

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Monika Remešová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN na oddělení NIP

Bc. Monika Remešová

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Remešová**
Osobní číslo: **Z17172**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN na oddělení NIP**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD Revised January 2017. [online]. Dostupné z: www.goldcopd.org.
2. KOBLÍŽEK, Vladimír, Jan CHLUMSKY, Vladimír ZINDR, Kateřina NEUMANNOVÁ, Jakub ZATKOUKAL, Jana KOCIÁNOVÁ, Jaromír ZATKOUKAL a Vratislav SEDLÁK. Doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu stabilní CHOPN [online]. 2016. Dostupné z: www.pneumologie.cz/upload/1480193834.pdf
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci, 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
4. HAYESOVÁ Nicky. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 2013. 168 s. ISBN 978-80-262-0534-0.
5. VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace, 2. vydání. Praha: Portál 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367 -1.


Vedoucí diplomové práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28. dubna 2019

Bc. Monika Remešová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D. za pomoc a rady. Všem, kteří mě pomáhali v průběhu celého studia i v průběhu zpracování diplomové práce, zvláště svému muži a dětem Šimonovi, Juditě, Elišce a Klárce.

ANOTACE

Tato diplomová práce je zaměřena na psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN, kteří jsou hospitalizováni na oddělení následné intenzivní péče. V teoretické části jsou shrnuta podstatná teoretická témata související s tímto onemocněním a hospitalizací na NIP. Dále se práce zabývá problematikou psychosociálních aspektů u hospitalizovaných pacientů. Výzkumná část práce obsahuje kvalitativní výzkum, který je proveden formou rozhovorů s pacienty s onemocněním CHOPN na následné intenzivní péči. Rozhovory jsou analyzovány pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy. Byla zjištěna absence a možná i záměrná neochota znát diagnózu vlastního onemocnění CHOPN u většiny respondentů. Byly také zjištěny psychické problémy pacientů spojených s hospitalizací, a to převážně z důvodu nedostatečné nonverbální komunikace při napojení pacientů na UPV. Největší strádání nebylo pacientům způsobeno fyzickým strádáním a dalšími negativními projevy choroby, ale nevhodným přístupem některých členů zdravotnického personálu. Sociální oblast výzkumu se při rozhovorech s respondenty úzce prolínala s oblastí psychologickou. Sociální problémy pacientů spojených s hospitalizací a projevy onemocnění byly zkoumány v souvislosti se sociální izolací, která je zásadně ovlivněna osobní a rodinnou situací pacienta. Z hlediska vlivu onemocnění na každodenní činnosti respondenti kriticky hodnotili především svoji omezenou schopnost v oblasti sebepéče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Chronická obstrukční nemoc plicní, následná intenzivní péče, umělá plicní ventilace, weaning, psychologické, sociální, aspekty.

TITLE

Psychosocial Aspects in COPD Patients in the NIP Unit.

ANNOTATION

This diploma thesis deals with the psychosocial aspects in patients with COPD who are admitted at the department of the following intensive care. In the theoretical part important theoretical themes relating to this disease and admitting to hospital are summarized. Moreover, this thesis is focused on the problematical psychosocial aspects in the admitted patients. The researching part of this work contains the qualitative research which was made by the form of interviews with the patients with COPD disease at the following intensive care. These interviews were analysed with help of Interpretative phenomenological analysis. An absence was found and maybe the purposed unwillingness to get to know the diagnose of the own COPD disease at most of the respondents. There were also found out some mental problems in the patients connected with the admitting to hospital and it was mainly from the reason of insufficient non-verbal communication in the mechanical ventilation patient's connection. The biggest misery was not the mental misery and other negative symptoms of the disease but with the wrong access of some members of the medical staff. The social part of the research was tightly linked with the area of psychology. The social problems of the patients connected with the admitting and symptoms of the disease were researched in connection with a social isolation in daily activities where the respondents were critically evaluating, mostly their limited ability in the area of sel-care.

KEYWORDS

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), follow-up intensive care, artificial pulmonary ventilation, weaning, psychological, social aspects.

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíl práce.....	14
1.1 Cíle teoretické části práce	14
1.2 Cíle empirické části práce	14
2 Teoretická část	15
2.1 Chronická obstrukční plicní nemoc	15
2.1.1 Stadia	16
2.1.2 Fenotypy	17
2.1.3 Etiologie.....	18
2.1.4 Léčba.....	18
2.1.5 Prognóza u těžkých stádií	19
2.1.6 Paliativní péče.....	19
2.1.7 Etické problémy paliativní medicíny v prostředí intenzivní péče	20
2.2 Následná intenzivní péče.....	22
2.2.1 Nejčastější problémy u pacientů s CHOPN	23
2.2.2 Tracheostomie.....	24
2.2.3 Weaning	25
2.3 Psychologické aspekty	26
2.3.1 Psychologické aspekty u nevléčitelně nemocných	26
2.3.2 Vnímání změny zdravotního stavu pacienta	26
2.3.3 Boj pacienta s nemocí	27
2.3.4 Komunikace s pacienty na UPV	29
2.3.5 Komunikace u pacientů s TSK spontánně dýchajících.....	30
2.3.6 Komunikace s příbuznými u pacientů na JIP.....	31
2.3.7 Psychické problémy pacientů s CHOPN	31
2.4 Sociální aspekty	35

2.4.1	Psychosociální opora	35
2.4.2	Sociální schémata	35
2.4.3	Sociální interakce.....	36
2.4.4	Sociální komunikace s pacienty.....	37
2.4.5	Vliv sociálního prostředí na psychiku	39
2.4.6	Sociální izolace	39
2.4.7	Ukončení hospitalizace chronicky nemocného pacienta	40
3	Průzkumná část.....	41
3.1	Kvalitativní výzkum.....	41
3.1.1	Interpretativní fenomenologická analýza.....	41
3.2	Metodika výzkumu.....	45
3.2.1	Bližší vymezení výzkumného vzorku.....	45
3.2.2	Obecný rámec výzkumu	47
3.2.3	Validita výzkumu.....	47
3.3	Realizace výzkumného šetření.....	47
3.3.1	Výzkumná otázka	48
3.4	Výsledky	50
3.4.1	Postup interpretativní fenomenologické analýzy.....	50
4	Diskuze	65
5	Závěr	76
6	Použitá literatura	78
7	Přílohy.....	87

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – stádia CHOPN (Kobížek a kol., 2016).....	16
Tabulka 2 – mMRC - modifikovaná škála dušnosti (Koblížek a kol., 2016)	17
Tabulka 3 – klinické fenotypy CHOPN (Koblížek a kol., 2014)	17
Tabulka 4 – seznam použitých kódů.....	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AE	Akutní exacebrace
ARO	Anesteziogicko resuscitační oddělení
CAT	Copd assesment test
ČPFS	Česká pneumologická a ftizeologická společnost
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DNR	Do not resuscitate
DUPV	Domácí umělá plicní ventilace
FIO₂	Poměr inspirovaného kyslíku
GOLD	Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GTM	Gounded theory method
CHOPN	Chronická obstrukční nemoc plicní
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
JIP	Jednotka intenzivní péče
LABA	Inhalační beta ₂ agonisté s dlouhodobým účinkem
LAMA	Inhalační anticholinergika s dlouhodobým účinkem
LAMA	Inhalační anticholinergika s dlouhodobým účinkem
LDN	Lůžka dlouhodobé nemoci

NIP	Následná intenzivní péče
NRC	Numeric rating scale, edmonton symptom assessment scale
NVP	Následná ventilační péče
MIP	Maximální inspirační tak
MMRC	Modified medical research council
PaO₂	Poměr arteriálního kyslíku
PAO₂	Poměr alveolárního kyslíku
PAO₂ / FIO₂	Poměr arteriálního kyslíku k poměru inspirovaného kyslíku
PEEP	Pozitivní tlak v respiračních cestách na konci výdechu
UPV	Umělá plicní ventilace
VC	Vitální kapacita plic
VE	Minutová ventilace

ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN na oddělení NIP. Na tato oddělení jsou přijímáni pacienti, kteří přicházejí vždy z oddělení ARO nebo JIP a je u nich nutná podpora umělé plicní ventilace. Ne vždy je hlavní příčinou hospitalizace onemocnění CHOPN. Jsou tu i pacienti s neurologickými diagnózami jako amyotrofická laterální skleróza, kvadruparéza, kvadruplegie, kardiálním selháváním, ale často také pooperační a pouřazové stavy. U dvou posledně uvedených případů se často projeví v plném důsledku závažnost onemocnění CHOPN až při dlouhodobém a nesnadném odvykání od UPV.

Problematika psychosociálních aspektů pacientů s CHOPN, kteří jsou hospitalizováni k odvykání z UPV se jeví jako závažné téma pro samotné pacienty i k zamyšlení a uvědomění si situace pro ošetřující zdravotnický personál. Tito pacienti jsou se svojí nemocí a rozvojem respirační insuficience velmi zatíženi, a to v oblasti nejen fyzické, ale i psychické a sociální. Když vezmeme v úvahu složitost komunikace s těmito pacienty, jejich nemožnost verbálně vyjádřit své přání a pocity při zachovaném vědomí, je míra zátěže jejich psychického stavu pro většinu lidí nepředstavitelná. V rozhovorech s těmito pacienty při odvykání od UPV, kdy mají možnost vyložit své prožívání slovy, má být zjišťováno prožívání nemoci ve stavu, kdy byli napojeni na UPV a nemohli vyjádřit své pocity a potřeby verbálně.

Zdrojem stresu pro pacienty na UPV může být již samotná obtížná komunikace, nedostatek informací i neznámé prostředí, ve kterém se pacient ocitá. Ztráta řeči, i když se nejedná o trvalý stav, je spojována se emocionálními reakcemi mezi pacienty na JIP, a s tím je spojená úzkost a deprese. Psychické rozpoložení nemocného je v závislé na zvládnutí stresové situace, které je spojeno nejen ze ztráty hlasu z důvodu TSK, ale také ze sociálního vyloučení způsobeného pobytem v nemocnici.

Tato diplomová práce je také zaměřena na znalosti pacientů o svém onemocnění, prognóze a příčinách onemocnění. To vše v souvislosti s hospitalizací na oddělení NIP, Dále je také tato diplomová práce zaměřena na pacientů při hospitalizaci v souvislosti s onemocněním CHOPN a hospitalizací trvající několik týdnů.

1 CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je zmapovat psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN na oddělení NIP, kteří prožívají složité odvykání od UPV s nejistotou úspěšnosti tohoto procesu.

1.1 Cíle teoretické části práce

V první teoretické kapitole práce je cílem popsat základní fakta o nemoci CHOPN. Dále zmapovat možnosti paliativní péče v pokročilém a konečném stádiu tohoto chronického orgánového onemocnění. Součástí jsou i informace o oddělení NIP a jeho následných pracovištích a odvykání od umělé plicní ventilace.

Druhá kapitola je věnována problematice psychologické a sociální u chronicky nemocných pacientů.

1.2 Cíle empirické části práce

Cílem empirické části práce je prostřednictvím vlastního výzkumu zmapovat psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN a míru stresu způsobenou touto nemocí a hospitalizací. Míra stresu byla posuzována sebesposuzovací stupnicí deprese podle Zunga. Dalším cílem práce je zjištění možností zlepšení psychosociálních potřeb u těchto pacientů i komunikace sester a dalšího ošetrujícího personálu s pacienty během procesu odvykání od UPV v zařízení NIP prostřednictvím kvalitativního výzkumu metodou interpretativní fenomenologické analýzy (interpretative phenomenological analysis (dále jen IPA) pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Chronická obstrukční plicní nemoc

Chronická obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) představuje léčitelný a dobře identifikovatelný různorodý syndrom s pulmonálními projevy a různě vyjádřeným mimoplicním postižením. Tato nemoc je asociována přítomností ne zcela bronchiální obstrukce, která vzniká postupně v důsledku chronického, primárně neinfekčního zánětu dýchacích cest a plicního parenchymu. Na zánětu se podílí prvky přirozené a získané imunity a pro nemocné s CHOPN je typická značně variabilní tendence k progresivnímu zhoršování plicních funkcí. Patofyziologicky se jedná o vystupňovanou a přetrvávající zánětlivou reakci geneticky predisponovaného organismu na dlouhodobou inhalační expozici škodlivým částicím a plynům (Koblížek, Bartůněk a kol., 2016).

Poruchy funkce plic způsobených CHOPN postihuje převážně starší populaci. Pro tuto nemoc je charakteristická zátěžová dušnost, přítomnost zánětlivých změn v dýchacích cestách a zvýšená produkce hlenu, kterého se pacient snaží zbavit vykašláváním. Postižení plic není jednotné. Některé části plic jsou funkční, jiné mohou být zcela vyřazeny. Tato nerovnováha má za důsledek nerovnováhu a nerovnoměrnost distribuce vzduchu v plicích a tím způsobenou nerovnoměrnou ventilaci i perfuzi. V konečné části dýchacích cest jsou úzké bronchioly a alveoly deformovány a rozšířeny. Tak se snižuje efektivita dýchání, kdy klesá podíl alveolární části ventilovaného vzduchu (Smolíková a Máček 2011, str. 24, 25).

CHOPN je globálně rozšířené onemocnění se závažnými dopady jak zdravotními, tak ekonomickými i sociálními. Onemocnění bývá doposud často nedostatečně diagnostikováno. Pacienti s CHOPN bývají staršího věku a trpí současně více onemocněními interního charakteru. Toto onemocnění je také považováno za předchůdce vzniku rakoviny (Sobotík 2018).

V České republice trpí touto nemocí asi 700 až 800 tisíc lidí a ve světě se jedná přibližně o 600 miliónů postižených touto nemocí (Janáčková 2018, str. 7).

V roce 2016 v České republice zemřelo na toto onemocnění 3178 lidí, přičemž zvýšený nárůst se objevuje po 50 věku (ÚZIS ČR 2016).

Ve zprávě GOLD (globální iniciativa pro chronickou obstrukční plicní nemoc) (2017, str.8) se píše, že se jedná o celosvětově čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí a předpokládá se další vzestup

prevalence a mortality v důsledku přetrvávající expozice rizikovým faktorům a celkovému stárnutí populace. Celosvětově na tuto nemoc umírá přes tři milióny lidí. S nárůstem počtu kuřáků v rozvojových zemích, a stárnutím populace v ekonomicky rozvinutých zemích lze předpokládat nárůst počtu nemocných trpícím touto nemocí na čtyři a půl miliónu, a to do roku 2030.

2.1.1 Stadia

Jak český doporučený postup ČSFP, tak mezinárodní iniciativa GOLD klasifikuje nemocné dle míry symptomů, bronchiální obstrukce a výskytu exacerbací podle stádií A-B-C-D (Koblížek a kol., 2016). (Tabulka 1).

Tabulka 1- stadia CHOPN

A	Lehké či středně těžká bronchiální obstrukce, méně než 2 exacerbace za rok, 0-1 stupně dušnosti mMRC, skóre CAT dotazníku pod 10 bodů
B	Lehké či středně těžká bronchiální obstrukce, méně než 2 exacerbace za rok, 2 stupně dušnosti mMRC a více, skóre CAT dotazníku 10 a více bodů
C	Těžké či velmi těžké omezení průtoku vzduchu průduškami, více jak 2 exacerbace za rok, 0-1 stupně dušnosti mMRC, skóre CAT dotazníku pod 10
D	Těžké či velmi těžké omezení průtoku vzduchu průduškami, více jak 2 exacerbace za rok, 2 a více stupně dušnosti mMRC, skóre CAT dotazníku 10 a více

Tyto kategorie se určují na základě parametrů a to:

- spirometrického vyšetření,
- počtu exacerbací-tedy výraznému zhoršení příznaků kašle za rok,
- mMRC (modifikovaná škála dušnosti). (Tabulka 2),
- CAD dotazník (copd assessment test) – v tomto dotazníku jsou hodnoceny běžné symptomy a aktivity, jako je kašel, dušnost, spánek a další, v osmi otázkách se škálou odpovědí 0 (bez omezení) až 5 (nejhorší možnost, např. „nevyjdu vůbec z domu“). Skóre tak může kolísat mezi 0 až 40,
- klinické fenotypy CHOPN. (Tabulka 3).

Tabulka 2 – mMRC - modifikovaná škála dušnosti

mMRC stupeň 0	Jsem dušný pouze při namáhavém cvičení
mMRC stupeň 1	Jsem dušný, když pospíchám po rovině nebo jdu do mírného kopce
mMRC stupeň 2	Chodím po rovině pomaleji než lidé stejného věku, protože jsem dušný nebo se musím zastavit pro dušnost, když jdu po rovině vlastním tempem
mMRC stupeň 3	Zastavuji se pro dušnost po ujití asi 100 metrů nebo po několika minutách chůze po rovině
mMRC stupeň 4	Jsem moc dušný, abych opustil domov nebo dušný při oblékání nebo svlékání

(Koblížek a kol., 2016)

2.1.2 Fenotypy

Základem moderní léčby CHOPN je správná diagnóza, identifikace inhalačních rizik, dále současný výskyt dalších nemocí a rozpoznání dominujících klinických fenotypů.

ČSPF se v roce 2012 souhlasně dohodla a identifikovala 6 klinicky rozhodujících fenotypů:

Tabulka 3 – klinické fenotypy CHOPN

Občasná expektorace	Občasná exacerbace	Klinické rysy CHOPN i AB	Hnisavá každodenní Expektorace	Dušnost bez expektorace	Kachexie bez jiné příčiny
↓	↓	↓	↓	↓	↓
Bronchitický fenotyp CHOPN	Fenotyp frekventní exacerbace	Fenotyp překryvu CHOPN a AB	Překryv CHOPN a bronchiektází	Emfyzematický fenotyp	Fenotyp plicní kachexie

(Koblížek a kol., 2014).

Mezi další hodnocení stavu nemocného se používají některá schémata, jako je například BODE index, který se sestává z Body mass index (B), stupeň obstrukce (O), dušnosti (D), tělesné vytrvalosti (E). Tento index je ukazatelem pro další vývoj onemocnění CHOPN eventuálně rizika přežití BODE index. Osahuje číselné hodnoty 0-10. Zhodnocení BODE indexu je poměrně jednoduché – čím vyšší skóre, tím výraznější riziko úmrtí. Nemocní s BODE okolo 5 bezpodmínečně vyžadují specializovanou péči (Smolíková a Máček 2011, str. 24).

2.1.3 Etiologie

Největší podíl na vzniku onemocnění má kouření (ze 75 %). Jsou zde i další rizikové faktory jako výfukové plyny, dlouhodobý pobyt v prašném či zakouřeném prostředí nebo také zplodiny z topení tuhými palivy. Dále jsou to opakované infekce dolních cest dýchacích, ale také vlivy dědičnosti (Janáčková 2018, str. 11).

Dalšími okolnostmi pro vznik onemocnění CHOPN jsou také věk a pohlaví, sociální postavení, hyperreaktivita, tedy intenzivní zúžení dýchacích cest, které je reakcí na relativně nízké dávky širokého spektra farmakologických a nefarmakologických podnětů a různé expozice během těhotenství, narození i během dětství ovlivňující růst plic a vývoj plic (GOLD 2017).

2.1.4 Léčba

Léčba nemocných je vícesložková, spočívá v postupech jak nefarmakologických, a to především a jednoznačně v zanechání kouření, tak farmakologických pomocí expektorancia, mukolytika, bronchodilatancia a protizánětlivých léků. Důležitá je také podpurná léčba s pomocí vakcinace, nutriční terapie a kyslíku a nutností dechové rehabilitace. Péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci pak tvoří samostatnou kapitolu v této oblasti (Sobotík 2018).

Farmakoterapie CHOPN je jedním ze základů komplexní terapie této nemoci. Léčba by měla být účelná, včasná a správně diagnostikována a rychle nasazená již ve stadiu B u praktických lékařů, kde se léčí hlavní a velmi početná část nemocných s CHOPN. Nejnovější doporučená léčba v současné době je kombinace duální bronchodilatační kombinace LABA/LAMA. Což jsou bronchodilatancia a antihistaminika s dlouhodobým účinkem. Léčba těmito přípravky dostatečně přínosná u symptomatických nemocných se středně těžkou, těžkou i velmi těžkou u CHOPN. Duální bronchodilatační léčba vede k lepší kontrole symptomů, lepší toleranci zátěže, zlepšení kvality života nemocných a také snížení budoucích rizik exacerbací (Pauk 2016).

Léčba CHOPN se liší podle stupně nemoci i u nefarmakologické pomoci při této nemoci. Jedná se především o dechovou rehabilitaci, lázeňskou léčbu a psychoterapii. Mezi psychoterapeutické techniky patří autogenní trénink, technika řízené imaginace a vizualizace. (Janáčková 2018, str. 14).

Optimální léčba nemocných s CHOPN je především o individuálním a multidisciplinárním přístupu ke každému pacientovi zaměřeným na pacientovy symptomy, potřeby i přání. Měla by pokrývat všechny aspekty tohoto multi-orgánového syndromu. Nezbytným předpokladem je opakovaná a nikdy nekončící edukace pacienta. Pokud onemocnění dospěje do konečného

stadia, je na místě ještě více prohloubit partnerský vztah a včas rozhodnout o limitech další péče (Koblížek a kol., 2016).

2.1.5 Prognóza u těžkých stádií

Je již dobře známo, že CHOPN je onemocnění vedoucí ke smrti. I přesto stále existuje nedostatek informací o finálním stadiu této choroby. Toto stadium se obtížně předvídá z důvodu nevyzpytatelného průběhu a stádií CHOPN. I když povědomost o paliativní péči stále stoupá, je malá pravděpodobnost, že by o ní v souvislosti s tímto onemocněním lékař a pacient hovořili, natož o péči vhodné pro závěrečná stadia života. Proto může smrt pacienta s CHOPN působit náhle a nepředvídaně. Mnoho pacientů tak umírá v nemocnicích a na jednotkách intenzivní péče (Tomíšková a Skříčková 2014).

2.1.6 Paliativní péče

Paliativní péče je zaměřena primárně na chronicky nemocné pacienty. Jedná se tedy o taková onemocnění, které se nedají vyléčit. Cílem paliativní léčby je především zlepšení kvality života u nevléčitelně nemocných lidí, které jejich onemocnění traumatizuje nejen po stránce tělesné, ale i psychické a sociální (Kupka 2014).

Tato péče znamená určitou filozofii péče, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka. Svoji konkrétní organizací péče umožňuje naplnění somatických a psychosociálních potřeb zdraví, nemoci i umírání. Pacienti v konečném stádiu CHOPN mohou mít z paliativní péče prospěch stejně jako pacienti s ostatními terminálními fázemi onemocnění (Sláma a kol., 2011, str. 25, 27).

U ne-onkologicky nemocných pacientů, jako je například CHOPN, by paliativní péče měla vést ke zlepšení její dostupnosti a léčby bolesti. Zabránění umělému prodlužování procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu. Je ovšem nutné zajistit, aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života.

U nemocných s terminálním stádiem se další péče se provádí po souhlasné domluvě všech zdravotníků pečujících o daného nemocného a se souhlasem rodiny.

Limity péče označujeme jako:

- DNR neboli Do Not Resuscitate-neresuscitovat anebo neintubovat,
- neinvazivní ventilace stanovena jako maximální strop ventilační podpory,
- a zastavení současně podávané péče – jde o nerozšiřování medikace a dalších stávajících léčebných postupů,
- odnětí současně podávané péče.

Důležitou součástí péče o terminální stadia CHOPN je v dokumentaci jasně zdůvodněné podávání opiátů v orální, transdermální či parenterální formě. Hlavní indikací opiátů u nemocných s CHOPN je sedace z důvodu útlumu úzkosti, bolesti a jinak nezvladatelných pocitů dušnosti. V této fázi onemocnění je také účinné monitorované podávání benzodiazepinové sedace (Koblížek a kol., 2016).

