

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Role sestry v poskytování ošetrovatelské péče o nemocného
s chronickou obstrukční plicní nemocí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Bc. Veronika Švábová

2011

Autor práce:

Pavličková Eva

Abstract

The aim of this work is to investigate the task of a hospital nurse in providing a nursing care by sick persons. The work comprises a theoretical as well as a research part. The theoretical part is concerned with data on the Chronic Obstructive Pulmonary Disease, on its epidemiology, pathogenesis, pathophysiology, clinical symptoms, diagnostics, sectioning the stages of the disease, treatment and an educational programme for COPD patients. Further, we have focused on the roles of hospital nurses and their education. From the psychological point of view, the role of a hospital nurse represents the position of an individual in certain social system. Said role is characterized above all by the characteristics as the emotional neutrality, the ability to provide a patient the feeling of security and the appreciation of his problems. The term education embraces a process of training and education. The health education represents a process of training and education, the aim of which is the health. The education is a lifelong process which develops the personality by virtue of formal authorities, informal ambient and professionals. It represents a continuous system process. The education conduces to the acquirement of new items of information, the improvement of proficiency.

In the bachelor work quantitative and qualitative methods of the data collection through the use of an interrogation technique by question forms presented to hospital nurses working with COPD patients, as well as the qualitative interrogation data collection technique by means of a semistructured discussion were used. The research interrogations were carried out in the Hospital Písek, AG and in the Hospital České Budějovice, AG.

The quantitative research interrogations were carried out in the Hospital Písek, AG and in the Hospital České Budějovice, AG. In the interrogations participated 100 hospital nurses working in the standard internal medical departments and the pneumology department. For the qualitative research interrogation 5 COPD patients were selected. The discussions were conducted in the pneumology department. In the bachelor work one aim was determined. The aim of the work was to investigate the task

of a hospital nurse in providing a nursing care by COPD patients. In the work 2 hypothesis were determined. 1. The most common role of the hospital nurse is the provider of a nursing care. 2. The role of an educator nurse is more frequent than the role of an advocate nurse. Both hypothesis were confirmed. Further, 2 research questions were determined. What is the most common role of a hospital nurse by COPD patients? Has the role of an educator a practical efficiency by the COPD patients? The both research questions were answered. The aim of the bachelor work was thus accomplished.

The bachelor work could be used by seminars in pneumology departments or internal medical departments. The work can also serve as the efficiency assessment of activities practised by the COPD patients and for the remedy of their imperfections.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Role sestry v poskytování ošetrovatelské péče o nemocného s chronickou obstrukční plicní nemocí“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji v přiložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne 26. 4. 2011

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Veronice Švábové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod | 3 |
| 1. SOUČASNÝ STAV | 4 |
| 1.1 Definice chronické obstrukční plicní nemoci | 4 |
| 1.2 Epidemiologie CHOPN..... | 5 |
| 1.3 Patogeneze a patofyziologie CHOPN | 6 |
| 1.4 Klinický obraz CHOPN | 7 |
| 1.5 Rozdělení CHOPN dle stádií | 8 |
| 1.6 Diagnostika CHOPN..... | 9 |
| 1.7 Výchovný program u CHOPN | 11 |
| 1.8 Léčba CHOPN | 11 |
| 1.8.1 Rehabilitace u CHOPN | 12 |
| 1.8.2 Fyzioterapeutické postupy u CHOPN | 13 |
| 1.9 Role sester | 15 |
| 1.9.1 Nejčastější role sester | 17 |
| 1.9.2 Práce sestry ve zdravotnickém zařízení v souvislosti s CHOPN | 18 |
| 1.10 Nemoc a chronicky nemocný pacient | 20 |
| 1.11 Edukace | 21 |
| 1.11.1 Edukace pacienta pro zlepšení zdravotního stavu u CHOPN | 22 |
| 2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 25 |
| 2.2 Hypotézy | 25 |
| 2.3 Výzkumné otázky..... | 25 |
| 3. METODIKA | 26 |
| 3.1 Metodika práce..... | 26 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 26 |
| 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU | 28 |
| 4.1 Grafické vyhodnocení dotazníků sester | 28 |
| 4.2 Rozhovor s pacienty | 39 |
| 4.3 Kategorizace dat v tabulkách | 47 |
| 5. DISKUZE | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 6. ZÁVĚR | 61 |
| 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 63 |
| 8. KLÍČOVÁ SLOVA..... | 66 |
| 9. PŘÍLOHY..... | 67 |

