všude kolem sebe a dokázala si povídat dlouhé hodiny a uvolňovat tímto své emoce. Co se nedalo přehlédnout a netajila se tím, byl její negativní postoj k lidem podobně nemocným a imobilním, kteří hovořili o své nemoci neustále. Tyto typy lidí nevyhledávala a záměrně se jim vyhýbala, protože tohle jejich „naříkání“ mělo neblahý vliv na její psychický stav. Toužila být mezi lidmi, kteří jsou optimisté a s pozitivním náhledem. Velice ráda se věnovala fotografování, procházkám mezi lidmi a naprosto bravurně zpracovávala prezentace a upravovala si fotky na počítači.

Třetím dílčím cílem bylo subjektivně zhodnotit dopad nemoci na kvalitu života klientky. K tomuto cíli se vztahují položky č. 7, 9, 10, 11, 13, 23, 24, 25, 31, 33. Tato oblast je opět podrobně rozvedena v analýze dat. Kvalita života klientky se měnila v závislosti na nemocech, které ji postihly. Každá další nemoc, která přišla, přinesla určité omezení. Nynější situace je taková, že jedinou činností, kterou klientka zvládne sama, je napítí se z menší lahve. Veškeré ostatní ošetrovatelské činnosti konají osobní asistenti, pečovatelky nebo všeobecné sestry. Právě i díky jejich pomoci klientka vnímá svou kvalitu života celkem dobře a je ráda za to, že může zůstat doma ve svém známém prostředí. Jejich odbornost a zdatnost toto umožňuje. O chod domácnosti se stará její rodina. Kvůli své nemoci se klientka pohybuje pouze s pomocí invalidního vozíku, pro který se ale ne vždy najde vhodný prostor k průjezdu. I když už je dnešní doba hodně moderní, pořád se úplně všude bez bariérový přístup nenachází a klientka se všude nedostane. Tohle vnímá jako omezení, které jí brání vídat se častěji s některými členy rodiny. Díky osobním asistentům, domácí péči a vstřícnosti lidí vnímá své žití jako kvalitní a handicap si příliš neuvědomuje.

První dílčí cíl u všeobecných sester měl identifikovat, co prožívá všeobecná sestra při ošetrování těžce nemocného člověka. K tomuto cíli se vztahují položky 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22. Průměrný věk respondentek je 38 let a pracují v domácí

péči průměrně 6 let. Z průzkumu vyplývá, že zkušenost s ošetřováním těžce nemocného klienta má všech 12 respondentek. Práci považují za fyzicky i psychicky náročnou, ovládnutí vlastních pocitů není jednoduché. Velké množství respondentek však práce ovlivňuje natolik, že nad klienty přemýšlí i doma a nedokážou práci nechat jen tak „za dveřmi“. Z 12 respondentek se 11 považuje za empatické, což by odpovídalo tomu, že si s sebou práci „nosí domů v myšlenkách“. Také se ukázalo, že při ošetrovatelské péči většina sester přemýšlí nad pocity klienta. Při ošetřování těžce nemocného klienta, ať už imobilního, v terminálním stádiu nebo onkologicky nemocného, se většina respondentek neubrání tomu, aby klienta srovnávala s někým blízkým. Ve většině srovnávají se svými rodinnými příslušníky nebo známými. Myšlenky na smrt a umírání se neubrání také většina všeobecných sester, když ošetřují klienta v nepříznivém stavu. Zde se opět potvrzuje obrovský psychický nápor na ošetřující sestry. Ošetrovatelskou péči poskytují skoro všechny respondenty tak, jak mají, nesnaží se péči nijak urychlit, což je výborný výsledek. Rychlost by zde byla na úkor kvality. Menšina se snaží pracovat rychle, myslí si, že poskytnou stejně kvalitní péči. Tato menšina jako důvod svého počínání uvádí destabilizaci klientova stavu a celkově negativní působení na jejich psychický stav. Z průzkumu také vyplývá, jak moc je v domácí péči nutná psychická podpora klienta sestrou. Jen kvůli špatnému psychickému stavu klienta u něj setrvává až polovina dotazovaných respondentek a poskytuje psychickou podporu. Komunikace je zde velmi důležitým faktorem a aktivně komunikují skoro všechny všeobecné sestry, menšina se o to alespoň snaží. Myslím, že to je též výborný výsledek. Bohužel tato práce s sebou nese i své negativní stránky. Jelikož práce všeobecných sester v domácí péči se odehrává u klientů doma, sestra vstupuje do osobního prostoru klienta a je v podstatě „na návštěvě“. Většině respondentek se přihodilo, že si s klientem, kterého ošetřovali, k sobě nenašli cestu a přáli si, aby jej ošetřovala sestra jiná. Myslím si, že práce s lidmi je velice náročná a právě v domácím prostředí klientů, kde je sestra nucena akceptovat veškerá přání klienta, nejsou tyto vyhrocené situace plně neshodou výjimkou. Přístup ke klientovi je zde zcela jiný, než při hospitalizaci v nemocnici. Je třeba akceptovat klientovu národu, zvyky, přání, přizpůsobit se práci v terénu u něj doma. Tohle je někdy problém hlavně pro všeobecné sestry, které začínají pracovat pro agentury domácí péče. Zde totiž pojem „klient“ platí dvojnásobně.