Lékaři všech odborností by měli být schopni v mezích své běžné klinické praxe poskytovat obecnou paliativní péči o pacienta v situaci pokročilého onemocnění. V celkovém objemu paliativní péče tvoří právě ta obecná větší část. Postupné zhoršování zdravotního stavu je rozdílné u různých onemocnění. Pro chronická onemocnění neoncologického charakteru je typický kolísavý průběh s opakovaným zhoršením celkového zdravotního stavu tzv. dekompenzacím, které je typické i pro CHOPN. Při zahájení adekvátní intenzivní léčby je možné dosáhnout zřetelného zlepšení. Pacient pak umírá v průběhu těchto dekompenzací, které byly dříve léčitelné. Součástí paliativní péče je především dobrá komunikace se samotným pacientem a rodinou, orientace na kvalitu života, účinná symptomatologická léčba a psychosociální podpora (Sláma a kol. 2011, str. 30).

2.1.7 Etické problémy paliativní medicíny v prostředí intenzivní péče

Řešení etických problémů a otázek by mělo být součástí práce v intenzivní péči. Situace je však komplikovaná skutečností, že zdravotní stav a vědomí pacientovi neumožňuje aktivní účast na léčebných rozhodnutích. Při zvažování přiměřeného léčebného postupu se někdy dostávají do vzájemného napětí nebo rozporu základní etické principy a hodnoty beneficence, nonmaleficence, autonomie a spravedlnosti. Lékař by měl jednat v pacientově nejlepším zájmu. Někdy je právě konkrétní obsah tohoto nejlepšího zájmu nejasný. Velkou pomocí jsou v této situaci pacientem předem vyjádřený postoj, přání a hodnoty týkající se léčby v závěru života. Právní zastoupení dříve vyslovených přání je ale v ČR poměrně malé (Sláma a kol., 2011, str. 284).

Jak zlepšit úroveň etického jednání a rozhodování v praxi je nelehký úkol. Vliv mýtu, že cit a mravnost nosíme v sobě, se v minulosti projevil mnohokrát. Je třeba se naučit vidět problémy tam, kde jsou a nahlížet na ně reálně a citlivě ke skutečnostem a jevům, které se zdají být na první pohled jednoznačné a jednoduché. Ke správnému jednání s nemocnými je nutné poznat skutečný zájem o jejich osud. Nezbytné je nejen obětavost a svědomitost zdravotníků, ale i znalosti, zkušenosti i dovednosti a z toho vyplývající vhodný postoj k nemocnému (Haškovcová 2015, str. 197, 198).

2.2 Následná intenzivní péče

Původní název oddělení NIP zněl oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (dále jen OCHRIP). V roce 1998 vznikl první OCHRIP ve Fakultní nemocnici Motol pod vedením doc. MUDr. Jarmily Drábkové CSc. Pacienti jsou přijímáni plánovaně s předpokládanou délkou jejich hospitalizace v řádech týdnů či měsíců. Délka hospitalizace souvisí právě s potřebou dlouhodobé přístrojové ventilace. Lékařské diagnózy jsou u pacientů na NIP velmi různorodé. Jedná se o rozličné poúrazové a pooperační stavy, metabolická onemocnění, neurologická onemocnění a pokročilá stadia chronických plicních onemocnění a kritická akutní exacerbace (Drábová a Procházka 2008).

Ministerstvo zdravotnictví definovalo toto oddělení jako pracoviště, které poskytují chronickou péči o základní životní funkce těm nemocným, u kterých došlo ke stabilizaci kritického stavu, ale dále selhává některá základní životní funkce a nemocný je dlouhodobě závislý na umělém udržování některé nebo všech základních životních funkcí (MZČR 1998).

V roce 2018 v ČR bylo evidováno 33 pracovišť NIP (VZP 2018) (Příloha C).

Následná, dlouhodobá intenzivní péče vyžaduje multidisciplinární rozhled a nadhled, širokou zkušenost, interdisciplinární týmovou spolupráci, empatii pro pacienta i pro jeho blízké, informace pro pracovníky pomáhajících oborů. Vytváří se proměnlivý obraz nejen chronické kritické choroby. Důležité aspekty pro pacienty s onemocněním CHOPN na oddělení NIP pro vývoj onemocnění a pro jejich situaci další je lepší informovanost o svém onemocnění. O jejich důsledcích a závažné prognóze a možných exacerbacích, které onemocnění svými ataky zhoršují. Hrozba další nožné hospitalizace s opětovnou nutností UPV (Drábová 2018).

Každoročně narůstá počet kriticky nemocných pacientů. Ti jsou pak hospitalizováni na pracovištích akutní intenzivní péče. Vzhledem k pokrokům medicíny, narůstá i procento přeživších, které se nyní pohybuje kolem 80 %, což činí 24000 pacientů ročně. Určitá část z tohoto počtu pacientů se neuzdraví úplně a vyžaduje i nadále z důvodu akutního stavu přístrojovou podporu základních životních funkcí a intenzivní ošetrovatelskou péči. Je nezbytné, aby byli tito pacienti směřováni k další, nejčastěji dlouhodobé péči na specializovaná pracoviště, určená k tomuto účelu, aby se uvolnily velmi nákladné akutní resuscitační a intenzivní lůžka pro další potřebné pacienty. Pro různorodost pacientů vyžadujících specializovanou dlouhodobou intenzivní péči byly zřízeny a definovány dva druhy pracovišť k jejich hospitalizaci přímo určené. Jedná se o pracoviště následné intenzivní péče (NIP), kde jsou hospitalizováni pacienti s tracheostomickou kanylou (TSK) na umělé plicní ventilaci

(UPV) a pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), kde jsou hospitalizováni pacienti s TSK bez nutnosti UPV (Příloha C). K těmto dvěma již dlouhodobě fungujícím zařízením vzniklo nově přiřazené oddělení Navazující ventilační péče (NVP). Tato péče je vedena na lůžkách následné intenzivní péče NIP po uplynutí 90 dnů hospitalizace pacienta v tomto zařízení a nadále nutnosti UPV a nemožnosti realizace domácí umělé plicní ventilace (DUPV). Jedná se přibližně o 5 % pacientů přijatých na NIP. V případě úspěšného weaningu (odpojení od UPV) pak podle charakteru základního onemocnění, zdravotního stavu pacienta navazuje další péče buď na lůžkách DIOP, nebo lůžkách rehabilitačních, dále na zařízeních s lůžky následné péče dlouhodobě nemocných (LDN). Pacienti mohou být také propuštěni do domácí péče (MZČR 2016).

Přijetí pacientů s diagnózou CHOPN na jednotky intenzivní péče je vyžadován u více než 25 % pacientů v průběhu jejich onemocnění. Nicméně jsou k dispozici jen omezené informace o tom, jak lékaři hovoří s pacienty o jejich onemocnění a o možném hospitalizování na JIP pro exacerbace. Je zřejmé, že intubace a invazivní ventilace během epizody exacerbace jsou spojeny s delšími délkami pobytu a zvýšenou mortalitou v nemocnici. Navzdory delším pobytům pacientů s CHOPN na JIP v porovnání s pacienty s rakovinou pacienti, nejsou pacienti s CHOPN vždy dobře informováni o své nemoci obecně a o riziku přijetí na JIP zvláště. Jsou také špatně informováni o tom, co znamená hospitalizace na JIP (Schmidt a kol., 2014).

2.2.1 Nejčastější problémy u pacientů s CHOPN

Nejčastější problémy u pacientů v intenzivní péči jsou, nevolnost, pocit žízně a hladu, únava a celkový diskomfort. Tyto symptomy by měl pravidelně ošetřující personál sledovat a hodnotit. Ukazuje se, že určité symptomy jsou u pacientů na JIP navzájem asociovány. Fyzické problémy patří k důležitým aspektům léčby symptomů v intenzivní péči. U pacientů, kteří jsou při vědomí je možné navázat verbální kontakt nebo se domlouvat gestikulací. Většina pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče má však z důvodu kritického onemocnění nasazenu analgosedaci. U pacientů s omezeným vědomím je nutné využívat mimoverbálních známek diskomfortu hodnocených ošetřujícím personálem (tachykardie, hypertenze, slzení a jiné). I když je k dispozici stále více informací se symptomové léčby a kvality života pacientů na JIP, bývá léčba těchto symptomů v terminální fázi onemocnění pořád ještě velmi neadekvátní (Sláma a kol., 2011, str. 184).

Většina pacientů s CHOPN má symptomy, které jsou nenápadné a nejsou pod kontrolou, nejčastěji je to dušnost a únava. Mezi další symptomy u pacientů s CHOPN je prokázána tzv.

mediastinální bolest. Nedávné studie upozorňují na oblast hrudníku jako jednu z oblastí těla, která je postižena přítomností bolesti, u těchto pacientů je to mezi 22 % a 54 %. Možnou příčinou mediastinální bolesti je chronická patologie, která mění strukturu pojivové tkáně. Existuje silný vztah mezi přítomností bolesti vnímané pacientem a přítomností komorbidit. Tento klinický obraz se zhoršuje, pokud pacient trpí úzkostí nebo depresí nebo jinými patologiemi. Bolest, kterou trpí pacienti s onemocněním CHOPN, je silnější než, která je vnímána těmi pacienty, kteří nemají respirační patologii, nebo pacienty s jinými chronickými nemocemi (Bordoni a kol., 2018).

S problémem bolesti jako symptomem u pacientů s CHOPN jsou spojené bolestivé stavy včetně bolesti hlavy, bolesti zad a krku, svalové a pojivové tkáně, které jsou evidovány u relativně vysokého procenta pacientů. Bolest hlavy může být důsledkem chronické hypoxemie. Vysoká míra bolesti zad a krku u pacientů s CHOPN by mohla být zapříčiněna změnami v respiračních funkcích a přestavbou hrudníku často spojenou s CHOPN. Hlavními svaly dýchání jsou bránice a pomocné inspirační svaly. U pacientů s CHOPN však existuje řada svalů nacházejících se v krku, které mohou vést ke zvýšené bolesti. Systémový zánět spojený s CHOPN má také vliv na pocit bolesti (Bentsen a kol., 2018).

Kapounová (2007, str. 137) upozorňuje na fakt, že u pacientů v intenzivní k měření bolesti udává využití analogové stupnice, kdy nemocný sám určí míru své bolesti. V případě, že pacient není schopen dát najevo svoji bolest verbálně, je nutné ji zhodnotit jiným způsobem. Pacient pak bolest projevuje nonverbálně tachykardií, hyperventilací, pocením, nauzeou či grimasováním atd.

2.2.2 Tracheostomie

K dlouhodobému zajištění dýchacích cest s předpokladem dlouhodobé umělé plicní ventilace slouží indikovaná tracheostomie. Jedná se o chirurgický výkon, kdy je průdušnice uměle vyústěna na povrch kůže. Její provedení je prováděno u nemocných s tracheální intubací trvajících víc jak 10 dnů až 3 týdny bez perspektivy blízkého odpojení od UPV (Klimešová a Klimeš 2017, str. 23).

Existují dvě rozdílné metody provedení tracheostomie. Obě metody se provádějí v celkové anestezii ve většině případů na operačním sále. První je klasická chirurgická metoda, při níž se průdušnice otvírá incizí mezi 2. a 3., nebo 3. a 4. prstencem průdušnice. Druhou metodou je dilatační tracheostomie se provádí punkční jehlou, krátkou kožní incizí a pomocí speciálních dilatátorů se provádí postupná dilatace do optimální velikosti pro zavedení tracheostomické kanyly (Marková a Frenrichová 2009, str. 29).

2.2.3 Weaning

Jedná se o proces odvykání nemocného od UPV. Představuje velkou část doby napojení pacienta na ventilátor. Doba a způsob odvykání závisí na především na diagnóze a vlastnostech přidružených onemocnění u daného pacienta. Stav dýchacího systému musí vykazovat taková kritéria, která jsou potřebná pro zahájení tohoto procesu. Dále je podstatný i stav vědomí, oběhu i nutrice. Není naprosto vhodná u febrilních stavů a těžké anemie. Nezbytnou součástí je také řešení stavů bolesti, úzkosti a zajištění dostatku odpočinku. Nezbytnou součástí úspěšného weaningu je také psychologická podpora (Klimešová a Klimeš 2017, str. 55, 56).

Pokud by nemocný dlouhodobě na řízené ventilaci, musí být proces odpojování šetrný a pozvolný. Časové intervaly spontánní ventilace se prodlužují, aby se obnovila síla dýchacího svalstva. (Klimešová a Klimeš 2017, str. 59).

Weaningový proces se zaznamenává do weaningového protokolu dle pracoviště. U většiny pacientů (70 %) je odpojení od mechanické ventilace jednoduchým a přímočarým procesem. Zbývajících 30 % pacientů představuje výzvu pro lékaře JIP. Problémy obvykle vznikají u pacientů s chronickou obstrukční a restriktivní plicní chorobou, srdečním selháním, neuromuskulárními poruchami mezi jinými možnými příčinami. Některé z navrhovaných indexů pro odpojení z UPV korelují přímo s ventilačními parametry, jako je například minutová ventilace (VE) nebo vitální kapacita (VC). Jiné indexy korelují se stupněm požadavků na kyslík, jako je poměr poměru arteriálního k alveolárnímu kyslíku (PaO_2 / PAO_2), poměru arteriálního kyslíku k poměru inspirovaného kyslíku (PaO_2 / FiO_2). Některé parametry také zkoumají sílu respiračního svalu, jako je maximální inspirační tlak (MIP). Důležité je sledovat, jestli se zlepšil proces onemocnění, který vedl k UPV. Jestli je pacient hemodynamicky stabilní, dostatečně okysličován (FiO_2 kyslíku $<50\%$ a / nebo nízké požadavky PEEP). Je-li pacient dostatečně bdělý a komunikativní. Nedodržení některého z výše uvedených parametrů neznamena selhání weaningu. Pravdou bývá i opak. Vzhledem k tomu, že klinický úsudek může někdy již dopředu nepříznivý nebo dochází k podceňování připravenosti pacienta, je potřeba i objektivních opatření. Důvodem, že máme tolik indexů, a že žádný z nich není dokonalý, je široká míra variability ve výkonu výše uvedených testů, a proto není jejich prediktivní hodnota optimální. Důvodem je, že tyto indexy měří pouze jeden aspekt respirační funkce, zatímco proces odvykání je komplexní a multifaktoriální (Fadila a Regunath 2018).

2.3 Psychologické aspekty

V současných přístupech se stále víc klade důraz na psychologické aspekty, individuální reakce a chování pacienta. Poznatky z klinické psychologie, psychologie zdraví, kognitivně-behaviorální terapie jsou dnes již aplikovány k prevenci či zmírnění zdravotních potíží u pacientů (Raudenská a Javůrková 2011, str. 11).

2.3.1 Psychologické aspekty u nevléčitelně nemocných

Každá chronická nemoc souvisí s určitým chováním, postojem, myšlením a určitým typem psychických reakcí. Psychické prožívání nemoci nemá stabilní výčet symptomů a její prožívání nemocným je velmi variabilní. To může komplikovat nejen vztah pacienta a zdravotníka, ale také samotný léčebný proces (Raudenská a Javůrková 2011, str. 62).

U nevléčitelného onemocnění je velmi zásadní změna nejen v tělesné, ale i duševní a duchovní oblasti. Nemocný se musí vyrovnávat s mnoha změnami a adaptovat se na nové situace. Stává se závislým, a to především na pomoci druhých, přestává být schopen se o sebe postarat a jeho denní činnosti jsou omezené. S tím souvisejí ztráty v oblasti životních cílů a tužeb, je omezena realizace zájmů a životních rolí. U pacientů se střídají především emoce hněvu, úzkosti, strachu, smutku a deprese (Sáma a kol., 2011, str. 236).

Kübler-Ross (2015, str. 17, 18) soustřeďuje pozornost na prožívání pacienta, jeho reakce a potřeby ve zdravotnickém zařízení. Stav, kdy hluk, světla, infuzní pumpy a cizí hlasy se stávají nesnesitelné. Nepohodí, bezmoc s odlidštěností při osamělém a neosobním jednání, kdy je nemocný vytržen ze známého prostředí. S takto těžce nemocným se často zachází jako s někým, kdo nemá vlastní právo na vlastní názor. Stačilo by, kdyby zdravotníci pod příkrývkami a hadičkami vnímali pacienta víc jako člověka. Uvědomili si, že nemocný něco cítí, něco si přeje, má na věci svůj pohled a to nejdůležitější, že má právo být slyšen.

2.3.2 Vnímání změny zdravotního stavu pacienta

Ne každý člověk vnímá stejně příznaky zhoršování zdravotního stavu. Jakou má pacient představu o své nemoci, co mu je a co se s ním děje lze nazvat kognitivní reprezentací příznaků nemoci v kognitivním schématu nemoci pomocí myšlenkové představy o samotné nemoci. Empirické studie ukázaly, že většina pacientů se domnívá, že je jejich onemocnění jen dočasné, a že se v dohledné době uzdraví. V případě představy chronického onemocnění jde však o časový faktor, kdy nemoc a její léčení bude trvat dlouho a není ani jisté, jestli se jí nemocný zbaví. Tato situace je navíc spjata s příčinami jejího vzniku a u kořene nemoci byly také nezdravé životní návyky a zvyky pacientů (Křivohavý 2002, str. 24, 25,33).

Vnímání onemocnění CHOPN je pozvolné. Jedná se o plíživé onemocnění, které bývá dlouho nepoznáno pro svůj pomalý vývoj a zdánlivou nenápadnost. Častější a opakující se nachlazení, virózy, záněty horních cest dýchacích a zvětšující se kaše. Vykašlávání bývá po čase zhoršeno o zadýchávání při fyzické námaze až po klidovou dušnost (Janáčková 2018, str. 10).

Otázka zavinění svého zdravotního stavu a sebeobviňování může mít nejen negativní, ale i pozitivní důsledky. Povědomí pacienta o tom, že si sám něco zavinil, jej může vést také ke snaze na jeho zlepšení (Křivohavý 2002, str. 32).

Nemocný má také své emocionální potřeby. Ty je možné zjistit nasloucháním a rozpoznáním jeho emocí. Pacienta se můžeme ptát na jeho pocity, a zda o nich chce mluvit. Důležité je dát pacientovi najevo, že chápeme jeho emoce a z čeho pramení. Být někdy potichu a svojí přítomností a umožnit pacientovi vstřebat informace a dát mu šanci formulovat otázky. S některými pacienty je snadnější komunikovat než s jinými, kteří mohou být náročnější a mohou pak být vnímáni jako obtížní. Důvodem takového chování může být i nějaká předchozí špatná zkušenost těchto pacientů ze zdravotnického zařízení. Pacient se proto může zlobit nebo být z nějakého důvodu frustrován. U pacientů, kteří by své chování mohli mít ovlivněné alkoholem, léky nebo by trpěli duševní nemocí, by mělo být na paměti nebezpečí stereotypů a předsudků (MZČR 2016, str. 192).

Pro zdravotníka není snadné akceptovat, že tělesné potíže pacienta doprovází také psychická porucha, která není duševní chorobou v pravém slova smyslu, ale že se jedná o stav změněné mysli čili psychiky. Pacient citlivěji prožívá dění kolem sebe, zacházením a nakládáním s ním, ale také dění v něm samém a pocity s tím spojené. Pro zdravotníky je nezbytné si osvojit vekou toleranci a s vážností přijímat pacientovi projevy a psychicky je podporovat. V neposlední řadě je třeba neopomíjet pacientovy psychické potřeby (Beran a kol., 2010 str. 125).

2.3.3 Boj pacienta s nemocí

Křivohlavý (2002, str. 36) uvádí v oblasti psychologie zdraví kognitivní modely zvládnání nemoci pacientem. Ty kladou důraz na myšlenkovou stránku psychiky a příkladem modelu sebeřízení. Model sebeřízení znamená, že si pacient vytváří svou představu o nemoci, pro něhož je řešením problému dosažení normálního stavu. Zdravý stav v tomto pojetí je chápán jako norma – odchylka od normy je zdrojem motivace. Model podle Shontze, kdy nemocný používá různé postupy k znovunastolení normálního stavu procesu s nemocí, má čtyři fáze:

- **Šok**-psychické ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Z psychologického hlediska jde o psychické odpoutání se od reality (ducha-nepřítomnost).

- **Usebrání**-návrat zpět do skutečnosti, nicméně nejde o zcela normální psychický stav. Často neuspořádané myšlení, objevují se výrazně negativní emoce (strach, smutek, bezmoc). Celkově je pacient mimořádně vzrušený.
- **Stažení se ze hry**-vědomý únik do psychického osamění a popření všeho, co souvisí s onemocněním pro dočasnou úlevu od duševní tíhy. Pacient se postupně snaží o náhled a orientaci v dané situaci a pokouší si vypracovat program zvládnutí.
- **Tvorba programu k řešení krize**-pacient řeší problémy v oblasti biologické, psychické i sociální. Teorie krizové intervence počítá s tím, že udržení celkové rovnováhy je pro člověka jeden z hlavních cílů veškerého jeho chování. Z tohoto hlediska je nemoc chápána jako narušení rovnováhy, kterou je třeba odstranit a stav vyrovnat.

Kübler-Rossová původně aplikovala svůj známý model pět fází smutku či pět fází umírání u lidí trpících smrtelnou nemocí. Později však tento model dala do souvislosti i s jakýmkoliv druhem tragické ztráty, vypuknutím chronické choroby atd.

- **Denial-popření/šok**-toto prvotní stádium je společné, jak lidem, kterým byla sdělena diagnóza, tak těm, kteří k závěru závažnosti svého zdravotního stavu došli sami. Popírání je dočasnou obrannou strategií a je nějaký čas zpravidla vystřídáno částečným přijetím skutečnosti.
- **Anger-hněv/agrese**-častou otázkou nemocného je: proč zrovna já, a ne někdo jiný? Pacientův hněv se obrací na všechny strany, může se vybíjet na komkoliv. Důležité je zjistit, odkud se taková zlost bere a roztrpčení pochopit.
- **Bargaining-smlouvání**-je pokusem o odkad, musí obsahovat odměnu a zahrnuje slib. Tuto smlouvu uzavírají nemocní zpravidla s Bohem a obvykle ji drží v tajnosti.
- **Depression-deprese**-reaktivní na ztrátu mnoha podob, pocit viny, strach a deprese přípravná, kterou si nemocný musí projít, aby se připravil na poslední fázi smíření. Tyto dva typy deprese jsou jiné povahy mělo by se k nim také přistupovat individuálně.
- **Acceptance-smíření**-dojde k ní, pokud měl pacient dostatek času a dostalo se mu patřičné pomoci k překonávání stádií výše uvedených. Prožil hluboký zármutek, je unavený a dosáhl určitého vnitřního pokoje a smíření. Okruh zájme se u něj zúží a dává možnost samotě a tichu.

Podle Kübler-Rossové tyto fáze nemusejí nezbytně nastávat ve výše uvedeném pořadí a nemusejí být ani všechny prožity, avšak vždy dotyčný zažije nejméně dvě z nich. Často též

dotyčný může fáze zažít střídáním dvou nebo více fází, během nichž se dotyčný několikrát k jedné či více z nich navrácí (Kübler-Ross, 2015, str.51,64,95,100,102, 127).

2.3.4 Komunikace s pacienty na UPV

Pacienti závislí na UPV na JIP mají potíže s jednou z nejzákladnějších lidských funkcí, a sice s verbální komunikací v důsledku intubace. Zlepšení komunikace těmito s pacienty je zásadní pro zlepšení kvality péče. Nejčastěji používané metody komunikace je abecední tabulka, odezírání ze rtů a gesta. Jsou časově náročné, nedostatečné pro splnění všech komunikačních potřeb a frustrující jak pro pacienty, tak pro ošetřující personál. I když existují tyto známé alternativní způsoby komunikace, se kterými se pracuje, nebyly dosud sjednoceny do komplexního vzorce.

