

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Obtížný pacient v práci sestry**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:  
Mgr. Hana Sloupová-Bürgerová R.N.

Autorka práce:  
Marie Zuzáková

2007

## Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav .....	4
1.1 Specifika práce sester na vybraných odděleních.....	4
1.1.1 Specifika práce sestry na oddělení ARO.....	4
1.1.2 Specifika práce sestry na oddělení JIP .....	5
1.1.3 Specifika práce sestry chirurgického oddělení.....	6
1.1.4 Specifika práce sestry na oddělení následné péče.....	7
1.1.5 Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry .....	7
1.1.6 Role sestry ve vztahu k pacientům.....	8
1.2 Osobnost člověka ovlivňující roli pacienta.....	9
1.2.1 Reakce a postoj pacientů k nemoci .....	10
1.3 Agresivita a příčiny agresivního chování pacientů .....	10
1.3.1 Zásady při jednání se slovně agresivním pacientem .....	12
1.4 Pacient s demencí .....	13
1.4.1 Klinický obraz demence.....	13
1.5 Zmatený a neklidný pacient .....	15
1.6 Pacient s fatickou poruchou .....	15
1.7 Problémy pacientů s imobilizačním syndromem .....	17
1.8 Pacienti ohrožení akutním selháním životně důležitých funkcí.....	18
1.9 Problémy pacientů dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocných .....	21
1.9.1 Zásady přístupu k těžce nemocným .....	22
1.10 Psychická zátěž sestry .....	22
1.10.1 Syndrom vyhoření .....	23
2. Cíl práce a hypotézy.....	25
2.1 Cíl.....	25
2.2 Hypotézy .....	25
3. Metodika .....	26
3.1 Použitá metoda.....	26
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru .....	26

4. Výsledky .....	27
5. Diskuze.....	57
6. Závěr .....	61
7. Doporučení pro praxi .....	63
8. Seznam použité literatury:.....	64
9. Klíčová slova.....	66
10. Seznam použitých zkratk a symbolů .....	67
11. Přílohy .....	68

## Úvod

Sestra si nemůže naplánovat nebo vybrat jen „pohodové“ pacienty. Spektrum povahových rysů a charakterů je široké jako ostatně spektrum, které platí obecně. K tomu se připojují negativní emoce spojené s onemocněním a s hospitalizací. Nemoc sama o sobě nepřináší příjemné naladění (20).

Jak si poradit s „obtížným“ pacientem? Pozitivní změny je možné dosáhnout zlepšením dovedností a osvojením komunikačních praktik, které vedou k pocitu ocenění vlastní hodnoty pacienta a pomáhají vytvořit podporující prostředí(20).

Problémovému pacientovi je třeba vždy věnovat plnou pozornost, jeho chování brát vážně a s pochopením, nikdy se nedat strhnout k impulzivní odpovědi, k nestandardní situaci přistupovat jako ke zkoušce profesionality, v níž je třeba obstát (16).

Označení „obtížný“ znamená ve své podstatě interpersonální. Pacient označený jako „obtížný“ může být určen sestrami rozdílně. Cílem výzkumu je určit, jaká kritéria ovlivňují sestry při výběru a stanovení pořadí „obtížného“ pacienta na vybraných odděleních.

Většinou si mnozí představí pacienta agresivního, neklidného, pod vlivem omamných látek, nespolupracujícího, ale může to být i pacient v bezvědomí, ochrnutý, nebo jen apatický, který je se svým stavem spokojen. Snahou sester by měla být redukce záporných emocí, projevy zájmu, vcítěním a nákloností. Pacienty je třeba podporovat v jistotě, že nestojí proti svým potížím osamoceni, vyzývat je ke spolupráci, trpělivě vyslechnout jejich monology, dodávat jim odvalu a oceňovat jejich snahu a úsilí. Sestra by měla respektovat občanskou důstojnost nemocných a práva pacientů (příloha č.1) (14).

## **Teoretická část**

### **1. Současný stav**

Práce sester na zvolených ošetrovacích jednotkách má svá specifika, ale všechny se při výkonu své práce setkávají s pacienty, agresivními, s poruchou komunikace, s dementními, imobilními, zmatenými, neklidnými, s pacienty, kteří jsou ohroženi selháním životně důležitých funkcí, dále s pacienty dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocnými. Při ošetřování těchto pacientů jsou na sestru kladeny vysoké psychické nároky. Při provádění kvalitní ošetrovatelské péče musí mít sestra dostatek vědomostí a zkušeností, jak čelit náročným situacím, se kterými se při své práci neustále setkává.

Jaká kritéria vedou sestru k označení „obtížného“ pacienta? Mají sestry dostatečné technické a materiální vybavení na svých odděleních? Je na jednotlivých odděleních dostatek ošetrovatelského a pomocného personálu ve směně a má sestra podporu při řešení obtížných situací u svých nadřízených?

#### ***1.1 Specifika práce sester na vybraných odděleních***

V souladu s tématem práce v následujících kapitolách budou popsána specifika práce sestry na vybraných odděleních. V souladu s cíli práce jsou to anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotka intenzivní péče, chirurgické oddělení a oddělení následné péče.

##### ***1.1.1 Specifika práce sestry na oddělení ARO***

Na oddělení ARO se přijímají pacienti u kterých došlo k náhlému selhání základních životních funkcí nebo jsou tímto selhání bezprostředně ohroženi, pokud povaha základního onemocnění nevyklučuje nutnou resuscitaci.

Indikací k přijetí jsou především: polytraumata bez nutnosti odeslání na vyšší traumatologická centra, komatózní stavy při hypoxickém poškození mozku např. po

úspěšné kardiopulmonální resuscitaci, tonutí, úrazy elektrickým proudem, komplikované infarkty myokardu s respirační insuficiencí, embolie plicnice, pooperační a poúrazové stavy s respiračním a oběhovým selháním, neurologická onemocnění spojená s přechodnou poruchou bulbárních funkcí (status epilepticus, centrální mozkové příhody), některá interní onemocnění (status astmaticus, metabolické koma s poruchou obranných reflexů), lékové a nelékové intoxikace s bezprostředním omezením vitálních funkcí, koma nejasné etiologie, pokud by stanovení diagnózy na příslušném oddělení vystavovalo pacienta nebezpečí z prodlení, nemocní s podezřením na smrt mozku k potvrzení diagnózy, jde-li o potencionálního dárce orgánů (6).

Sestra sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotí závažnost stavu a provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení. Pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje její stálou připravenost, provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem. Provádí katetrizaci močového měchýře mužů, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let. Pod odborným dohledem lékaře provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami, endotracheální laváže, aplikuje transfuzní přípravky a krevní deriváty. Pod přímým vedením lékaře provádí punkci arterií k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku, dále provádí extubaci tracheální rourky (24).

### ***1.1.2 Specifika práce sestry na oddělení JIP***

Na oddělení JIP se přijímají pacienti, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí. Indikace k přijetí jsou především: akutní srdeční infarkt, šok, (kardiogenní, toxický, anafylaktický), plicní embolie, akutní dechová nedostatečnost, akutní metabolické a endokrinní poruchy (diabetické, hypoglykemické koma, thyreotoxická krize, těžké otravy, těžké poruchy centrálního nervového systému tzv. k observaci, kdy sledování pacienta na JIP má přispět k objasnění patologických stavů

vzniklých úrazem, pooperační stavy (operace srdce, mozku hrudníku, náhlé příhody břišní, krvácení, peritonitída, pankreatitída, popáleniny, hypotermie, hypertermie(6).

Práce sestry spočívá v intenzivním sledování vitálních funkcí, aplikací infúzí, kortikosteroidů, antibiotik a analgetik. Pravidelně kontroluje operační ránu a sekret v redonových drenech. Provádí kontrolní krevní vyšetření a včas reaguje na patologické hodnoty. Zahajuje dvouhodinový interval polohování jako prevence dekubitů a plicních komplikací. Nutná je důkladná péče o dýchací cesty, aplikace kyslíku, pokleповé masáže a podávání léků umožňujících lepší vykašlávání, případně odsávání z horních cest dýchacích. Důležitá je péče o močový katetr, sledování diurézy a zajištění hygieny (7).

### ***1.1.3 Specifika práce sestry chirurgického oddělení***

Základní specifika práce sestry na chirurgickém oddělení vychází již ze zaměření oboru. Na chirurgické oddělení jsou přijímáni pacienti, u nichž se většinou předpokládá chirurgické řešení jejich onemocnění. Úkolem sestry je zajištění předoperační přípravy, pooperační péče. S operačním výkonem souvisí i převazování ran, péče o dreny, sledování fyziologických funkcí. Sestry se podílejí na tišení bolesti, prevenci nozokomiálních nákaz. Práce sester je ovlivňována řadou faktorů, a to především zdravotním stavem nemocných (23).

U nemocných přijatých v akutním stavu, kdy se mnohdy jejich stav vyvíjí velmi dramaticky, záleží nejenom na znalostech a dovednostech sestry, ale také na její organizační schopnosti. Současně však je třeba přizpůsobit jednání s nemocným a jeho rodinou tak, aby bylo dosaženo efektivní a účinné spolupráce. Při přijetí nemocných s úrazy, kdy se tito ocitají z plného zdraví v kritickém stavu a kdy jsou často ohroženi na životě, vyžaduje zvládnutí těchto stavů obzvláště mimořádné schopnosti sester např. rychlost, pohotovost, předvídavost a přesnost (23).

U nemocných přijatých k plánované operaci je úkolem sestry dosáhnout uklidnění nemocného a jeho rodiny. Někteří nemocní příznaky bagatelizují, jiní naopak zase zveličují (23).

### ***1.1.4 Specifika práce sestry na oddělení následné péče***

Na oddělení následné péče se přijímají pacienti pro úpravu zdravotního stavu, který již nevyžaduje ošetrovací dobu na akutním lůžku. Účelem hospitalizace je rehabilitace a eventuelně opětovné nabytí soběstačnosti, je-li to ze zdravotních důvodů možné.

Zdravotní sestra, která pečuje o geriatrického pacienta a terminálně nemocné přichází denně do kontaktu s umíráním. Musí se zamýšlet nad psychologickými a filozofickými aspekty umírání a smrti. K nejdůležitějším úkolům sestry při péči o geriatrické pacienty patří: kvalitní ošetrovatelská anamnéza, která je nezbytná pro stanovení správných psychosociálních diagnóz a individuálních intervencí. Vhodný přístup sestry může podstatně ovlivnit kvalitu života geriatrického pacienta. Sestra musí mít na paměti, že geriatrický pacient je často chronicky nemocný, nesoběstačný, osamělý a stresovaný. Sestra přijde často do styku u těchto pacientů s dezorientací, úzkostí, s amenními stavy a spánkovou inverzí (12).

### ***1.1.5 Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry***

Předpokladem úspěšné práce sestry je pacientova důvěra. Tuto důvěru si získávají vlastnosti, jimiž lze obecně charakterizovat dobrého člověka. Hodnocení „dobrý člověk“ přisuzuje jednotlivci čestnost, poctivost, schopnost sebekritiky, snášenlivost, svědomitost, obětavost, ochotu, ohleduplnost, pozornost, jemnost, slušnost, vlídnost, citlivost, soucit, shovívavost, srdečnost, taktnost v jednání, upřímnost a pravdomluvnost, schopnost vytvářet dobré mezilidské vztahy se spolupracovníky (9).

Povolání zdravotní sestry vyžaduje i zdravé sebevědomí, které charakterizuje sebedůvěra, sebeúcta, solidnost, přiměřená vážnost a skromnost. Podmínkou úspěšnosti a spokojenosti v povolání je dobrá profesionální adaptace, dobré přizpůsobení se povolání. Adaptovat se na povolání sestry znamená překonat počáteční velmi hluboké a živé prožívání mnohých zatěžujících událostí, které je třeba prožívat s odstupem, přiměřeně bez traumatizujícího vlivu, aby nenarušovaly pracovní a odborné výkony. Projevem úspěšné adaptace je, jestliže má sestra blízko k psychologii nemocného,



jestliže se lehce vžívá do toho, jak pacient vnímá zdravotnické prostředí, jak prožívá bolest, strach nebo nejistotu (9).

Při delším vykonávání nějakého povolání může dojít k profesionální deformaci, která se v sesterském povolání projevuje ztrátou lidské účasti, zájmu o nemocného, vznikem citové lhostejnosti a otupělosti vůči nemocnému. V pacientovi vidí jen případ, nemá pochopení pro jeho lidskou stránku, chybí jí psychologický přístup k němu. U sestry vzniká profesionální deformace z vědomí moci nad pacientem (9).

### ***1.1.6 Role sestry ve vztahu k pacientům***

Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí, chování předpokládaného společenským statusem povolání. Role sestry jsou určeny objektivními skutečnostmi společnosti a jsou historicky podmíněné. Jen málo profesí v posledním období překonalo takové změny jako povolání sestry. Dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester nové vědomosti a širší spektrum poznatků, a to především ve vztahu k problémům, které obklopují a provázejí nemoc, zdraví jedince i skupiny (8).

Sestra při své práci vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů. Sestra má schopnost nemocnému zabezpečit pocit jistoty a je emocionálně neutrální (8).

V současnosti plní sestra roli poskytovatelky ošetrovatelské péče a manažerky, kdy působí v řízení a organizaci na různých úrovních. Dále plní roli edukátorky, je zaměřená na utváření a formování uvědomělého chování a konání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Sestra je obhájkyní pacienta, reprezentuje jeho práva, obhajuje jeho zájmy. V zájmu rozvoje ošetrovatelství je sestra nositelkou změn. Role sestry výzkumnice je aktuální ve společnosti, kde se ošetrovatelství stává důvěryhodnou vědeckou profesí jako záruka kvalitní ošetrovatelské péče (8).

Sestra využívá znalostí o lidských potřebách, využívá je při edukaci nemocného, podpoře nemocného a jeho seberealizaci, může napomoci pochopit nemocnému, co se s ním děje, najít způsob, jak situaci čelit, udržovat jeho identitu, sebeúctu a pomoci i přijmout nevyhnutelné (20).

## ***1.2 Osobnost člověka ovlivňující roli pacienta***

Osobnost charakterizujeme jako historicky a geograficky podmíněného jedince s osobitým a jedinečným životním slohem a jistým sociálním místem. Osobitost vidíme jako souhrn toho, co je v člověku původní, jeho vrozenou složku a současně i toho, co si osvojil v průběhu socializace, tedy v průběhu sociálního učení, vlivem působení okolního prostředí a cílené výchovy (2).

Jedinečnost a neopakovatelnost osobnosti se promítá v jeho vrozených vlohách, v jeho získaných schopnostech, v jeho aktuálně uskutečňovaných dovednostech, i v celé struktuře naučených integrovaných činností, tj. v charakteru. Ke každé činnosti přísluší impuls, pohnutka, něco, co ji energizuje a dává směr, tedy motivace. V určitých situacích je pro posouzení a poznání nemocného, o kterého zdravotník pečuje, je významné to, co je dáno spíše vrozenými faktory, např. intenzita emocionálních reakcí, v jiných situacích se stávají významnějšími ty projevy chování, které jsou dány spíše vlivem sociálního a kulturního prostředí (2).

V dětství a v mládí se postupně vytváří základní struktura osobnosti, na kterou mají vliv vrozené dispozice, výchova, prostředí a činnost jedince. V životě se člověk dostává do situace, které nemůže a nebo neumí zvládnout, jde o nepříznivé životní okolnosti, např. nemoc či ztrátu blízkých. Jestliže se takovéto nepříznivé podmínky vyskytnou v období, kdy člověk nemá ještě vyvinuté základní mechanismy potřebné k jejich zvládnutí, můžou způsobit psychické i tělesné poruchy (8).

Lidé se svým chováním a reakcemi liší, avšak jisté projevy chování jsou u některých skupin společné. Sestra přichází do styku s osobami, které se zpravidla nacházejí ve stresové situaci, jež může některé zejména negativní projevy chování umocňovat. Mezi nejčastější obtížné povahové typy, s nimiž sestra přichází do styku patří typ agresivní, úzkostný, úzkostně pedantintský, depresivní a narcistický. Vždy je třeba problémovému pacientovi věnovat plnou pozornost a jeho chování brát vážně (3).