Druhý dílčí cíl u všeobecných sester měl zjistit jejich možná pracovní rizika. K tomuto cíli se vztahují položky 6, 8, 12, 14, 17, 18, 20, 21.

Uspokojivým výsledkem bylo zjištění, že se většina všeobecných sester považuje za emotivní, což je pro výkon této profese důležité a neznačí syndrom vyhoření. Zároveň právě syndrom vyhoření ovšem uvedla většina respondentek jako riziko pro sestru, které by mohlo nastat, a uvědomují si to. Z dalších zmíněných zde patří také psychická újma sestry, přílišná fixace klienta na sestru, vysoké pracovní nasazení sestry, které má za následek snížení zájmu o vlastní rodinu, nezvládnutí odborné péče o klienty, stereotyp práce, obviňování sestry za úmrtí člena rodiny a pomluvy. Skvělým výsledkem je, že za neměnnou a zbytečnou svou práci nepovažuje ani jedna dotazovaná respondentka. Určitý stereotyp lze vidět pouze ve výkonech, které sestra dělá denně. Myslím si, že pokud celkem 9 respondentek poskytuje ošetrovatelskou péči v plné kvalitě a nemá tendence klienta „rychle odbývat“, syndrom vyhoření jim prozatím nehrozí. Pro práci sestry v domácí péči je monitorace syndromu vyhoření velice důležitá a nedokážu si představit sestru, která by tuto profesi konala s nechutí a nezájmem o klienty. Zde by tato situace, pokud by nastala, byla viditelná daleko dříve, než v nemocnici. Všechny dotazované respondentky považují péči o těžce nemocného za smysluplnou práci, což je zde v domácí péči základní předpoklad. Alarmujícím výsledkem bylo zjištění, že většina respondentek, které pracují v domácí péči, přemýšlela o změně své profese. Považuji to za další důkaz náročnosti výkonu této práce. S tímto úzce souvisí potřeba relaxace, kterou uvedly všechny respondentky bez výjimky a považují ji za důležitou.

Podobnou práci, ale na zcela jiné téma napsala paní Miroslava Ježová ve své bakalářské práci: „Vnímání kvality života-stomik versus sestra u lůžka“, která sbírala data pomocí dotazníku o kvalitě života stomických klientů z jejich pohledu a názory všeobecných sester na danou problematiku (Ježová, 2008).

Další podobnou práci zpracovala paní Helena Honzáková na téma: „Vliv získaného tělesného postižení na kvalitu života jedince“. Svým kvalitativním průzkumem ve své práci zjišťovala jak má konkrétní nemoc vliv na kvalitu života osob, jakým způsobem se se svým postižením vyrovnali, a které faktory měli na proces vyrovnání se vliv (Honzáková, 2011).