Algoritmus pro hodnocení a výběr komunikační intervence s pacienty neverbálně komunikujícími při vědomí na UPV intubovanými pacienty na JIP:

- komunikační desky se skládají z ikon a obrázků představujících základní potřeby s abecedou, obrázkem lidského těla a stupnicí bolesti v kombinaci s větami nebo ilustracemi - ilustrační komunikační materiál,
- speciální tracheostomické kanyly, které jsou vhodné jen pro některé pacienty, kteří jsou schopni se s nimi naučit mluvit,
- elektrolaryng - kapesní přístroj s bateriemi, který je přitlačován na kůži krku k přenosu vibrovaného elektronického zvuku do dutiny orofaryngu, kde ho uživatel moduluje tak, aby vytvořil řeč přes artikulaci i u tracheostomovaných pacientů,
- zařízení pro augmentativní a alternativní komunikaci (AAC). Zařízení AAC jsou specializované počítače, které obsahují databázi přednastavených frází nebo obrázků. Vybrané fráze jsou vyjádřeny syntetizérem řeči, který používá různé ovládací prvky pro navigaci - infračervený detektor bliknutí očí, dotyková tlačítka nebo dotyková obrazovka (Hoorn a kol., 2016).

Lachetová (2017) z výzkumného šetření o komunikaci s pacienty na UPV zjistila, že když je pacient při vědomí, ne vždy dochází k adekvátní a efektivní komunikaci ze strany ošetrovatelského personálu. Při vědomé komunikaci se sestry soustředily více na verbální stránku. Nevědomě jejich neverbální komunikace prostřednictvím řeči těla byla spíše neurčitá, bez výraznějších změn mimiky či použití prvků haptiky. Nejefektivněji s pacienty

komunikovaly fyzioterapeutky a lékaři se více než na zjišťování obtíží přímo u pacienta soustředí spíše na vyhledávání potřebných informací v dokumentaci.

Proto by se měla vytvořit optimální komunikační strategie pro zlepšení komunikace mezi pacienty na JIP kteří jsou napojeni na UPV a ošetřujícím personálem. Její podstatou by mělo být:

- Vytvořit přátelské prostředí ke komunikaci.
- Posoudit funkční dovednosti pacienta, které ovlivňují komunikaci.
- Předvídat potřeby pacientů.
- Usnadnit odezírání.
- Používat alternativní a augmentativní komunikační zařízení.
- Edukovat pacienta, příbuzné a personál o komunikačních možnostech (Grossbach a kol., 2011).

Interakce s pacienty a zdravotníky hrají rozhodující roli pro zajištění bezpečné zdravotní péče. Když existuje dobrá komunikace mezi pacienty a zdravotníky, výsledky léčby se zlepší. Špatná komunikace mezi zdravotníky a pacienty je také častým důvodem pacientů ke stížnostem proti poskytovateli zdravotní péče (MZČR 2016, str. 192).

Je třeba si uvědomit potřebu komunikace pacienta v souvislosti se sdělením jeho názoru. Všechno se děje pro záchranu jeho života, ve dne i v noci se ošetřující personál zabývá jeho pulsem, tlakem, infuzemi, transfuzemi, tracheostomií, funkcí plic, vyměšováním. Pacient přitom může volat po klidu, míru a důstojnosti. Ti, kdo by se na lidskou stránku podívali od samotného začátku hospitalizace, mohli by ztratit čas pro záchranu života. To je logické vysvětlení pro odlidštěnost dnešní zdravotní péče. Je otázka, zda není tento technický přístup k pacientům potřebou vlastní obrany zdravotníků, jak se vypořádat s úzkostí, kterou u nich kriticky nemocní pacienti probouzejí (Küber-Ross 2015, str. 18, 19).

2.3.5 Komunikace u pacientů s TSK spontánně dýchajících

Pokud již pacient spontánně dýchá a weaning od UPV byl úspěšný, ale pacient stále potřebuje k zajištění dýchacích cest TSK, je možnost umožnit mu komunikaci uzavřením zevního otvoru kanyly sterilní zátkou. K tomuto účelu se používá TSK perforovaná (fenestrovaná). Z toho důvodu se i tato kanyla označuje jako mluvící tracheostomická kanyla (Příloha E). Výhodou je nejen zmiňovaná možnost tvorby hlasu, ale také možnost odsátí z dýchacích cest a v urgentním případě možnost znovuzavedení TSK s obturační manžetou (Příloha E) a napojení na UPV.

Komunikaci s těchto pacienty je potřeba nacvičit po správné edukaci a odsátí z dýchacích cest (Tomová a Křivková 2016, str. 95).

2.3.6 Komunikace s příbuznými u pacientů na JIP

V intenzivní péči je komunikace s rodinou nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. Vztah mezi sestrou a rodinou má být partnerský. Rodinu je tak nezbytné vnímat jako komunikačního partnera. Pro většinu lidí bývá hospitalizace rodinného příslušníka první zkušeností s prostředím intenzivní péče. Když zvážíme citlivé citové vazby v rodinách, stresující skutečnost spojenou s hospitalizací na tomto oddělení, tak se většina příbuzných nedokáže v tomto prostředí bezpečně orientovat. Sestra zde má zastávat podstatnou úlohu jako průvodce a rádce v novém neznámém prostředí (Tomová a Křivková 2016, str. 117).

U pacientů, u kterých se vzhledem k nepříznivému vývoji onemocnění rozhoduje redukci terapie, je velmi důležitá komunikace s příbuznými pacienta. Rodina takto nemocného pocítuje nedostatečnou komunikaci, a to se pak negativně projevuje v důsledcích posttraumatických stresových poruch ve smyslu úzkostí a depresí. V intenzivní péči přetrvává mnoho komunikačních bariér. Lékaři jsou primárně vedeni k záchraně lidského života. Proto má lékař nutně a jasně stanovené cíle a limitace léčby. Měl by mít vymezený čas na komunikaci konkrétně v otázkách týkající se úvah o nerozšiřování či odnětí léčby. Pravidelné rozhovory s příbuznými (i v rámci flexibilních návštěvních hodin) zaměřené i na redukci z nerealistických očekávání a přání příbuzných, opakované upřesňování prognózy, popřípadě možnost konzultace s psychologem by mohla zlepšit komunikaci s příbuznými pacienta (Sláma a kol., 2011 str. 183).

2.3.7 Psychické problémy pacientů s CHOPN

Existuje významný vztah mezi ztrátou řeči z důvodu zajištění dýchacích cest a silnými emocionálními reakcemi mezi pacienty na JIP. A to vysoká úroveň frustrace, stresu, úzkosti a deprese (Hoorn a kol., 2016).

- **Strach a úzkost**

Tyto silné emoční prožitky vyrůstají z pocitu ohrožení a jde o jednu z obranných forem organismu, který vede k jeho mobilizaci, což mu dodává energii při obraně, či útěku. Strach můžeme vyjádřit jako situaci, kdy prožíváme konkrétní obavu, a to ze situace, osoby nebo události. Záleží na každém jedinci, jak situaci vnímá, vyhodnotí a co od ní může očekávat. Úzkost bývá většinou nepříjemnější než strach. Očekávání něčeho neznámého a nepříjemného

je horší než událost sama. Úzkost je reakcí na tušení, neznámé nebezpečí nebo situaci a uvědomění její bezprostřední příčiny si často neuvědomujeme (Zacharová 2017, str. 56, 57).

Strach a úzkost prožívá většina vážně nemocných. Tyto prožitky mohou výrazně změnit pacientovo vnímání i jeho schopnost komunikace. Pacienti čelící vážnému, život ohrožujícímu onemocnění zažívají častěji pocity neurčité úzkosti než konkrétního strachu. Tato úzkost vychází obvykle z pocitu nejisté budoucnosti, nadměrné obavy i z drobných, v jiné situaci snadno řešitelných věcí. V úzkostném stavu obvykle méně mluví a má pocity napětí a tenze. Mnohdy se vyhýbá přímému očnímu kontaktu. Není však vzácností zrychlená mluva nebo nutkání mluvit jako projev úzkosti. Mnoha lidem přináší mluvení úlevu od napětí. Můžeme se setkat i s křikem, který lze do určité míry chápat jako zlobu na svou bolest, na svou starost, Úzkostný pacient mnohdy neví, odkud začít, co vlastně říkat, nebo může prožívat pocit chaotické změti myšlenek, což nezřídka bývá i vlastní příčina úzkosti. V ošetřování respektujeme přání pacienta, ať jej vyjádří verbálně či neverbálně (Sáma a kol., 2011, str. 236).

Specifičtější formy strachu a úzkosti související s CHOPN jsou převážně obavy týkající se samotného onemocnění se specifickými rysy u těchto pacientů. Příklady zahrnují negativní kognitivní poruchy specifické pro tuto nemoc, přesvědčení a následné chování, jako je strach z omezené aktivity, dušnosti a z progresu samotného onemocnění. Citlivost této úzkosti je ukazatel psychopatologie panického spektra při chronické obstrukční plicní nemoci. Dušnost související s CHOPN se váže na úzkost a strach zvláště. Nemocní s CHOPN uvádějí své negativní přesvědčení o specifických aspektech onemocnění, jako je například fyzická aktivita. Toto přesvědčení může vést k strachu z tohoto aspektu, a to strachu z činnosti a jeho následnému zamezení nebo vyhýbání se činnosti. K překonávání těchto problémů lze aplikovat kognitivně-behaviorální léčebné přístupy terapie pro panickou poruchu u pacientů s chronickou obstrukční plicní chorobou. Ta se zaměřuje na snižování strachu s fyzických vjemů. Kognitivní behaviorální terapie snižuje stupeň dušnosti u pacientů s chronickou obstrukční plicní a cílená kognitivní léčba těchto obav nejenže zabraňuje rozvoji panické poruchy, ale také snižuje dušnost u jedinců s CHOPN. Tuto terapii lze také uplatnit u pacientů strategií zvládnání nemoci na konci života (Andreas a Janssens 2016).

- **Deprese**

U nemocných s CHOPN je počet pacientů s depresí velmi vysoký. 40 % pacientů trpí závažnými příznaky deprese a její negativní dopady zhoršují průběh onemocnění. Deprese zůstává často bez povšimnutí a bez léčby. Protože deprese a úzkost postihuje více než šest

pacientů z deseti s tímto onemocněním, je nevyhnutné poradit se s lékařem o následné léčbě a vhodné psychoterapii (Kendrová a kol., 2014).

Pacienti s CHOPN jsou obzvláště náchylní k psychiatrickým poruchám s vysokou prevalencí úzkosti. Jak bylo dříve zavedeno u pacientů s onkologickým onemocněním, plánování včasné péče by mohlo zlepšit kvalitu života pacienta bez toho, aby vyvolalo vyšší míry depresivní poruchy (Schmidt a kol., 2014).

Deprese je nezávislým rizikovým faktorem, jak pro krátkodobé, tak i dlouhodobé stavy akutní exacerbace CHOPN a může představovat rizikový faktor, který lze změnit. V celkové populaci CHOPN se však pravděpodobně podhodnocuje skutečný výskyt deprese, částečně proto, že CHOPN a deprese sdílejí řadu překrývajících se příznaků, jako je snížená energie a únava. Účinek příznaků nemoci nebo akutní exacerbace CHOPN se na psychickém stavu pacienta špatně odlišuje. Ačkoliv bylo prokázáno, že deprese je nezávislým rizikovým faktorem úmrtnosti u pacientů s CHOPN a je spojena se zvýšeným rizikem exacerbací. Deprese je spojena se zvýšeným rizikem, jak krátkodobých, tak dlouhodobých vzniků akutní exacerbace CHOPN. Pacienti s CHOPN a depresí představují potenciálně jedinečnou podskupinu s obtížně kontrolovatelnou nemocí. Tito pacienti s depresí hlásí zvýšenou dušnost, horší kvalitu života a sníženou vůli k léčbě. Spojitost mezi depresí a hospitalizací v CHOPN je pravděpodobně obousměrná, přičemž deprese zhoršuje morbiditu a mortalitu spojenou s CHOPN a CHOPN zvyšuje riziko deprese. V současnosti je potvrzována silná souvislost mezi depresí a rizikem zpětného přebírání akutních exacerbací CHOPN, a to nejen krátkodobě, ale i po dobu jednoho roku, což naznačuje, že deprese je trvalým rizikovým faktorem pro zpětné převzetí po hospitalizaci (Iyar a kol., 2015).

- **Poruchy spánku**

Nespavost a obstrukční spánková apnoe se běžně vyskytují u pacientů s CHOPN. Také noční se zde velmi často objevuje noční hypoxemie, která se může vyskytnout i přes adekvátní okysličování. K hypoventilaci související se spánkem může přispět několik faktorů, z nichž některé jsou jedinečné pro CHOPN. Rozpoznání hypoventilace může být životně důležité, protože samotná doplňková oxygenoterapie může akutně zhoršit hypoventilaci a vést k fatálním následkům. Postupné získávání údajů v této oblasti dokládá souvislost mezi syndromem neklidných nohou a CHOPN asociací, která může být poháněna hypoxemií a / nebo hyperkapnií. Poruchy spánku zhoršují kvalitu spánku, snižují tím kvalitu života a mají i mnoho dalších nežádoucích důsledků. Znalosti o komorbiditách při spánku u CHOPN se postupně

získávaly po mnoho let. Existuje však stále řada nedostatků v našem chápání etiologie, dopadu a terapií poruch spánku, konkrétně u pacientů s CHOPN. Tato recenze shrnuje nejnovější pojmy v prevalenci, patogenezi, diagnostice a zvládnání různých poruch spánku u CHOPN (Budhiraja a kol., 2015).

- **Stres**

O stresu hovoříme v souvislosti s tím, kdy se člověk nachází v těžkých životních situacích, které ho vystavují nepříznivým vlivům. Tyto vlivy nazýváme stresory. O stresové situaci hovoříme v případě, kdy míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. V poměru se subjektivně prožívaným stresem, tedy co je člověkem chápáno jako ohrožující a možností řešení dané situace, hovoříme o tzv. distresu-negativně prožívaném stresu. K distresu dochází tam, kde se dotyčný domnívá, že nemá dost sil a možností zvládnout to, co ho ohrožuje a způsobuje emocionální tíseň (Křivohlavý 2009, str. 171).

Zdrojem stresu může být již samotná komunikace, ta ale také může být stresem ovlivňována. Nedostatek informací vede ke stresu, stejně jako i neznámé prostředí. Při podléhání stresu jsou v popředí labilita a úzkost. A delší úzkost se sama stává sekundárním stresorem a navozuje emoční očekávání strachu (Vybíral 2009, str. 256-257).

Psychické rozpoložení nemocného je v závislé na zvládnání stresové situace, které je spojeno nejen ze ztráty hlasu z důvodu TSK, ale také ze sociálního vyloučení způsobeného pobytem v nemocnici. Kognitivní schopnosti jsou ovlivněny nejen základním onemocněním, ale i léky a úrovní kvalitativního i kvantitativního vědomí (Tomová a Křivková 2016, str. 70).

2.4 Sociální aspekty

Každý člověk prožívá svoji nemoc zcela odlišně, a to podle individuálních rysů své osobnosti a podle sociální situace, ve které se nachází. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je zapotřebí vnímat celého člověka jako organismus i osobnost s psychickými vlastnostmi a zároveň i jako člena společnosti. Průběh nemoci je ovlivněn nejen psychickým stavem pacienta, jeho osobnostními charakteristikami, obavami, znalostmi či neznalostmi o průběhu jeho nemoci, ale i působením rodiny, spolupacientů a zdravotnických pracovníků (Zacharová 2017, str. 22).

2.4.1 Psychosociální opora

Je jen málo psychických jevů, které nejsou sociální povahy. Psychologie zdraví se touto skutečností vážně zabývá a hovoří v té souvislosti o sociální opoře. Rozumí se tím pomoc poskytovaná druhými lidmi člověku, který se nachází se v zátěžové situaci a svou činností tak mohou tomuto člověku ulehčit (Křivohlavý 2009, str. 94).

Křivohlavý (2009, str.94) dále uvádí pojetí sociální opory jako uspokojování sociálních aspektů člověka, které vychází ze samotných sociálních druhů potřeb člověka. Mezi které patří především sociální komunikace, důvěra a bezpečí při kontaktu s druhými lidmi, kterým je možno důvěřovat. Pro úspěšnou sociální oporu je dále také potřeba uznání vlastní hodnoty druhými, spolupráce a sociálního zařazení mezi lidmi a, v neposlední řadě, být milován a uznáván jako člověk.

Hierarchii pěti základních lidských potřeb, definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943 a seřadil je podle toho, jak se postupně vyvinuly. Zároveň také podle toho, jsou-li vyšší nebo nižší ve smyslu své hodnoty. Současně byl přesvědčen, že uspokojení nižších potřeb je předpokladem toho, aby nastoupily vyšší potřeby.

2.4.2 Sociální schémata

Hayesová (2013 str. 12) popisuje v souvislosti se sociální psychologií čtyři typy sociálních schémat, jako vědomosti uchovávané v celistvých, pružných rámcích, které řídí lidské chování. Jsou to schémata:

- **Scénář**-v souvislosti regulace chování ve společenských situacích.
- **Sebeschéma**-představa, jakou máme sami o sobě.
- **Schéma osoby**-obsahuje naše chápání daného člověka.
- **Schéma rolí**-při jednání s ostatními (např. učitel-žák, apod.).

Být někým, je vnímáno jako potřeba sociální identity každého člověka. Sociologové pohlížejí na situaci člověka, který se ocitne v nemocnici z důvodu hospitalizace či ošetření jako na herce v určité roli charakterizovanou řadou speciálních příznaků. Mezi negativní příznaky patří, které se vztahují především k negativním stránkám života pacienta v nemocnici spojených se ztrátou svobody rozhodování, pohybu, jednání i rozhodování. Potřeby, které pacient měl a má, jsou velice pestré. V nemocnici se zdravotníci zajímají především o pacientovi zdravotní potřeby a všechny ostatní jsou relativně opomíjeny (Křivohlavý 2002, str. 51-52).

V tomto kontextu můžeme hovořit o negativní změně chování pacientů, a to právě v souvislosti s jejich neuspokojenými potřebami. Proč se tak děje, souvisí s nemožností řídit běh svého života. Pacient se dostává do těžko zvladatelné frustrace a ta se projevuje zlostí až agresivitou tzv. reaktancí. V podstatě jde o snahu pacienta vzít život do vlastních rukou (Křivohlavý 2002, str. 54).

Mezi tři základní rolové znaky v souvislosti s přístupem sester k pacientovi jsou:

- **Kolektivní orientace (sociocentrismus)** - to znamená, že sestra při své práci vychází z potřeb nemocných, které upřednostňuje před potřebami svými. Jde o orientaci na druhého člověka.
- **Univerzalismus**-předpokládá, že sestra zaujme svoji roli vůči všem nemocným, aniž by někoho upřednostňovala. Chová se ke všem stejně.
- **Emoční neutralita**-vyjadřuje očekávání, že sestra je schopna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole. Jde o výkon profese bez vnitřních i vnějších konfliktů (Zarachová a kol., 2007, str. 67).

2.4.3 Sociální interakce

Sociální interakce čili chování v ošetrovatelské praxi mezi sestrou a pacientem je ovlivňována celou řadou faktorů. Podle ošetrovatelského modelu Kingové, který je založen na názoru, že všechny funkce jednotlivce vycházejí ze sociálních vztahů. Proces uspokojování potřeb pacienta je založen na akci-reakci a interakci-transakci směrem k dosažení uspokojení potřeb. I v této oblasti je profesionální role sestry nezbytná.

Psychologie rozlišuje dvě základní formy chování: expresivní a adaptabilní. Expresivní chování je v bezprostředním vyjádření prožívání emocí, a to jak verbálně, tak neverbálně. Toto chování je typické pro pacienty, kteří mají právo na takový projev. Oproti tomu zdravotník by se měl ve vztahu k nemocnému projevovat převážně adaptivně. Adaptivní chování přitom neodpovídá

aktuálnímu psychickému stavu nebo je s ním dokonce v rozporu, ale je zvládnutým a upraveným projevem. Výsledná kvalita profesionálního chování zdravotníka je ovlivňována mnoha vnitřními i vnějšími faktory.

Vnitřní faktory jsou především schopnosti samotného zdravotníka naplnit požadavky role, míra vzdělání, psychické předpoklady, kvalita socializace i struktura osobnosti.

Vnější faktory jsou pak ovlivněny sociálním prostředím, ve kterém zdravotník vyrůstá, studuje a kde pracuje. Dále pak převládající etika a morálka ve společnosti (Mellanová 2017, str. 55, 57).

Snášelová (2015) ve svém výzkumu o sociální interakci, tedy základního způsobu sociálního chování, komunikace a vzájemného působení osob u všeobecných sester s ventilovanými pacienty, zjistila, že realizovaná interakce všeobecných sester s ventilovanými pacienty probíhala optimálně, ale především v případech, kdy byli pacienti při vědomí. V interakcích s ventilovanými pacienty v bezvědomí bylo identifikováno několik nedostatků a prvků chování různého charakteru, které neodpovídají pojetí kvalitní ošetrovatelské péče. Byly pozorovány projevy neefektivní a devalvující komunikace, které mohou vážným způsobem ovlivnit psychoemocionální a zdravotní stav pacienta.

Aby sestra mohla úspěšně naplňovat potřeby pacientů, je třeba určitý stupeň její zralosti v oblasti kvalitativních dovedností v sociální interakci. Základní ladění osobnosti jedince se vytváří již v prvním roce života, kdy se vytváří základy osobnosti, a to pocity sociální jistoty či nejistoty. Osobnost rodičů, jejich vztah k dítěti a prostředí při jeho výchově ovlivňuje podmínky pro formování přiměřené sociální zralosti. Optimální typ výchovy charakterizuje střední intenzitu řízení a bezvýhradně pozitivní vztah k dítěti se všemi jeho chybami. Bylo by proto přínosné sledovat v rámci přijímacího řízení do kvalifikačních programů vzdělávání pro výkon činnosti zdravotních sester i rodinné prostředí uchazečky (Mellanová 2017, str. 69).

2.4.4 Sociální komunikace s pacienty

Dosažení spokojenosti pacientů by mělo být společným cílem všech zdravotníků, a to i v oblasti psychické a sociální. Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti a je také nezbytné, aby zdravotnický personál respektoval požadavky k dosažení vzájemné kvalitní komunikace.

A to s postojem:

- Pozitivního vztahu k pacientovi.
- Individuálním přístupem.

- Úctou k pacientovi.
- Empatií.

Komunikace je jedním ze základních sociálně-psychologických procesů. To, jak komunikujeme ve vztahu k osobnosti pacienta je individuální vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného v různých situacích. Je třeba si uvědomit, že pacient žije v stavu citové protichůdnosti svých postojů a správná komunikace se zájmem a podporou ze strany sestry mohou pacientovi ulehčit zvládání nových krizových okamžiků a negativních pocitů. Nesprávná komunikace se může odrazit na psychickém stavu pacienta a dále se tak odrážet na bio-psycho-sociální integritě organismu (Zarachová a kol., 2011, str. 204, 205).

To, že jsou pacienti závislí na zdravotnických pracovnících, aniž by byli schopni komunikovat kvůli UPV, jim způsobuje úzkost, strach a osamělost. Jak intenzivně se tyto pocity vyskytují, závisí na schopnosti zdravotnických pracovníků i rodiny, zejména to, jakým způsobem jsou u nich přítomni. Především přítomnost příbuzných může zmírnit tyto zkušenosti. Je proto důležité, aby zdravotní pracovníci věděli, že jejich přítomnost a podpora vztahu mezi pacientem a jeho příbuznými má velký význam v péči o pacienty (Baumgarten a Pousen 2014).

Správně vedená komunikace mezi nemocným a zdravotníkem může zabránit mnohým konfliktním situacím. Tento kontakt vyžaduje nejen psychologické znalosti, jak správně jednat s nemocným, ale i schopnost empatie a osobní angažovanost. Postavení sestry ve vztahu k nemocnému je složitá v souvislosti s vnímáním pacienta. Sestru vnímá jako součásti týmu, ale také samostatně. Ta musí v nemocném budit důvěru svými odbornými znalostmi, taktem a trpělivostí. Vztahy mezi zdravotníky by měly být založeny na respektu a vzájemné důvěře a uznávat osobnost nemocného člověka ve všech oblastech. Profesionální chování při komunikaci s pacientem, kdy jedná s nemocným jako sobě rovným, a ne s nadřazeným postavením, je zásadní pro psychologickou pomoc v rámci komunikace s ním (Zacharová a Šimíčková-Čížková 2011, str. 159).