### ***1.2.1 Reakce a postoj pacientů k nemoci***

Každé onemocnění působí na člověka nepříznivě, ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, event. i některé rysy osobnosti. Změny emocí, nálad jsou časté na začátku onemocnění, jejich intenzita nemusí odpovídat závažnosti onemocnění (4).

Reakce nemocného a jeho postoj k nemoci mohou být rozdílné. Většina nemocných při běžných onemocněních reaguje přiměřeně situaci, přijímá diagnózu, doporučení k léčbě, dodržuje pokyny a stav se upravuje. Jindy nemocný závažnost nemoci podceňuje, neléčí se, navrhovaná opatření nedodržuje a nemoc bagatelizuje. Někdy popírá příznaky nemoci disimuluje, případně zkresluje. Dále může mít pacient neúměrný strach z nemoci, závažnost nemoci může přeceňovat nebo své potíže zveličovat a simulací předstírat nemoc a její příznaky (4).

Zpracování onemocnění závisí na více faktorech: na typu základního onemocnění, zda jde o akutní nebo chronickou nemoc, jestli je provázena bolestmi či ne, zda vyžaduje připoutání na lůžko či je možný volný pohyb, jde-li o běžné onemocnění nebo o život ohrožující chorobu, jestli touto nemocí trpí hodně lidí, či je vzácně se vyskytující, na typu osobnosti člověka, na tom, jaké má vlastní rezervy, které může při chorobě zaktivovat, na životní a společenské situaci, jestli jej nemoc postihuje v mladším věku nebo na konci plně prožitého života, zda je člověk osamělý nebo naopak člověk s bohatou sítí rodiny či přátel, kteří mu pomáhají snášet nemoc (2).

### ***1.3 Agresivita a příčiny agresivního chování pacientů***

Agresivita člověka má rozmanitou podobu. Agresivně lze myslet a komunikovat, prožívat, jednat, agresivita je obsažena v našich představách a fantaziích, přáních, denních a nočních snech. Je vymezena jako poměrně stálá individuální dispozice k útočnému jednání. Lze ji dělit podle místa jejího projevu na vnější a vnitřní, verbální a brachiální. Dále podle směru působení na agresivitu intrapunitivní, kterou jedinec zaměřuje sám proti sobě a agresivitu extrapunitivní, vedenou proti okolí. Směřování agresivity patří mezi stálější charakteristiky osobnosti. V psychologii rozeznáváme čtyři

základní typy tohoto jednání: agresivitu instrumentální, samoučelnou, jako důsledek afektu a reaktivní (25).

Agresivita instrumentální je nejběžnější a znamená, že jedinec chce touto formou něčeho dosáhnout. Agresivita samoučelná je „agresivitou pro agresivitu“, člověku přináší požitky sama o sobě. Je zřejmé, že někdy je vázána na sebepojetí, neboť takto si lze zvyšovat sebevědomí, prosazovat se a nalézat sebepotvrzení. V takovém případě je osobní charakteristikou a její motivace souvisí se subjektivními potřebami jedince (25).

Agresivita jako důsledek afektu bývá nejčastěji u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Jedná se o jedince značně sebevědomé a na sebe zaměřené. Druhého příliš nevnímají, nebo jen účelově. Tito lidé jsou nadměrně citliví na ponížení, na které reagují velmi snadno hněvným afektem ústícím v agresivní jednání (25).

Agresivita reaktivní bývá odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity. Například silná fyzická nebo duševní bolest mohou vyvolat agresivitu, jejímž cílem je odstranit její zdroj. Původ agresivity lze rozdělit do dvou základních okruhů: teorie vycházející z biologie a teorie psychologické (25).

Příčinou agresivního chování je subjektivní pocit ohrožení a strachu, prožití křivdy a nespravedlnosti ve vztahu k událostem, které člověk považuje za významné a týkají se jeho osoby či osob jemu blízkých. Zklamání v určitém očekávání nebo v pacientově snaze. Agresivní projev nastává vnímá-li pacient něco jako zbytečně nepříjemné. Prožitky ponížení, zesměšnění, uražení, pocit bezmoci, ať již subjektivní, nebo spojení s tělesnými omezeními, pocity viny a obrana před nimi tím, že se hledá viník jinde, což bývá spojeno s agresivním prožíváním, případně i jednáním (25).

Agresivní jednání pacienta může mít různé zabarvení od afektu provázeného fyzickým napadáním osob nebo destrukcí předmětů přes slovní výpady a vyhrožování až po hostilitu maskovanou ledovou zdvořilostí (10).

Neklid spojený s agresivním chováním může doprovázet změněný stav vědomí např. při vysokých horečkách, intoxikaci. Také se s ním setkáváme u psychoticky nemocných, jejich osobnost je dezintegrována. Takoví pacienti prožívají úzkost, případně mohou jednat agresivně pod vlivem imperativních bludů a halucinací, zejména

paranoidního charakteru. Tito pacienti vyžadují hospitalizaci ve speciálních zařízeních (25).

Agresivita spojená s nedostatkem až absencí soucitu je častá i u osob s disociální poruchou osobnosti, u nichž bývá i vyšší agresivní potenciál a emoční dráždivost. Tato zatím neléčitelná a obtížně ovlivnitelná porucha osobnosti je častá u lidí provádějících násilnou trestnou činnost (25).

### ***1.3.1 Zásady při jednání se slovně agresivním pacientem***

Při jednání s podrážděným či rozčileným pacientem nebo jeho příbuznými je potřeba zachovat klid, nechovat se autoritářsky na případný slovní útok, výčitky apod. nereagovat stejnou mincí, protože agresivita zesiluje agresivitu. Zvládání potenciálně útočného pacienta je jeho pozorné vyslechnutí při zachování akceptujícího postoje z naší strany. Je třeba se snažit si uvědomit, co pacient říká, jak to říká, co si vlastně myslí, jaký to má pro něho význam a jak to momentálně prožívá. Tyto skutečnosti jsou během rozhovoru srozumitelnou formou sděleny. Pomocí empatie se hledá společně s pacientem porozumění jeho stavu a příčinám, které k němu vedly. Mělo by být jasně řečeno, co vedlo a vede k jeho zneklidnění, co se konkrétně přihodilo, co si přeje a čeho chce dosáhnout. Pravidlem bývá, že pacient mívá opravdu reálné důvody k neklidu a případným obavám, ale jejich subjektivní zpracování a následná reakce jsou nepřiměřené (25).

Pokud to jde, je možno nemocnému vyhovět. Dále je třeba poskytnout prostor pro zodpovězení pacientových dotazů, pomáhat hledat jiné řešení. Na nepřiměřeném chování nemocných a jejich příbuzných se spolupodílejí zdravotničtí pracovníci i tím, že s nimi jednájí s malou úctou a respektem, nebo s nimi téměř nehovoří. U nemocných pak vzniká dojem, že o ně není zájem nebo že jsou dokonce nedostatečně léčeni či ošetřováni(25).

Pacienta je třeba průběžně, předem a bez vyžádání z jeho strany dostatečně informovat o všem, co je pro něho v souvislosti se zdravotními obtížemi a diagnosticko

- terapeutickým procesem důležité. Pacientovi je žádoucí umožnit v co nejširším rozsahu a ve všech směrech spolurozhodování (25).

#### ***1.4 Pacient s demencí***

Demence je syndrom charakterizovaný postižením, snížením úrovně rozličných vyšších korových funkcí, jako je paměť, myšlení, úsudek, intelekt, schopnost učení. Jde o děj, který nastal a vedl ke snížení původních, již určité úrovně dosahujících, schopností. Ačkoli věková hranice pro vznik demence je velmi nízká, demence jsou považovány především za onemocnění vyššího věku. Jejich příčina může být různá, nejčastější ve stáří jsou však demence původu atroficko – degenerativního a dále demence cévní. Další typy tzv. sekundárních demencí metabolické, toxické, infekční aj. jsou ve srovnání s již zmíněnými v senoirském věku méně početné (13).

Termín demence byl jedním z medicínských termínů, který vyvolává strach, vedle obvyklé infaustní prognózy je s tímto termínem ještě spojena i představa postupné ztráty duševních schopností, sebekontroly, schopnosti komunikace a sebeobsluhy. Některé demence patří k reverzibilním. Při správné léčbě může dojít ke zlepšení i úplné úpravě kognitivních funkcí, vedle toho se pak objevují stále nové léky, nabízející možnost zlepšení stavu či alespoň zpomalení rozvoje onemocnění v těch případech, kdy jde o onemocnění vedoucí k demenci ireverzibilní, spojené s nezvratným poškozením mozkové tkáně. Proto je nutná přesná diagnostika, která umožní včasné a cílené zahájení léčby. Demence lze rozdělit do 3 základních skupin: atroficko – degenerativní, ischemicko – vaskulární, symptomatické ( sekundární) (13).

##### ***1.4.1 Klinický obraz demence***

Demence zahrnuje především úbytek kognitivních funkcí, zejména paměti a intelektu. Za diagnosticky významný je považován pokles rozumových schopností zhruba o 20%. Vedle paměťových a rozumových schopností dochází však i ke změnám dalších schopností a funkcí (13).

U dementních jedinců lze pozorovat úbytek paměti, myšlení se stává zpomaleným, rigidním a stereotypním, klesá pozornost, objevují se poruchy řeči. Častý je výskyt poruch v oblasti emotivity zahrnujících prostou emoční labilitu či naopak emoční oploštělost, výskyt depresivních rozlad někdy spojených s úzkostí, méně časté jsou stavy nepřiměřené rozjařenosti obvykle s patrným snížením zábran, nejrůznějšími vtípkováním a ztrátou taktu. Mění se motivace, pacient ztrácí zájem o činnosti včetně základní sebeobsluhy, objevují se poruchy cyklu spánek – bdění, často vzniká spánková inverze, výskyt apraxie, alexie, agrafie, aklakulie, změny osobnostní, v prvním období především zvýraznění některých osobnostních rysů, později její úpadek (13).

Z hlediska míry závažnosti je průběh demence dnes nejčastěji dělen do tří stupňů, a to mírný, střední a těžký. Mírný stupeň obvykle umožňuje nemocnému ještě v podstatě samostatnou existenci ve známém prostředí, při středním stupni je již nutná pomoc druhých osob, neboť pacient si obvykle již nedokáže samostatně zajistit například užívání léků či nakládání s finančními prostředky, při těžkém stupni se pak nemocný stává již zcela odkázaný na péči druhých, neboť závažnost poruchy mu již neumožňuje uchovat v paměti ani základní údaje a souvisle myslet (13).

Při péči o pacienta je třeba dbát na prostředí, které má být klidné, příjemné a hlavně bezpečné. K orientaci nemocného mohou přispívat nástěnné hodiny, jednoduché kalendáře, tabulky označující sociální zařízení, které by mělo být bezbariérové a vybavené madly. V kontaktu s nemocnými je vhodná trpělivost, vlídnost, uklidnění a navození pocitu bezpečí. Důležitou roli hraje organizace denního režimu pravidelnost spánku, hygieny, podávání jídla, tekutin a péče o celkový tělesný stav. Nemocní bez dostatečného množství podnětů z okolí dále ochabují fyzicky i psychicky, proto je důležité zaměstnávání přiměřenou aktivitou (3).

Demence omezuje sociální uplatnění nemocného, který s prohlubujícím se postižením ztrácí schopnost přijatelně zastávat své sociální role. Onemocnění klade vysoké nároky i na okolí nemocného, a to nejen na potřebu zajistit pacientovi přiměřenou péči, ale i z hlediska emoční zátěže vyplývající ze stavu nemocného pro osobu pečovatele (13).

### ***1.5 Zmatený a neklidný pacient***

Zmatenost se vyskytuje častěji u pacientů s pokročilým onemocněním, u starých osob a lidí, kteří mají více onemocnění. Nerozpoznaná a neléčená zmatenost je stresující zkušeností pro pacienta i jeho blízké. Může znemožnit komunikaci a zanechat u členů rodiny nepříjemné vzpomínky. Dalším problémem u těchto nemocných je bezpečnost, je-li zmatenost spojena s neklidem a rozrušením, hrozí riziko pádu a úrazu(16).

Akutní zmatenost se projevuje jako výrazná alterace kognitivních funkcí, které se mění v průběhu času (i několikrát za den) a má známou příčinu. Pacient má poruchy spánku, je vzhůru a zmatený v noci, somnolentní během dne. Pacient má sníženou pozornost a poruchu kognitivních funkcí a vnímání. Je přítomna emocionální labilita. Pacient může být i velmi rozrušený a plačtivý, aniž by rozuměl tomu, proč se tak cítí. Může mít také noční můry. Poruchy vnímání zahrnují špatnou interpretaci skutečnosti, halucinace a iluze. Akutní zmatenost se projevuje jinak než chronická zmatenost, která je důsledkem demence, proto vyžaduje specifické posouzení a léčbu (16).

Neklid je projevem klinického stavu, kterým může být onemocnění nebo náročná životní situace. Je to stav, který není úmyslný, vyskytuje se především u pocitu fyzického či psychického diskomfortu pacienta. Psychomotorický neklid je vysvětlován jako zvýšení psychomotorického tempa, které se projevuje stereotypními úkony a tiky v situacích úzkosti a vnitřního napětí, též u halucinací, bludů a delirií (10).

Zdravotníci, kteří pečují o neklidné pacienty, mají často pocit neschopnosti z toho, že nedokáží tento problém řešit. Sestry jsou nešťastné z toho, že nejsou schopny poskytnout útěchu a pohodu lidem, o které se starají (16).

### ***1.6 Pacient s fatickou poruchou***

Poruchy řeči u dospělých vznikají nejčastěji jako následky mozkových příhod. Afázie je úplná nebo částečná ztráta schopnosti rozumět řeči nebo smysluplně artikulovat následkem poškození mozku. Může být provázena poruchou v písemném projevu, ve čtení i v počítání. S fatickými poruchami se můžeme setkat u nemocných po



úrazu hlavy, po operaci mozku, po nejrůznějších mozkových příhodách a u nádorových onemocnění. Jedná se buď o neschopnost chápat význam slyšené (čtené) řeči (afázie percepční) nebo o neschopnost srozumitelně se vyjádřit (expresivní afázie) (4).

Při percepční poruše bývá řeč zachována, může být i dosti plynulá, ale nemocný není schopen dávat smysluplné odpovědi na naše otázky, protože nerozumí významu našich slov. Naše řeč je pro něj málo srozumitelná nebo zcela nesrozumitelná jako bychom mluvili cizím, jemu neznámým jazykem. Jeho řeč bývá narušena záměnou slov (4).

Při expresivní poruše nemocný spontánně téměř nemluví nebo jen krátce, telegraficky, s chybnou gramatikou, je porušeno vydávání povelů orgánům mluvené řeči. V těžších případech zcela chybí schopnost mluvit, někdy vyslovuje nebo vyráží jen slabiky. Nemocný slyší a řeči rozumí, čtená a psaná řeč nemusí být narušena (4).

Při ošetřování takových nemocných je pro sestru důležité navázání kontaktu s nimi. Komunikace je vždy obtížná, někdy se zdá prakticky nemožná. Především je nutno si uvědomit, že nemocný slyší v mnoha případech, ač sám nemluví, všemu rozumí. Proto sestra nezapomíná kontrolovat své chování i chování všech pracovníků u lůžka, rozhovor o nemocném a míře jeho postižení nikdy nevede u lůžka. Při péči o nemocného sestra mluví vlídně, pomalu, stručně, stále pečlivě sleduje reakce a zda rozumí pokynům (4).

Otázky sestry klade tak, aby byly jednoznačné a odpověď očekává buď souhlasnou či nesouhlasnou. Souhlas při nemožnosti artikulované odpovědi může být vyjádřen přikývnutím, mrknutím víček, zvednutím ruky nebo prstu. Dle potřeby může pro nemocného připravit tabulku s nápisy nejčastějších přání (je-li zachováno čtení) nebo s obrázky a nemocný může na tabulce svá přání ukázat, případně ukáže a nemocný souhlasí nebo nesouhlasí (4).

O možnostech komunikace s nemocným informuje sestra i příbuzné a další návštěvy, vede je k tomu, aby hledali též cesty k dorozumění se s nemocným. V mnoha případech může jít o stav přechodný, který se při správné a včasné péči (pod vedením foniatra a logopeda) může zcela nebo alespoň částečně upravit (4).

### ***1.7 Problémy pacientů s imobilizačním syndromem***

Imobilizační syndrom je stav, při kterém je postižený pacient ohrožen poškozením různých tělesných systémů následkem léčbou vynucené nebo nevyhnutelné imobilizace (5).

Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu. Všechny orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity. Nejvýraznější změny se během pohybové imobility projevují na kosterním a svalovém systému. Nemocný sám zjistí výrazný pokles svalové síly, pokud si neudrží přiměřenou fyzickou aktivitu. Pokles svalové hmoty neboli svalová atrofie vzniká, pokud svalová vlákna nekontrahují jako během normální fyzické aktivity. V důsledku svalové atrofie dochází ke snížení svalové síly a vytrvalosti (20).

Osteoporóza z inaktivity je výsledkem ztráty antigravitačního působení, snížení svalové hmoty a komplexních endokrinních a metabolických změn, které provázejí imobilizaci. Fibróza a ankylóza kloubních struktur se vyskytuje, pokud se klouby nedostatečně pohybují. Silné flexorové svaly zůstávají u imobilizované osoby často dlouhý čas kontrahované, slabší extenzory jsou bez aktivity. Kloub se stává ireverzibilně deformovaným, ztuhlým, příslušné svaly se zkracují, vzniká kontraktura. Nejčastěji se vyskytují flexní kontraktury na dolních končetinách (20).

Dlouhá imobilita oslabuje kardiovaskulární systém, který neplní dostatečně svoje funkce. Snížená pohyblivost vytváří nerovnováhu vegetativního nervového systému s výslednou převahou sympatické aktivity nad parasympatickou, což zvyšuje činnost srdce. Běžným důsledkem imobilizace je ortostatická hypotenze. Vlivem dlouhodobé nepohyblivosti dochází k utlumení reflexního vyrovnávání optimálního prokrvení jednotlivých orgánových systémů. Při změně polohy dlouhodobě imobilního pacienta se objevují závratě, mdloby. Stav je provázený náhlým a výrazným zvýšením frekvence srdce (20).

Kosterní svalstvo na dolních končetinách společně s žilními chlopněmi usnadňují žilní návrat k srdci. U imobilního pacienta neplní kosterní svaly svoji funkci, krev se hromadí v dolních končetinách, pokud stáza v žilách přetrvává zvětšuje se jejich

objem, venózní tlak stoupá a vznikají otoky. Venózní stáza je spolupůsobícím faktorem vzniku tromboembolické choroby (20).

U lůžícího pacienta je změněná ventilace plic. Pevná podložka tlačí na tělo a omezuje pohyby hrudníku. Břišní orgány vytlačují bránici, tím způsobují další omezení pohybu hrudníku a ztěžují expanzi plic. Nepohyblivý nemocný nevykonává hluboké vdechy. Tyto změny jsou příčinou mělkého povrchního dýchání, významně redukuje vitální kapacitu plic. Průtok krve plicemi se mění horizontální polohou a vlivem gravitace. Sekrece a odstraňování hlenu jsou postiženy také vlivem gravitace a inaktivity. Sekrety mají tendenci shromažďovat se v tzv. dependentních oblastech plic, na které nejvíce působí gravitace. U imobilních nemocných stoupá viskozita a přilnavost sekretu na stěny dýchacích cest. Oslabením dýchacích svalů, neschopností se maximálně nadechnout a snížením transportu je narušena samočistící schopnost a kašlací mechanismus, nemocný nemůže dostatečně odstraňovat hlen z bronchů. Změny regionálních průtoků krve, stagnace hlenu a nedostatečná ventilace mohou vyústit v hypostatickou pneumonii nebo v plicní atelektázu (20).

U imobilních nemocných se snižuje bazální metabolismus současně se snížením energetických nároků na organismus. Snižuje se motilita gastrointestinálního traktu a sekrece žláz trávicího traktu. U zdravého člověka existuje za normálních okolností rovnováha (20).

### ***1.8 Pacienti ohrožení akutním selháním životně důležitých funkcí***

Pacient se zástavou dýchání nedýchá a jeho srdce může či nemusí bít. Příčinou může být: obstrukce dýchacích cest, akutní exacerbace chronického onemocnění dýchacích cest, status astmaticsus, útlum dýchacího centra způsobené narkotiky nebo jinými látkami, poranění hlavy zahrnující mozkový kmen nebo poškození mozkového kmenu. Další příčinou zástavy dýchání je porucha zásobení krví. K příčinám zástavy dýchání z nedostatečné perfúze patří: šok, srdeční zástava, utonutí, tonutí, elektrický šok, dušení, porucha či poškození dýchacích orgánů: trauma hrudníku, inhalace hořících částic nebo kouře, myastenia gravis, syndrom Guillain – Barré (1).

Bez ohledu na vyvolávající příčinu vyžaduje zástava dýchání okamžitý zákrok, protože hrozí rychlá progresse do úplné srdeční zástavy. Rychlá cílená pomoc může odvrátit trvalé poškození nemocného včetně srdeční zástavy a možné smrti. U nemocného lze před zástavou dýchání i po ní zjistit typické klinické nálezy (1).

Pacient má pocit bezprostředně hrozící záhuby, pociťuje neklid a úzkost, je přítomna tachypnoe, dušnost, nekoordinované či paradoxní dýchání, slyšitelné pískoty a vrzoty, tridor, vymizení původně slyšitelných dýchacích šelestů, porucha vědomí včetně podrážděnosti, agitovanosti, dezorientace, netečnosti, stuporu či komatu, tachykardii, pocení, hypertenze. Při zhoršení dochází k přechodu do hypotenze, cyanózy distální části končetin, rtů a sliznic (1).

Prodělá-li nemocný zástavu dýchání projeví se vymizelým dýchacím úsilím, chyběním proudu vzduchu z úst i nosu, generalizovanou cyanózou, chyběním reakcí, nehmatným pulzem na karotidách, nemožností změřit krevní tlak poslechem ani palpačně, poruchou srdečního rytmu včetně komorové tachykardie či fibrilace, asistolie či elektromechanické disociace. Při zástavě dýchání sestra aktivuje systém nouzového volání a začíná s kardiopulmonální resuscitací (1).

Zástava srdce je selhání srdeční činnosti, přičemž minutový objem je nulový. Zástava srdce může být primární nebo sekundární (1).

Při zástavě srdce zmizí pulz a postižený přestává dýchat, je-li elektrická aktivita srdečních komor porušena například při komorové fibrilaci nebo vymizí při asistolii. Stahy komor ztratí mechanickou účinnost nebo zcela ustanou. Nejčastější příčinou srdeční zástavy je fibrilace komor, obvykle v rámci ischemické choroby srdeční. K méně častým příčinám patří srdeční selhání, hypoxie, metabolická acidóza, hyperkalemie, plicní embolizace. Srdeční zástava se vyznačuje vysokou úmrtností, a to i u hospitalizovaných pacientů. Bez okamžité pomoci nemá postižený prakticky žádnou šanci na přežití. Osoby, které přežijí srdeční zástavu, mohou mít trvalé poškození výkonných či poznávacích funkcí. Rychlé rozpoznání aritmie, defibrilace, kardiostimulace a podání léků akutní pomoci může odvrátit jistou smrt a postiženého vrátit do života (1).

Určitá část osob postižených zástavou srdce má zcela negativní anamnézu srdečního onemocnění. Nemusí registrovat žádné varovné příznaky, i když někteří z nich potvrzují výskyt palpitací. U postiženého srdeční zástavou lze zjistit, že pacient nereaguje, nemá hmatný pulz, nedýchá asi po 2 minutách od vzniku zástavy, EKG ukazuje poruchu rytmu, např. fibrilaci komor, komorovou tachykardii, bradykardii nebo asistolii (1).

Poruchy vědomí jsou kvalitativní a kvantitativní. Mezi kvalitativní poruchu vědomí patří somnolence, kdy pacient je ospalý nebo spí, ale je možné jej probudit ze spánku, na otázky odpovídá přiléhavě, pomaleji, reflexy jsou zachovány. Další poruchou je sopor, kdy pacient spí hlubokým spánkem, je možné jej vzbudit pouze na bolestivý podnět. Kóma mělké je stav, kdy jsou zachovány reflexy, nemocný se neprobere ani na bolestivý podnět. Kóma hluboké je charakterizováno vyhaslými reflexy, jsou zachovány pouze vitální funkce, mohou být poruchy dechu a oběhu, nemocný je inkontinentní (15).

Mezi kvalitativní poruchy vědomí patří obnubilace (mráкотný stav). Pacient je orientován, může se pohybovat, po odeznění poruchy vědomí si situaci nepamatuje. Delirium (obluzené vědomí) je stav, kdy pacient může být orientován, ale může se chovat i zmateně, dezorientovaně. Je neklidný, nechápe situaci. Součástí deliria mohou být poruchy vnímání, poruchy myšlení (15).

Změny stavu vědomí mohou kolísat od mírného k závažnému a vznikat náhle nebo se vyvíjet postupně podle toho, jaká je jejich příčina. Příčiny porušeného vědomí zahrnují strukturální abnormality mozku vedoucí k edému mozku, metabolické poruchy a degenerativní onemocnění (1).

Častými příznaky počínající poruchy vědomí jsou neklid a podrážděnost. S prohlubující se poruchou vědomí se pacient stává zmatený a dezorientovaný, nejprve časem, místem a nakonec ve vztahu k lidem. Zhoršuje se bdělost a pacient se stává letargický, neodpovídá a nakonec upadá do kómatu. Změna vědomí vždy vyžaduje rychlou a vhodnou reakci každého zdravotníka (1).

K standardizovanému a objektivnímu posouzení stavu vědomí se používá glasgowská stupnice vědomí (příloha č.2). Pokud je příčina poruchy vědomí akutní

povahy, může pacient rychle pokročit do bezvědomí. Nestabilního pacienta je nutné kontrolovat každých 5 -10 minut. Je třeba posoudit frekvenci a hloubku dýchání a zda má pacient průchodné dýchací cesty. Jednou z příčin prohlubující se poruchy vědomí je nedostatek kyslíku. Je nutné učinit opatření k ochraně pacienta před poraněním. Při dobré stabilitě a předchozí postupné alteraci vědomí se posuzuje stav pacienta každé 4 hodiny (1).

### ***1.9 Problémy pacientů dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocných***

Jedná se o onemocnění, která výrazně omezují kvalitu života, kdy pacient je konfrontován se skutečností, že jeho onemocnění je spojováno s nepříznivou prognózou, výhledově s úbytkem životních sil, postupující bezmocností tělesnou nebo duševní, strádáním a blízkostí smrti. Nejčastěji jsou takto posuzovány takové choroby, jako jsou onemocnění nádorová, ischemická choroba srdeční, progredující onemocnění ledvin, cévní mozkové příhody, skleróza multiplex a onemocnění postihující tkáň CNS. Pacient je postaven do situace, v níž mu chybí perspektiva uzdravení, kdy dochází střídavě k časově ohraničeným remisím a následnému znovuzplanutí do další, často zhoršené fáze nemoci (2).

Vyrovnat se s touto svízelnou situací je pro většinu nemocných i jejich rodinných příslušníků natolik nesnadné, že ve většině případů potřebují odbornou pomoc psychologickou nebo psychiatrickou. Role dobré zdravotní sestry je v těchto případech daleko obtížnější, často se stává důvěrníkem nemocného v situacích, v nichž mu nemůže pomoci přímo, ale stává se mu podporou a pomáhá mu přenést se přes tíživá období, nenechává ho osamoceného s jeho úzkostí a strachem, depresivním laděním nebo rezignací. Důraz je kladen na dobrou komunikaci s nemocným, na schopnost akceptovat i nepříjemné a hostilní projevy nemocného a na pochopení změněné hierarchie potřeb (2).

Nové, neznámé podněty či příliš intenzivní vyvolávají negativní reakci, stažení se do ústraní a odmítání bez ohledu na to, o jaký typ podnětů jde. Selhávání některých somatických funkcí vede k regresi na úroveň infantilizované potřeby citového vztahu,

bezpečí a závislosti. Nemocný má zvýšenou touhu po emocionální odezvě a pozornosti ze strany personálu a rodinných účastníků. Vystupuje do popředí potřeba sociálního kontaktu, který slouží jako ochrana před úzkostí a strachem (2).

Nemocný potřebuje najít smysl toho, čím žije. Učí se hledat životní styl, který by vyhovoval jeho současným podmínkám. Často si rovněž zafixuje tendence zvýšeného zaměření na vlastní somatické funkce. Obecně jde o zvýšení citlivosti a pozornosti ke všem somatickým procesům (2).

### ***1.9.1 Zásady přístupu k těžce nemocným***

Při práci s pacientem je potřeba vybudovat dobrý osobní kontakt a udržovat komunikaci. Otevřeně pacienta informovat o jeho onemocnění, jeho situaci, o možné pomoci, ale také o možných rizicích a těžkostech, které lze očekávat. O tom jak by měl být pacient informovaný spočívá na ošetřujícím lékaři. Ten by měl zároveň informovat ostatní ošetřující personál, co pacientovi sdělit a měl by dohodnout jednotný přístup ke konkrétnímu pacientovi. K tomu je nutná otevřená komunikace v rámci ošetřujícího týmu (2).

Dostatečně informovaný pacient je lépe připraven pro spolupráci a snižuje se tak nebezpečí jeho izolace, propadnutí beznaděži, depresi a apatii. Těžce nemocní pacienti jsou obvykle zaměřeni na bezprostřední potřeby a na nejbližší období, na to co je čeká, jaká další vyšetření či zákroky ale také na to, jaké mají možnosti úlevy. Dostačující pomocí taky bývá mírnění momentálních těžkostí, uspokojování aktuálních potřeb, odbourání nepotřebných zátěží a poskytnutí naděje na úlevu (2).

### ***1.10 Psychická zátěž sestry***

Sestry při ošetřování „obtížných“ pacientů jsou vystaveny zvýšenému psychickému napětí, které vyplývá z vlastní práce sestry. Příčinami psychického vypětí pracovního charakteru jsou nepřetržité vysoké nároky na psychické stavy a na psychické procesy (2).

U některých nemocných může dojít vlivem choroby k zvýraznění charakterových rysů. U některých kladné, u jiných nemocných rysy negativní: sobectví, zbabělost, netrpělivost, agresivita, nesnášenlivost. Sestra musí komunikovat s každým z nemocných, bez ohledu na jeho povahové vlastnosti a projevy (2).

Sestra se mnohdy dostane do situace, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu pacienta nebo dokonce k ohrožení jeho života. V ten okamžik je třeba zhodnotit co nejrychleji vzniklou situaci, zvolit správný způsob řešení. Účelné jednání předpokládá dobré odborné vědomosti (2).

Těžce nemocní pacienti znamenají pro ošetřující personál často přetížení nejen z časového hlediska, ale i z hlediska trvalé konfrontace s vitálně ohroženými lidmi, kteří jsou zcela závislí na jejich zručnosti a zaangažovanosti. Ošetřující personál se stává zodpovědným za život a smrt. U lékařů i sester je možné pozorovat některé reakce: Pacienty prožívají jako náročné, jako určité břemeno. Cítí, že pacienti vyžadují jejich velké nasazení. Obzvláště nároční jsou pro ně pacienti silně závislí, dále ti, co si pořád stěžují a agresivní (2).

Reakce na přetížení nebo na chování pacientů se projevuje jako stažení se, izolování se ošetřujícího personálu do postoje jakési emocionální neutrality. Dochází k minimalizování kontaktu s pacienty. Do izolace se tak dostává jak personál, tak pacienti (2).

Další reakcí může být u lékařů či sester, kteří mají sklon k obětování se, úplná identifikace s vlastní rolí, kdy vlastně žijí svojí profesí a už nemají skoro žádný soukromý život. To se nedá vydržet dlouho, dochází pak k rezignaci a vyčerpání (2).

### ***1.10.1 Syndrom vyhoření***

Nadměrná psychická zátěž sester, celková únava emoční, může vést k syndromu vyhoření, který se projevuje určitou otrlostí ve vztahu k lidem, jimž má postižený pomáhat (22).

Syndrom vyhoření může být jak akutní, tak chronický. Příčiny jsou jak v osobnostních charakteristikách postiženého, tak v konkrétních pracovních



podmínkách. Kromě obvyklých příznaků stresu dochází k postupnému poklesu zájmu o práci a uspokojení z ní. Objevují se různá, zpočátku většinou nezávažná onemocnění jako např. bolesti páteře, žaludku, nachlazení, která se mohou postupně stávat závažnějšími a nebo chronickými. Nastupuje pocit trvalé fyzické i psychické únavy, podrážděnosti, narůstají konflikty s okolím, se spolupracovníky, nálada kolísá mezi zoufalstvím, nespokojeností a agresivitou. Výrazně klesá výkonost a s ní postupně i sebedůvěra. Vyhoření by se také dalo definovat jako postupující se ztráta idealismu a energie (2).