Další podobnější práci mému tématu jsem nenašla.

Návrhy pro praxi:

V praktické části této práce jsem se snažila zjistit, jaký postoj mají a co prožívají všeobecné sestry v péči o těžce nemocného klienta na straně jedné a jak vnímá svou kvalitu života a co prožívá klientka, která se v takovéto situaci nachází. V našem případě je to trvale imobilní klientka. Všeobecné sestry klientku ošetřují, komunikují v rámci své práce, zdaleka však netuší, co klientka prožívá. Navrhovala bych určitý typ zpětné vazby. Odpovědi klientky na položené otázky bych předala s jejím souhlasem ředitelce agentury domácí péče a všeobecným sestřám pro lepší pochopení potřeb těžce nemocného klienta, pro minimalizaci situací nedorozumění v rámci zvyšování kvality péče.

Dále doufám, že čtenáře mé práce, která bude veřejně přístupná, daná problematika inspiroje a u zdravotníků zvýší zájem o potřeby nemocného člověka upoutaného na lůžko, o jeho emotivní prožívání a celkovou kvalitu života.

9 ZÁVĚR

Tato práce se v teoretické části zabývá nemocí, strategiemi jak ji lze zvládat, jejím vlivem na samotného klienta a změnami, které s sebou přináší. Dále jsou popsána také možná rizika pro všeobecné sestry, které dlouhodobě těžce nemocné klienty ošetřují, jak jim lze předcházet a také důležitost psychického odpočinku (relaxace).

Praktická část zhodnotila celkový postoj všeobecných sester a jejich pohled na vážně nemocného klienta a zároveň přinesla pohled samotného klienta na svou životní situaci.

S výsledky, které jsem zjistila z průzkumu ze strany všeobecných sester, jsem spokojena, protože jsou velice pozitivní. V daném zařízení, kde byl výzkum prováděn, pracují všeobecné sestry profesionálně, poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči v rámci svých kompetencí a prozatím u nich není náznak syndromu vyhoření. Musím však poukázat na to, že vzhledem k výkonu jejich profese u klienta v domácím prostředí dochází často k navázání osobních vztahů daleko více, než v nemocnici. Někdy tak dochází k přílišné fixaci klienta na sestru, nebo naopak k přílišnému zabývání se sestry klientovým zdravotním stavem, což není žádoucí. Snadno se o tomto píše, ale v praxi člověk poté zjistí, že tomuto „problému“ se nelze při práci v domácí péči zcela vyhnout. Samotné denní rutinní ošetřování a navštěvování klienta takovéhohle osobní sblížení přímo podporuje. Zda je tohle znakem profesionality nebo není, to je na zvážení každého člověka. Jisté ovšem je, že v nemocnici je situace jiná, pokud má sestra na oddělení během dne na starosti cca 25 klientů, další den se již s některými nesetkává skrze jejich propuštění nebo skrze to, že má své osobní volno. V domácí péči má každá všeobecná sestra přiděleny své klienty, které ošetřuje každý den, z toho vyplývá, že fixace z jedné nebo druhé strany je pravděpodobnější.

Chtěla bych, aby všechny všeobecné sestry svou profesi konaly s úctou k člověku, respektovaly jeho přání, vyhověly jeho požadavkům, aktivně vyhledávaly klientovy potřeby a hlouběji se zajímaly o jeho emotivní prožívání. I pouhé uvolnění emocí ať již rozhovorem, vyjádřením povzdechu nebo někdy i výbušností leckdy klientovi pomůže. A jsme to právě my, všeobecné sestry, které klienta ošetřujeme, pečujeme o jeho bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby, tak bychom měly využít této možnosti konat s láskou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila, 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-470-0.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

JAROŠOVÁ, Darja a kol., 2012. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7464-000-1.

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-643-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-3007-3.