Pokud je s pacientem vedena efektivní komunikace, která vede k pocitu zájmu, dostatečné informovanosti a přátelské atmosféry ze strany ošetřujícího personálu, vnímá pacient ten správný pečující přístup. Tato profesionální péče zahrnuje kompetentnost zdravotníků k holistickému přístupu s prvky empatického, individuálního a podporujícího přístupu. V opačném případě pacient, když nemá dostatečnou kvalitní péči bez navázání kvalitního vztahu a profesionálního přístupu, pociťuje bezmoc, strach, beznaději a nejistotu. Následky této neprofesionální péče se projevují na pacientech nejen fyzicky, ale také psychicky. Pacienti se

při špatné komunikaci setkávají s projevy dehumanizací, depersonalizací, neuspokojování potřeb a utrpením, které se k péči vztahuje. Tato péče ovlivňuje negativně vztah k zdravotníkům, ale i nemoci samotné nehledě na špatné zkušenosti a vzpomínky na hospitalizaci (Volhejnová 2018).

Mezioborová komunikace týkající se péče o pacienta JIP je interdisciplinární. Vzájemná komunikace a spolupráce je opravdu nutná. Špatná komunikace bývá dokonce spojována se zvýšenou mortalitou, prodlouženým pobytem na jednotkách intenzivní péče a nutností znovupřijetí na intenzivní lůžko. Naopak dobré komunikační schopnosti zlepšují profesionální vztah lékaře a sestry a pomáhají se vyrovnávat s psychickou zátěží (Sláma a kol. 2011 str. 184).

2.4.5 Vliv sociálního prostředí na psychiku

Situace, které jsou pro svůj nepříznivý průběh pro člověka náročnější, kladou vyšší požadavky na lidské prožívání a výrazně mění jeho chování. Při náhlých změnách dochází ke změnám funkce paměti, pozornosti, myšlení a schopnosti reálného vnímání situace (Kopecká 2011, str. 28).

Čím déle trvá nemoc a hospitalizace v nemocničním zařízení tím větší tendenci má rodina k tomu, aby se zařídila bez nemocného a vytvořila si novou rovnováhu. Tato situace dělá samozřejmě nemocnému starosti a je vděčný, když ví, že někomu na jeho uzdravení záleží, že ho potřebuje a čeká na něho. To mu také pomáhá překonat těžkou apatii a lhostejnost k léčbě. Sociální kontakt s vnějším světem je tak nesmírně důležitý. Je pojátkem k tomu, kam se chce pacient většinou vrátit (Zacharová 2017, str. 87)

2.4.6 Sociální izolace

Potřeba sociálního kontaktu je pro člověka přirozená a prožitek osamocení tak provází pocit utrpení, které je pro člověka velmi nepříjemný. Tento pocit vzniká, když ostatní nemohou nebo nechtějí porozumět nemocnému a ten neumí nebo nemůže tento pocit adekvátně popsat. Takové utrpení narušuje identitu člověka. Medicína nevnímá dost dobře jedinečnost utrpení a výukou těchto aspektů se zabývá velmi málo. Ve zdravotnictví může docházet ke stigmatizaci člověka již vyloučením z jeho přirozeného prostředí, dále jeho diagnózou nebo chováním k němu. V případě nemoci se pacient může na základě přístupu zdravotnického personálu cítit být redukován na diagnózu, na fyzickou rovinu (Vácha a kol., 2012 str. 67, 68).

Styk s lidmi je pro člověka velmi důležitý. Izolace od svých blízkých nepříznivě ovlivňuje psychiku člověka. Pro život mezi lidmi je podstatné nejen k předávání informací, ale také ke

snaha vyrovnat se ostatním, dosáhnout uznání a respektovat pokyny a přání druhých lidí (Kopecká 2011, str. 29).

Omezení sociálního kontaktu s rodinou, přáteli a spolupracovníky je pro nemocného velmi těžké a izolující. Veškerá omezení v této oblasti jsou spojená s pocity nejistoty i nezájmu a vyvolávají neklid, úzkost, pocity zklamání, smutek. Berou tak nemocnému chuť k životu. Zdravotníci se musí učit jak a kdy projevit účast s nemocným. Důležité je zvolit správný styl komunikace nemocného nedevalvovat (Zacharová 2017, str. 27).

2.4.7 Ukončení hospitalizace chronicky nemocného pacienta

Nemocní, kteří se vracejí po opakovaných hospitalizacích, se musí naučit žít se svojí nemocí a přizpůsobit se jejím symptomům. Návrat do normálního sociálního života, ze kterého byl pacient hospitalizací vytržen, znamená objevování omezení, které mu jeho nemoc způsobuje. U nevléčitelných onemocnění bude progrese příznaků přibývat, a proto je třeba jim tuto informaci sdělit a naučit je tyto problémy akceptovat. Změněná zdravotní situace, jako budoucí normální, bude spojena s obtížemi se zajištěním praktických a finančních záležitostí a s možnostmi dlouhodobé terapie i opakovaných hospitalizací (Kuzníková a kol., 2011 str. 57).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Cílem průzkumné části je zjistit a popsat, jaké jsou psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN na oddělení NIP spojené s jejich onemocněním a hospitalizací.

Dílčí cíle:

- Povědomí (informovanost) pacientů o příčinách, charakteru a průběhu onemocnění.
- Psychické problémy pacientů spojených s hospitalizací a projevy onemocnění.
- Sociální problémy pacientů spojených s hospitalizací a projevy onemocnění.

3.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je proces, který pomůže lépe porozumět určitým sociálním, nebo lidským problémům a má rovnocenné postavení mezi ostatními formami výzkumu (Hendl, 2016, str. 32-35).

Tato metoda představuje jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosáhne pomocí statistických metod nebo jiných kvantifikačních postupů. Data potřebná pro výzkum se získávají zpravidla pomocí kvalitativního rozhovoru. Výzkumník rozhovor zachycuje formou elektronického záznamu a zapisuje si při rozhovoru poznámky. Písemný přepis rozhovoru se obvykle poskytne účastníkovi, aby se vyjádřil k případným nejasnostem nebo aby jej doplnil, pokud se nepodařilo objasnit význam zkušenosti účastníka. Po shromáždění dat přistupuje výzkumník k jejich analýze, přitom porovnává určité segmenty dat, vznikající kategorie, okruhy a témata. K analýze dat se využívají kvalitativní postupy zpracování dat (kódování, segmentace a definování témat, Corbitová a Strauss 1999, str. 11).

3.1.1 Interpretativní fenomenologická analýza

Interpretativní fenomenologie má za cíl získat lepší porozumění povaze a kvalitě jevů. Nicméně tato verze fenomenologie neodděluje popis a výklad; místo toho čerpá z poznatků z hermeneutické tradice a argumentuje, že veškerý popis představuje formu výkladu. Protože (fenomenologické) „skutečnosti“ reálné zkušenosti jsou vždy smysluplně (hermeneuticky) prožívány. Navíc i „fakta“ této živé zkušenosti musí být zachycena v jazyce vědeckého textu, což je nevyhnutelně interpretační proces (Willing 2013, str. 258).

Výzkumným fokusem interpretativní fenomenologické analýzy (interpretative phenomenological analysis (dále jen IPA) je porozumění žité zkušenosti člověka. Pomáhá detailně prozkoumat, jak člověk vytváří význam své zkušenosti, což umožňuje porozumět

jednotlivé události nebo procesu tzv. fenoménu. IPA představuje původní psychologický kvalitativní přístup k datům a v současné době je aplikována mimo jiné i na různá výzkumná témata z oblasti psychoterapie, klinické psychologie atd. V protikladu k tradičním kvantitativním výzkumným perspektivám v psychologii vede IPA k porozumění zkušenosti člověka v konkrétní situaci, čase, konkrétními lidmi a konkrétním kontextu (Řiháček a kol., 2013, str. 10).

Základní postup při realizaci výzkumu prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy lze shrnout do následujících kroků:

- a) formulovat výzkumnou otázku(y),
- b) zajistit odpovídající výzkumný vzorek,
- c) realizovat sběr dat,
- d) provést vlastní interpretativní fenomenologickou analýzu.

Výzkumná otázka má za cíl zjistit, jak určití lidé nebo skupiny prožívají určitou situaci, ve které se ocitli. Prvotní formulace zpravidla nevychází ze studia literatury, ale z epistemologické pozice, resp. z poznání výzkumníka. Důležité také je, že primárně je tato otázka zaměřena na porozumění individuální zkušenosti a jeho významu, nikoliv na objasnění. Tedy zaměřuje se na proces a význam, a ne na výsledky a důsledky událostí. Otázka má být také formulována otevřeně a nedirektivně (Řiháček a kol., 2013, str. 12, Willing 2013, str. 261).

Interpretativní fenomenologické analýzy pracují obvykle s nižším počtem respondentů, kteří tvoří tzv. výzkumný vzorek. Přičemž se pro magisterské práce doporučuje vzorek o 3-6 respondentech. Podstatnou zásadou je homogenita a reprezentativnost výzkumného vzorku (Smith a kol., 2009).

Nejčastější metodou sběru dat v této analýze jsou polostrukturované rozhovory (Willing 2013, str. 261). Tento typ sběru dat totiž umožňuje respondentům volně mluvit o tématu, a přitom reflektovat svůj postoj k němu. Přitom je důležité, aby výzkumník tento rozhovor usměrňoval od toho, co on sám považuje za důležité, k tomu, co se nově vynořuje a je to relevantní k tématu. Proto se také obecně doporučuje, aby došlo k přepisu prvního rozhovoru, před tím, než se provedou další. Přitom může dojít k revizi a úpravě strategie vedení rozhovoru (Řiháček a kol., 2013, str. 15).

Základní fáze interpretativní fenomenologické analýzy jsou:

a) Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

V první fázi je třeba analyzovat výzkumníkovy zkušenosti s tématem, tedy tzv. sebereflexe výzkumníka, jeho důvody a vztah k tématu, výzkumu a motivace. Reflexe vlastní zkušenosti s tématem totiž představuje především nástroj uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu, díky němuž jsme schopni užitečně pracovat s daty a zajistit přitom validitu naší analýzy (Řiháček a kol., 2013, str. 16).

b) Čtení a opakované čtení, tvorba počátečních poznámek a komentářů

Další fází analýzy je opakované četění zaznamenaného textu, který vznikl přepisem rozhovorů s respondenty výzkumu. V této fázi výzkumník vytváří rozsáhlé a nesoustředěné poznámky, které odrážejí počáteční myšlenky a pozorování, které by chtěl zaznamenat v reakci na text. Ty mohou zahrnovat asociace, otázky, souhrnná prohlášení, komentáře k používání jazyka, identifikace prázdných míst a podobně (Willing, 2013, str. 262). Komentáře lze rozdělit na tři typy – deskriptivní, lingvistické a konceptuální (Řiháček a kol., 2013, str. 18).

c) Rozvíjení vznikajících témat

Další fáze interpretativní fenomenologické analýzy vyžaduje, aby výzkumný pracovník identifikoval a označil vznikající témata, která charakterizují každou část textu (Willing 2013, str. 263).

Témata zachycují esenci fenoménu, jenž je předmětem výzkumu. V této fázi je třeba redukovat objem dat a poznámek prostřednictvím formulace rodičích se témat, výzkumník pracuje více se svými poznámkami, než s vlastním přepisem textu (Řiháček a kol., 2013, str. 19).

d) Hledání souvislostí mezi tématy

Tato fáze zahrnuje pokus o zavedení struktury do analýzy. Výzkumník se zabývá tématy identifikované v předchozí etapě a analyzuje jejich vzájemné vztahy (Willing, 2013, str. 263).

Není přitom nezbytné použít všechna témata, některá můžeme vyloučit, například proto, že se nevztahují k výzkumné otázce. Z některých témat se mohou přirozeně stát témata nadřazená nebo hlavní, podobná témata se mohou sloučit v jedno. Témata spadající do jedné oblasti je možné dávat nadřazené jméno. Výsledkem této fáze tedy může být seznam nadřazených témat s podtématy, která se pod ně shlukují (Řiháček a kol., 2013, str. 20).

Je přitom důležité zajistit, aby analýza pokračovala až do okamžiku, kdy bylo dosaženo plné integrace témat. IPA není úplná, dokud není identifikována a zachycena v nadřazených

tématech (hlavní témata). To znamená, že i když přesně nevíme, kolik témat budeme generovat, nesmíme se zastavit, dokud nebudou všechna podřízená témata integrována do analýzy nebo z ní vynechána (Willing 2013, str. 274-275).

e) Hledání vzorců mezi případy

V této fázi se propojují analýzy jednotlivých případů. Je třeba si klást otázky typu: Jaká je mezi zkušenostmi našich respondentů souvislost? Jak téma z jednoho případu osvětluje jiný případ? Které z témat napříč analýzami vystupuje jako nejsilnější? V kontextu ostatních případů může dojít k revizi či přejmenování některých témat (Řiháček a kol., 2013, str. 21).

f) Interpretace a prezentace výsledků

Zásadním místem v procesu interpretativní fenomenologické analýzy je interpretace. Mnoho výzkumů s využitím IPA se ukončovalo ve fázi konstrukce tabulky hlavních témat. V poslední době však výzkumníci finalizují svoje analýzy jasnějším výkladem (interpretací) témat identifikovaných ve výzkumu. To může zahrnovat čerpání z existujících teoretických konstruktů a formulací (Willing 2013, str. 275).

V interpretaci je třeba jít „za“ to, co se v textu bezprostředně objevuje, za zjevný obsah textu. Pro interpretování je důležitá epistemologická pozice, ze které se k němu vztahujeme. Interpretace podle IPA je úzce zakotvená v textu, ale je to vždy výzkumník se svým životním kontextem, kdo je jejím autorem (Řiháček a kol., 2013, str. 22).

Závěrečnou fází výzkumu je prezentace výsledků. Dobrá IPA studie zprostředkovává čtenáři vyprávění ze dvou perspektiv: z perspektivy témat a z perspektivy jednotlivých případů/respondentů. Prezentovat výsledky znamená převést témata do narativní podoby. Témata, která jsme identifikovali, doplňujeme našimi komentáři a přímými citacemi respondentů podkládáme naše tvrzení. Klíčové je jasně rozlišovat mezi tím, co řekl respondent a co je interpretace výzkumníka. Výsledky je možné strukturovat podle hlavních témat a samozřejmě je třeba i reflektovat i vztahy mezi jednotlivými tématy (Willing 2013, str. 276; Řiháček a kol., 2013, str. 23).

3.2 Metodika výzkumu

3.2.1 Bližší vymezení výzkumného vzorku

Výzkumná práce byla realizována na oddělení následné intenzivní péče. Samotný sběr dat pacientů probíhal od prosince 2018 do dubna 2019. Celkově bylo osloveno 10 respondentů. Samotného výzkumu se nakonec mohlo účastnit 6 respondentů s onemocněním CHOPN ve věku od 58 do 70 let. A to 5 žen a jeden muž. Pacienti byli přijati z pracovišť ARO a JIP a při přijetí byli napojeni na UPV. K realizaci výzkumu byl zapotřebí úspěšný vývoj weaningu od UPV u respondentů, trvající několik týdnů tak, aby respondenti mohli verbálně komunikovat pomocí odnímatelného kolíku umístěného na TSK. Přítomnost TSK je u všech respondentů a nutnost podpory O₂ kyslíkovými brýlemi u čtyř z nich svědčí i nadále o závažnosti jejich zdravotního stavu i přes úspěšné odvyknutí od UPV.

Vyhledávání respondentů bylo cílené na základě určitých vlastností a kritériem výběru byla také přítomná ochota se zúčastnit výzkumu.

Charakteristika výzkumného souboru

Respondent R1 paní V.T.

Diagnóza: CHOPN Stadium D, stav po akutní exacerbaci.

Další diagnózy: tracheostomie, ICHS, věk: 59 let, rodinný stav: vdaná, vzdělání: SŠ, kuřačka 30 let.

Užívané léky v souvislosti s psychikou: benzodiazepiny Ne, Neurol 0,25mg, antidepresiva: APO-Cital 20mg, hypnotika: APO-Zolpidem 10mg.

Den hospitalizace: 104, TSK č 8. s vyfouknutou obturační manžetou a odnímatelným kolíkem O₂ terapie, kyslíkové brýle 2 l/min.

Respondent R2 paní H. F.

Diagnóza: CHOPN Stadium C, stav po akutní exacerbaci.

Další diagnózy: tracheostomie, věk: 59 let, rodinný stav: rozvedená, vzdělání: SŠ, kuřačka 40 let. Užívané léky v souvislosti s psychikou: benzodiazepiny Ne, antidepresiva: APO-Cital 20mg tbl., neuroleptika: Buronil 50mg tbl., hypnotika: APO-Zolpidem 10mg.

Den hospitalizace: 62, TSK č.6 fenestrována s odnímatelným kolíkem, O₂ terapie, kyslíkové brýle l/min.

Respondent R3 paní B. V.

Diagnóza: CHOPN: stupeň nespecifikován, stav po akutní exacerbaci.

Další diagnózy: tracheostomie, esenciální hypertenze, poruchy štítné žlázy, ICHS, fibrilace a flutter síní, selhání srdce, věk: 70 let, rodinný stav: vdaná, vzdělání: SOU, kuřák: před 5 lety přestala kouřit, manžel kouří doma.

Užívané léky v souvislosti s psychikou: benzodiazepiny Ne, antidepresiva NE, neuroleptika: Buronil 100mg tbl, hypnotika: APO-Zolpidem 10mg.

Den hospitalizace: 59, TSK č 8. fenestrována s odnímatelným kolíkem, O₂ terapie, kyslíkové brýle 1 l/min.

Respondent R4 paní J. V.

Diagnóza: CHOPN: stupeň nespecifikován, stav po akutním respiračním selhání po operaci žlučových cest.

Další diagnózy: tracheostomie, diabetes mellitus 2 typu, paroxysmální fibrilace síní, věk: 69 let, rodinný stav: vdaná, vzdělání: SŠ, kuřačka 50 let.

Užívané léky v souvislosti s psychikou: benzodiazepiny Ne, antidepresiva: NE, neuroleptika: NE, hypnotika: APO-Zolpidem 10mg.

Den hospitalizace 45, TSK č 6. fenestrována s odnímatelným kolíkem.

Respondentka R5 paní J. K.

Diagnóza: CHOPN: stupeň nespecifikován, stav po akutní exacerbaci.

Další diagnózy: tracheostomie, arteriální hypertenze, extrémní obezita, sepse nespecifikovaná, věk: 58 let, rodinný stav: vdaná, vzdělání: SOU, kuřačka před 15 lety, pracovala celý život v hospodě.

Užívané léky v souvislosti s psychikou: benzodiazepiny Ne, antidepresiva: APO-Cital 20mg tbl., neuroleptika: Buronil 100mg tbl, hypnotika: NE.

Den hospitalizace: 43, TSK č 8. fenestrována s odnímatelným kolíkem.

Respondent R6 pan F. D.

Diagnóza: CHOPN: stupeň nespecifikován, stav po akutní exacerbaci.

Další diagnózy: tracheostomie, esenciální hypertenze, ICHS nespecifikovaná, věk: 65 let, rodinný stav: rozvedený, vzdělání: ZŠ, kuřák: 50 let.

Užívané léky v souvislosti s psychikou: benzodiazepiny Ne, antidepresiva NE, neuroleptika: Buronil 50mg tbl, hypnotika: NE.

Den hospitalizace: 46, TSK č 8. s vyfouknutou obruční manžetou s odnímatelným kolíkem, O₂ terapie, kyslíkové brýle 2 l/min.

3.2.2 Obecný rámec výzkumu

Hlavní myšlenka výzkumu se pojí s prozkoumáním psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů s onemocněním CHOPN na oddělení NIP, kteří jsou ve složité životní situaci v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací. Délka hospitalizace se liší od míry komplikací, které jsou spojeny se složitým weaningem, během kterého se zdravotní stav pacientů často mění. Časový úsek doby odpojení je u každého pacienta různý. Doba odpojení u zkoumaného vzorku respondentů byla vždy delší jak jeden měsíc. Nedílnou součástí tohoto procesu je také jejich dobrý psychický stav, který by měl podporovat ošetrovatelský personál i členové rodiny citlivým, empatickým psychologickým přístupem. Někdy je k tomu nutné nasazení psychofarmak (antidepresiva, anxiolytika) jako součást léčebného režimu.

Jako typ kvalitativního výzkumu byla zvolena analýza přepisů polostrukturovaných rozhovorů. Součástí analýzy těchto dokumentů byla interakce mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu. Nejprve byla provedena analýza zvukových nahrávek rozhovorů a jejich převedení na psaný text. Kvalitativní typ výzkumu byl zvolen z důvodu specifiky problému u vybraných pacientů v konkrétní situaci.

3.2.3 Validita výzkumu

Respondenti splnili test kognitivních funkcí a zakreslili dle pokynů kruh s ciferníkem hodin a umístily v něm ručičky hodin tak, aby ukazovaly čas „za deset minut půl deváté“ (Příloha D). Zajištění etické stránky výzkumu. Každý respondent byl předem informován o tématu a účelu výzkumu v diplomové práci a seznámen s tématem před samotným výzkumem. Dále byli všichni respondenti upozorněni na nahrávání rozhovorů a fakt, že výzkum je anonymní a nikde nejsou uváděna jejich jména. Pro kódování jsou respondenti označeni jako R1 až R6. V přepisech rozhovorů jsou pak respondenti označeny iniciály jména a přímení. Dále všichni respondenti podepisovali informovaný souhlas (Příloha E.).

3.3 Realizace výzkumného šetření

V následujících podkapitolách je popsána realizace provedeného výzkumu včetně obecného a konkrétního popisu výzkumného souboru, sběru dat a následné analýzy sesbíraných dat. Nahrané rozhovory byly doslovně přepsány do dokumentů a zpracovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. V průběhu každého interview byl použit záznamový arch se seznamem otázek a digitální nahrávací zařízení (diktafon) pro zachycení audio záznamu.

Okruhy otázek tvoří konkrétní otázky, jejichž pořadí se dle potřeby použití upravuje, aby byla dosažena maximální výtěžnost interview. V rozhovoru byly použity především otázky otevřené a případně nejasné odpovědi respondentů byly položeny doplňující otázky. Z důvodu závažnosti zdravotního stavu respondentů (přítomnost TSK u všech respondentů a nutnost podpory O₂ kyslíkovými brýlemi u čtyř z nich) rozhovory netrvaly déle než dvacet minut, neboť delší doba pacienty vyčerpávala a mohlo by docházet ke zhoršení dušnosti.

Otázky z rozhovoru byly rozděleny do tří částí a to:

- znalost pacienta o svém zdravotním stavu,
- otázky z psychologické oblasti,
- otázky ze sociální oblasti.

Součástí výzkumu byly **demografické údaje** pacientů, a to: další diagnózy, pohlaví, věk, rodinný stav, vzdělání, kuřák, O₂ terapie, benzodiazepiny, antidepressiva, neuroleptika, hypnotika a den hospitalizace.

3.3.1 Výzkumná otázka

Základní výzkumnou otázkou této diplomové práce je:

- Jaké jsou psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN na oddělení NIP?

Pro konkrétnější prozkoumání dané problematiky bylo určeno dalších 12 dílčích výzkumných otázek:

- Jaké je povědomí pacientů o jejich onemocnění a prognóze?
- Které příznaky doprovázející onemocnění pacienty nejvíce obtěžuje?
- Jaké emoce provázející onemocnění a hospitalizaci?
- Jak probíhala komunikace sestry s pacientem tracheostomovaným pacientem?
- Je ošetrovatelský personál otevřený pro potřeby pacientů?
- Co způsobuje pacientům při hospitalizaci největší strádání?
- Jak by se dala zlepšit úroveň hospitalizace v psychologické oblasti?
- Mají pacienti pocit sociální izolace?
- Jaké jsou další obtíže spojené z TSK?
- Jak ovlivňuje onemocnění na každodenní činnosti při hospitalizaci?
- Jaké jsou reakce příbuzných na obtíže spojené s onemocněním?
- Jak by se dala zlepšit úroveň hospitalizace v sociální oblasti?