Vývoj tohoto zhroucení má několik fází: nadšení, stagnaci, frustraci, apatii a syndrom vyhoření. Každá z těchto fází má svůj specifický projev, od vysokých ideálů a cílů přes pocity zklamání a negativního pohledu na pacienta až po stav absolutního vyčerpání, projevujícího se ztrátou smyslu práce, odcizením, cynismem. Riziko výskytu tohoto syndromu je kvůli náročnosti povolání sestry velmi vysoké. Sestra je v ohrožení především v případech, kdy nedokáže říci „ne“, pokud jsou po ní požadovány stále nové úkoly a povinnosti, když poskytuje příliš dlouho velkou emocionální podporu nebo pokud je dlouho pod neustálým pracovním tlakem (22).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl**

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaká kritéria mají sestry při výběru a stanovení pořadí obtížného pacienta na vybraných odděleních.

### **2.2 Hypotézy**

- H 1 Pacienti jsou sestrami označováni za obtížné rozdílně, dle specifik oddělení.
  
- H 2 Význam na označení pacienta jako obtížného, mají nároky kladené na ošetrovatelskou péči.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použitá metoda***

Při výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum. K ověření hypotéz byla použita dotazníková metoda. Dotazník byl rozdán v Nemocnici České Budějovice a.s. se svolením hlavní sestry Mgr. Otázkové Jiřiny, MBA a se souhlasem vrchních sester jednotlivých oddělení. Dotazník obsahoval celkem 22 otázek (příloha č.3). Z toho bylo 13 otázek uzavřených, 8 otázek polootevřených a 1 otázka otevřená. Úvodní otázky byly identifikační, následovaly dotazy zaměřené na zjištění pořadí „obtížného“ pacienta a na kritéria, která toto hodnocení ovlivňují. Dále byly otázky zaměřeny na podmínky při péči o „obtížné“ pacienty, co by usnadnilo ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. Závěrečné otázky se týkaly dalšího vzdělávání na téma obtížných situací v praxi a podpory nadřízených při péči o „obtížné“ pacienty. Z celkového počtu 140 rozdaných dotazníků se vrátilo 97 vyplněných dotazníků. Návratnost činila 69%. Hodnocení dotazníků proběhlo čárkovací metodou, zpracovanou graficky, doplněnou stručnými popisy.

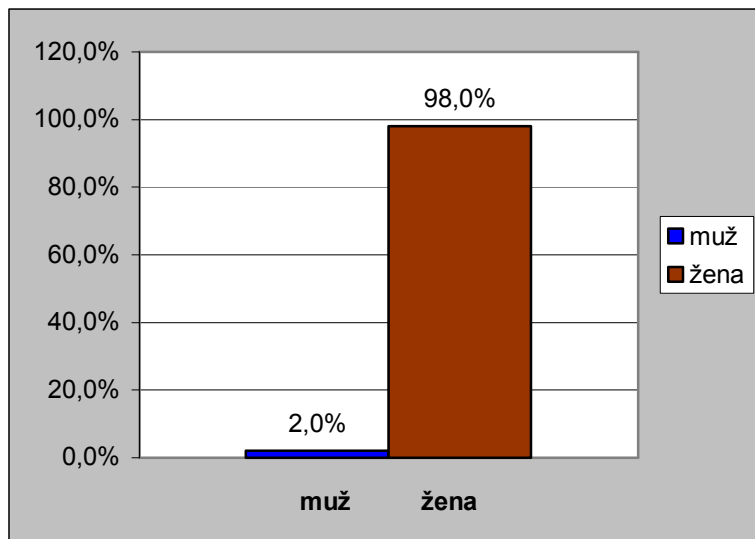
#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Průzkum probíhal na čtyřech odděleních Nemocnice České Budějovice, a. s. (ARO, JIP, ONP, CHO). Výzkumný soubor tvořil celkem 97 respondentů.

## 4. Výsledky

### Graf č.1 Pohlaví respondentů

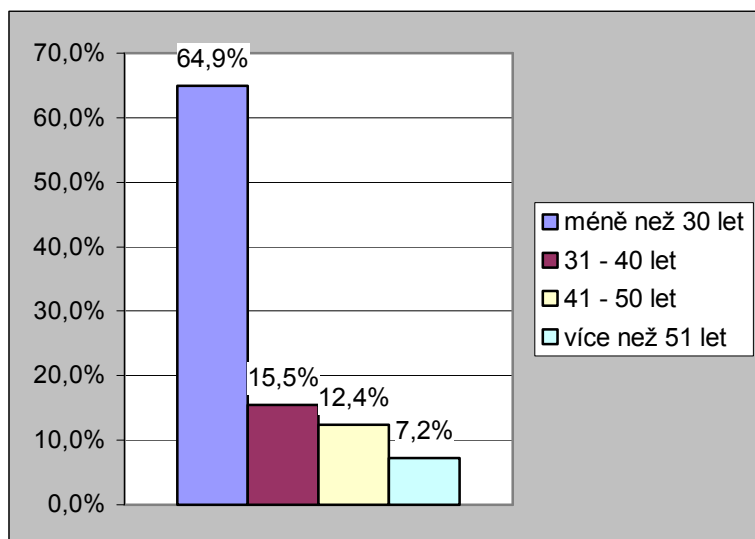
Otázka č.1 Vaše pohlaví



Graf č.1 znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 97 (100%) byli 2 muži (2%) a 95 žen (98%).

## Graf č.2 Věk respondentů

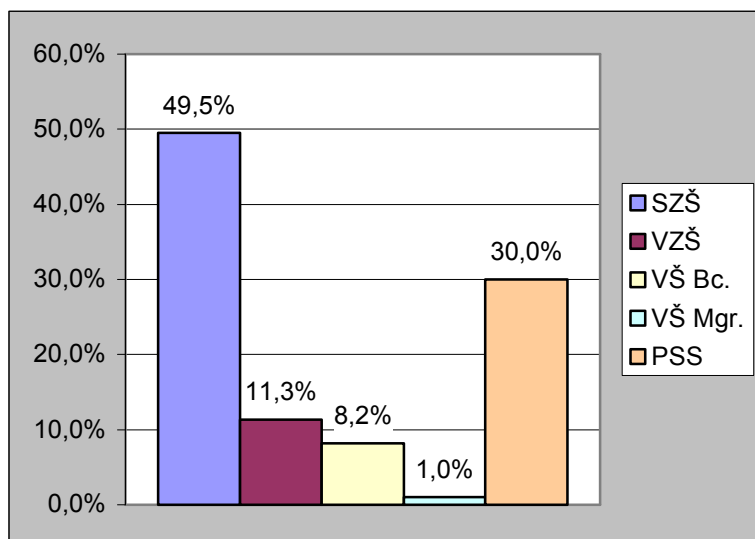
Otázka č. 2 Váš věk



Graf č.2 znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 97 (100%), bylo ve věkové kategorii méně než 30 let 63 dotazovaných (64,9%), věk 31- 40 let uvedlo 15 respondentů (15,5%), věk 41- 50 uvedlo 12 dotazovaných (12,4%), více než 51 let uvedlo 7 dotazovaných (7,2%).

### Graf č.3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

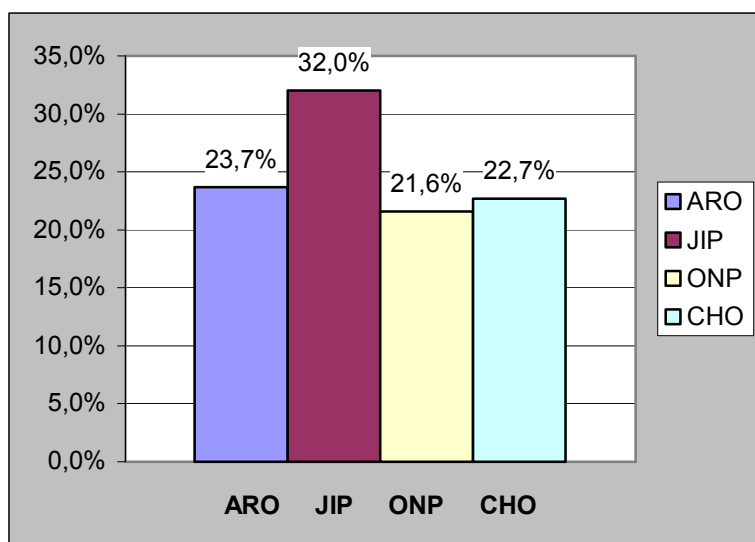
Otázka č.3 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



Graf č.3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu respondentů 97 (100%) SZŠ (střední zdravotnická škola) uvedlo 48 respondentů (49,5%), VZŠ (vyšší zdravotnická škola) uvedlo 11 respondentů (11,3%), VŠ-Bc.(vysoká škola – bakalářské studium) uvedlo 8 respondentů (8,2%), VŠ- Mgr.(vysoká škola – magisterské studium) uvedl 1 respondent (1%), PSS (specializační pomaturitní studium) uvedlo 29 respondentů (30%).

#### Graf č. 4 Pracoviště respondentů

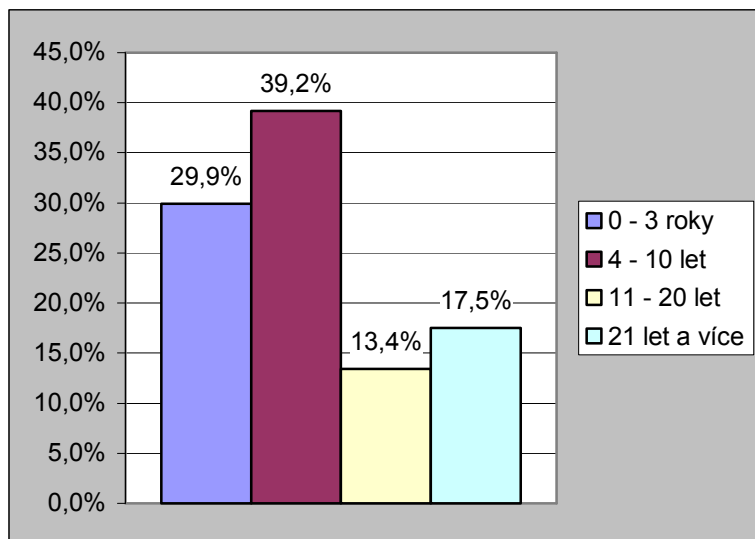
Otázka č.4 Na jakém oddělení pracujete



Graf č.4 znázorňuje, že z celkového počtu 97 respondentů (100%), pracuje na ARO 23 respondentů (23,7%), na JIP pracuje 31 respondentů (32%), na ONP pracuje 21 respondentů (21,6%), na CHO pracuje 22 respondentů (22,7%).

### Graf č. 5 Délka odborné praxe respondentů ve zdravotnictví

Otázka č.5 Délka Vaší odborné praxe ve zdravotnictví



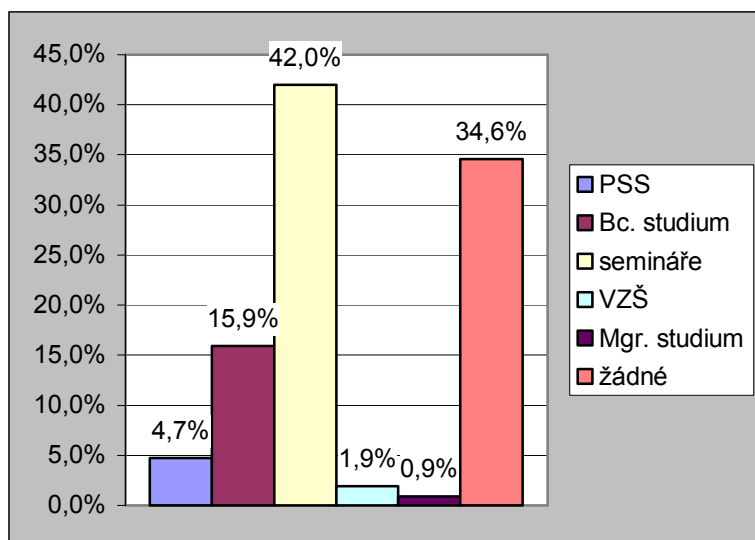
Graf č.5 znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 97 (100%), pracuje ve zdravotnictví 0 -3 roky 29 respondentů (29,9%), dále 4 -10 let 38 respondentů (39,2%), 11 -20 let uvedlo 13 respondentů (13,4%), 21 let a více uvedlo 17 respondentů (17,5%).



### Graf č.6 Zvyšování kvalifikace respondentů

Otázka č.6 Zvyšujete si v současné době své vzdělání

Respondenti mohli označit více odpovědí



Graf č.6 znázorňuje, že z celkového počtu 107 odpovědí, byla možnost zvyšování kvalifikace studiem PSS označena 5x (4,7%), Bc 17x (15,9%), semináře pořádané na pracovišti 45x (42%), VZŠ 1x (0,9%), Mgr. 2x (1,9%), a nezvyšuje si kvalifikaci 37 (34,6%) dotázaných.

**Tabulka č.1: Kriteria ovlivňující hodnocení „obtížného“ pacienta na ARO**

Otázka č. 8 Kriteria, která ovlivňují Vaše hodnocení „obtížného“ pacienta

Respondenti mohli označit více možností

<b>Tabulka č. 1: Kriteria ovlivňující hodnocení obtížného pacienta na ARO</b>			
pořadí		počet	%
1.	Neklid pacienta	18	18,9%
2.	Nespolupracující pacient	17	17,9%
3. - 4.	Intoxikace drogou	11	11,6%
3. - 4.	Intoxikace alkoholem	11	11,6%
5. - 6.	Dezorientace, zmatenost	9	9,4%
5. - 6.	Nestabilní základní životní funkce	9	9,4%
7. - 8.	Polymorbidita	5	5,3%
7. - 8.	Délka hospitalizace	5	5,3%
9. -10.	Věk pacienta	3	3,2%
9. - 10.	Terminální stádium nemoci	3	3,2%
11. - 12.	Porucha komunikace	2	2,1%
11. - 12.	Imobilita	2	2,1%
13.	Jiné	0	0%

V tabulce je znázorněno, která kriteria ovlivňují respondenty při hodnocení „obtížného“ pacienta. Z celkové počtu 95 odpovědí na oddělení ARO uvedli respondenti: neklid pacienta 18x (18,9%), nespolutracující pacient 17x (17,9%), intoxikace drogou 11x (11,6%), intoxikace alkoholem 11 (11,6%), dezorientace, zmatenost 9x (9,4%), nestabilní základní životní funkce 9x (9,4%), polymorbidita 5x (5,3%), délku hospitalizace 5x (5,3%), věk pacienta 3x (3,2%), terminální stádium nemoci 3x (3,2%), porucha komunikace 2x (2,1%), imobilita 2x (2,1%), jinou možnost (0%) neuvedl žádný respondent.

## Tabulka č.2: Kriteria ovlivňující hodnocení „obtížného“ pacienta na JIP

Otázka č.8 Kriteria, která ovlivňují vaše hodnocení „obtížného“ pacienta

Respondenti mohli označit více možností

pořadí		počet	%
1.	Nespolupracující pacient	20	16,9%
2.	Dezorientace, zmatenost	16	13,6%
3.	Intoxikace alkoholem	13	11,1%
4.	Neklid	12	10,2%
5. - 7.	Intoxikace drogou	11	9,3%
5. - 7.	Polymorbidita	11	9,3%
5. - 7.	Nestabilní základní životní funkce	11	9,3%
8.	Porucha komunikace	8	6,8%
9.	Věk pacienta	5	4,2%
10. - 11.	Terminální stádium nemoci	4	3,4%
10. - 11.	Imobilita	4	3,4%
12.	Délka hospitalizace	2	1,7%
13.	Jiné	1	0,8%

V tabulce je znázorněno, která kriteria ovlivňují respondenty při hodnocení „obtížného“ pacienta. Z celkového počtu 118 odpovědí na oddělení JIP respondenti uvedli: nespolupracující pacient 20x (16,9%), dezorientace, zmatenost 16x (13,6%), intoxikace alkoholem 13x (11,1%), neklid 12x (10,2%), intoxikace drogou 11x (9,3%), polymorbidita 11x (9,3%), nestabilní základní životní funkce 11x (9,3%), porucha komunikace 8x (6,8%), věk pacienta 5x (4,2%), terminální stádium nemoci 4x (3,4%), imobilita 4x (3,4%), délka hospitalizace 2x (1,7%), jinou možnost (agresivitu) 1x (0,8%).