MICHALÍK, Jan, 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-7333-7.

MICHALÍK, Jan, 2013. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3643-2.

MLČÁK, Zdeněk, 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-951-3.

POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. vyd. přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry; 1. ISBN 80-7013-420-8.

PRAŠKO, Ján a kol., 2010. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Učebnice. ISBN 978-80-244-2365-4.

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

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VÁVROVÁ, Soňa, 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.

Vlastní soukromé fotografie z alb klientky.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

ČESKO, 1977. Zákon č. 48/1997 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 16, s. 1186-1264 [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2000. Zákon č. 258/2000 ze dne 14. července 2000 o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 74, s. 3622-3664 [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=258/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2004. Zákon č. 95/2004 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 30, s. 1434-1451 [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 30, s. 1452-1480 [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, s. 4730-4801 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2002. Vyhláška MZČR č. 101/2002 ze dne 13. března 2002, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 44, s. 1452-1483 [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=101/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2012. Vyhláška MZČR č. 306/2012 ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 109, s. 3954-3980 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=306/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

JEŽOVÁ, Miroslava, 2008. *Vnímání kvality života-stomik versus sestra u lůžka* [online]. Brno [cit. 2014-05-01]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/kor5a3/>.

HONZÁKOVÁ, Helena, 2011. *Vliv získaného tělesného postižení na kvalitu života jedince* [online]. Brno [cit. 2014-05-01]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/209543/pedf_m/.

MISCONIOVÁ, Blanka, 2006. Výkony domácí zdravotní péče. In: *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 2006 [cit. 2014-31-03]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ASA	America Society of Anesthesiologists
HRQoL	Health Related Quality of Life (kvalita života související se zdravím)
BMI	Body mas index
DKK	Dolní končetiny
MMSE	Mini Mental State Exam (test kognitivních funkcí)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
PHK	Pravá horní končetina
VAS	Visual Analog Scale (vizuální analogová škála)
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
Č.	Číslo
Sb.	Sbírka
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
LHK	Levá horní končetina
ICHS	Ischemická choroba srdeční
CMP	Cévní mozková příhoda

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P II: Ukázka rozhovoru se sestrou

Příloha P III: Soukromé fotografie klientky

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	PETRA ŠNOJKOVÁ, P.I.S.		
Téma bakalářské práce	KENDR VAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE ZOHLEDNĚNÍ KLIENTA A VŠEOBECNÉ SESTRY V DOHLEDU PED1		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. ZLÁTICA DORKOVÁ, Ph.D. Z. Dorková podpis		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
	Souhlasím	Nesouhlasím	Plhář
	Souhlasím	Nesouhlasím	Plhář

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19. 11. 2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Z. Dorková

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

89
802
000
POMADOL s.r.o.
Dobnerova 26, 779 00 OLOMOUC
IČO 27793923, DIČ CZ27793923
Tel. 585 41 742

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA ROZHOVORU SE SESTROU

Dobrý den, jmenuji se Petra Smočková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Nemoc jako náročná životní situace pohledem klienta a všeobecné zdravotní sestry v domácí péči.“

Nyní, pokud dovolíte, vám budu pokládat otázky a zároveň si zaznamenávat vaše odpovědi. Některé otázky jsou nenáročné, nad jinými je třeba se hlouběji zamyslet. Pokud nebudete chtít na některou z otázek z jakýchkoliv důvodů odpovědět, nemusíte. Vaše odpovědi mi poslouží k získání informací a ke zpracování praktické části mé bakalářské práce. Vaše osobní údaje zůstanou anonymní. Tímto vám děkuji za ochotu ke spolupráci a předem děkuji.

Poznámka: Zde uvádím jeden ze svých doslovně přepsaných rozhovorů se sestrou z agentury domácí péče.

Respondent č. 1

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

„Je mi 38 let.“

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví, v domácí péči?