Pro formulace výzkumných otázek, byl nejprve proveden rozhovor s první pacientkou, který byl tematicky analyzován v jednotlivých tematických okruzích. Ty se týkaly především povědomí o jejím onemocnění, informovanost o nemoci ze strany lékařů a obtěžující příznaky doprovázející onemocnění CHOPN. V psychologické oblasti to byly okruhy týkající se emočního prožívání onemocnění, komunikaci se zdravotnickým personálem, důstojnosti spojené s hospitalizací a otázka přítomnosti psychologa na oddělení. V sociální oblasti pak okruhy týkající se izolace spojené s hospitalizací, sebepéčí, kontaktem s rodinou a problémy spojené se zavedenou tracheostomickou kanylou. V psychologických i sociálních aspektech byl zjišťován návrh na zlepšení situace v těchto oblastech.

3.4 Výsledky

3.4.1 Postup interpretativní fenomenologické analýzy

Reflexe

Výzkumník je ve zdravotnickém zařízení, kde je výzkum prováděn zaměstnán již několik let na pozici zdravotní sestry a problematika psychosociálních aspektů pacientů s CHOPN, kteří jsou hospitalizováni k odvykání z UPV po několik týdnů se výzkumníkovi jevil jako závažné a přitom opomíjené téma. Oproti jiným problematikám, které jsou častěji předmětem výzkumu jako například biologické potřeby, umělá plicní ventilace, způsoby verbální či neverbální komunikace, nebo samotná problematika onemocnění CHOPN, jsou psychosociální aspekty zasunuty do pozadí ošetrovatelského procesu. Tito pacienti jsou se svojí progredující nemocí velmi zatíženi, a to v oblasti nejen fyzické, ale i psychické a sociální. Složitá komunikace, jejich nemožnost verbálně vyjádřit své přání a pocity, míra stresu je pro většinu lidí nepředstavitelná. Přesto přístup zdravotnického personálu k psychosociálním potřebám u těchto pacientům se jevil dle výzkumníka jako nedostatečný. Stejně jako neprofesionální komunikace, nedostatek podávaných informací a osobní neempatický přístup. Výzkumník si proto kladl za svůj výzkumný záměr zjistit situaci psychosociálních aspektů u těchto pacientů pomocí rozhovorů a následné analýzy výsledků. To vše v souvislosti s hospitalizací na oddělení NIP.

Rozvíjení vznikajících témat

Na základě opakovaného četní doslovné transkripce rozhovorů byla identifikována témata, která byla zařazena do některé ze tří hlavních oblastí:

- znalost pacienta o svém zdravotním stavu,
- otázky z psychologické oblasti,
- otázky ze sociální oblasti.

Vzhledem k velkému množství dat – výpovědí respondentů, jsou dokládány k jednotlivým kódům vždy pouze ty výpovědi, které byly považovány za důležité.

Seznam použitých kódů

V této kapitole jsou vypsány všechny kódy, které vznikly na základě otevřeného kódování doslovné transkripce tohoto výzkumu. Tvorbou konceptů tímto otevřeným kódováním bylo vytvořeno 21 témat, které byly následně zakotveny v datech prostřednictvím písmen A-T.

Byla provedena kontrola a částečné opětovné kódování 6 okódovaných rozhovorů. Následně byly všechny kódy z 6 rozhovorů zkopírovány a abecedně seřazeny. Vznikl seznam reprezentující souhrn odpovědí na jednotlivé otázky zařazené pod určitým kódem.

Tabulka č. 4- seznam použitých kódů

A-příčina onemocnění dle pacienta	N-sociální izolace
B-prognóza onemocnění z pohledu pacienta	O-vliv onemocnění na každodenní činnosti
C-informace o onemocnění	P-reakce příbuzných na potíže spojené s onemocněním
D-příznaky doprovázející onemocnění	Q-pocity z přítomnosti tracheostomické kanyly
E-očekávání do budoucna	R-potíže při jídle
F-emoce provázející onemocnění	S-sociální kontakt v nemocnici
G-psychická pohoda v souvislosti s léčbou	T-návrh zlepšení sociálního přístupu v nemocnici
H-přítomnost psychologa	
CH-nonverbální komunikace s personálem	
I-verbální komunikace s personálem	
J-nedůstojná situace	
K-situace způsobující největší strádání	
L-přístup k psychologickým potřebám	
M-návrh zlepšení psychologického přístupu	

V analýze jsou postupně řešeny tři hlavní témata, ke kterým jsou přidávána jednotlivá témata k podrobné analýze.

Hledání souvislostí mezi tématy a interpretace výsledků

První oblast: znalost pacienta o svém zdravotním stavu

Fenomén A: informace o onemocnění

Respondenti R1, R2, znají svoji diagnózu přesně, respondenti R3, R4, uvedli informovanost rodinných příslušníků a respondenti R5, R6 nemají správnou informaci o svém onemocnění. Jednou z možných příčin je nedostatečná informovanost ze strany lékařů, druhá možná příčina by mohla spočívat v tom, že pacienti vlastně sami nechtějí znát své onemocnění. Což nepřímo potvrzují výpovědi některých respondentů o tom, že to jejich diagnózu a zdravotní stav znají příbuzní, a ne sám respondent.

Důležitým tématem je absence a možná záměrná neochota znát diagnózu vlastního onemocnění u většiny pacientů.

R1 říká: „Můj doktor obvod'ák mi řekl, že mám tu CHOPN a předepisuje mi prášky. Tady mi toho moc neřekli. Víím, že mám plíce na dranc, je to tím kouřením to mi řekli. Co bude dál nevím, doufám, že to bude dobrý.“

R2 také potvrzuje: „*Tady mi řekli, jak na to jsem, že mám špatný plíce. Doktorka na plicním mi řeka, že musím přestat kouřit kvůli té CHOPN. Já jsem nepřestala, i když jsem byla na podzim nachlazená. Nemohla jsem se z toho dostat, děsně jsem kašlala. Pořád se to zhoršovalo, až jsem zkolabovala. Dusila jsem se a pak nic nevím, probudila jsem se až tady.*“

R3 naopak tvrdí: „*To asi ne. Mluvili se syny, to mluvil hlavně s nimi Se mnou něco taky, ale hlavně s klukama. Já jsem nemohla před tím ani mluvit.*“

R4 také uvádí: „*Snad ani ne. Ale myslím, že to řekli manželovi.*“

R5 uvádí: „*Ne. Řeka bych, že ne. Oni se ukážou ve dveřích a jdou. Jen pan primář se mi věnoval.*“

R6 také uvádí: „*Ne, nemám*“.

Fenomén B: Příznaky doprovázející onemocnění

Příznaky onemocnění popisují respondenti R1, R4, R6 jako kašel a hleny. Respondenti R1, R2, R3 odpověděli na tuto otázku také tím, že jsou omezeni ve svých činnostech, k tomu respondenti R2 a R3 přidali ještě únavu. Respondent R4 uvádí navíc strach o hlas a zhoršené polykání a respondent R6 udával kromě toho ještě bolesti v krku. Respondentka R 5 si stěžovala na příliš těsný úvaz u TSK, což přímo nesouvisí s onemocněním, ale je to důsledek špatně zabezpečené tracheostomické kanyly při zajištění dýchacích cest. Nicméně to pacientka udala jako příznak onemocnění, který ji nejvíc obtěžoval. Ostatní respondenti uváděli skutečné příznaky doprovázející onemocnění.

Téma: Příznaky onemocnění definované respondenty jsou přibližně ve stejné míře přímým důsledkem onemocnění (zhoršené dýchání, únava) a důsledkem provedené TSK (ztráta hlasu, tvorbou hlenů, obtíže při jejich vykašlávání).

R1 říká: „*Je to hrozný, špatně se mi dýchá, nic nemůžu pořádně dělat. Kašel a ty hleny jsou taky hrozný.*“

R2 popisuje: „*Při chůzi se mi špatně dýchá, pak když dlouho mluvím. Jinak tady v nemocnici nic moc nedělám. To zadýchávání je hrozný, jak nemůžu popadnout dech. Jsem hned unavená.*“

R3 také uvádí: „*Je to hrozný, nemůžu sama pořádně nic udělat. Nic si sama neudělám pořádně. Jsem pomalá, nemožná.*“

R4 vyjadřuje starost: „*Bála jsem se, jestli budu ještě vůbec mluvit. Bylo to divný. To mluvení, polykání a kašláni.*“

R5 nejvíce trápilo: „*Strašně mě tlačila ta tráša. Myslím to uvázání kolem* Některá sestra to *strašně utáhla.*“

R6 udává: „*No, bolí mě v krku, už dlouho, nemohl jsem to říct a taky ty hleny, to je hrozný. Pořád je vykašlávám a při jídle taky někdy děsně kašlu.*“

Fenomén C: prognóza onemocnění z pohledu pacienta (resp. odpovědi na otázku, jak se bude vaše nemoc vyvíjet, protože pacienti často neznají slovo prognóza).

Respondenti R1, R2, R5 předpokládají, že všechno bude dobré, zvláště až budou doma. Respondenti R3, R4, R6 neznají prognózu svého onemocnění.

Předpokládanou souvislost mezi informovaností o prognóze onemocnění a psychickými aspekty prožívání onemocnění nebylo možné zkoumat z důvodu absence respondentů s povědomostí o reálné prognóze jejich zdravotního stavu. Dle tvrzení respondentů bude všechno dobré, až budou doma. Není zcela zřejmé, zdali je toto jejich tvrzení postaveno na předpokladu, že se doma jejich zdravotní stav skutečně zásadnělepší, nebo se jedná pouze o psychickou úlevu spojenou s ukončením hospitalizace.

Téma: Prognózu respondenti ztotožňují (zaměňují) s vidinou zlepšení zdravotního stavu po návratu do domácího prostředí.

Nevědomost o pravděpodobné prognóze jejich onemocnění se zdá být v přímé souvislosti s nízkou informovaností o vlastní diagnóze.

Možná spojitost s vytěšňováním (nepřijetím) vlastní choroby.

R1 uvádí: „*Doufám, že doma to bude všechno dobrý. Za pár dnů mě propustí. Mám sice trášu, ale budu doma, a to bude dobrý.*“

R2 si také myslí že: „*Ted' už je to dobrý. Můžu dýchat sama. Když se mi to stalo a nemoha jsem dýchat, tak jsem chtěla umřít. Bylo to hrozný.*“

R3 naopak uvádí: „*To nevím. Ne.*“

R4 respondentka také neví jaká je prognóza jeho onemocnění: „*Ne.*“

R5 respondentka opět neví, jak bude pokračovat její onemocnění: „*Nevím, co bude dál, asi dobrý až budu doma s manželem, my to zase nějak zvládneme.*“

R6 respondent si myslí: „*Už jsem starej, nevím, co bude.*“

Fenomén D: příčina onemocnění

Většina respondentů (R1, R2, R4, R6) udává jako příčinu onemocnění kouření, respondentka R3 uvádí dušnost, respondentka R4 životosprávu a kouření a respondent R5 kouření a práci v zakouřeném prostředí. Většina respondentů je schopna určit objektivně příčinu svého onemocnění. V jednom případě respondent nedokázal rozpoznat příčinu a projev nemoci, tedy určil za příčinu onemocnění to, že nemohl dýchat.

Téma: Příčina onemocnění je pacientům známa, resp. ji identifikují jako kouření. Nicméně uvědomění si vlastního zavinění onemocnění nebylo ve výpovědích jasně patrné.

R1 uvádí: „*Kouřila jsem a opravdu hodně, přes třicet let. Je to hnus.*“

R2 říká: „*No, kouření.*“

R3 uvádí: „*Jako, jsem nemohla dýchat a probudila jsem se až tady.*“

R4 uvažuje: „*O tom jsem nepřemýšlela. Asi životospráva. Kouřím od dvaceti do teď.*“

R5 konstatuje: „*Kouřila jsem asi 25 let a pracovala jsem celý život v hospodě. Nemohla jsem dýchat. Šla jsem k doktorce, ta mi dala nějaký prášky, ale zhoršovalo se to pořád a pak už jsem skončila na ARU a pak tady.*“

R6 říká: „*Já kouřím 50 let. Upadl jsem, nemohl jsem dýchat. Už se mi to stalo víckrát.*“

Fenomén E: Očekávání do budoucna

Všichni respondenti kromě R4 uvedli, že doma bude všechno v pořádku a že se tam moc těší. Respondentka R4 jako jediná rezolutně prohlásila, že kouřit už nebude, naopak respondent R6 se těší domů na kávu a cigaretu.

Podle charakteru odpovědí na očekávání budoucího vývoje onemocnění respondenti odpovídají spíše úvahou nad tím, co by si v budoucnu přáli a představovali. Zřejmě i proto jsou tato očekávání relativně příznivá.

Téma: Očekávání do budoucna jsou příznivá a u většiny respondentů spojená s odchodem domů, pravděpodobná souvislost s neznalostí diagnózy a prognózy onemocnění.

R1 uvádí: „*Ted' už to jde, najím se, napiju, umyju, můžu sedět v křesle, dojdou si na ten gramofon. Dívám se na televizi, a hlavně můžu mluvit. I když mám ještě trášu s krku, ale se špuntem, je to po těch měsících jako zázrak, jsem tak ráda. (Dojatě si utírá slzy). Ted' to bude už dobrý, půjdu domů.*“

R2 také vypovídá: „*Že budu doma. Tam se těším, Dcera mi nakupí, budu se pomalu zotavovat a ono to půjde.*“

R3 rovněž odpovídá: „*Byla bych ráda, abych mohla pořádně chodit, mluvit a být pořádně při smyslech a jet domů. Pozdravuji svoji zahrádku, abych na ni mohla jít.*“

R4 říká: „*Abych už takto nikdy nedopadla. Už nebudu nikdy kouřit. Manžel mi řekl, jak to dám do pusy, že se mnou nebude.*“

R5 uvádí: „*Budu doma, s pomocí manžela a obvodní doktory to bude dobrý. Jsem v invalidním důchodu a budu odpočívat.*“

R6 říká: „*Těším se domů, až si dám ke kafi cigaretu.*“

Druhá oblast: aspekty z psychologické oblasti

Fenomén F: Emoce provázející onemocnění

Nejčastější emocí je strach (R1, R2, R4), dále radost ze zlepšení zdravotního stavu (R5) a zlost ze situace, ve které se nemocný nachází (R6). V jednom případě (R3) nebyly emoce vyjádřeny.

Téma: Převažují negativní emoce (strach, zlost), pacienti však ani v jednom případě strach nekonkretizují. Pravděpodobné vytěsnění nepříjemné situace.

R1 se vyjádřila: „*Dost se mi pocity střídají. Někdy je to dobrý a jindy jsem v křeči, bojím se, že to nezvládnou, bojím se, co se mnou bude.*“

R2 také popisuje: „*Bála jsem se, teď už je to dobrý. Bála jsem se, že nebudu moct dýchat bez trášy nebo mluvit.*“

R3 oproti ostatním: „*Já to nijak nevnímám. Nechci si to připouštět.*“

R4 také vyjádřila: „*Mám pořád strach, člověk se bojí, co ho čeká.*“

R5 říká: „*Mám radost, že se mi to lepší.*“

R6 vyjadřuje: „*Jsem naštvaný, že tu musím být. Je to fakt děsný.*“

Fenomén G: Psychická pohoda v souvislosti s hospitalizací

Význam psychické pohody při hospitalizaci považují všichni respondenti (R1-R6) za zásadní. Podle respondentky R1 se psychická pohoda odvíjí podle konkrétní ošetrovatelské osoby, která má službu.

Téma: Psychická pohoda je zásadní faktor v procesu léčení, kvalita ošetrovatelské péče, resp. chování zdravotního personálu má velký vliv na psychickou pohodu pacientů.

R1 uvádí: „*Je naprosto zásadní, která sestra přijde do služby a jak se bude chovat. Už je znám, a když vidím, že jde ta...je mi hned zle, nechci se s ní bavit ani nic od ní chtít, aby nebylo zle. Cítím, jak se mi huř dýchá, buší mi srdce a bolí mě hlava, potím se...děsný.*“

Fenomén H: Přítomnost psychologa na oddělení

Většina respondentů (R2, R3, R4, R5, R6) přítomnost psychologa na oddělení odmítá. Pouze respondentka R1 by přítomnost psychologa uvítala, hlavně ze začátku hospitalizace.

Téma: Negativní názor na možnou přítomnost psychologa na oddělení může být ve spojení s nedostatkem informací o pomoci, které může psycholog pacientům poskytnout.

Dalším důvodem může být fakt, že psychické problémy některých pacientů souvisejí s chováním ošetrujícího personálu, které přítomnost psychologa nezmění.

R1 vypověděla, že: „*Přítomnost psychologa bych uvítala, hlavně ze začátku, když jsem na tom byla špatně, nemohla jsem mluvit, nevěděla jsem, co bude.*“

Fenomén CH: Komunikaci se zdravotnickým personálem při napojení na UPV nonverbálně

Převažující názor respondentů byl, že nonverbální komunikace po dobu jejich UPV byla velký problém. Ve dvou případech (R1 a R2) ocenili respondenti snahu personálu komunikovat s pacienty. Ve třech případech (R1, R3, R4) však respondenti uvedli, že mezi personálem byli osoby, které komunikovat nechtěli.

Téma: Nonverbální komunikace při napojení pacientů na UPV je nedostatečná a situaci zhoršuje přístup některých osob z řad zdravotnického personálu.

R1 uvádí: „*Všichni jste se snažili se mnou mluvit. Až na dvě, tři výjimky jste skvělý. Ale ty dvě sestry, to bylo hrozný.*“

R2 připouští: „*Líp to asi nešlo.*“

R3 popisuje: „*To, bylo hrozný. Jak říkám, upnula jsem se tady na pár lidí, kterým jsem důvěřovala, i když jsem nemohla mluvit A bylo pár lidí, kteří se mnou nekomunikovali, rozčilovali se. Někteří mají hrozný zacházení. Někteří přijde, pohladí, rukama pěkně zachází. Prý já sem tady někoho pokousala, já jsem o tom nevěděla. Pak mi to pan primář jako vysvětlil,*

že to bylo kvůli psychice, že jsem za to nemohla. Bylo to pro mě hrozný toto. V podstatě ona mě za to úplně odsoudila ta dáma. Já jsem nemohla mluvit, tak jsem se nemohla bránit, jsem se jí chtěla omluvit a ona prostě byla taková...Po čase se to trošičku zlepšilo, změnilo se to, ten odstup ode mě byl menší.“

R4 Uvádí: *„Je vidět, že to některé sestry nebaví. Jsem ráda, že jste mě tu dali dohromady, ale někdy jsem byla bezradná. Už bych to nechtěla zažít.“*

R5 Komunikaci popisuje: *„Všelijak, ale domluvila jsem se. Vadilo mi, že jsem nemohla mluvit, někdo rozuměl, někdo ne, to mi vadilo.“*

R6 říká: *„To bylo hrozný. Strašná komunikace.“*

Fenomén I: Komunikace se zdravotnickým personálem verbálně

Využití verbální komunikace hodnotí většina respondentů (R1, R2, R3, R5, R6) jednoznačně pozitivně, a konstatují zlepšení úrovně komunikace (i ze strany zdravotních sester) a tím i snadnější a rychlejší dosažení saturace jejich potřeb. Přesto i zde někteří respondenti (R4 a R5) kritizují chování zdravotnického personálu.

Téma: Možnost komunikovat verbálně zásadně mění postavení pacienta. Ze strany zdravotnického personálu je patrná změna přístupu k pacientům, pokud jsou schopni znovu mluvit.

R1 vypovídá: *„To je úplně jiné, najednou se mnou mluví slušně i ty co předtím chovaly hrozně. Už se ozvu, můžu mluvit.“*

R2 uvádí: *„Ted' je to dobrý.“*

R3 konstatuje: *„Ted' je to lepší. Můžu přeci ted' mluvit.“*

R4 popisuje: *„Tak jako, že sestřičky jsou některý hodný. Takový jako, člověk si připadal jako na pátý koleji. Prý jsem byla neukázněná, tahala jsem si za hadičky, já si to nepamatuju.“*

R5 udává: *„Určitě ted' je to lepší, zavolám si. Ke mně se chovali stejně, ale k někomu ne. Některý nadávaly, že jsou unavený, a to sotva přišli do práce a mají toho plný zuby. Opravdu sprostý některý.“*

R6 říká: *„Jo, ted' je to trochu lepší, můžu se ozvat, když něco chci.“*

Fenomén J: Nedůstojná situace

Respondenti (R3, R6) se cítí nedůstojně kvůli nedostatku soukromí a respektu při hygieně na lůžku. S tím je spojena i kritika nepoužívání zástěn mezi pacienty (R4, R6). V jednom případě (R1) bylo pro respondenta nedůstojné doprošovat se splnění svých potřeb, což bylo navíc doprovázeno negativní reakcí sestry. Třetina respondentů (R2, R5) byla smířena se situací v nemocnici.

Téma: Pacienti negativně vnímají snížení své důstojnosti. Jednoduchá opatření (zástěny, přístup zdravotnického personálu) mohou tuto pro pacienty nekomfortní situaci zásadním způsobem zlepšit.

R1 říká: *„Když jsem se musela doprošovat, něco jsem potřebovala a ta mě odpálkovala, že teď ne a že pořád něco chci. Ještě mi řekla, že se z toho ventilátoru nikdy nedostanu.“*

R2 konstatuje: *„Ne, je to prostě nemocnice...“*

R3 vypovídá: *„To se cítím nedůstojně. To mytí a tak. Už jsem si zvykla a беру to, jako by to tělo nebylo ani moje. Nechám si se sebou nechat všechno, prostě to tělo nevidím. Je to prostě přístupem některého personálu.“*

R4 uvádí: *„Jsem vlastně poprvé v nemocnici, už bych to nechtěla zažít. A taky tady nejsou oddělená lůžka mezi ženami, chlapi.“*

R5 konstatuje: *„Ani ne. Vedle mě leží chlapi, ale mně to nevadí, oni se skoro nepohnou, někde nás dát musej.“*

R6 říká: *„To mytí je hrozný, vedle mě ženský, já nahej, taky se cítím jak pátý kolo u vozu.“*

Fenomén K: Situace způsobující největší strádání

Nejčastěji je při dopovědích na tuto otázku zmiňováno nevhodné chování ošetřujícího personálu (R4, R5, R6), dále příliš hlasitý verbální projev zdravotníků (R1, R4), bagatelizace zdravotního stavu ze strany personálu, dehumanizaci (R1), falešné úsměvy (R3), špatná identifikace ošetřujícího personálu, zatěžování pacientů svými problémy (R4). V menší míře je to omezení pohybu kvůli monitoraci a invazivním vstupům (R2), nemožnost verbální komunikace (R3) a nemožnost dojít si na toaletu a nedostatek soukromí (R4). V jednom případě byla uvedena smrt pacienta na vedlejší lůžku. Pouze v jednom případě (R6) byla uvedena dušnost, jako přímý příznak choroby.

Téma: Největší strádání není pacientům způsobeno fyzickým utrpením a dalšími negativními projevy choroby, ale naprosto nevhodným přístupem některých členů zdravotnického personálu k pacientům a nedostatkem jejich soukromí.