**Tabulka č.3: Kriteria ovlivňující hodnocení „obtížného“ pacienta na ONP**

Otázka č.8 Kriteria, která ovlivňují vaše hodnocení „obtížného“ pacienta

Respondenti mohli označit více možností

<b>Tabulka č. 3: Kriteria ovlivňující hodnocení obtížného pacienta na ONP</b>			
pořadí		počet	%
1.	Nespolupracující pacient	20	18,7%
2. - 3.	Intoxikace alkoholem	14	13,1%
2. - 3.	Intoxikace drogou	14	13,1%
4.	Dezorientace, zmatenost	12	11,2%
5.	Neklid	11	10,3%
6.	Nestabilní základní životní funkce	8	7,5%
7.	Terminální stádium nemoci	6	5,6%
8. - 10.	Věk pacienta	5	4,7%
8. - 10.	Polymorbidita	5	4,7%
8. - 10.	Imobilita	5	4,7%
11.	Porucha komunikace	4	3,7%
12.	Délka hospitalizace	3	2,7%
13.	Jiné	0	0,0%

V tabulce je znázorněno, která kriteria ovlivňují respondenty při hodnocení „obtížného“ pacienta. Z celkového počtu 106 odpovědí na ONP respondenti uvedli: nespolupracující pacient 20x (18,7%) respondentů, intoxikace alkoholem 14x (13,1%), intoxikace drogou 14x (13,1%), dezorientace, zmatenost 12x (11,2%), neklid 11x (10,3%), nestabilní základní životní funkce 8x (7,5%), terminální stádium nemoci 6x (5,6%), věk pacienta 5x (4,7%), polymorbidita 5x (4,7%), imobilita 5x (4,7%), porucha komunikace 4x (3,7%), délka hospitalizace 3x (2,7%), jinou možnost (0%) neuvedl žádný respondent.

#### **Tabulka č.4: Kriteria ovlivňující hodnocení „obtížného“ pacienta na CHO**

Otázka č. 8 Kriteria, která ovlivňují vaše hodnocení „obtížného“ pacienta

Respondenti mohli označit více možností

<b>Tabulka č. 4: Kriteria ovlivňující hodnocení obtížného pacienta na CHO</b>			
pořadí		počet	%
1.	Nespolupracující pacient	17	16,7%
2. - 3.	Dezorientace, zmatenost	13	12,7%
2. - 3.	Neklid pacienta	13	12,7%
4.	Intoxikace alkoholem	12	11,8%
5.	Nestabilní základní životní funkce	10	9,8%
6.	Intoxikace drogou	9	8,8%
7.	Věk pacienta	7	6,9%
8. - 9.	Imobilita	6	5,9%
8. - 9.	Terminální stádium nemoci	6	5,9%
10.	Porucha komunikace	5	4,9%
11.	Polymorbidita	4	3,9%
12. - 13.	Délka hospitalizace	0	0%
12. - 13.	Jiné	0	0%

V tabulce je znázorněno, která kriteria ovlivňují respondenty při hodnocení „obtížného“ pacienta. Z celkového počtu 102 odpovědí na chirurgickém oddělení respondenti uvedli: nespolupracující pacient 17x (16,7%), dezorientace, zmatenost 13x (12,7%), neklid pacienta 13x (12,7%), intoxikace alkoholem 12x (11,8%), nestabilní základní životní funkce 10x (9,8%), intoxikace drogou 9x (8,8%), věk pacienta 7x (6,9%), imobilita 6x (5,9%), terminální stádium nemoci 6x (5,9%), porucha komunikace 5x (4,9%), polymorbidita 4x (3,9%), délka hospitalizace (0%) a jiná možnost (0%) neoznačil žádný respondent.

### Tabulka č. 5: Pořadí „obtížného“ pacienta na ARO

Otázka č.7 Určete pořadí pro Vás „obtížného“ pacienta (číslem 1-8 1= nejvíce obtížný, 8= nejméně obtížný)

Tabulka č. 5: Pořadí „obtížného“ pacienta na ARO		
pořadí		průměrná hodnota
1.	agresivní pacient	1,3
2.	neklidný pacient	2,6
3.	zmatený pacient	3,5
4.	pacient ohrožený selháním životně důležitých funkcí	5
5.	dementní pacient	5,1
6.	pacient s fatickou poruchou	5,4
7.	dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocný pacient	5,7
8.	imobilní pacient	7,2

Tabulka znázorňuje pořadí sestrami označovaného „obtížného“ pacienta na oddělení ARO. Respondenti jako nejvíce obtížného pacienta zvolili 1. agresivního pacienta (1,3), dále 2. neklidného pacienta (2,6), dále 3. zmateného pacienta (3,5), 4. pacienta ohroženého selháním životně důležitých funkcí (5), 5. dementního pacienta (5,1), 6. pacienta s fatickou poruchou (5,4), 7. dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocného pacienta (5,7), jako nejméně obtížného uvedli 8. imobilního pacienta (7,2).

**Tabulka č. 6: Pořadí „obtížného“ pacienta na JIP**

Otázka č.7 Určete pořadí pro Vás „obtížného“ pacienta  
(číslem 1-8 1= nejvíce obtížný, 8= nejméně obtížný)

Tabulka č. 6: Pořadí „obtížného“ pacienta na JIP		
pořadí		průměrná hodnota
1.	agresivní pacient	1,9
2.	neklidný pacient	3,5
3.	zmatený pacient	3,6
4.	dementní pacient	4,6
5.	imobilní pacient	5
6.	dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocný pacient	5,3
7.	pacient ohrožený selháním životně důležitých funkcí	5,4
8.	pacient s fatickou poruchou	5,7

Tabulka znázorňuje pořadí sestrami označovaného „obtížného“ pacienta na oddělení JIP. Respondenti jako nejvíce „obtížného“ pacienta zvolili 1. agresivního pacienta (1,9), dále 2. neklidného pacienta (3,5), 3. zmateného pacienta (3,6), 4. dementního pacienta (4,6), 5. imobilního pacienta (5), 6. dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocného pacienta (5,3), 7. pacienta ohroženého selháním životně důležitých funkcí (5,4), jako nejméně obtížného uvedli 8. pacienta s fatickou poruchou (5,7).

### Tabulka č. 7: Pořadí „obtížného“ pacienta na ONP

Otázka č. 7 Určete pořadí pro Vás „obtížného“ pacienta (číslem 1-8 1= nejvíce obtížný, 8= nejméně obtížný)

Tabulka č. 7: Pořadí „obtížného“ pacienta na ONP		
pořadí		průměrná hodnota
1.	agresivní pacient	1,8
2.	zmatený pacient	3,5
3.	neklidný pacient	3,6
4.	pacient ohrožený selháním životně důležitých funkcí	4,3
5.	dementní pacient	4,7
6.	dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocný pacient	4,9
7.	pacient s fatickou poruchou	5,7
8.	imobilní pacient	6,2

Tabulka znázorňuje pořadí sestrami označovaného „obtížného“ pacienta, jak uvedli respondenti na ONP. Jako nejvíce obtížného uvedli respondenti 1. agresivního pacienta (1,8), dále 2. zmateného pacienta (3,5), 3. neklidného pacienta (3,6), 4. pacienta ohroženého selháním životně důležitých funkcí (4,3), 5. dementního pacienta (4,7), 6. dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocného pacienta (4,9), 7. pacienta s fatickou poruchou (5,7), jako nejméně obtížného uvedli 8. imobilního pacienta (6,2)



### Tabulka č. 8: Pořadí „obtížného“ pacienta na CHO

Otázka č.7 Určete pořadí pro Vás „obtížného“ pacienta (číslem 1-8 1= nejvíce obtížný, 8= nejméně obtížný)

Tabulka č. 8: Pořadí obtížného pacienta na CHO		
pořadí		průměrná hodnota
1.	agresivní pacient	1,5
2.	dementní pacient	3,5
3.	zmatený pacient	4,3
4.	pacient ohrožený selháním životně důležitých funkcí	4,4
5.	dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocný pacient	5,1
6.	neklidný pacient	5,3
7.	imobilní pacient	5,7
8.	pacient s fatickou poruchou	5,9

Tabulka znázorňuje pořadí sestrami označovaného „obtížného“ pacienta uvedené respondenty na chirurgickém oddělení. Jako nejvíce obtížného uvedli respondenti 1. agresivního pacienta (1,5), dále 2. dementního pacienta (3,5), 3. zmateného pacienta (4,3), 4. pacienta ohroženého selháním životně důležitých funkcí (4,4), 5. dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocného pacienta (5,1), 6. neklidného pacienta (5,3), 7. imobilního pacienta (5,7), jako nejméně obtížného uvedli 8. pacienta s fatickou poruchou (5,9).

**Tabulka č. 9: Pořadí „obtížného“ pacienta na odděleních ARO, JIP, CHO, ONP**

Otázka č.7 Určete pořadí pro Vás „obtížného“ pacienta

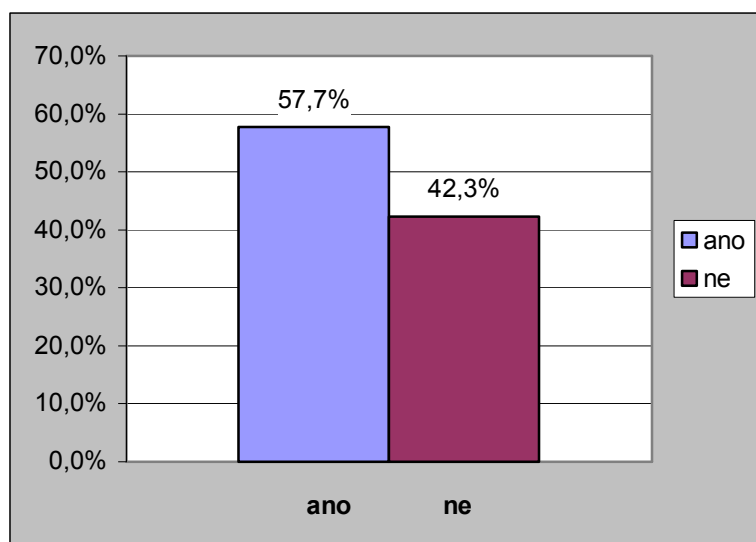
(číslem 1-8 1= nejvíce obtížný, 8= nejméně obtížný)

<b>Tabulka č. 9: Pořadí obtížného pacienta souhrně na odděleních ARO, JIP, CHO, ONP</b>		
pořadí		průměrná hodnota
1.	agresivní pacient	1,6
2.	zmatený pacient	3,7
3.	neklidný pacient	3,8
4.	dementní pacient	4,5
5.	pacient ohrožený selháním životně důležitých funkcí	4,8
6.	dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocný pacient	5,3
7.	pacient s fatickou poruchou	5,7
8.	imobilní pacient	6

Tabulka znázorňuje pořadí sestrami označovaného „obtížného“ pacienta na oddělení ARO, JIP, ONP a CHO. Respondenti jako nejvíce obtížného pacienta zvolili 1. agresivního pacienta (1,6), 2. zmateného pacienta (3,7), 3. neklidného pacienta (3,8), 4. dementního pacienta (4,5), 5. pacienta ohroženého selháním životně důležitých funkcí (4,8), 6. pacienta dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocného (5,3), 7. pacienta s fatickou poruchou (5,7), jako nejméně obtížného uvedli 8. imobilního pacienta (6).

### Graf č.7 Vliv povahových rysů pacienta na volbu „obtížného“ pacienta

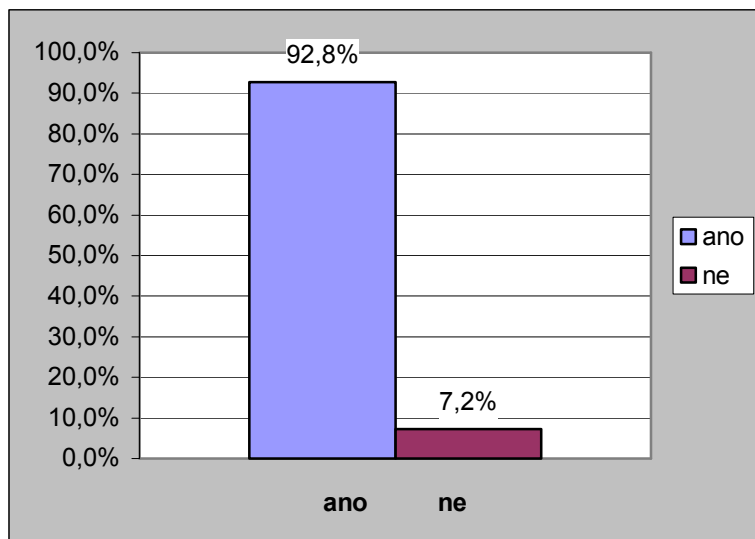
Otázka č.9 Mají vliv na Vaše označení „obtížného“ pacienta povahové rysy nemocného



Graf č.7 znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 97 (100%) uvedlo, 56 respondentů (57,7%), že povahové rysy pacienta mají vliv na volbu „obtížného“ pacienta a 41 respondentů (42,3%) uvedlo, že povahové rysy neovlivňují volbu označení „obtížného“ pacienta.

### Graf č. 8 Vliv chování nemocného na označení „obtížného“ pacienta

Otázka č.10 Má vliv na Vaše hodnocení „obtížného“ pacienta chování nemocného

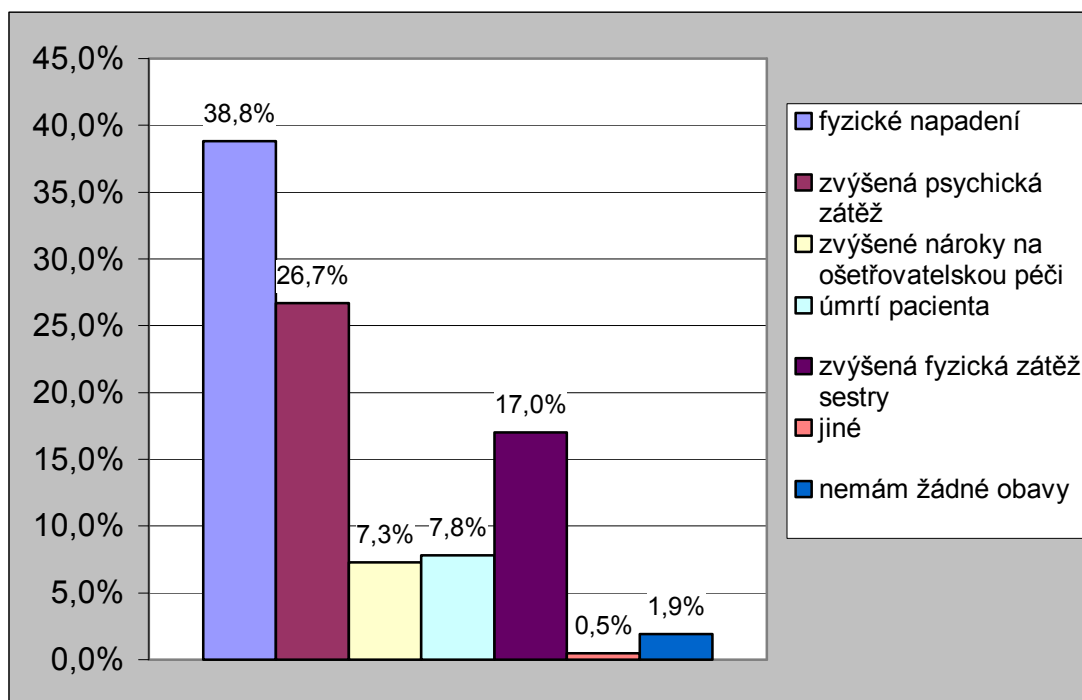


Graf č.8 znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 97 (100%), uvedlo 90 respondentů (92,8%), že chování nemocného má vliv na označení „obtížného“ pacienta, dále si 7 (7,2%) respondentů myslí, že chování nemocného neovlivňuje volbu „obtížného“ pacienta.