„Od roku 1997 pracuji ve zdravotnictví, což je 11 let, v domácí péči od roku 2008, tedy 6 let.“

Otázka č. 3: Máte zkušenost s ošetřováním těžce nemocného klienta? (např. imobilní, onkologicky nemocný, na invalidním vozíku, v terminálním stavu atd.)

„Určitě ano. Nejvíce zkušeností mám s klienty v terminálním stadiu a s imobilními.“

Otázka č. 4: Jak vnímáte přímou péči o takového klienta?

„Jako běžný denní chleba. Někdy mě bolí záda, pokud je nutno se s člověkem tahat.“

Otázka č. 5: Přemýšlíte často o osudech svých klientů?

„Ze začátku se mě to dotýkalo, ale teď jsem již taková otupělá. Otupělo mě to, že jsem těch osudů již viděla tolik. Vyslechnu je a už nad tím pak ani nepřemýšlím.“

Otázka č. 6: Jste empatická?

„Jsem empatická do určité míry. Mám své hranice, jak moc si klienta připustím k tělu, ale dál jej pak už nepustím. Považuji se v tomhle za profesionála.“

Otázka č. 7: Máte tendenci srovnávat takto těžce nemocného klienta s nějakou vám velice blízkou osobou, u které byste nechtěla, aby takhle dopadla?

„Ne, nemám.“

Otázka č. 8: Snažíte se mít práci u těžce nemocného klienta rychle hotovou?

„Myslím si, že to rychle udělat nejde. Rychlost by byla na úkor kvality. Takže o tohle se nesnažím.“

Otázka č. 9: Přistihnete se, že u takového klienta setrváte déle, než je nutné? Pokud ano, z jakých důvodů?

„Někdy setrvám déle, dá se říci, že dost často. Hlavně pokud si chce klient povykládat nebo je stav natolik vážný, že zvažuji, že zavolám rychlou záchrannou službu.“

Otázka č. 10: Komunikujete s klientem vždy, když je to možné?

„Asi ano.“

Otázka č. 11: Přemýšlíte nad pocity klienta, o kterého pečujete? Pokud ano, proč?

„O potřebách soběstačnosti vždy přemýšlím. Také přemýšlím nad tím, zda je zajištěný dobře po dobu, co s klientem nebudu jak po stránce fyzické, tak i psychické. Vyvaruji se rad, aby v případě neúspěchu celou situaci nesvedla rodina na mě, ale vyslechnu klienta i rodinu. Pokud si člověk sám neprožije nějaké závažné onemocnění, které jej upoutá na lůžko, tak se do klienta vcítit ani nemůže.“

Otázka č. 12: Těšíte se na svou další návštěvu u těžce nemocného klienta?

„Mám své oblíbené a mám své méně oblíbené klienty. K některým se těším, k některým ne. Beru to jako práci, kterou musím udělat. S odstupem času se dá říci, že se na takového klienta i těším.“

Otázka č. 13: Naplňuje vás pomoc těžce nemocnému člověku? Jak?

„Asi ano, protože proto tu práci dělám. Mám z toho vnitřní uspokojení.“

Otázka č. 14: Vidíte v péči o těžce nemocného smysl?

„Určitě ano.“

Otázka č. 15: Nosíte si práci s sebou domů v myšlenkách?

„Zcela výjimečně. Když mi třeba někdo zavolá a musím něco akutního řešit, tak ano. Potom přemýšlím, zda můj postup byl správný.“

Otázka č. 16: Přála jste si někdy, aby klient, o kterého jste pečovala, byl předán jiné sestře?

„Ano, stalo se tak.“

Otázka č. 17: Jaká rizika si myslíte, že v sobě péče o těžce nemocného klienta skrývá?

„Myslím si, že vyhoření, zdravotní komplikace sestry.“

Otázka č. 18: Vnímáte svou péči o klienta jako stereotypní, neměnnou a zbytečnou práci?