R1 konstatuje: „*Chování některých lidí. Taký hodně křičí, jako bych byla hluchá. Když si na něco stěžuji, jako, že mě něco bolí, často slyším jako odpověď – mě taky všechno bolí a musím pracovat, snažte se víc, neleže tady jako vyvržený vorvaň.*“

R2 říká: „*Nejhorší byly ty kabely všude kolem mě. Nemohla jsem se pořádně ani otočit na posteli. Hadice od ventilátoru, infuze, hadička na čůrání.*“

R3 udává: „*To mluvení. A některé sestřičky musím brát s odstupem, protože některý to jenom hrajou, falešný úsměvy.*“

R4 vypovídá: „*Ta toaleta, že si nemůžu dojít na záchod. Vedle mě byl chlap na posteli, není tu soukromí. A sestry strašně řvaly na toho pána, já z toho byla úplně bez sebe. Oni asi mají své problémy a přenášejí to do práce, já tomu nerozumím. Ta sestřička, jedna ta mi dala. Nevím která, nevím, jak se jmenuje. Nevím ani pořádně s kým mluvím, jak se jmenuje. Nepředstavily se mi jako vy. Ještě, když vedle mě umřel pán, já jsem měla hrozný pocit, jako úzkosti, nebo já nevím. Všimla jsem si toho. Byla jsem z toho vedle. I když ho neznám, je mi ho líto.*“

R5 vypovídá: „*No někomu to je jedno, určitě a někdo z toho personálu by mohl jít na psychiatrii. Byla tady asi třikrát taková...nadává od rána, celou směnu nadává, nevím, jak bych to popsala, ona je docela sprostá.*“

R6 říká: „*Špatně se mi dýchá, ale horší je to jednání personálu.*“

Fenomén L: Přístup k potřebám

Většina respondentů (R1, R3, R4, R5) vypovídá o rozdílném přístupu zdravotnického personálu k jejich potřebám, přičemž kritizují nevhodnost a lhostejnost části personálu (R6). Jeden respondent (R5) byl spokojený s přístupem, udával pouze špatné dorozumívací techniky u nonverbální komunikace.

Téma: Přístup k potřebám je v úzkém vztahu s dosaženou psychickou pohodou v souvislosti s hospitalizací. Odpovědi respondentů v těchto otázkách jsou velmi podobné.

R1 říká: „*Jak kdo, většinou ano, ale víte, to je spíš o tom, jak to kdo řekne. Jakým tónem, víte. Mám často dojem, že některé sestry obtěžuju a raději nic neříkám, nebo počkám.*“

R2 vypovídá: „*Jo, jsou všichni hodní. Jen jak mi vytáhli tu hadičku na čůrání, tak, když se mi chtělo, nemoha jsem zavolat, že se mi chce, a i když šel někdo kolem, tak jen proběhnul a já nemoha zavolat. To bylo blbý.*“

R3 udává: „*To je různý, jeden pomůže, druhý nepomůže, třetí dělá, že vás nevidí. Je to takový....Za každý úsměv je člověk vděčný i když vím, že to je vymodeovaný.*“

R4 říká: „*No, jak kdo. Člověk má tu rodinu, a to mě táhlo žít.*“

R5 konstatuje: „*Jak kdo.*“

R6 vypovídá: „*Kašou na člověka, chování jak za komunistů.*“

Fenomén M: Návrh zlepšení psychologického přístupu

Většina respondentů (R1, R4, R5, R6) by si přála empatictější a klidnější přístup ošetrovatelského personálu, pro dva respondenty (R2, R4) je důležité zlepšení dorozumívací techniky u nonverbální komunikace příkladem signalizačního zařízení u lůžka, jeden respondent (R3) by uvítal více informací.

Téma: Personál vykazuje nízkou schopnost empatie a postrádá schopnost klidně a efektivně komunikovat s pacienty.

R1 by uvítala: „*To určitě, lidský přístup, míň křiku a pochopení.*“

R2 chtěla by: „*To, abych si moha na někoho zavolat, když něco potřebuju.*“

R3 konstatuje: „*Aby někdo přišel a pověděl něco. Všichni si myslí, že všichni všechno vědí. Ale chybí mi informace.*“

R4 uvádí: „*Myslím si, že by bylo dobrý, kdyby u mě někdo byl častěji pravidelněji. Není tady zvonek, když něco potřebuji. Taky vím, že mě některé sestry nemusí. Je tu taky velký hluk a křik a taky rádio hraje hodně nahlas. V nemocnici má být klid, ne?*“

R5 konstatuje: „*No ten přístup. Já se nedivím, že pan prezident chtěl, aby se o něho staraly ke konci sestřičky řádový. Ty mají úctu ke stáří a k člověku. Protože to se nedá vydržet, takový personál.*“

R6 říká: „*Aby se ke mně nechovali jak ke kusu dřeva.*“

Třetí oblast: aspekty ze sociální oblasti

Fenomén N: Sociální izolace

Sociální izolaci pocítuje třetina respondentů (R4, R6), stejný podíl respondentů tuto izolaci nepocítuje (R1, R5). Zbývající část respondentů (R2, R3) vnímá situaci jako více-méně neutrální fakt, spojený s pobytem v nemocnici.

Téma: Sociální izolace je zásadně ovlivněna osobní a rodinnou situací pacienta. Vliv chování zdravotnického personálu je nepodstatný.

R1 popisuje: *„Nejsem sama. Dcera má malé děti, tak nemůže za mnou chodit tak často. Manžel chodí skoro každý den, někdy zůstane i dýl, když je po návštěvních hodinách. Sestřičky když tak zatáhnou závěs, když jdou vedle k jiné posteli a je to dobrý.“*

R2 říká: *„Já to беру, že je to prostě nemocnice...“*

R3 uvádí: *„Prostě to tak musí být. Kuci za mnou hodně jezdí, tak tolik nestrádám. Dělá mi dobře, když oni přijedou. Říkám jim, ať tolik nejezdí, že je zatěžují, ale oni vždycky přijedou a stačí mi, když je vidím.“*

R4 konstatuje: *„Musím tady být. Cítím se být izolovaná.“*

R5 naopak uvádí: *„Musím tady být. Izolovaná se necítím.“*

R6 říká: *„Jo, to je hrozný, člověk je tu jak kůl v plotě.“*

Fenomén O: Vliv onemocnění na každodenní činnosti

Respondenti kriticky hodnotí svoji omezenou schopnost každodenních činností, především v oblasti sebepečce. Jako příčinu udávají dušnost (R1, R2), únavu (R2, R5), kašel (R3) a především nešikovnost (R4, R5, R6).

Téma: Pacienti jasně identifikují příznaky (projevy choroby), které mají vliv na každodenní činnost.

R1 *Cvičila jsem hodně sama, to co mi rehabilitační ukázala, chtěla jsem, abych mohla chodit, jít domů a obstarat se sama, abych neotravovala manžela. Moc toho nezvládnou, zadýchám se a musím zastavit. Hýbat se tady moc nemůžu. Mám na sobě moc kabelů a některé sestry to nemají rádi, protože rozhrabu postel*

R2 *Jsem hned unavená a zadýchaná, ujdou pár kroků a mám dost. Ale to se určitě doma zlepší.*

R3 *Hodně. Mluvení je lepší, zapomínám taky. Kašel mě hodně obtěžuje. Když se trochu napiju, kašlu.*

R4 *Asi jo Jsem nešikovná, pomalá, nic mi pořádně nejde,*

R5 *Hodně mi tady ve všem pomáhali, to nebyl problém u nikoho. Ještě toho moc neudělám. Za to si můžu sama, že jsem tak silná. Jsem miň pohyblivá.*

R6 *Jsem nemožnej, jak mi nic nejde, všechno mi padá z rukou, jsem pomalej.*

Fenomén P: Reakce příbuzných na projevy spojené s onemocněním

Většina respondentů (R2, R3, R4, R5) uvedla, že se jejich nejbližší příbuzní k projevům onemocnění významně nevyjadřují. Jeden respondent (R1) uvedl, že se příbuzní nedívají, když vykašlává hleny, pouze jeden respondent (R6) uvedl, že se u příbuzných projevuje strach při jeho projevech onemocnění.

Téma: Příbuzní se snaží nereagovat na projevy spojené s onemocněním jejich blízkých. Pacienti to nevnímají negativně.

R1 *Většinou nic neříkají, koukají se stranou, když vykašlávám z trášy hleny*

R6 *Bojí se o mě. No, jako, že kašlu hodně, dráždí mě to.*

Fenomén Q: Obtíže spojené se vzhledem spojeným s TSK

Většina respondentů nevnímá zásadně negativně estetické dopady TSK a polovina z nich (R2, R4, R5) čeká v nejbližší době dekanylaci TSK, někteří (R1) hodnotí situaci napojení na UPV jako horší, než samotná přítomnost TSK,

Téma: Obtíže spojené s TSK jsou pacienty akceptovány.

R1 říká: *„Je to lepší, než být pořád na ventilátoru, to bylo horší.“*

R2 uvádí, že: *„Už mi ji určitě brzo vytáhnou.“*

R3 také uvádí: *„Nevadí mi to. To není to nejhorší.“*

R4 opět říká: *„Ne. Už mi to vytáhnou za chvíli.“*

R5 rozvádí situaci: *„To mi nevadí, už mi to brzo vyndají, nejhorší bylo to uvázání, někdo to utáh tak hrozně, že jsem sotva polykala. I když jsem ukazovala, že to je moc, řekli, že se tam vejde prst, že to je dobrý, ale nebylo to tak.“*

R6 konstatuje: „*Jsem starej dědek, jak vypadám je mi jedno.*“

Fenomén R: Potíže při jídle s TSK

Polovina respondentů (R1, R3, R6) udává potíže při jídle ze začátku přijímání potravy, které postupně překonali. Jeden respondent (R3) zmiňuje poruchu polykání, dva respondenti (R2, R4) potíže neudávají.

Téma: Potíže s jídlem s TSK nejsou pro pacienty zásadní.

R1 říká: „*Ze začátku jsem hodně kašlala, dráždilo mě to. Ted' si dávám pozor jím a piju pomalu.*“

R3 podotýká: „*Trochu s polykáním, moc toho nesním. Ze začátku jsem se hodně zakašlávala.*“

R5 udává: „*Ze začátku mi ta kanyla vadila, ale pak jsem si zvykla. Ted' ne.*“

R6 popisuje: „*Špatně se mi polykalo, kašlal jsem, až jsem se dusil. Už je to lepší. A bolí mě v krku.*“

Fenomén S: Problémy sociálního kontaktu v nemocnici

Žádný z respondentů nepocituje zásadní problémy. Polovina respondentů (R1, R3, R5) konstatuje vzhledem k hospitalizaci omezení soukromí při návštěvách. Tři respondenti (R3, R4, R5) nerozšiřovali informaci o své hospitalizaci do širšího povědomí přátel.

Téma: Pacienti nemají zásadní problémy se sociálním kontaktem v nemocnici. Toto téma souvisí s tématem sociální izolace.

R1 uvádí: „*Není tady moc soukromí, ale to je v nemocni normální*“

R2 říká: „*Nemám s tím problém.*“

R3 také potvrzuje: „*Ne. Je to nemocnice, soukromí tu není, ale to nevadí. Nikdo ani pořádně neví, že jsem v nemocnici.*“

R4 rovněž konstatuje: „*Nemáme s našima problém. Já jsem to známým nikomu neříkala. My jsme se před třema rokama přestěhovali z Vysočiny k dceři.*“

R5 reaguje obdobně: „*To je všude takový, někde je to ještě horší, že tu není soukromí, nám to nevadilo. Nikdo sem nechodí, my jsme nechtěli, aby sem někdo chodil. Akorát rodina.*“

R6 vypovídá: „*To je špitál, no. A chodí za mnou dcera a sestra, často.*“

Fenomén T: Návrh zlepšení sociálního přístupu v nemocnici

Respondenti by uvítali flexibilnější návštěvy (R1), signalizační zařízení (R2), lepší přístup k osobním věcem a příjemnější prostředí (R3), lepší přístup k toaletě (R4), lepší televizní signál a více aktivit pro pacienty (R5).

Téma: pacienti nejsou vždy schopni oddělit opatření na zlepšení sociálního přístupu od opatření zlepšujících ošetrovatelskou péči.

R1 říká: *„Ty návštěvy by mohly být miň omezené. Tady to záleží na tom, která sestra zrovna slouží, nevíme, jestli manžela vyhodí, nebo bude moct zůstat. Ale většinou se nějak domluvíme.“*

R2 *Mě nejvíc vadilo, jak sem si nemohu zavolat na tu mísu. Chtělo by to nějaký zvonek na sestru.*

R3 konstatuje: *„Mě tady vadí, že je to takový rozházený. Všude přístroje, kabely. Nemám u sebe svoje věci. Držák na lahev tady visí na postranici, já se do toho netrefím a padá mi to. Zatím mi za to nikdo nevynadal. Je to takové chaotické a strohé, neveselé.“*

R4 říká *„Je tady špatná dostupnost na ten záchod.“*

R5 vypovídá: *„Je tady dlouhá chvíle televize pořádně nejde, člověk pak kouká do stropu. Byla bych spokojená, kdyby šla pořádně ta televize Pokoj tady vypadá dobře, je tu prostor, postele tu nejsou namačkané u sebe.“*

Protože lze důvodně předpokládat, že sociální aspekty v souvislosti s onemocněním a hospitalizací jsou významně ovlivňovány pohlavím, věkem, vzděláním, pracovní pozicí a rodinným zázemím pacienta, je vhodné je analyzovat spíše metodami kvantitativního výzkumu.

4 DISKUZE

Onemocnění CHOPN je celosvětově rozšířené onemocnění se závažnými dopady jak zdravotními, tak psychickými i sociálními. Tato závažná skutečnost se stala předmětem zájmů lékařů i sester, a to jak v České republice i ve světě. To, že onemocnění nebývá včas diagnostikováno a pacienti s CHOPN, kteří bývají staršího věku a trpí současně více onemocněními interního charakteru, dokazují i respondenti tohoto výzkumu. Mezi přijatými pacienty s onemocněním CHOPN na oddělení NIP jsou velmi často dlouholetí kuřáci často s nespecifikovatelným typem CHOPN po akutních exacerbacích, hypoxiích a po nezdařených odpojeních z UPV.

Koblížek (2018) představil na konferenci PREVON pilotní projekt Časného záchytu chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci realizovaného od 1.4. 2018 do 31. 3. 2021 Cílem toho projektu je **vyhledání pacientů s dosud nediodagnostikovanou CHOPN pro časnou diagnózu a zahájení léčby a zabránění zhoršení nemoci**. Vypracování metodiky časně detekce v reálných podmínkách stávajícího zdravotního systému ambulantních pneumologů v těsné spolupráci s jejich nejbližšími praktickými lékaři. Cílová skupina je celoživotní cigaretová zátěž minimálně 10 krabičko-roků u lidí 40-69 let věku, kteří se zadýchávají při normální chůzi do schodů nebo při rychlejší chůzi po rovině.

První oblast fenomenologického výzkumu: znalost pacienta o svém zdravotním stavu

Pomocí IFA byla zjištěna absence a možná i záměrná neochota znát diagnózu vlastního onemocnění u většiny respondentů. Pouze jeden třetina pacientů znala přesně svoji diagnózu.

Wong a kol. (2014) ve svém výzkumu řešil témata: **znalosti a informovanost o CHOPN**. Pacienti i lékaři užívali **nepřesně** slovo „astma“ **jako synonymum** s CHOPN. Schroedl a kol. (2014) zjistili u hospitalizovaných pacientů s CHOPN pro exacerbaci pohled na své onemocnění. Většina účastníků správně označila svou diagnózu a rozpoznala, že se jejich příznaky v průběhu času zhoršují. **Pouze polovina však pochopila závažnost onemocnění**. Dále Schroedl a kol. (2014) poukázali na potřebu kontroly pacientů nad svou nemocí. U pacientů byl tento fakt označen jako důležitý a mnozí se domnívali, že **neobdrželi odpovídající informace, aby porozuměli závažnosti onemocnění a prognóze a chtěli další informace**.

Nedostatečné porozumění onemocnění a také malé povědomí o prognóze bylo potvrzeno i v rámci této diplomové práce. Přičemž respondenti zaměřovali prognózu nemoci s vidinou zlepšení zdravotního stavu po návratu do domácího prostředí. Informace o onemocnění by přitom měly být sděleny tak, aby se pacient mohl začít smysluplně rozhodovat o plánování péče v souvislosti s onemocněním a na budoucí směr, kterým se **bude do budoucna zabývat a v souvislosti s progredujícím onemocněním.**

Neznalost přesných informací u části respondentů v této práci odpovídá i výsledkům Kašparové (2014), která také zjistila, že o stádiu nemoci CHOPN pacienti neměli příliš mnoho informací. Ve většině odpovědí se pacienti shodovali v reakci, jako nevím nebo nevím, v jakém jsem stádiu.

Naproti tomu příčina onemocnění byla pacientům známa, resp. ji identifikovali jako kouření, špatnou životosprávu a práci v zakouřeném prostředí. Kašparová (2014) naproti tomu ve svém výzkumu o vývoji potřeb u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí pacienti zjistila, že přesnou příčinu nevědí, pouze se domnívají, co mohlo zapříčinit jejich nemoc CHOPN. Každý z nich uvedl odlišnou příčinu, přesto se někteří shodli a zmínili možný původ nemoci v kouření. GOLD (2017 str. 7) uvádí fakt, že poměr počtu nemocných CHOPN přímo souvisí s počtem kuřáků.

Příznaky onemocnění definované respondenty v rámci této diplomové práce jsou přibližně ve stejné míře přímým důsledkem onemocnění (zhoršené dýchání, únava) a důsledkem provedené TSK (ztráta hlasu, tvorbou hlenů, obtíže při jejich vykašlávání). To více méně koresponduje s výsledky výzkumu Schroedla a kol. (2014), kteří uvádějí, že mezi hlavními příznaky provázející onemocnění byla pacienty označena těžká a vždy přítomná dušnost a také fyzické omezení, které brání nemocným v každodenních činnostech. Wong a kol. (2014) také potvrzuje, že většina pacientů trpící **těžkými obtížemi při fyzické námaze a dalším příznakem označili dušnost jako závažný problém.**

Kašparová (2014) uvádí u pacientů kašel a vykašlávání trpí všichni pacienti s tímto onemocněním, přičemž intenzita a častost kašle je opět u každého pacienta jiná a výrazně je ovlivněna denní dobou a počasím.

Třetina respondentů zahrnutých do výzkumu v této diplomové práci udávala také jako příznak doprovázející jejich onemocnění problémy s polykáním, což by mohlo být způsobeno samotnou dlouhodobou přítomností TSK způsobující změnu polykání, jak podotýká Škvrňáková a kol. (2009).

Polovina respondentů v tomto výzkumu uvedla, že předpokládají zlepšení zdravotního stavu po návratu do domácího prostředí. Přitom je však pro tuto nemoc typická variabilní tendence k progresivnímu zhoršování plicních funkcí a patofyziologicky se jedná o vystupňovanou a přetrvávající zánětlivou reakci (Koblížek, Bartůněk a kol., 2016). Je zde jasná souvislost s **neznalostí prognózy** svého onemocnění, což také svědčí o tom, nemají přesné informace o onemocnění CHOPN. To zcela nekoresponduje se zjištěním Schroedla a kol., (2014), ve kterém **obavy z budoucnosti** potvrdila polovina účastníků s onemocněním COPD.

Možné vysvětlení přístupu respondentů ke své budoucnosti by mohl být také obranný mechanismus respondentů tzv. popírání či regrese faktu o nemoci. Toto vytěsnění je racionálním útekem od nepřijatých myšlenek na nevědomé úrovni. Namísto testování reality je vytlačována ohrožující myšlenka do iracionálního nevědomí dle Anny Freudové. (Drapela 2008, str. 26). Oproti tomu **obavy z budoucnosti** potvrdila polovina účastníků s onemocněním COPD z výzkumu u Schroedla a kol. (2014).

Druhá oblast: aspekty z psychologické oblasti

Za nejvýraznější emoci provázející onemocnění uváděli respondenti **strach z budoucnosti**, dušnosti a ztráty hlasu. **Tento strach však nebyl velmi často konkretizován.** Strach může pramenit také ze špatné informovanosti, obavách o svém zdravotním stavu nebo čehokoliv co souvisí s hospitalizací. Pacienti hospitalizovaní i několik týdnů potřebují časté a opakované informace o svém zdravotním stavu, o dalších plánech v léčbě atd. Honzák a kol. (2006 str. 88) uvádí, že pacient se obává mnoha věcí a dobrá zdravotní sestra mu často lépe, než lékař umí vysvětlit souvislosti mezi tělesnými obtížemi a psychickým naladěním. Tak mu pomůže snížit hadinu celkové úzkosti a s ní i množství obtíží.

Wong a kol. (2014) také zjistí jako nejčastější emoci **strach a bezmocnost**. Schroedl a kol. (2014) pak u většiny účastníků hospitalizovaných s CHOPN pro exacerbaci **emoční potíže** depresivní symptomy nebo úzkost. Klímová (2014) ve svém výzkumu u pacientů s CHOPN uvádí, že respondenti uvádějí časté prožívání negativních pocitů ve smyslu **rozmrzelosti, beznaděje, úzkosti či depresí**. U 180 dotázaných 50,4 % respondentů uvedlo, že někdy tyto pocity prožívá. 25,9 % respondentů poté uvedlo, že je prožívá středně, 16,5 % respondentů je prožívá celkem často a 0,2 % respondentů je prožívá neustále. Lze tedy říci, že výskyt těchto pocitů u respondentů je poměrně častý. Míra smutku či deprese u respondentů z výzkumu Klímové je patrná i v každodenních činnostech, kdy smutek či depresi pociťuje 83,3 % respondentů, z toho 39,5 % respondentů má mírné obtíže, 24,0 % respondentů uvedlo střední

obtíže. Je nutné si uvědomit si, že tyto stavy související s náladou člověka nelze podceňovat, což mimo jiné potvrzuje stav u respondentů, kteří byli zahrnuti do tohoto výzkumu.

Jeden respondent nedokázal **vyjádřit žádné emoce**. Možná příčina tohoto stavu by na základě pozorování respondentky výzkumníkem mohla být **Alexithymia**, což je stálý povahový rys charakterizovaný neschopností popsat svůj psychický stav. **Jde o absenci vhodných slov pro emoce**. Jedná se o poruchu identifikace a schopnosti popisu vlastních emocí. Emoce zaměňují tito jedinci s popisem dysfunkcí orgánů. Přičemž schopnost připisovat své obtíže vnitřní nebo zevní události a nedostatek asertivity bývají spojeny s nižší úrovní vzdělání. Arancibia a kol. (2016) zkoumali psychosociální funkce u pacientů-**deprese, alexithymie a nedostatek asertivity**. Padesát pět procent pacientů mělo určitý stupeň deprese, 33 % alexithymii a 34 % nedostatek asertivity. Hladiny deprese, alexithymie a **nedostatku asertivity u chronických pacientů byly významně vyšší než u akutních pacientů**. Ženy a účastníci starší 60 let vykazovali nejvyšší stupeň deprese.

V rámci realizovaného výzkumu se respondenti lišili dosaženým vzděláním. Polovina z nich měla středoškolské vzdělání, třetina byla vyučena a jeden respondent měl základní vzdělání. Pacienti také vykazují různý stupeň inteligence. Ze strany zdravotnického personálu lékařů i sester dochází často k nešťastné záměně tělesného handicapu za pokles inteligence. Je pak nesmírně urážlivé, chová-li se personál k takovým nemocným s pohrdáním a přezíravostí. Takový přístup neznamená mít převahu, ale svědčí o hulvátství a profesionální neschopnosti personálu. Také může být zavádějící, že pacienti, trpící depresemi často vypadají, jako by byli méně inteligentní, respektive méně pohotoví (Honzák a kol., 2006 str. 64).

Vácha a kol. (2012 str. 88) v souvislosti s **emoční** stránkou pacienta a vyjádření a projevení svých emocí uvádějí, že pacienti, kteří vyjadřují své emoce méně nebo vůbec, jsou na tom psychicky hůř. Pro zlepšení psychického stavu je důležité vyjadřovat emoce nejen negativní, ale i pozitivní. Zdravotníci by měli lépe chápat a zacházet s emocemi pacientů a nebrat je jako příkaz či rozkaz, ale pochopit je v celém kontextu dalších faktorů. V souvislosti s touto problematikou se objevují výzkumy zaměřené na nedostatečnou emoční a spirituální podporu. Absence emoční podpory je pro pacienty velkým nedostatkem a pacienty tento neosobní přístup trápí.