### Graf č. 9 Obavy respondentů při péči o „obtížné“ pacienty

Otázka č.11 Při ošetřování pro Vás „obtížných“ pacientů máte obavy z

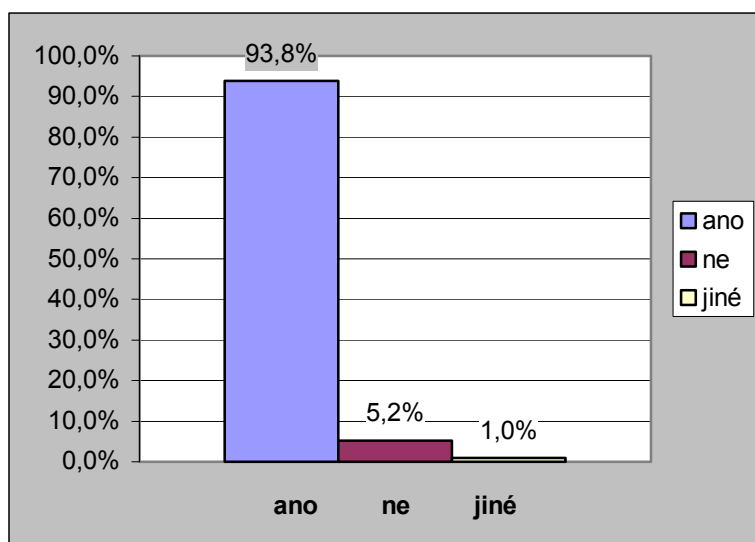
Respondenti mohli označit více odpovědí



Graf č.9 znázorňuje obavy respondentů při péči o „obtížné“ pacienty. Z celkového počtu 206 odpovědí, byly uvedeny obavy z fyzického napadení 80x (38,8%), obavy ze zvýšené psychické zátěže 55x (26,7%), obavy ze zvýšených nároků na ošetrovatelskou péči 15x (7,3%), obavy z úmrtí pacienta 16x (7,8%), obavy ze zvýšené psychické zátěže 35x (17%), jiná možnost (sebepoškození pacienta) 1x (0,5%), že nemají žádné obavy při ošetrování obtížných pacientů byly uvedeny 4x (1,9%).

### Graf č.10 Využití spolupráce s rodinou při ošetřování pacientů

Otázka č.12 Využíváte při ošetřování spolupráce s rodinou

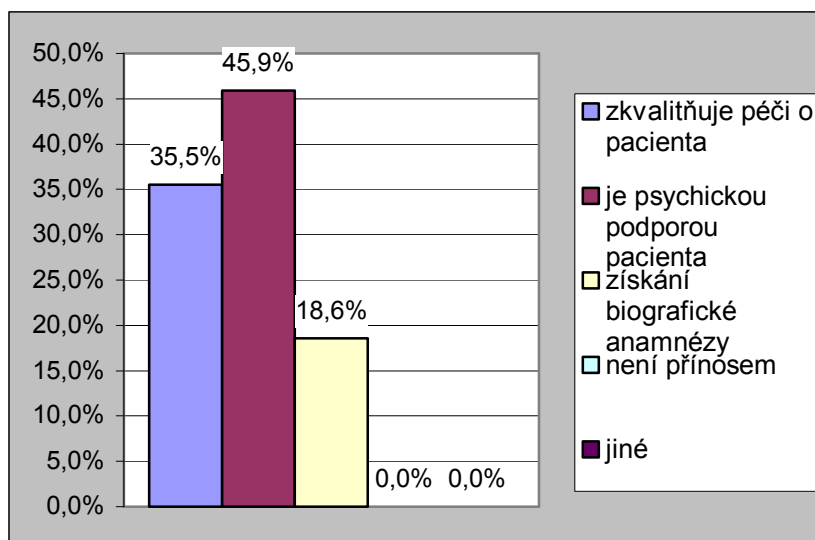


Graf č.10 znázorňuje spolupráci při ošetřování pacientů s rodinou. Spolupráce využívá 91 respondentů (93,8%), spolupráce s rodinou nevyužívá 5 respondentů (5,2%), 1 respondent (1%) uvedl jinou možnost (někdy).

### Graf č. 11 Přínos spolupráce s rodinou pacienta

Otázka č.13 Je pro Vás spolupráce s rodinou pacienta přínosem

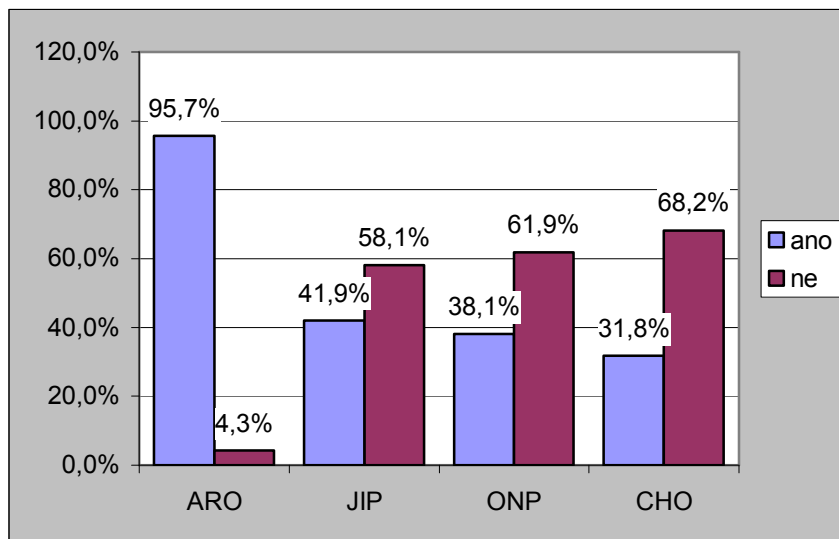
Respondenti mohli označit více odpovědí



Graf č.11 znázorňuje, jak sestry vnímají spolupráci s rodinou pacienta. Z celkového počtu 172 odpovědí, bylo uvedeno, že spolupráce s rodinou zkvalitňuje péči o pacienta 61x (35,5%), že spolupráce s rodinou má vliv na psychickou podporu pacienta 79x (45,9%) a že využívá spolupráce pro získávání biografické anamnézy pacientů bylo uvedeno 32x (18,6%), žádný respondent (0%) nevedl, že spolupráce s rodinou není přínosem a také žádný respondent (0%) nevedl jinou možnost.

### Graf č.12 Materiální vybavení jednotlivých oddělení

Otázka č.14 Máte pro výkon povolání dle Vašeho mínění dostatečné materiální materiální vybavení

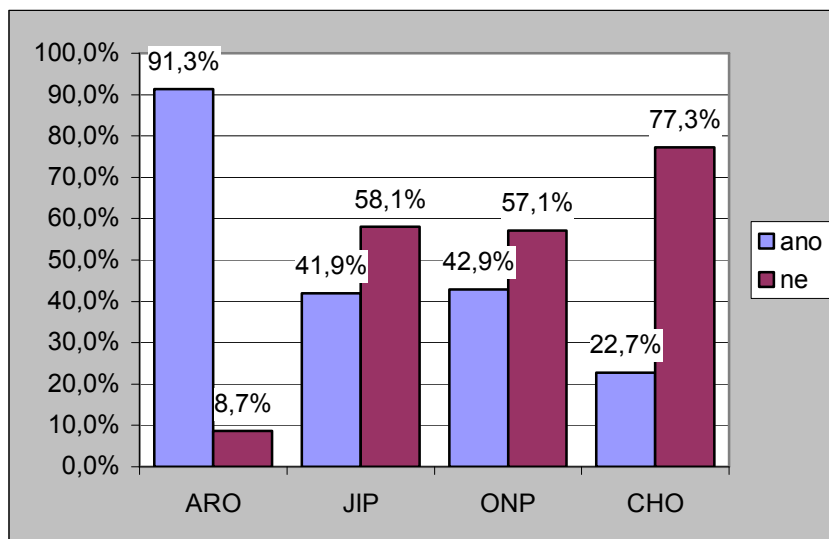


Graf č.12 znázorňuje názor (subjektivní hodnocení) sester materiálního vybavení vybraných oddělení. Z oddělení ARO odpovědělo 22 respondentů (95,7%), že mají dostatečné materiální vybavení, 1 respondent (4,3%), uvedl, že nemají dostatečné materiální vybavení. Na oddělení JIP uvedlo kladnou odpověď 13 respondentů (41,9%) a zápornou odpověď 18 respondentů (58,1%). Na ONP 8 dotazovaných (38,1%) odpovědělo kladně a 13 respondentů (61,9%) záporně. Na chirurgickém oddělení odpovědělo 7 respondentů (31,8%) kladně a 15 respondentů (68,2%) záporně.



### Graf č.13 Technické vybavení jednotlivých oddělení

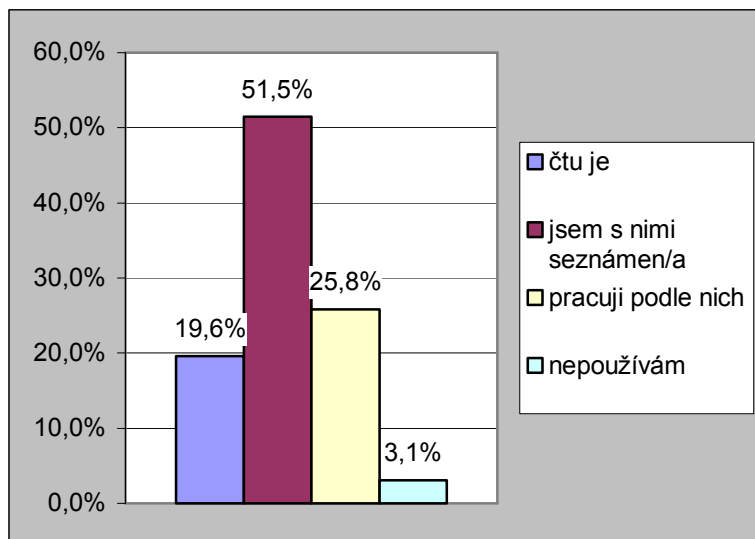
Otázka č.15 Máte pro výkon povolání dle Vašeho mínění dostatečné technické vybavení



Graf č.13 znázorňuje mínění respondentů na technické vybavení vybraných oddělení. Na oddělení ARO odpovědělo 21 respondentů (91,3%), že mají dostatečné technické vybavení a 2 respondenti (8,7%) uvedlo, že na oddělení není dostatečné technické vybavení. Na oddělení JIP kladně odpovědělo 13 dotazovaných (41,9%) a záporně odpovědělo 18 respondentů (58,1%), na ONP kladně odpovědělo 9 respondentů (42,9%) a 12 respondentů (57,1%) záporně. Na chirurgickém oddělení uvedlo 5 respondentů (22,7%), že je dostatečně technicky vybaveno a 17 respondentů (77,3%) udává, že oddělení není dostatečně technicky vybaveno.

### Graf č.14 Použití standardů

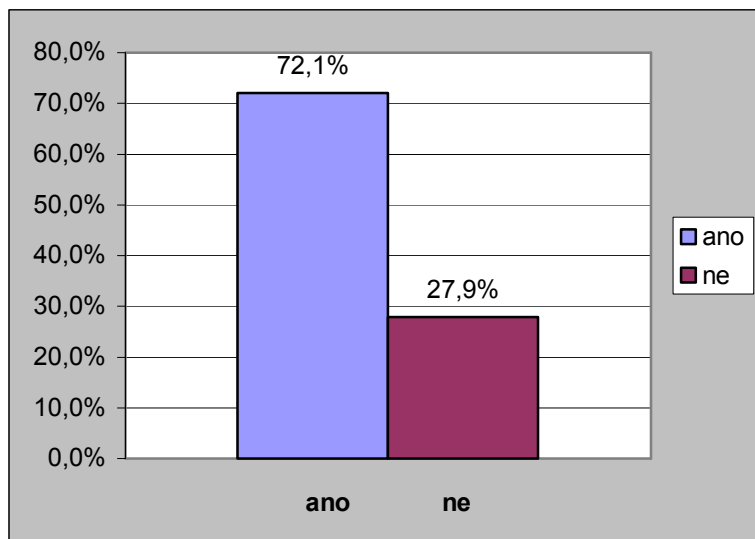
Otázka č.16 Používáte při své práci standardy



Graf č. 14 znázorňuje používání standardů při výkonu práce. Na dotaz uvedlo 19 respondentů (19,6%), že standardy čte, 50 respondentů (51,5%) je se standardy seznámeno, 25 respondentů (25,8%) uvedlo, že podle standardů pracuje. Při své práci 3 respondenti (3,1%) odpověděli, že standardy nepoužívají.

### Graf č.15 Přínos standardů při práci respondenta

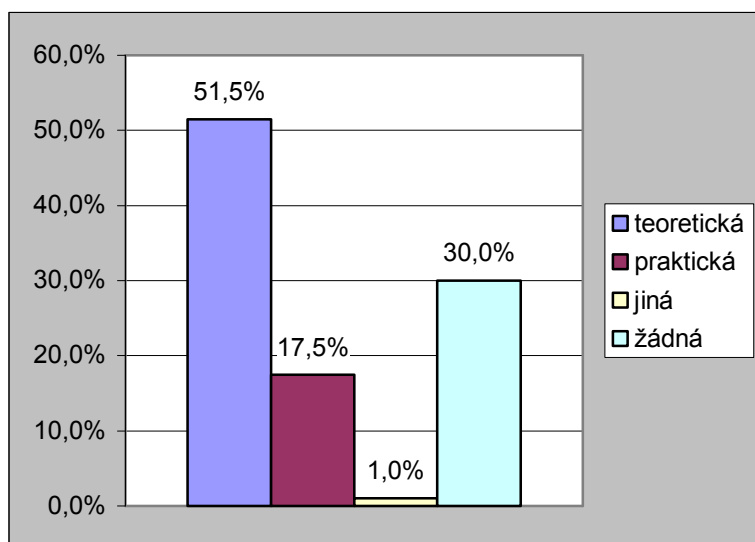
Otázka č.17 Jsou standardy přínosem pro Vaši práci



Graf č.15 znázorňuje mínění sester na přínos standardů při práci. 70 respondentů (72,1%) uvedlo, že standardy jsou přínosem pro jejich práci, 27 respondentů (27,9%) uvedlo, že standardy nejsou přínosem pro jejich práci.

### Graf č.16 Dostatečnost vzdělání při práci s „obtížným“ pacientem

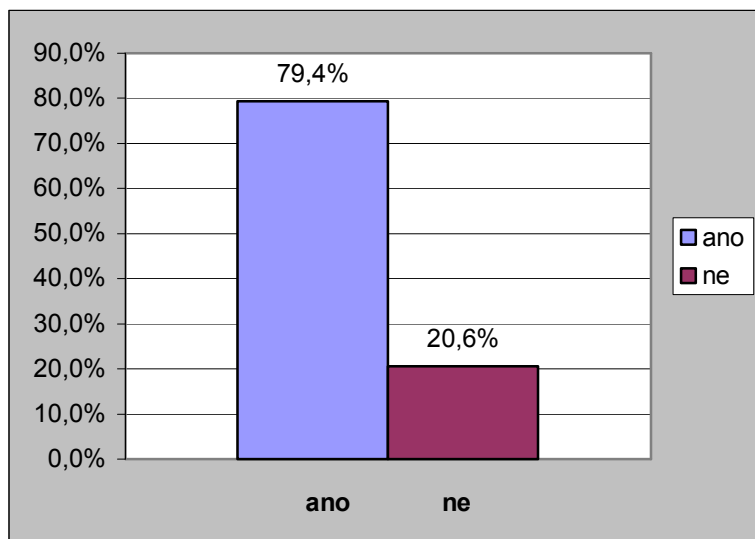
Otázka č.18 Máte pocit, že Vás dosavadní vzdělání připravilo dostatečně na zvládnání „obtížných“ situací v praxi



Graf č.16 znázorňuje mínění sester, zda dosavadní vzdělání bylo dostatečné pro zvládnání obtížných situací v praxi, 50 respondentů (51,5%) uvedlo, že dosavadní vzdělání je připravilo teoreticky na zvládnání obtížných situací v praxi, 17 respondentů (17,5%) uvedlo, že je dosavadní vzdělání připravilo prakticky na zvládnání obtížných situací, 1 respondent (1%) uvedl jinou možnost (praxe), 29 respondentů (30%) uvedlo, že dosavadní vzdělání je nepřipravilo na zvládnání obtížných situací.