Úvod

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je celoživotní progredující onemocnění, které zhoršuje kvalitu života nemocných a nezřídka vede k invaliditě a předčasnému úmrtí. Nejdůležitější příčinou vzniku nemoci je kouření tabáku. Tento zlovyk v posledních letech stoupá také mezi ženami a adolescenty, což má za důsledek, že CHOPN postihuje čím dál více lidí na celé planetě. Vznik nemoci je většinou závislý na kouření tabáku, tudíž je rozdíl mezi jednotlivými zeměmi. Například nejnižší prevalence u mužů je v zemích severní Afriky, u žen v Asii. U žen kuřáček je daleko snadnější onemocnět chronickou obstrukční plicní nemocí, i když mají stejnou spotřebu tabáku jako muži. Mezi další rizikový faktor patří znečištěné ovzduší, které ovlivňuje obě pohlaví stejně. Klienti s diagnózou CHOPN bývají v nemocničních zařízeních hospitalizováni často, i když se nemusí jednat o aktuální důvod hospitalizace. Proto je důležité, aby pacienti dostávali odbornou sesterskou pomoc, která jim může zkvalitnit život.

Sesterská role v poslední době prošla významnými změnami. Také proto jsou na ni kladeny, čím dál vyšší požadavky a to nejen na její profesní samostatnost a růst, ale i na její osobnost. Sestra ve své profesi nikdy nezastupovala pouze jednu roli, ale vždy rolí několik a jinak tomu není ani dnes. Nejčastěji se ztotožňuje s rolemi: sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče, edukátorka, manažerka, mentorka, výzkumnice, advokátka a nositelka změn. Každá sestra a člen ošetrovatelského týmu by měl znát svou úlohu a ztotožnit se s ní. Jen tak může být dosaženo kvalitní ošetrovatelské péče.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala pro jeho zajímavost. S onemocněním CHOPN se sestra v praxi setkává skoro denně a nejen na interních a plicních odděleních. S množstvím kuřáků v naší populaci se zvyšuje i množství pacientů, kteří jsou hospitalizováni a potřebují odbornou sesterskou péči. Domnívám se, že většina středního zdravotnického personálu se již setkala s pacienty trpící CHOPN. A zdravotníci, kteří nepracují na odděleních, kde se CHOPN vyskytuje nejčastěji, mají představy o příčinách vzniku onemocnění, jeho průběhu a léčbě díky edukačním materiálům a kampaním zaměřených na prevenci CHOPN.

1. Současný stav

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je celoživotní onemocněním, které se nedá plně vyléčit a postupně se tato nemoc zhoršuje. Ve světě na ni nebo její komplikace umírá čím dál víc lidí. Hlavní vyvolávající příčinou vzniku CHOPN je cigaretový tabák. Proto nejlepší prevencí je nikdy nezačít s kouřením a zamezit vzniku pasivního kouření. Hlavním cílem léčby je zlepšení celkové kvality života, fyzické aktivity, ale i kvality spánku. CHOPN se také projevuje i mimoplicními příznaky jako jsou otoky dolních končetin, zmatenost, dezorientace nebo promodrávání rtů. V počátečních stádiích choroby jsou nemocní neschopni práce pouze v období exacerbace. S postupnou progresí nemoci a rozvojem respirační insuficience se jejich práceschopnost a posléze i soběstačnost omezuje a vytrácí. V konečných stádiích jsou tyto lidé těžce invalidizováni.

Cílem Světové iniciativy o chronické obstrukční plicní nemoci (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD) je prohlubování znalostí o CHOPN a snižování morbidit a mortality způsobené CHOPN. V České Republice existuje České občanské sdružení proti chronické obstrukční plicní nemoci (ČOPN), které informuje obyvatele o chronické obstrukční plicní nemoci, jejich možnostech léčby, pořádá semináře a odpovídá na dotazy ohledně CHOPN. (6, 12, 17)