Ve zprávě GOLD (2017 str. 108) se uvádí, že úzkost a deprese jsou důležitými komorbiditami v CPOD a obě jsou spojeny se špatnou prognózou, starším věkem, pohlavím, kouřením a anamnézou kardiovaskulárního onemocnění. Neexistuje žádný důkaz, že by se úzkost a deprese při léčbě CHOPN měly léčit odlišně, než tomu je za jiných podmínek. V rámci výzkumu realizovaném v této diplomové práci byli respondenti na úzkost a deprese

podávány léky v tabletové formě, konkrétně se jednalo o antidepresiva (polovina respondentů), neuroleptika a hypnotika (dvě třetiny respondentů) a benzodiazepiny (jeden respondent).

Negativním pocitům ve smyslu deprese či úzkostí spojených s dechovými obtížemi a perspektivy dalšího života s omezením by se měly sestry v rámci sesterské činnosti snažit předcházet a v rámci možností i napravovat (Šafránková, Nejedlá 2006).

Přítomnost psychologa na oddělení odmítla většina respondentů tohoto výzkumu. Pouze v jednom případě by respondent přítomnost psychologa uvítala, hlavně ze začátku hospitalizace. Převažující negativní názor na možnou přítomnost psychologa na oddělení však může být ve spojení s nedostatkem informací o pomoci, které může psycholog pacientům poskytnout.

Křivohlavý (2002 str. 54) uvádí, že klinický **psycholog v nemocnici** by měl znát nejdůležitější údaje o charakteristikách osobnosti pacienta, jeho emocionalitě, zvládání těžkostí stresech a celkovém psychickém stavu a doplnit tak vyšetření lékaře v rámci zdravotnického týmu. Má také mimo jiné pomoci pacientovi při zvládání bolesti a usměrňování chování a jednání pacienta s ohledem na dobrý průběh uzdravení.

Podle Janáčkové (2019) jsou úzkost a strach běžné emoce, které mají nezastupitelný ochranný význam při působení stresu v těžké životní zátěži, jakou je onemocnění CHOPN. Základní léčbou je v tomto případě farmakoterapie a psychoterapie, ale také nácvik svalové relaxace a zklidňujícího dýchání. Je prokázáno, že je důležité naučit se metody relaxace, využívat dechová cvičení ke zklidnění dechu, pro zklidnění využívat hudbu a arteterapii, opakované stavy úzkosti řešit s lékařem a v případě potřeby vyhledat pomoc zkušeného psychologa. Honzák a kol. (2006 str. 18) podotýká, že nemocný člověk má specifické potřeby, které souvisejí s jeho osobním utrpením, nutností zvládnout mnoho nových úkolů a situací i vyrovnat se se změnami, které nemoc přinesla. Správný psychologický přístup především ze strany zdravotnického personálu je pro nemocného velmi významný a pomáhá mu zvládat tyto těžké životní situace.

Komunikaci se zdravotnickým personálem při nonverbální komunikaci. V rámci realizovaného výzkumu bylo zjištěno, že **úroveň nonverbální komunikace při napojení pacientů na UPV je nedostatečná a situaci zhoršuje přístup některých osob z řad zdravotnického personálu.** Když má pacient tracheostomickou kanylu a nemůže se verbálně vyjádřit, tak se ocitá se ve stavu dočasného hendikepu ztráty hlasu čili dalšího zdravotního znevýhodnění. Tato situace mu ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli či plnil úlohy, které

byly pro něj do této chvíle normální. Je důležité, aby si to zdravotníci uvědomovali a snažili se pochopit jejich svízelnou situaci.

Tato závažná zjištění jsou bohužel zcela v souladu s tím, co zjistila ve svém výzkumu Lachetová (2017), která uvádí, že obecně sestry při komunikaci kladly důraz spíše na verbální než na neverbální komunikaci. V rámci neverbální komunikace sestry vůbec nepoužily iniciální dotek, polovina sester nevyužívala během komunikace doprovodných prvků haptiky (např. pohazení pacienta, poplácání po rameni). Většinou se sestry během komunikace tvářily neurčitě (bez výrazných změn mimiky, bez úsměvu, či zamračení se), úsměv se během komunikace vyskytl minimálně. Během komunikace byl u pozorovaných sester znatelný i pozorovatelný nezáměr o pacienta (přehlížení pacienta, jeho pocitů a potřeb během intervencí), spojený s rozhovorem s kolegou, který se týkal především osobních záležitostí. Mezi další nejčastější případy devalvace patřila zejména netrpělivost, často však doprovázená časovou tísní a velkým množstvím ordinací lékaře. Pouze jedna sestra využila pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci – tabulky s abecedou, které jsou pro ventilované pacienty vhodné a všeobecně doporučované (Lachetová 2017).

Snášelová (2015) k tomu uvádí, že realizovaná **interakce všeobecných sester s ventilovanými pacienty** probíhala optimálně především v případech, kdy byli pacienti při vědomí. V interakcích s ventilovanými pacienty v bezvědomí bylo identifikováno několik nedostatků a prvků chování různého charakteru, které neodpovídají pojetí kvalitní ošetrovatelské péče. Byly pozorovány projevy neefektivní a devalvující komunikace, které mohou vážným způsobem ovlivnit psycho-emocionální a zdravotní stav každého pacienta. Zároveň je však nutné upozornit na fakt, že výsledky průzkumu jsou kvalitativního charakteru, a proto není možné jejich význam objektivizovat a vztahovat na celou populaci.

Prosová (2014) zdůrazňuje, že ztráta hlasu v důsledku provedení tracheostomie představuje náročnou životní situaci pro nemocného. Nemožnost verbálního projevu, neschopnost dostatečně vyjádřit své emoce, potřeby a přání vede k pocitům nejistoty, strachu, beznaděje a možné sociální izolaci. U jedince s tracheostomií je velice důležité zajistit komplexní přístup všech, kteří se na péči podílejí a vzájemně spolu spolupracují. Rovněž je nutné hledat co nejefektivnější způsob komunikace tak, aby v maximálně možné míře zkvalitnil život nemocného.

Čečková (2012) ve svém výzkumném šetření zjišťovala úroveň nonverbální komunikace a znalostí všeobecných sester v této oblasti s pacienty na UPV. Jednalo se o sestry pracující na vybraných odděleních (ARO, JIP, OCHRIP). Nejméně znalostí v oblasti neverbální

komunikace bylo zjištěno u všeobecných sester pracujících na oddělení OCHRIP (NIP) a také u sester se středoškolským vzděláním.

Komunikace se zdravotnickým personálem verbálně byla hodnocena většinou respondentů jako výrazné zlepšení jejich situace. Bylo zjištěno, že **možnost komunikovat verbálně zásadně mění postavení pacienta.** Ze strany zdravotnického personálu byla také patrná změna přístupu k pacientům, pokud jsou schopni znovu mluvit.

Volhejnová (2018) analyzovala zkušenosti pacientů, kteří byli ve **vzájemné interakci se zdravotníky.** Tyto zkušenosti s péčí zdravotníků lze rozdělit na dvě základní oblasti podle toho, jestli se pacient setkal s profesionální péčí a přístupem či ne. Pacienti se setkávají s obojím přístupem, jak pečujícím, tak nepečujícím. Vohejnová tak navazuje na existující koncept Halldórsdóttir týkající se pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetrovatelství a zdravotní péči (typ baletka nebo buldozer).

V rámci provedené IFA bylo zjištěno, že **možnost komunikovat verbálně zásadně mění postavení pacienta.** Ze strany zdravotnického personálu byla patrná změna přístupu k pacientům, pokud jsou schopni znovu mluvit. Bohužel se to dá také interpretovat tak, jako by schopnost verbální komunikace vracela pacienta zpět mezi svéprávné osoby. Je to přeci pořád ten stejný pacient s tou samou nemocí, jen již může verbálně komunikovat a reagovat na dané situace slovně.

Hallórsdóttir (2000) se zabývá morální myšlenkou, že nemocní by měli být chráněni zdravými. A zranitelní by neměli být zneužíváni. **Dehumanizace** ve všech jejích oblastech je porušením jednoho z nejzákladnějších a nejposvátnějších lidských práv, práva na lidskou důstojnost zvláště u nemocných a bezbranných. Lidská práva jsou jedním z posvátných darů každého člověka a jsou chráněna, bojována a ceněna. Právo na lidskou důstojnost je univerzální. Mělo by nás zajímat, kdo je obětí odlidštění. Zdá se, že v dnešních technologicky vyspělých nemocnicích, je ve vztahu ke zdravotníkům pacient citlivější a ohroženější. Přitom **mezi nejvýznamnější etické principy v ošetrovatelské péči a péči o pacienty patří nonmaleficence (neškodění) a beneficence (dobřečinní).** Dehumanizující způsoby chování s druhým představují etický i profesionální problém v ošetrovatelské praxi a ve zdravotnictví. Navíc často ničivé účinky dehumanizujících setkání vyvolávají otázku, zda je možné, aby se toto jednání začalo považovat za zanedbání péče v ošetrovatelské a zdravotní péči.

Mezi **nedůstojné situace** bylo v rámci tohoto výzkumu identifikováno **doprošování se pacientů splnění svých potřeb,** a především nedůstojný proces **hygieny na lůžku včetně nedostatku soukromí způsobeným nevyužíváním zástěn mezi lůžky.**

S touto problematikou souvisela i otázka zaměřená **situace způsobující největší strádání**. **Bylo přitom zjištěno, že největší strádání nebylo pacientům způsobeno fyzickým utrpením a dalšími negativními projevy choroby (časté infekce, odsávání, dušnost), ale nevhodným přístupem některých členů zdravotnického personálu k pacientům a nedostatkem jejich soukromí.** Časté výhrady zaznívaly také k příliš **hlasitému verbálnímu projevu zdravotníků**. To koresponduje s výsledky Lachetové (2017), která uvádí, že mezi nejčastější chyby v mluvené řeči sester patřil zejména **vyšší tón spojený** často se strohým projevem a **vyšší hlasitostí řeči**. Volhejnová (2018) ve svém výzkumu zjistila, že pacienti neprofesionální péči trpí a je to pro ně těžká zkušenost, která je může ovlivnit do budoucna. Někteří respondenti se opravdu setkali s utrpením, které se vztahovalo k péči. A to jak v neposkytování profesionální péče s následným neuspokojováním potřeb pacienta, tak v dehumanizaci a depersonalizaci pacienta, kdy je s pacientem často jednáno nedůstojně a nelidsky. Vůči pacientům byly používány prvky naprosto nevhodné komunikace a prvky moci. V neodborné péči zdravotníků se objevila také **iatrogenie** a **sororigenie**. Toto utrpení následně negativně ovlivnilo pacientův vztah ke zdravotníkům, ale i k prožívání nemoci samotné.

Mezi výtkami se u respondentů objevila také **špatná identifikace ošetřujícího personálu**, což je v rozporu s deklarovanými právy pacientů České republiky. Pacient má právo vědět jméno ošetřujících zdravotnických pracovníků (MPSV). Respondenti výzkumu také negativně vnímali, když je zdravotník zatěžoval svými problémy. K tomu podotýká Wiess (2011 str. 217-218), že osobnost člověka, komunikace, chování a řešení nastalých problémů se promítá i ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Každý by měl nejprve znát sebe sama, znát své tendence v chování a své sklony v posuzování jiných lidí. Při správném sebepoznání pak zdravotník dokáže lépe utvářet vztah k pacientům. Nejčastější chyby ve vztazích se vyskytují z důsledku vztahové nerovnosti rolí a srovnávání svých poznatků ze soukromého života. Tato nevyrovnanost se obvykle ukazuje dominancí zdravotníka. Zdravotník většinou vyžaduje naprostou spolupráci a poslušnost pacienta. V této komunikaci zdravotník většinou radí, přikazuje nebo zakazuje. Tento způsob může vést až k tomu, že zdravotník léčí pouze nemoc a opomíjí osobnost pacienta.

Haškovcová (2015 str. 73) se zabývá otázkou etických kodexů v reálné praxi. Regulovat chování a jednání lidí v dané profesní skupině je velmi obtížné. A ačkoliv panuje shoda v tom, že by měl být etický kodex kontrolovaný a kontrolovatelný, nejsou uváděny žádné konkrétní sankce v případě jeho porušení. Naděje, které jsou vkládány do jednotlivých etických kodexů, jsou pochopitelné, avšak jen částečně či ne zcela reálné. Jeví se, že lidé dobře vědí o morálce a o životních hodnotách a hodnotách profese, ale netuší, jak se k tomuto dobru a správnému

chování ve své profesi dospět. Zdá se tedy, že existence současných etických kodexů nepředstavuje pomoc ani záchranu v regulaci nevhodného chování k cílové skupině klientů.

Přístup k potřebám spojenými s hospitalizací byl většiny respondentů velmi variabilní, což vypovídá o rozdílném přístupu zdravotnického personálu. Pacienti kritizovali především **nevšímavost a lhostejnost části personálu**. Jednou z možných příčin, vedle osobnostních kvalit, může být i přetížení zdravotnického personálu. Vyhláška MZ stanovila počet sester na lůžka NIP. Tato vyhláška stanoví sestru pro intenzivní péči bez dohledu s úvazkem 1,0, všeobecnou sestru bez dohledu s úvazkem 0,6 na lůžko, z toho 50 % sestru pro intenzivní péči bez dohledu, všeobecnou sestru nebo zdravotnického asistenta s úvazkem 0,7 na lůžko (MZ 2012). V případech některých zdravotnických zařízení však dochází k navyšování počtu pacientů na jednu zdravotní sestru v rozporu s touto vyhláškou. To má logicky za následek přetěžování zdravotnického personálu. Práce na oddělení NIP je pojená nejen s weaningem, ale i s dalšími nezbytnými jak ošetrovatelskými, tak vysoce odbornými povinnostmi, a to je pro sestru vysoce náročné. V této psychicky i fyzicky těžké práci jistě může docházet a dochází k následnému syndromu vyhoření, který se projevuje ve své posední fázi netrpělivostí, únavou, vyčerpáním a depresivním či cynickým až agresivním chováním ošetroujícího personálu. To jistě není omluvou pro neprofesionální přístup ošetrovatelského personálu, na který respondenti poukazují, ale mělo by to být varovným signálem pro řešení této alarmující situace.

Návrhy na zlepšení v psychologické oblasti směřovaly od respondentů především k **větší empatii** ošetroujícího personálu a ke schopnosti **klidně a efektivně komunikovat**. Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011 str. 235) považuje empatickou komunikaci za jeden z nejdůležitějších, ale také nejsložitějších faktorů v komunikaci mezi sestrou a pacientem. Empatie souvisí se schopností naslouchat a správně chápat, co tím člověk myslí, ale také schopnost sledovat neverbální projevy a adekvátně na ně reagovat. Usuzuje se, že tato schopnost je vrozená. Dovednost představit si sama sebe na místě druhého, zachovat si správný úsudek teprve umožňuje druhému člověku pomoci.

Respondenti si také přáli **zlepšení dorozumívací techniky u nonverbální komunikace** příkladem signalizačního zařízení u lůžka. Lachetová (2017) v rámci výzkumného šetření potřeb u pacientů na UPV také řešila způsob domluvy sestry a pacienta na způsobu přivolání zdravotníka pacientem v případě potřeby, protože ani v jednom zpozorování nebylo přítomno klasické signalizační zařízení (zvonek).

Třetí oblast: aspekty ze sociální oblasti

Sociální oblast výzkumu se při rozhovorech s respondenty úzce prolínala s oblastí psychologickou. Sociální izolaci pocívala třetina respondentů, stejný podíl respondentů tuto izolaci nepocíval. Zbývající část respondentů vnímala situaci jako víceméně neutrální fakt, spojený s pobytem v nemocnici.

Schroedl a kol. (2014) uvádějí u pacientů s chronickými respiračními onemocněními sociální omezení a smutek po domově. Příčina, závažnost, léčba a časový průběh exacerbací se liší od pacienta k pacientovi a od nemocničního zařízení liší se od státu ke státu. V souladu s tím neexistují žádné normy, které by mohly být použity pro načasování a povahu propouštění z nemocnice, které by sociální izolaci ukončilo. Je však zřejmé, že opakované exacerbace, opakované hospitalizace po akutním zhoršení jsou spojeny se zvýšenou mortalitou.

Wong a kol. (2014) uvádí, že většina pacientů trpí těžkými psychosociálními obtížemi kvůli představě, že kašel způsobený COPD je nakažlivý. Dušnost, která je důsledkem COPD, má významný fyzický a psychosociální dopad a může vést k sociální izolaci. Tito autoři dále uvádějí psychosociální a fyzický dopad COPD a význam samostatného rozhodování ve svých osobních záležitostech autonomním způsobem.

Vliv onemocnění na každodenní činnosti. Respondenti kriticky hodnotili svoji omezenou schopnost každodenních činností, především v oblasti sebepečce. Jako příčinu udávali dušnost, únavu, kašel a nešikovnost. Kašparová (2014) uvádí, že spokojenost po životní stránce byla u pacientů hodnocena jak kladně, tak záporně. Svou vitalitu poměřovali se svým stářím a možnostmi seberealizace a omezení činností viděli hlavně v problému pomalu se obléknout, umýt se atd.

Reakce příbuzných na projevy spojené s onemocněním byly podle vyjádření respondentů omezené, což nebylo jimi vnímáno negativně. Klímová (2014) nezjistila u pacientů s CHOPN, kteří ovšem nebyli v době výzkumu hospitalizováni, zásadní pocítování omezení v sociální oblasti. Přesto se však někteří respondenti osamělými cítili, a to vzhledem k možnosti ztrát některých sociálních rolí. Většinou však uvedli, že jsou se svými sociálními vztahy spokojeni.

Většina respondentů nevnímala zásadně negativně estetické dopady **spojené s přítomností TSK.** Větší problém, resp. obavu měl jeden respondent **o ztrátu hlasu** z důvodu přítomnosti TSK. Škvrňáková a kol. (2011) uvádějí, že ztráta hlasu byla více zatěžující než tracheostomická kanyla u 82,7 % pacientů. I když byl tento výzkum prováděn u pacientů s trvalou ztrátou hlasu, může být tato obava relevantní i u pacientů s dočasnou tracheostomickou kanylou, zvláště v případě, kdy jim tato skutečnost nebyla dostatečně objasněna.

Žádný z respondentů nepociťoval zásadní problémy sociálního kontaktu v nemocnici.

Drábová (2018) udává, že kvalita života u pacientů je vztažena k pocitu zdraví a vyjadřuje míru spokojenosti a pocitu pohody štěstí. Ta je velmi individuální podle nároků samotného pacienta, podle jeho anamnézy a přizpůsobivosti, podle nové situace, podle vztahů k blízkým, podle vhodného prostředí. Ovlivňuje tak výslednou prognózu. Je třeba věnovat náležitou pozornost skloubení všech faktorů, jak se vyrovnat s novou životní situací-onemocněním. Vedou k anatomickým, fyziologickým, mentálně kognitivním nebo emočním změnám oproti předchozí relativní stabilitě homeostáze struktur, funkcí, a to ve směru k jejich zhoršení.

V návrzích respondentů na **zlepšení sociálního přístupu v nemocnici** se objevily požadavky na flexibilnější návštěvy, signalizační zařízení, lepší přístup k osobním věcem a příjemnější prostředí, lepší přístup k toaletě, lepší televizní signál a více aktivit pro pacienty. Jde tedy o kombinaci opatření v sociální oblasti a technických opatření zlepšujících pobyt v nemocnici. Kuzníková (2013 str. 15) také upozorňuje na fakt, že celostní přístup k chronicky nemocným je nezbytný, jelikož jeho absence sociálního kontaktu vede k recidivám obtíží, horší prognóze, vyčlenění pacienta ze společnosti, k nižší kvalitě života a nespokojenosti pacienta, jelikož dopady těchto druhů onemocnění na psychosociální život jsou mnohem větší než u většiny akutních stavů. Z hlediska sociální práce je však důležité, aby byla věnována pozornost psychosociální situaci těchto pacientů stejně jako somatickému stavu. Týmová spolupráce ve zdravotnictví by měla být primárním východiskem při řešení situací klienta. Klient by neměl stát mimo rozhodování týmu (pokud se nejedná o akutní situaci, kdy je rozhodováno o okamžité léčebné intervenci). V české praxi však pacienti zastávají převážně submisivní pozici v medicínském – paternalistickém vztahu. **V rámci širšího sociálního okolí by měla být podporována aktivní role samotného klienta, jakožto spolupracovníka.**

5 ZÁVĚR

Cílem diplomové bylo zjistit a popsat, jaké jsou psychosociální aspekty u pacientů s CHOPN na oddělení NIP ve spojitosti s jejich onemocněním a hospitalizací. Po dobu hospitalizace na NIP na pacienty působí řada aspektů, které je ovlivňují nejen po biologické, ale i po psychické a sociální rovině.

Pomocí IFA byla zjištěna absence a možná i záměrná neochota znát diagnózu vlastního onemocnění CHOPN u většiny respondentů. Pouze jedna třetina pacientů znala přesně svoji diagnózu. Důležitým tématem je absence a možná záměrná neochota znát diagnózu vlastního onemocnění u většiny pacientů. Příznaky onemocnění definované respondenty jsou přibližně ve stejné míře přímým důsledkem onemocnění (zhoršené dýchání nebo únava) a důsledkem provedené TSK (ztráta hlasu, tvorbou hlenů, obtíže spojené s jejich vykašláváním). Prognózu respondenti ztotožňují či zaměňují s vidinou zlepšení zdravotního stavu po návratu do domácího prostředí. Nevědomost o pravděpodobné prognóze jejich onemocnění se zdá být v přímé souvislosti s nízkou informovaností o vlastní diagnóze. Možná spojitost je i s vytěšňováním, resp. nepřijetím vlastního onemocnění.

Psychická pohoda je pro pacienty zásadní faktor v procesu léčení a kvalita ošetrovatelské péče, resp. chování zdravotního personálu má velký vliv na psychickou pohodu pacientů. Byly zjištěny psychické problémy pacientů spojených s hospitalizací a s projevy onemocnění, které se projevují převažujícími negativními emocemi, jako je strach nebo zlost. Nonverbální komunikace při napojení pacientů na UPV je nedostatečná a situaci zhoršuje přístup některých osob z řad zdravotnického personálu. Naproti tomu bylo zjištěno, že možnost verbálně komunikovat zásadně mění postavení pacienta. Ze strany zdravotnického personálu je totiž patrná změna přístupu k pacientům, pokud jsou schopni znovu verbální komunikace. Pacienti také negativně vnímají snížení své důstojnosti, které by se dalo zlepšit dodržováním jednoduchých opatření, jako používání zástěn mezi lůžky, a hlavně zlepšením přístupu zdravotnického personálu při komunikaci. Největší strádání není pacientům způsobeno fyzickým utrpením a dalšími negativními projevy choroby, ale naprosto nevhodným přístupem některých členů zdravotnického personálu k pacientům a nedostatkem jejich soukromí. Personál vykazuje nízkou schopnost empatie a postrádá schopnost klidně a efektivně komunikovat s pacienty. Většina respondentů by si přála empatictější a klidnější přístup ošetrovatelského personálu a zlepšení dorozumívací techniky u nonverbální komunikace příkladem signalizačního zařízení u lůžka a více informací.

Sociální oblast výzkumu se při rozhovorech s respondenty úzce prolínala s oblastí psychologickou. Sociální problémy pacientů spojených s hospitalizací a projevy onemocnění byly zkoumány v souvislosti se sociální izolací, která je zásadně ovlivněna osobní a rodinnou situací pacienta. Vliv chování zdravotnického personálu se neprokázal jako je podstatný. Sociální izolaci pocítovala třetina respondentů, stejný podíl respondentů tuto izolaci nepocítoval. Zbývající část respondentů vnímala situaci jako víceméně neutrální fakt, spojený s pobytem v nemocnici. Vliv onemocnění na každodenní činnosti respondenti kriticky hodnotili svoji omezenou schopnost každodenních činností, především v oblasti sebepečce. Jako příčinu udávali dušnost, únavu, kašel a nešikovnost. Příbuzní se snaží nereagovat na projevy spojené s nemocněním jejich blízkých a pacienti tento jejich postoj nevnímali negativně. Obtíže spojené s přítomností TSK jsou pacienty akceptovány a potíže s jídlem s TSK pro ně nejsou zásadní. Pacienti ani neudávají problémy se sociálním kontaktem v nemocnici. Toto téma souvisí s tématem sociální izolace. Pro zlepšení sociálního přístupu v nemocnici by respondenti uvítali flexibilnější návštěvy, signalizační zařízení, lepší přístup k osobním věcem a příjemnější prostředí, lepší přístup k toaletě, lepší televizní signál a více aktivit pro pacienty. Pacienti nejsou vždy schopni oddělit opatření na zlepšení sociálního přístupu od opatření zlepšujících ošetrovatelskou péči.