**Graf č.17 Zájem o další vzdělávání na téma „obtížných“ situací v praxi**

Otázka č.19 Máte zájem o další vzdělávání na téma zvládnání „obtížných“ situací v praxi

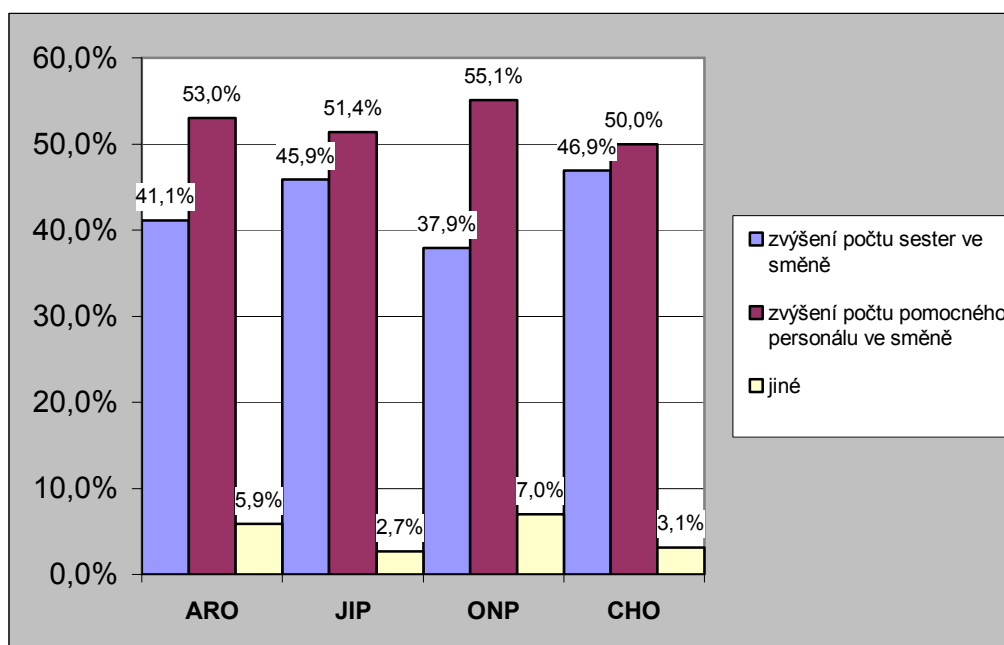


Graf č.17 znázorňuje zájem o další vzdělávání respondentů. Zájem o vzdělávání uvedlo 77 respondentů (79,4%), o vzdělávání nemá zájem 20 respondentů (20,6%).

### Graf č. 18 Možnosti usnadnění péče o „obtížného“ pacienta

Otázka č.20 Co by usnadnilo péči o „obtížného“ pacienta na Vašem oddělení?

Respondenti mohli označit více odpovědí

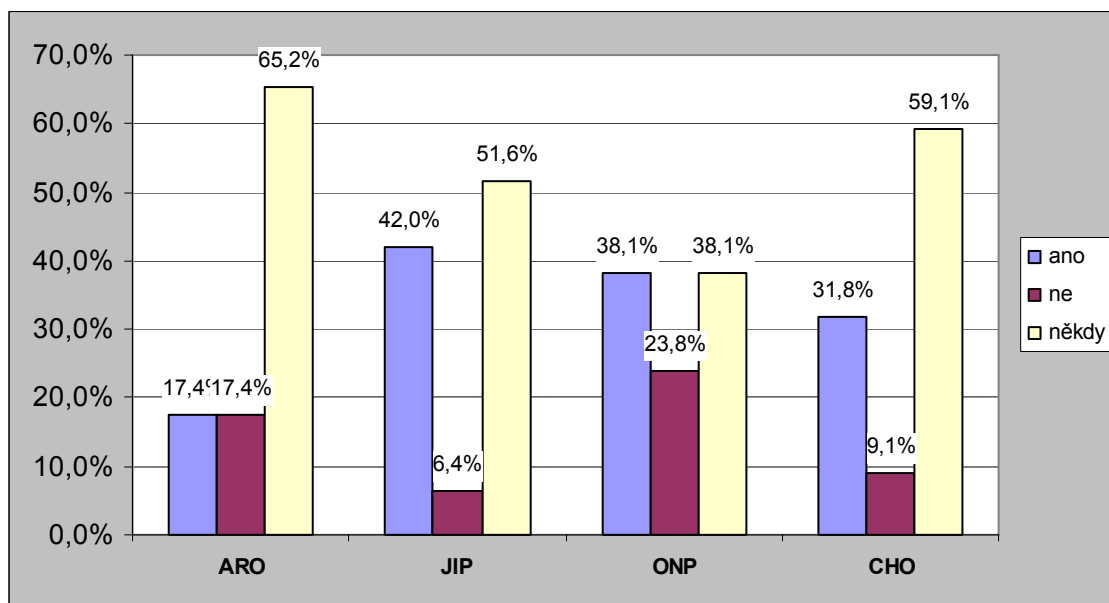


Graf č.18 znázorňuje možnosti usnadnění péče o „obtížného“ pacienta na vybraných odděleních. Z celkového počtu 34 odpovědí na oddělení ARO bylo uvedeno 14x (41,1%), že by usnadnilo péči o „obtížného“ pacienta zvýšení počtu sester ve směně, 18x (53%) bylo uvedeno zvýšení počtu pomocného personálu ve směně, 2x (5,9%) byla uvedena jiná možnost (ochota spolupracovat při řešení situace ze strany lékařů, dostatek léků a pomůcek). Z celkového počtu 37 odpovědí na oddělení JIP bylo uvedeno 17x (45,9%), že by usnadnilo péči o obtížného pacienta zvýšení počtu sester ve směně, 19x (51,4%) bylo uvedeno zvýšení počtu pomocného personálu ve směně, 1x (2,7%) byla uvedena jiná možnost (přítomnost sanitáře na oddělení). Z celkového počtu 29 odpovědí na ONP bylo uvedeno 11x (37,9%), že by usnadnilo péči o obtížného pacienta zvýšení počtu sester ve směně, 16x (55,1%) bylo uvedeno zvýšení počtu pomocného personálu ve směně, 2x (7,%) bylo uvedena jiná možnost (materiální vybavení). Z celkového počtu 32 odpovědí na chirurgickém oddělení bylo uvedeno 15x (46,9%), že by usnadnilo péči o obtížného pacienta zvýšení počtu sester ve směně, 16x (50%) bylo

uvedeno zvýšení počtu pomocného personálu ve směně, 1x (3,1%) byla uvedena jiná možnost (polohovací lůžka).

### Graf č.19 Podpora nadřízených při péči o „obtížné“ pacienty

Otázka č.21 Máte na svém pracovišti podporu u svých nadřízených v rámci péče o „obtížné“ pacienty



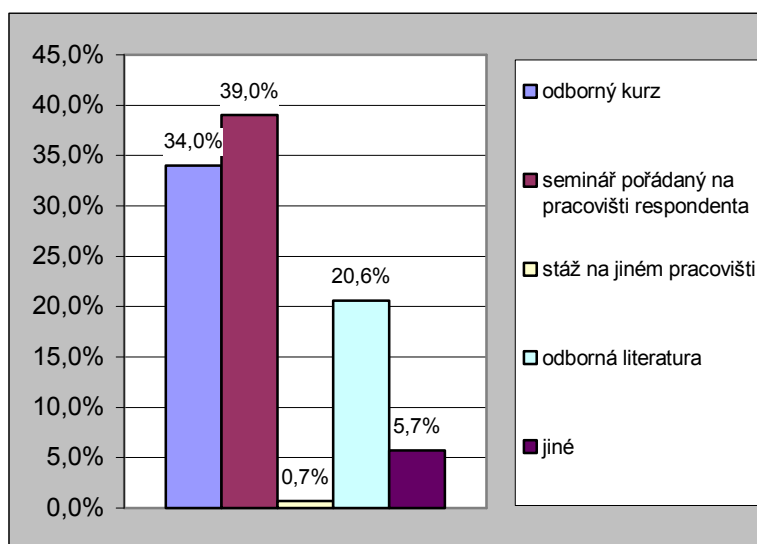
Graf č.19 znázorňuje vnímání respondentů podpory nadřízených v rámci péče o „obtížné“ pacienty. Na oddělení ARO udali podporu nadřízených 4 respondenti (17,4%), 4 respondenti (17,4%) uvedli, že podporu u svých nadřízených nemá, 15 respondentů (65,2%) uvedlo, že podporu u svých nadřízených má někdy. Na JIP odpovědělo, že má podporu u svých nadřízených 13 respondentů (42,%), 2 respondenti (6,4%) uvedli, že podporu u svých nadřízených nemá, 16 respondentů (51,6%) uvedlo, že podporu u svých nadřízených má někdy. Na ONP odpovědělo, že má podporu u svých nadřízených 8 respondentů (38,1,%), 5 respondentů (23,8%) uvedlo, že podporu u svých nadřízených nemá, 8 respondentů (38,1%) uvedlo, že podporu u svých nadřízených má někdy. Na chirurgickém oddělení odpovědělo, že 7 respondentů (31,8%) má podporu u svých nadřízených, 2 respondenti (9,1%) uvedli, že podporu u nadřízených nemají, 13 respondentů (59,1%) uvedlo, že někdy mají podporu u svých nadřízených.



### Graf č. 20 Preference volby formy celoživotního vzdělávání

Otázka č.22 V rámci celoživotního vzdělávání na téma péče o „obtížného“ pacienta byste preferovala

Respondenti mohli označit více odpovědí



Graf č.20 znázorňuje zájem respondentů o celoživotní vzdělávání na téma obtížný pacient. Z celkového počtu odpovědí 141 byl uveden zájem o odborný kurz 48x (34%), zájem o semináře na pracovišti 55x (39%), zájem o stáž na jiném pracovišti 29x (20,6%), zájem o odbornou literaturu 8x (5,7%), zájem o jinou možnost (zkušenosti ostatních zdravotníků) 1x (0,7%).

## 5. Diskuze

Uskutečněný průzkum na téma „Obtížný pacient v práci sestry“ byl proveden na odděleních ARO, JIP, ONP, CHO Nemocnice České Budějovice a.s. Výzkum byl proveden dotazníkovou metodou. Bylo rozesláno 140 dotazníků, vrátilo se jich 97, návratnost byla 69%.

Z výsledků šetření vyplývají následující skutečnosti: výzkumu se zúčastnilo 97 respondentů (100%) z toho převážná část byly ženy (98%), patřící do věkové skupiny méně než 30 let (64,9%). Nejvíce respondentů (49,5%) vybraných oddělení uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou. Poměrně velký výskyt respondentů s PSS (30%) je pravděpodobně zapříčiněn pracovním umístěním respondentů na odděleních JIP a ARO, kde je tato kvalifikace požadována.

Rozdělení respondentů (graf 4) podle jednotlivých oddělení bylo poměrně rovnoměrné: Výzkumu se zúčastnilo (23,7%) respondentů z oddělení ARO, z oddělení JIP (32%) respondentů, z ONP se zúčastnilo (21,6%) respondentů a z CHO bylo (22,7%) respondentů.

Třetina respondentů uvedla délku praxe ve zdravotnictví v rozmezí 0 - 3 roky (29,9%), což může v souvislosti s tématem práce a odpověďmi více než poloviny respondentů, kteří uvedli v otázce č. 18, že jsou na obtížné situace připraveni spíše teoreticky, znamenat určité obtíže, vyskytnou-li se neočekávané situace v praxi.

Graf č. 6 znázorňuje, že téměř polovina respondentů (42%) si v současné době zvyšuje kvalifikaci absolvováním seminářů na pracovišti, což je pozitivní výsledek, ale poměrně velká skupina respondentů (34%) uvedla, že se dál nevzdělává, což v praxi může znamenat nedostatek vědomostí, jak přistupovat k nestandardní situaci. Méně početná skupina respondentů (15,9%) si zvyšuje kvalifikaci bakálářským studiem.

Tabulka č. 1-4 se vztahuje k cíli práce, kterým bylo sledováno, jaká kritéria mají sestry při výběru a stanovení pořadí „obtížného“ pacienta na vybraných odděleních. Kritéria, která volili respondenti v souvislosti s hodnocením označení „obtížného“ pacienta se respondenti poměrně shodovali. Na oddělení ARO sestry volily především neklid, nespolupráci pacienta a intoxikaci drogou a alkoholem. Na oddělení JIP určily sestry: nespolupráci pacienta, dezorientaci, zmatenost, neklid, intoxikaci drogou a

alkoholem. Na ONP byla uváděna nejčastější kritéria: nespolupracující pacient, intoxikovaný alkoholem a drogou, dezorientovaný a zmatený. Na chirurgickém oddělení sestry označily kritéria: nespolupracující pacient, dezorientace, zmatenost, neklid a intoxikace alkoholem.

Tabulka č. 5-8 se také vztahuje k cíli práce. Znárodnuje pořadí vnímání „obtížného“ pacienta na vybraných odděleních. Sestry z ARO, JIP, ONP se shodly a vybraly „obtížné“ pacienty v následujícím pořadí: 1. agresivní pacient, 2. neklidný pacient, 3. zmatený pacient, bez ohledu na specifika oddělení. Na chirurgickém oddělení volily respondenti „obtížné“ pacienty následovně: 1. agresivní pacient, 2. demenční pacient, 3. zmatený pacient. Z výzkumu vyplývá, že pro sestry je nejvíce obtížný agresivní pacient, který může být nebezpečný sobě, může ohrožovat ostatní pacienty a personál. Výsledky jsou shodné s tvrzením Honzáka který uvádí, že mezi mezi nejhůře vnímané patří reakce agresivní (11). Dále sestry označily jako „obtížného“ pacienta neklidného a zmateného, kdy je nutný dohled ošetrovatelského personálu, protože chování pacienta je nepředvídatelné, což může být náročné vzhledem k počtu personálu a dalším pracovním povinnostem. Na chirurgickém oddělení uvedli respondenti na 2. místě pacienta demenčního, což může být ovlivněno většinou krátkou dobou hospitalizace a problémy demenčních pacientů se kterými se sestry akutních lůžek setkávají méně často a pravděpodobně je pro ně péče o takového pacienta náročnější.

Z odpovědí sester na ARO, JIP, ONP a CHO vyplývá, že největší obtíže na těchto odděleních působí agresivní pacienti, dále jsou to pacienti zmatení a neklidní. Pacienti, kteří mají změněný stav vědomí jsou sestrami vnímáni jako nejvíce nároční, bez ohledu na specifika oddělení. Na označení pacienta jako „obtížného“ většinou nemělo vliv pracovní zařazení sestry tzn., že rozdíly výsledků z jednotlivých oddělení jsou pouze nepatrné. Z uvedeného vyplývá, že první hypotéza znějící, pacienti jsou sestrami označování za obtížné rozdílně dle specifík oddělení, se nepotvrdila.

Čechová uvádí, že onemocnění působí na člověka nepříznivě, ovlivňuje jeho chování, emoce i některé rysy osobnosti (4). To potvrzuje i náš výzkum, kdy víc jak polovina respondentů (57,7%) zastává stejný názor, že povahové rysy a chování

pacienta (92,8%) se odráží v jejich hodnocení a má vliv na označení nemocného jako „obtížného“ pacienta.

U druhé hypotézy bylo předpokládáno, že význam na označení pacienta jako „obtížného“, mají nároky kladené na ošetrovatelskou péči. Tato hypotéza se potvrdila, neboť více jak polovina sester z oddělení ARO (53%), JIP (51,4%), ONP (55,1%) a CHO (50%) uvedla při péči o „obtížné“ pacienty požadavek na zvýšení počtu pomocného personálu ve směně, což by jim umožnilo přesunout některé činnosti na pomocný personál a mohly by se pak více věnovat těmto pacientům. Dále z šetření vyplynulo, že při péči o tyto pacienty je důležité dostatečné materiální a technické vybavení. Dle mínění sester na JIP, ONP a CHO nejsou tato oddělení dostatečně vybavena.