„Ne, protože to rozhodně není stereotypní a neměnná práce.“

Otázka č. 19: Vzpomenete si v souvislosti s těžce nemocným klientem na blížící se smrt? „Pokud už je jasné, že klient umírá, tak se zeptám rodiny, jestli ví, co mají dělat.

V podstatě vím, co bude následovat. Takže ano.“

Otázka č. 20: Přemýšlela jste nad změnou zaměstnání?

„Ne, nepřemýšlela.“

Otázka č. 21: Nutí vás tento typ práce k určité formě relaxace? Jaké?

„Určitě ano, je potřeba relaxovat stylem, který vyhovuje konkrétnímu člověku. U mě je to třeba práce na zahradě, rodina, jízda na kole, přátele, příroda.“

Otázka č. 22: Jste spokojená se svou prací?

„Ano, jsem. Vždycky jsem chtěla dělat zdravotní sestru.“

PŘÍLOHA P III: SOUKROMÉ FOTOGRAFIE KLIENTKY



Spokojené manželství



Život ve zdraví



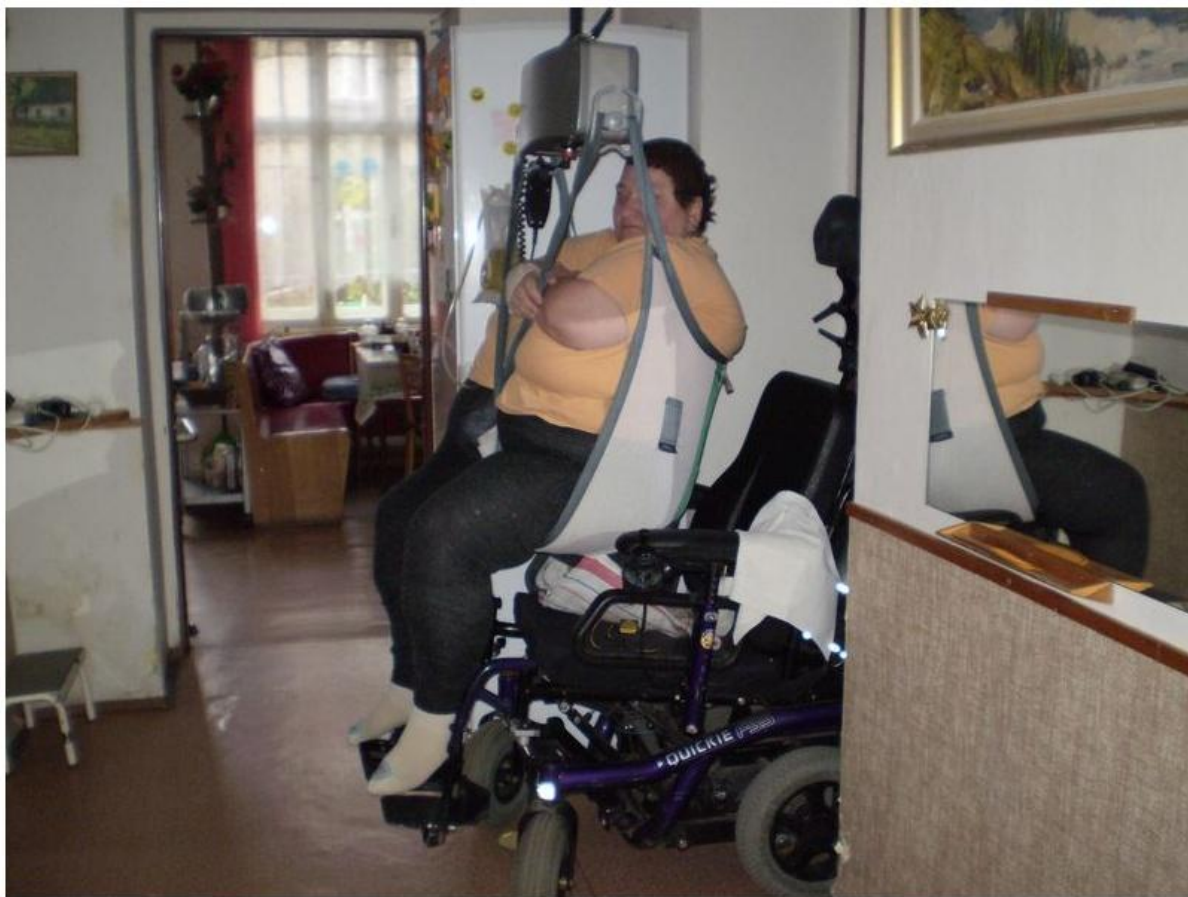
První zlom po operaci páteře



Život v nemoci s rodinou



Život v nemoci po CMP



Hygienická péče s nutností techniky



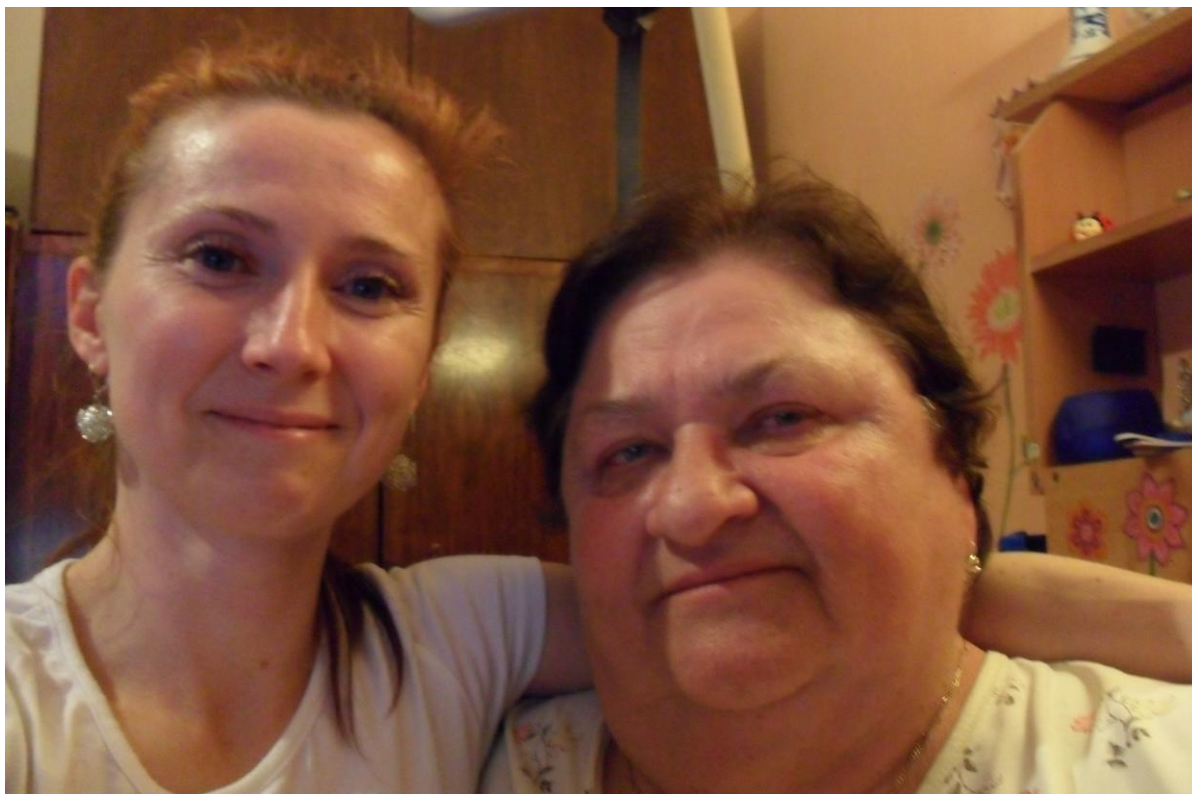
Speciální úprava vany



Klientka ve speciálním lůžku



Klientka na invalidním vozíku



Autorka bakalářské práce s klientkou