Je zapotřebí zdůraznit, že tento výzkum probíhal na jednom pracovišti této specializované následné péče. Tudíž nevypovídá o celkovém přístupu k pacientům v ostatních zařízeních tohoto typu. Výpovědi pacientů by však mohly vést k zamyšlení nad přístupem k nim ze strany ošetřujícího personálu, a to nejen v zařízeních NIP, ale všech zdravotnických zařízeních, kde jsou hospitalizováni pacienti s problémy spojené s komunikací při nutnosti UPV.

Výzkum dokázal, že v následné dlouhodobé intenzivní péči je třeba citlivý a empatický přístup k pacientům, kteří trpí již samotným onemocněním, emoční dysbalancí, komunikačními problémy i sociální izolací. V této souvislosti je závažné zjištění, že největší strádání pacientům nepůsobilo fyzické utrpení a dalšími negativní projevy onemocnění spojené s CHOPN, ale naprosto nevhodný přístup některých členů zdravotnického personálu k nim.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

- BERAN, Jiří a kolektiv. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
- DRAPELA, Viktor. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-505-9.
- HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0534-0.
- HAŠKOVCOVÁ Helena. *Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-802-6209-829.
- HONZÁK, Radkin, Marie HANUŠOVÁ a Laura STROUHALOVÁ-JANÁČKOVÁ. *Základy psychologie*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-762-377-X.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *CHOPN jak rozdýchat plicní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4858-3.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie Idil. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.
- KLIMEŠOVÁ, Lenka a Jiří KLIMEŠ. *Umělá plicní ventilace*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2017. ISBN 978-80-7013-538-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, 1. vydání. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KÜBER-ROSS Elisabeth. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUZNÍKOVÁ, Iva, Vendula GOJOVÁ, Věra HOLASOVÁ, Monika CHRENKOVÁ, Oldřich CHYTIL, Lenka KRHUTOVÁ, Iva KUZNÍKOVÁ, Tomáš ŠOBÁŇ, Antonín LIŠKA a Zdeněk NOVOTNÝ. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 987-80-247-3676-1.

MAREK, Josef a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí. 4., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.

MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5589-2.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena Javůrková. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK, Roman HYTYCH a kolektiv. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK, Radka ALEXANDROVÁ, Sylvie BAŽKOVÁ, Zdeněk BYSTRICKÝ, Pavel FADRUS, Ludmila HYNKOVÁ, Olga JAKROVSKÁ, Jiří JURA, Jiřina JUŘIČKOVÁ, Zdeněk KALVACH, Jana KIRSCHOVÁ, Petr LOKAJ, Jan MALÁSKA, Alžběta MIŠOŇOVÁ, Jiří M. PROKOP, Lukáš PRUDIL, Petr RIZDOŇ, Zdeněk ŘEHÁK, Jana SKŘIČKOVÁ, Pavel ŠEVČÍK, Marta ŠTĚPÁNKOVÁ, Miroslav TOMŠÍKA a Pavel VEDRA. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galen, 2011. ISBN 978-80-7262-872-8.

SMOLÍKOVÁ, Libuše a Miloš MÁČEK. *Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2013. ISBN 978-80-7013-527-3.

STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Julie. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Abert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠAFRÁNKOVÁ, ALENA. a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.

VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

WEISS, Petr. *Otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-845-6.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-2068.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení 2. aktualizované a doplněné jednání*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

Články

DRÁBKOVÁ, Jarmila a Jiří, PROCHÁZKA. *Dlouhodobá / chronická resuscitační / intenzivní péče*. *Postgraduální medicína*, (10) 4, 368-371, 2008. ISSN 1212-4184.

ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Petra Mandysová. *Změna komunikace je u pacientů s trvalou tracheostomií největším hendikepem*. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, (60) 2, 85-90. 2011. ISSN 1210-7867.

Online zdroje

ANDREAS von Leupoldt and Thomas JANSSENS. *Could targeting disease specific fear and anxiety improve COPD outcomes? Expert Review of Medicine*. [online]. Belgie: Univerzity of Leuven, 2016, (10)8, 835-837 [cit.2019-02-21]. DOI: 10.1080/17476348.2016.1198697. ISSN: 1747-6348. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/17476348.2016.1198697>

ARANCIBIA, Mrcelo, Rosa BEHAR , Sofía MARÍN, Nicolás INZUNZA and Eva MADRID. *Psychosocial functioning in non-psychiatric acute and chronic inpatients: depression, alexithymia and lack of assertiveness*. *Revista médica de Chile*. [online]. Chile: Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, 2016, (11) 114, 1424-1431 [cit. 2019-04-02]. DOI: 10.4067/S0034-98872016001100008. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28394959>

BAUMGARTEN, Mette a Ingrid POUSEN. *Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis*. *Scandinavian Journal of caring sciences*. [online]. Denmark: Copenhagen University Hospital, 2014, (29)2, 203-204 [cit. 2019-02-23]. DOI: 10.1111/scs.12177. ISSN:1471-6712. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.12177>

BENTSEN B. Signe, Christine MIASKOWSKI, Bruce A COOPER, Vivi L. CHRISTENSEN, Anne H. HENRIKSEN, Are M. HOLM and Tone RUSTØEN. Distinct pain profiles in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*. [online]. USA University of California and San Francisco, Norway University of Oslo, 2018, (18)13, 801–811. [cit. 2019-03-02]. DOI: 10.2147/COPD.S150114. ISSN 1178-2005. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846750/pdf/copd-13-801.pdf>

BORDONI, Bruno, Fabiola MARELLI, Bruno MORABITO a ROBERTO CASTAGNA. Chest pain in patients with COPD: the fascia's subtle silence. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. [online]. Italy: University of Rome, 2018, (18)13, 1157–1165 [cit. 2019-02-22]. DOI: 10.5664/JCSM.4540. ISSN 1176-9106. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5903840/>

BUDHIRAJA, Rohit, Tauseef A. SIDDIQI a Stuart F. Quan. Sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease: etiology, impact, and management. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. [online]. USA: Division of Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine, Department of Medicine, Tufts Medical Center, Boston, MA; 2Division of Allergy, Critical Care, Pulmonary and Sleep Medicine, Department of Medicine, University of Arizona College of Medicine, Tucson, AZ; 3Divisions of Sleep Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, 2015, (2)3, 259–270. [cit. 2019-02-23]. DOI: 10.5664/JCSM.4540. ISSN 1550-9389. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25700872>

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodické opatření 12/1998. Koncepce následné lůžkové péče*. [online]. 1998, [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3583_1773_11.html

ČESKO Ministerstvo zdravotnictví české republiky. *Registrační listy ošetrovacích dnů-NVP (00015), NIP (00017), DIOP (00020) vydaných vyhláškou č. 421/2016 Sb.* [online]. MZČR, 2016, [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/registracni-listy-oseetrovacich-dnu-nvp00015-nip00017-diop00020vyda_13504_3.html

ČESKO Ministerstvo zdravotnictví české republiky. *Příručka k osnově o bezpečí pacientů Multiprofesní edice*. [online]. Praha 2016, [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/29/9789241501958_cze.pdf

ČESKO. Vyhláška č. 99/2012 sb. *Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.* [online]. 2012, [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

ČESKO. VZP, *pracoviště NIP a DIOP aktuální přehled pracovišť následné intenzivní péče (NIP) a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), která mají smlouvu s VZP (stav k 1. 12. 2018)* [online]. 2018, [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/pracoviste-nip-a-diop>

ČESKO. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práva pacientů ČR.* [online]. [cit.: 2019-04-07]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

ČESKO. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Regionální zpravodajství Národního zdravotnického informačního systému* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2016, [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <http://reporting.uzis.cz/cr>.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, Lenka ŠROMOVÁ, Viktoria DONTOVÁ a David ŽMOLIL. Referátový výběr z Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny [Online] *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína* [online]. 2018, (32) 65, 9. [cit. 2019-04-04]. ISSN 1805-4005. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2018/09/AR_2018_3.pdf

GLAXO SMITH KLINE (GSK) Jak se Vám daří s CHOPN? Odpovězte na test ohodnocení CHOPN (*COPD Assessment Test, CAT*) 2015, [online]. [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: http://www.catestonline.org/english/index_Czech.htm

Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Report 2017. [online]. [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: www.goldcopd.org

GROSSBACH, Irene, Sarah STRANBERG a Linda CHLAN. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse.* [online]. USA: School of Nursing at the University of Minnesota, Minneapolis, 2011, (31)3, 46-61. [cit. 2019-02-22]. DOI: 10.4037/CCN2010728. ISSN 9780323187794. Dostupné z: <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/3/46.long>

HALLÓRSDÓTTIR, Sigridur. Cancer Care in the New Millennium. *Researchgate.net* [online]. 5/2000, [cit. 01.04.2019]. ISBN-81-87424-01-X. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/259823496_Cancer_Care_in_the_New_Millennium

HOORN Sante.Ten, P. W. ELBERS, AR. GIRBES and P. R. Tuinman. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical care*, [online]. Netherlands: University Medical Center Amsterdam, 2016, (20)1, 333. [cit. 2019-02-18]. DOI: 10.1186/s13054-016-1483-2. ISSN: 1364-8535. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27756433>

IYER, S.Anand, Surya P. BHATT, Jeffrey J. GARNER J, J. Michael WELLS, Jennifer L. TREVOR, Neha M. PATEL, deNay Kirkpatrick, John C. WILLIAMS, a Mark T. DRANSFIELD. Depression Is Associated with Readmission for Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Am Thorac Society*, [online]. USA: University of Alabama, 2015, 13(2), 197-203 [cit. 2019-02-21]. DOI:10.1513/AnnalsATS.201507-439OC. ISSN:1546-3222. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26599286>

KENDROVÁ, Lucia, Gabriela KURIPACHOVÁ, Miriam IŠTOŇOVÁ, Pavol NECHVÁTAL, Wioletta MIKULÁKOVÁ a Petr TAKÁČ. Hodnotenie depresie u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc. *Kontakt*. [online] 2014, 16(3), [cit 2019-02-21]. ISSN: 1804-7122. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc14082022>

KOBLÍŽEK, Vladimír. Fenotypově orientovaná léčba chronické obstrukční plicní nemoci. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2014, 16(4), [cit. 2019-25-01]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2014/04/02>

KOBLÍŽEK, Vladimír, Jan CHLUMSKY, Vladimír ZINDR, Kateřina NEUMANNOVÁ, Jakub ZATKOUKAL, Jana KOCIÁNOVÁ, Jaromír ZATKOUKAL a Vratislav SEDLÁK. *Doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu stabilní CHOPN*. [online]. 2016, [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: www.pneumologie.cz/upload/1480193834.pdf

KOBÍŽEK, Vladimír. Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci. *PreVon. Pilotní projekty časného záchytu vážných onemocnění realizované Národním screeningovým centrem. Stávající screeningové programy – výsledky, bariéry v přístupnosti a prostupnosti a možnosti optimalizace*. [online]. 2018, [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://prevon.uzis.cz/index.php?pg=prezentace>

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*. Ostravská univerzita v Ostravě. [online]. 2013, [cit. 2019-04-02]. ISBN 978-80-7464-470-2. Dostupné z: www.projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Psychosocaspekty.pdf

MEDIAL spol. s.r.o. Tracheostomické kanyly a příslušenství - Pro profesionály - Medial.
Dostupné z:

<http://www.medial.cz/pro-profesionaly/pc-120-tracheostomicke-kanyly-a-prislusenstvi/pc-321-tracheostomicka-kanyla-ref-480>

MEDOCAL TRIBUNE. *V podpůrné léčbě CHOPN je stále co zlepšovat.* [online]. 2019, [cit2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44161-v-podpurne-lecbe-chopn-je-stale-co-zlepsovat>

PAUK, Norbert. Aktuální pohled na farmakoterapii CHOPN. *Interní medicína pro praxi.* [online]. 2016, **18**(3) [cit. 2019-02-09]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.internimedicina.cz

SCHMIDT, Matthieu, Aexandre DEMOULE, Emmanuelle DESLANDES-BOUTMY, Marine CHAIZE, Sandra de MIRANDA, Nicolas BÈLE, Nicolas ROCHE, Elie AZOULAY, and T.SIMIOWSKI, Nicolas BÈLE, and Thomas SIMIOWSKI. Intensive care unit admission in chronic obstructive pulmonary disease: patient information and the physician's decision-making process. *Critical Care.* [online]. France: 2014, **18**(3), [cit 2019-02-09]. DOI:10.1186/cc13906. ISSN: 1364-8535 Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/cc13906>

SCHROEDL Clara J, Susan E. YOUNT, Eytan SZMUILOWICZ, Paul J. HUTCHISON, Sharon R. ROSENBERG, and Ravi KALHAN. A qualitative study of unmet healthcare needs in chronic obstructive pulmonary disease: a potential role for specialist palliative care? *Annals of the American thoracic society* [online]. USA: Northwestern University Feinberg. 2014, **11**(9), 1433-8. [cit. 2019-04-01]. DOI: 10.1513/ANNALSATS.201404-155BC. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25302521>

SMITH, Jonathan Alan, Paul FLOWERS And Michael LARKIN. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. *Sage publications.* London. [online] 2009, [cit. 2019-04-19]. ISBN: 978-4129-0834-4. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/221670349_interpretative_phenomenological_analysis_theory_method_and_research/download

SOBOTÍK, Ondřej. Diagnostika, klasifikace a léčba chronické obstrukční plicní nemoci. *Medical Tribune* [online]. 2018, [cit. 2019-01-21]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42968-diagnostika-klasifikace-a-lecba-chronicke-obstrukcni-plicni-nemoci>

ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Petra MANDYSOVÁ. Ovlivňuje tracheostomie poykání? Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii [online]. Vyd. 1. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2009, s. 722-729. [cit. 2019-04-10]. ISBN: 978-80-88866-61-9. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00173488>

TOMÍŠKOVÁ, Marcela a Jana SKŘIČKOVÁ. Paliativní léčba u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. *Postgraduální medicína* [online]. 2014, [cit. 2019-02-07]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/paliativni-lecba-u-nemocnych-s-chronickou-obstrukcni-plicni-nemoci-475419>

WILLING, Carla. *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Third Edition. *Open University Press* [online]. 2013, [cit. 2019-04-18]. ISBN: 978-0-33-524450-8. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/...approach...analysis.../Carla+Willig-Introducing+qualitativ...>

WONG SL Staia, Nurdiana ABDULLAH, Adina ABDULLAH1, Su-May LIEW, Siew-Mooi CHING, Ee-Ming KHOO, Moyez JIWA and Yook-Chin CHIA. Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (copd): a qualitative study on patients and doctors. *BMC Family Practice* [online]. Malaysia: Faculty of Malaya Medicine University. Australia: Faculty of Health Sciences, Curtin University [online]. 2014, **15**(67), [cit. 2019-03-20]. DOI: 10.1186/1471-2296-15-67. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24739595>

Závěrečné práce

ČEČKOVÁ, Jaroslava. *Neverbální komunikace všeobecné sestry s pacientem*. Hradec Králové, 2013. 92 s. Bakalářská práce. Ústav sociálního lékařství, lékařská fakulta, Univerzita Karlova, oddělení ošetrovatelství. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

LACHETOVÁ, Martina. *Komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci*. Brno, 2017. 122 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Natália Beharková, PhD.

KAŠPAROVÁ, Iveta. *Vývoj potřeb u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí*. České Budějovice, 2014. 97 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetřovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

KLÍMOVÁ, Pavlína. *Kvalita života u pacientů s CHPON*. České Budějovice, 2014. 193 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetřovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová Ph.D.

SNÁŠELOVÁ, Iveta. *Sociální interakce s pacienty na umělé plicní ventilaci*. Brno, 2015. 104 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Zítková.

VOLHEJNOVÁ, Dita. *Baletka či buldozer, aneb zkušenosti pacientů s péčí zdravotníků*. Pardubice, 2018. 132 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, Dis.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Pracoviště NIP k 1.12. 2018 (VZP 2018)</i>	87
Příloha B – <i>Tracheostomická kanyla s obturační manžetou (MEDIAL spol. s.r.o.)</i>	90
Příloha C – <i>Fenestrováná trachostomická kanyla (MEDIAL spol. s.r.o.)</i>	90
Příloha D – <i>Test kognitivních funkcí Mini Cog-(malování hodin)</i>	91
Příloha E – <i>Informovaný souhlas</i>	92

Příloha A – Pracoviště NIP k 1.12. 2018 (VZP 2018)

Kraj	Smluvní poskytovatel	Ulice	Místo	PSČ	Typ
Praha	MEDITERRA s.r.o.	Malvazinky 5	Praha 5	15000	NIP
Praha	Fakultní nemocnice v Motole	V Úvalu 84	Praha 5	15006	NIP
Praha	ÚVN	U Vojenské nemocnice 1200	Praha6 Střešovice	16902	NIP
Praha	ETOILE CZ a.s.	Jáchymova 26/2	Praha 1	11011	NIP
Praha	Vršovická zdravotní a.s.	Oblouková 837/7	Praha 10	10100	NIP
Středočeský kraj	NH Hospital a.s.	Okruhová 1135/44	Praha 5	15500	NIP
Středočeský kraj	ANESAN, s.r.o.	Žižkova 282	Český Brod	28201	NIP
Středočeský kraj	Nemocnice Neratovice	Alšova 462	Neratovice	27711	NIP
Středočeský kraj	Městská nemocnice Městec Králové, a.s.	Prezidenta Beneše 343	Městec Králové	28903	NIP
Středočeský kraj	Chronicare s.r.o.	Čistovická 95/13	Praha 6 - Řepy	16000	NIP
Středočeský kraj	MEDITERRA Sedlčany, s.r.o.	Tyršova 161	Sedlčany	26480	NIP
Středočeský kraj	Dlouhodobá intenzivní oš. péče	Dukelských hrdinů 200	Rakovník	26929	NIP

Kraj	Smluvní poskytovatel	Ulice	Místo	PSČ	Typ
Jihočeský kraj	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	U Nemocnice 380	Jindřichův Hradec	37738	NIP
Plzeňský kraj	Klatovská nemocnice, a.s.	Plzeňská 929	Klatovy	33901	NIP
Plzeňský kraj	Fakultní nemocnice Plzeň	Edvarda Beneše 1128/13	Plzeň	30599	NIP
Plzeňský kraj	Mulačova nemocnice s. r. o.	Dvořákova 17	Plzeň	30100	NIP
Karlovarský kraj	NEMOS PLUS s.r.o.	Na Vyhlídce 1030/53	Karlovy Vary	36001	NIP
Ústecký kraj	Krajská zdravotní, a.s.- Nemoc.Most,o.z.	J. E. Purkyně 270/5	Most	43464	NIP
Liberecký kraj	Nemocnice Tanvald, s. r. o.	Nemocniční 287	Tanvald	46841	NIP
Královéhradecký kraj	Oblastní nemocnice Náchod, a.s.	Purkyňova 446	Náchod	54701	NIP
Královéhradecký kraj	Nemocnice Vrchlábí, s.r.o.	Fügenerova 50	Vrchlábí	54301	NIP
Pardubický kraj	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.	Václavská 570	Chrudim	53701	NIP
Vysočina	Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.	Žďárská 610	Nové Město na Moravě	59231	NIP
Vysočina	84427000 - Nemocnice sv. Zdislavy, a. s.	Mostišťe 93	Velké Meziříčí	59401	NIP

Kraj	Smluvní poskytovatel	Ulice	Místo	PSČ	Typ
Jihomoravský kraj	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	Pekařská 53	Brno	65691	NIP
Jihomoravský kraj	Chronicare - Life Star,a.s.	Polní 3	Brno	63900	NIP
Jihomoravský kraj	SurGal Clinic s.r.o.	Drobného 38	Brno	60200	NIP
Olomoucký kraj	Středomoravská nemocniční a.s.	Mathonova 291/1	Prostějov	79604	NIP
Olomoucký kraj	Vojenská nemocnice Olomouc	Sušilovo náměstí 5	Olomouc	77900	NIP
Moravskoslezský kraj	Nemocnice ve Frýdku Místku	El. Krásnohorské 321	Frýdek-Místek	73801	NIP
Moravskoslezský kraj	Nemocnice s poliklinikou Karviná, Ráj	Vydmuchov 399/5	Karviná	73412	NIP
Zlínský kraj	Uherskohišt'ská nemocnice a.s.	J. E. Purkyně 365	Uherské Hradiště	68606	NIP
Zlínský kraj	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	Havlíčkovo nábřeží 600	ZLÍN	76275	NIP

Příloha B – *Tracheostomická kanyla s obturační manžetou* (MEDIAL spol. s.r.o.)



Příloha C – *fenestrováná tracheostomická kanyla* (MEDIAL spol. s.r.o.)



Příloha D – *Test kognitivních funkcí Mini Cog-(malování hodin)*

Test hodin:

zdravotnický pracovník přečte pacientovi pokyny:

„Nakreslete hodiny. Nakreslete kulatý ciferník a dovnitř kruhu nakreslete všechna čísla tam, kam patří. Umístěte ručičky hodin tak, aby ukazovaly čas na 11:10 hod.“

Příloha E– *Informovaný souhlas*

Vážený pane, paní,

jmenuji se Monika Remešová a jsem studentkou navazujícího magisterského studijního programu Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V průběhu prosince 2018/2019 proběhne v nemocnici Český Brod na oddělení NIP studie, která se zabývá psychosociálními aspekty u onemocnění CHOPN. Data získaná v rámci studie budou použita pouze pro účely mé diplomové práce a budou zcela anonymní. Tento průzkum spočívá v polostrukturovaném rozhovoru na téma psychosociálních aspektů. Součástí průzkumu je krátký testu poznávacích schopností (zapamatování a zopakování 3 slov a kreslení hodin). Nesplní-li klient tento test, bude z průzkumu vyřazen.

Děkuji za Vaši ochotu a čas dotazník vyplnit.

Bc. Monika Remešová
studentka magisterského studia
Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Cíl studie

Cílem studie je pomocí polostrukturovaného dotazníku zjistit psychosociální potřeby u pacientů s nemocí CHOPN.

Průběh studie

Nejprve klient absolvuje krátký test poznávacích schopností (zapamatování a zopakování 3 slov a kreslení hodin). Splní-li klient tento test, bude osloven, aby se zúčastnil polostrukturovanému rozhovoru týkající se psychosociálních potřeb u nemoci CHOPN.

Možná rizika

Vyplnění dotazníku nepřináší žádná zdravotní rizika.

Ochrana osobních dat

Získané výsledky budou publikovány odborné veřejnosti v tomto směru běžnou formou.

Souhlas a odmítnutí studie

Pokud se rozhodnete zúčastnit studie, požádám Vás o Váš souhlas. Podepište prosím, předložený informovaný souhlas poté, co si jej pečlivě prostudujete. Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná, není honorovaná a není pro Vás spojena se žádnými náklady. Máte právo kdykoli svůj souhlas k účasti v této studii zrušit bez udání důvodu. Případné odmítnutí nebude mít pro Vás žádné nevýhody nebo negativní následky. Na další lékařskou péči o Vás to nebude mít žádný vliv.

Tímto potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Od šetření mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu, aniž by to mělo dopad na péči, které se mi dostává. K odstoupení od šetření dostačuje moje ústní sdělení výzkumníkovi, že odstupuji. Rozumím cíli, povaze výzkumného šetření a v čem spočívá moje zapojení. Beru na vědomí, že veškeré o mně poskytnuté údaje budou anonymizovány a souhlasím, že výsledky mohou být použity pro vědecko-výzkumné účely a jejich následné publikování.

V _____

Pacient/respondent podpis _____