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce obtíží působí agresivní pacient a dále pacienti neklidní a zmatení. Při péči o „obtížné“ pacienty sestry uváděly především obavy z fyzického napadení (38,8%) a zvýšených psychických nároků (26,7%), kterými jsou při své práci vystaveny. Většina sester uvádí, že dosavadní vzdělání je připravilo pouze teoreticky na zvládání obtížných situací a 30% sester hodnotí, že nebyly připraveny teoreticky ani prakticky. Z výzkumu zároveň vyplývá pozitivní fakt, že velká část sester spatřuje obecně důležitost v celoživotním vzdělávání, a to i na téma „obtížný“ pacient. Uvítaly by proto semináře na pracovišti a odborné kurzy. Zpracování výsledků výzkumu potvrzuje, že ošetrovatelská péče o „obtížné“ pacienty má své nároky.

Při ošetrovatelské péči o „obtížné“ pacienty může být přínosem spolupráce s rodinou pro pacienta i sestru. Spolupráci s rodinou využívá (93,8%) respondentů. Celkem 45,9% respondentů uvedlo, že spolupráce s rodinou má vliv na psychickou pohodu pacienta, což lze z pozice sestry využít při uspokojování psychosociálních potřeb.

Na každém oddělení jsou sestře k dispozici standardy, kde může získat informace, které jí mohou pomoci při péči o pacienty. V Nemocnici České Budějovice a.s. je vypracován a používán standard č. 4 Péče o neklidné pacienty. Respondenti se shodovali, že standardy jsou přínosem v 72,1%, avšak víc jak polovina uvedla, že jsou

s nimi pouze seznámeni (51,5%), ale pracuje podle nich pouze menší část z nich (25,8%).

Domnívám se, že na všech odděleních je důležitá spolupráce a podpora z pozice nadřízených, zvláště pak při řešení obtížných situací v praxi. Respondenti z vybraných oddělení uvedli, že podporu při řešení obtížných situací nacházejí u svých nadřízených nepravidelně (graf č.19). Příčinou může být nedostatečná komunikace v rámci týmu a omezené možnosti nadřízených.

Na základě provedeného výzkumu na téma „Obtížný pacient v práci sestry“ bylo zjištěno, že velká část sester má středoškolské vzdělání, a to je dle jejich mínění dostatečně nepřipravilo na zvládnání obtížných situací v praxi, proto by se náročným situacím měla věnovat pozornost již při výuce.

## 6. Závěr

Bakalářská práce s názvem „Obtížný pacient v práci sestry“ měla za cíl zjistit, jaká kritéria mají sestry při výběru a stanovení pořadí „obtížného“ pacienta na vybraných odděleních. Ke zjištění výsledků byla použita metoda dotazníku. Z výsledků výzkumu vyplývá, že hlavním kritériem ovlivňujícím volbu „obtížného“ pacienta je nespolupráce, neklid, intoxikace alkoholem, drogou, dezorientace a zmatenost. Na označení pacienta jako „obtížného“ většinou nemělo vliv pracovní zařazení sestry tzn., že rozdíly výsledků z jednotlivých oddělení jsou pouze dílčí. Sestry označily pacienty jako nejvíce obtížné v následujícím pořadí: agresivní pacient, zmatený pacient a neklidný pacient. Cíl práce byl splněn, přičemž provedeným výzkumem se měly potvrdit nebo vyvrátit dvě hypotézy: H1: Pacienti jsou sestrami označováni za obtížné rozdílně, dle specifík oddělení a H2: Význam na označení pacienta jako obtížného, mají nároky kladené na ošetrovatelskou péči.

První hypotéza předpokládala, že pacienti jsou sestrami označováni za obtížné rozdílně, dle specifík oddělení. Z odpovědí sester na ARO, JIP, ONP a CHO vyplývá, že největší obtíže na těchto odděleních působí agresivní pacienti, dále jsou to pacienti zmatení a neklidní. Sestry z chirurgického oddělení stanovily na druhém místě pacienta dementního a na třetím místě pacienta zmateného. Z výzkumu vyplývá, že pacienti agresivní a pacienti, u nichž je změněný stav vědomí, jsou sestrami vnímáni jako nejvíce nároční, bez ohledu na specifika oddělení. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

U druhé hypotézy bylo předpokládáno, že význam na označení pacienta jako „obtížného“, mají nároky kladené na ošetrovatelskou péči. Tato hypotéza se potvrdila, neboť z výzkumu vyplývá, že péče o pacienty agresivní, neklidné a zmatené, kteří většinou nespolupracují, mohou být nebezpeční sobě i okolí, že péče o tyto nemocné má své nároky na personální obsazení ve směně, na materiální a technické vybavení oddělení. Většina sester uvedla obavy z fyzického napadení, zvýšené psychické zátěže, taktéž je potřeba mít dostatek vědomostí, což sestry potvrdily svým zájmem o vzdělání na téma „obtížný“ pacient.

Téma „obtížný“ pacient v práci sestry je široké. Všechny sestry se při své práci setkávají s „obtížnými“ pacienty. Jak si sestry poradí s nestandardní situací závisí na

úrovni vzdělání, na osobních zkušenostech, na profesionálním přístupu sestry, na podpoře nadřízených, dobrým technickým a materiálním vybavení oddělení a dostatečném personálním obsazením ve směně.

## **7. Doporučení pro praxi**

Na základě provedeného výzkumu na téma „Obtížný pacient v práci sestry“ bylo zjištěno, že velká část sester uvedla, že dosavadní vzdělání je dostatečně nepřipravilo na zvládnutí obtížných situací teoreticky a prakticky, proto by se náročným situacím měla věnovat pozornost již při výuce. Z šetření vyplynulo, že velká část sester má zájem o semináře pořádané na pracovišti a odborné kurzy na téma „obtížný“ pacient, proto bych chtěla s výsledky seznámit sestry formou semináře. Kladně by jistě byly ohodnoceny předané zkušenosti zdravotníků s „obtížnými“ pacienty.

Z šetření dále vyplynulo, že sestry v menším množství využívají spolupráce s rodinou k získání biografické anamnézy nemocného, což by jistě také bylo přínosem při ošetrovatelské péči o „obtížné“ pacienty. Sestry uvedly, že pocítují podporu při řešení obtížných situací u svých nadřízených nepravidelně, zde bych navrhovala zlepšit komunikaci s nadřízenými i v rámci týmu.



## 8. Seznam použité literatury:

1. Adams, B., Herold, C.E. Sestra a akutní stavy od A do Z. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1999. dotisk 2000. 488s. ISBN 80-7169-89-8
2. Bartošíková, I., Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 203s. ISBN 80-7013-288-4
3. Benešová, V., Alzheimerova choroba- komplexní péče o nemocného. Sestra. Praha: Mladá fronta,a.s. 2003, roč. 13, č. 7-8, s.59-60 ISSN 1210-0404
4. Čechová,V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. Speciální psychologie. 3.vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 173s. ISBN 80-7013-342-2
5. Doenges, M.E., Moorhouse, M. F. Kapesní průvodce sestry. Čas. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1996 dotisk 2000. 576s. ISBN 80-7169-294-8
6. Drábková, J., Medicína naléhavých a kritických stavů. 2. opravené vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 325s. ISBN 80-70130115
7. Dvořáková, J., Akutní péče o pacienty se spinálním poraněním. Florence. Galén spol. s. r. o. 2006. č.7-8. s.38-39. [on line] [19. 2. 2006]. Dostupné z WWW: <http://www.florence.cz/cislo.php?cislo=8>
8. Farkašová, D., Ošetrovateľstvo – teória. Vydavateľstvo Osveta, Martin 2001. 134s. ISBN 80-8063-086-0
9. Gulášová, I., Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. Sestra. Praha: Mladá fronta, a.s. 2004, roč. 14, č.6, s.8-9. ISSN 1210-0404
10. Hartl, P., Hartlová, H. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
11. Honzák, R., Komunikační pasti v medicíně. 2. doplněné vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-032-0
12. Kisvetrová, H., Paliativní péče. Sestra. Praha: Mladá fronta, a.s. 2005, roč.15, č.10, s.22. ISSN 1210-0404

13. Kramářová, N., Gerontopsychiatrie. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zemědělská fakulta, 2000. 46s. ISBN 80-7040-442-6
14. Kůsová, R., Nespolupracující pacient. Sestra. Praha: Mladá fronta, a.s.2004, roč.14, č.5, s.26. ISSN 1210-0404
15. Nejedlá, M., Fyzikální vyšetření pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006 264s. ISBN 80-247-1150-8
16. O'Connor, M., Aranda, S., Paliativní péče, 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, spol. s. r. o. 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4
17. Pavlát, J., Jak si poradit s obtížným pacientem. Praktický lékař. vyd. ČSL Jana Evangelisty Purkyně Praha 1999. č.10, s. 594-595. ISSN 0032-6739
18. Richards, A., Edwards, S., Repetitorium pro zdravotní sestry. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5
19. Staňková, M., Rychlá orientace v povaze druhých. Sestra. Praha: Mladá fronta, a.s. 2003, roč. 13, č. 7-8, s.9. ISSN 1210-0404
20. Trachtová, E.a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVZP, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-4
21. Váchová, J., Obtížný pacient. Sestra. Praha: Mladá fronta, a. s. 2006, roč. 16, č.5, s.22-23. ISSN 1210-0404
22. Veselá, A., Kdo hoří, může vyhořet. Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, a.s. 2007, roč. 56 č. 11, s.25-27. ISSN 0044-1996
23. Vomela, J., a kol. Chirurgie pro sestry 1. část. 1 vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 210s. ISBN 80-7013-262-0
24. Vyhláška č.424/2004
25. Vymětal, J., Lékařská psychologie. Nakladatelství Portál, s.r.o., Praha 2003. 400s. ISBN 80-7178-740-X

## **9. Klíčová slova**

obtížný

pacient

agrese

zmatenost

neklid

zdravotní sestra

## **9. Keywords**

difficult

patient

aggression

confusion

unease

medical nurse

## **10. Seznam použitých zkratek a symbolů**

CNS centrální mozková příhoda

např. například

EKG elektrokardiografické vyšetření

tzv. takzvaný

apod. a podobně

ARO anesteziologicko - resuscitační oddělení

JIP jednotka intenzivní péče

ONP oddělení následné péče

CHO chirurgické oddělení

SZŠ střední zdravotnická škola

VZŠ vyšší zdravotnická škola

VŠ Bc. Vysoká škola bakalářské studium

VŠ Mgr. vysoká škola magisterské studium

PSS specializační pomaturitní studium

## **11. Přílohy**

č.1 Práva pacientů

č.2 Glasgow Coma Scale

č.3 Dotazník

## **Příloha č.1**

### **Práva pacientů**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno svého lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického i terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje víc alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v

míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instrukce, která má nemocného převzít, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodne k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to bez uvedení důvodů, z experimentu odstoupit, když byl předtím poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Honzák, R., Práva pacientů. Dostupné z. [on line] [9.4. 2007]  
<http://www.znovu.cz/sdat/301/st.301.htm> pravo

## Příloha č.2

### Glasgow Coma Scale

odpověď	podnět	body
otevírání očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolestivý podnět	2
	pacient nereaguje	1
slovní odpověď	plně orientován	5
	zmatená	4
	nepřiměřená	3
	nesrozumitelná	2
	bez odpovědi	1
motorická odpověď	uposlechne příkazu	6
	adekvátní na bolestivý podnět	5
	úhyb	4
	flexe na bolestivý podnět	3
	extenze na bolestivý podnět	2
bez odpovědi	1	
celkové skóre		3 - 15

Nejedlá, M., Fyzikální vyšetření pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006 264s. ISBN 80-247-1150-8



### Příloha č.3

#### Dotazník

Vážená kolegyně, kolego,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích a ráda bych Vás požádala o vyplnění předloženého dotazníku. Ten je součástí mé bakalářské práce na téma „Obtížný pacient v práci sestry“. Dotazník je anonymní a všechny údaje, které zde poskytnete považuji za důvěrné a budou použity pouze k účelu zpracování bakalářské práce.

Vyhovující odpověď prosím označte, popřípadě doplňte.

Děkuji za spolupráci

Marie Zuzáková

1. Vaše pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk:

- méně než 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- více než 51 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ Bc.
- VŠ Mgr.
- PSS

4. Na jakém oddělení pracujete ? .....

5. Délka Vaší odborné praxe ve zdravotnictví.

- 0 -3 roky
- 4 - 10 let
- 11 - 20 let
- 21 let a více

6. Zvyšujete si v současné době své vzdělání? (možno označit více variant)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ano- PSS             | <input type="checkbox"/> ano- VZŠ          |
| <input type="checkbox"/> ano- Bc. studium     | <input type="checkbox"/> ano- Mgr. studium |
| <input type="checkbox"/> ano- formou seminářů | <input type="checkbox"/> ne                |

7. Určete pořadí pro Vás obtížného pacienta:

(číslem 1-8, kdy 1= nejvíce obtížný, 8= nejméně obtížný)

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| agresivní pacient .....                                   | zmatený pacient .....             |
| neklidný pacient .....                                    | pacient s fatickou poruchou ..... |
| dementní pacient .....                                    | imobilní pacient .....            |
| pacient ohrožený selháním životně důležitých funkcí ..... |                                   |
| dlouhodobě těžce a nevléčitelně nemocný pacient .....     |                                   |
| jiný .....  |                                   |

8. Kritéria, která ovlivňují Vaše hodnocení obtížného pacienta:

(můžete označit více variant)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> věk pacienta                       | <input type="checkbox"/> délka hospitalizace      |
| <input type="checkbox"/> polymorbidita                      | <input type="checkbox"/> intoxikace alkoholem     |
| <input type="checkbox"/> intoxikace drogou                  | <input type="checkbox"/> neklid pacienta          |
| <input type="checkbox"/> dezorientace, zmatenost            | <input type="checkbox"/> porucha komunikace       |
| <input type="checkbox"/> nestabilní základní životní funkce | <input type="checkbox"/> imobilita                |
| <input type="checkbox"/> terminální stádium nemoci          | <input type="checkbox"/> nespolupracující pacient |
| <input type="checkbox"/> jiné .....                         |   |

9. Mají vliv na Vaše označení obtížného pacienta povahové rysy nemocného?

- ano  
 ne

10. Má vliv na Vaše hodnocení obtížného pacienta chování nemocného?

- ano  
 ne

11. Při ošetřování pro Vás obtížných pacientů máte obavy z:

*(můžete označit více variant)*

- fyzického napadení
- úmrtí pacienta
- zvýšené psychické zátěže pro sestru
- zvýšené fyzické zátěže pro sestru
- zvýšených nároků na ošetrovatelskou péči
- nemám žádné obavy
- jiné.....

12. Využíváte při ošetřování pacientů spolupráce s rodinou ?

- ano
- ne
- jiné .....

13. Je pro Vás spolupráce s rodinou pacienta přínosem ? *(můžete označit více variant)*

- ano – zkvalitňuje péči o pacienta
- ano – je psychickou podporou pacienta
- ano – využíváme ji pro získání biografické anamnézy pacienta
- ne
- jiné.....

14. Máte pro výkon povolání dle Vašeho mínění dostatečné materiální vybavení?

- ano
- ne

15. Máte pro výkon povolání dle Vašeho mínění dostatečné technické vybavení?

- ano
- ne

16. Používáte při své práci standardy?

- ano – čtu je
- ano – jsem s nimi seznámena
- ano – pracuji podle nich
- ne

17. Jsou standardy přínosem pro Vaši práci?

ano

ne

18. Máte pocit, že Vás dosavadní vzdělání připravilo dostatečně na zvládnání obtížných situací v praxi?

ano – teoreticky

ano – prakticky

ne

jiné .....

19. Máte zájem o další vzdělávání na téma zvládnání obtížných situací v praxi?

ano

ne

20. Co by usnadnilo péči o obtížného pacienta na Vašem oddělení?

*(můžete označit více variant)*

zvýšení počtu sester ve směně

zvýšení počtu pomocného personálu ve směně

jiné .....

21. Máte na svém pracovišti podporu u svých nadřízených v rámci péče o obtížné pacienty?

ano

ne

někdy

22. V rámci celoživotního vzdělávání na téma péče o obtížného pacienta byste preferovala:

*(můžete označit více variant)*

odborný kurz

stáž na jiném pracovišti

seminář pořádaný na Vašem pracovišti

odbornou literaturu

jiné .....

Závěrem mi dovoluňte poděkovat Vám za čas věnovaný vyplnění dotazníku