1.1 Definice Chronické obstrukční plicní nemoci

Definice ERS/ATS (Evropská respirační společnost a Americká hrudní společnost) je z roku 2004. Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je léčitelná nemoc, které lze předcházet a která má významné mimoplicní účinky, jež mohou přispívat k její závažnosti u jednotlivých nemocných. Plicní složka CHOPN je charakterizována omezeným průtokem vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí), který není plně reverzibilní. Bronchiální obstrukce obvykle progreduje a je spojena s abnormální zánětlivou odpovědí plic na škodlivé částice a plyny, zejména způsobené kouřením cigaret. Bronchiální obstrukce typická pro CHOPN vzniká společným postižením

drobných dýchacích cest (obstrukční bronchiolitidou) a destrukcí parenchymu (emfyzémem). Podíl těchto dvou složek se individuálně liší. Chronický zánět vyvolává strukturální změny a zužování drobných dýchacích cest. Destrukce plicního parenchymu, která je také vyvolávaná zánětlivými procesy, vede ke ztrátě vazby alveolů na drobné dýchací cesty a tím ke snížení zpětného elastického napětí plic. Tyto změny snižují schopnost dýchacích cest zůstat otevřené v průběhu výdechu. (6, 14)

1.2. Epidemiologie CHOPN

Epidemiologie (zabývá se studiem faktorů ovlivňujících zdraví a nemocnost obyvatelstva). CHOPN je jednou z hlavních příčin morbidit a mortality ve světě a způsobuje významnou a stále se zvyšující ekonomickou a sociální zátěž.

Prevalence a incidence

CHOPN patří v současné době mezi druhou nejrozšířenější neinfekční nemoc na světě, trpí jí 4-10% ze všech obyvatel. Celosvětová prevalence (poměr nemocných jedinců k celkovému počtu jedinců ve sledované populaci) ovšem stále stoupá, zvyšuje se s věkem. Nyní je CHOPN častější u mužů, ale u žen se počet zvyšuje. V celosvětovém měřítku touto nemocí trpí kolem 500 – 600 miliónů osob a ročně na ni umře přes 2,7 miliónu nemocných. V České republice je prevalence kolem 8%, ale počet nemocných stále stoupá. (6, 10, 15)

Incidence CHOPN závisí na vyhledávání především ohrožených lidí, např. kuřáků, kteří kouří dvacet cigaret po dobu 20 let. V dnešní době začínají kouřit už adolescenti. Takže při vykouření jednoho balíčku cigaret denně (20 cigaret/den), se dosáhne rizika vzniku CHOPN již brzy po 35. roku věku. Na tuto skupinu by mělo být zaměřeno aktivní vyhledávání. Aktivní dispenzarizace by měla být též zaměřena na osoby s chronickou bronchitidou, která se považuje za 0 stádium (rizikové stádium). (5, 6, 12, 15)

Morbidita a mortalita

Morbidita udává poměr počtu nemocných vůči počtu všech zdravích jedinců. Světová banka vytvořila určité ukazatele dopadu nemocnosti na společnost. Jedním z ukazatelů jsou ztracené roky života z důvodu invalidity a předčasného úmrtí (DALY - Disability - Adjusted Life Years), zde se CHOPN umístila v roce 1996 na sedmém místě u žen a na osmém místě u mužů, bráno celosvětově. Průměrná doba hospitalizace z důvodu CHOPN v České Republice byla v roce 2000 15,8 dne a průměrná doba trvání pracovní neschopnosti z roku 2002 byla 35,7 dne. Morbidita na CHOPN může být spojena s dalšími přidruženými chronickými stavy (např. onemocněním svalů a kostí, diabetem), které sice nesouvisí přímo s CHOPN, ale mají vliv na zdravotní stav nemocného nebo mají negativní vliv na léčbu. Kvalita života nemocných s CHOPN se zhoršuje se závažností nemoci a je nejvíce postižena ve fyzické aktivitě. Kvalita života je až 8x horší než u zdravých osob.

Mortalita udává podíl zemřelých z určité skupiny za určité časové období. Dle údajů světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002 se pohybovala roční úmrtnost na CHOPN přes 4,7 miliónů osob z celosvětové populace. A dle předpokladů se do roku 2030 počet zdvojnásobí. Jen ojediněle na tuto nemoc umírají lidé před 45. rokem. V ČR v roce 2003 na ni zemřelo 1127 mužů a 684 žen. Ačkoli CHOPN je často primární příčinou úmrtí, je často uváděna jen jako sekundární nebo je zcela opomenuta a jako příčina úmrtí je uveden jiný důvod, např. kardiovaskulární onemocnění. (6, 12, 15)

1.3 Patogeneze a patofyziologie CHOPN

Patogeneze sleduje vznik, průběh a zakončení nemoci. Nyní existují dvě teorie, které se snaží vysvětlit vznik CHOPN. První je teorie oxidačního stresu (vznik nemoci je zapříčiněn působením kyslíkových radikálů, tyto oxidanty jsou obsaženy v kouři z cigaret a jsou produkovány i endogenně aktivací endogenních buněk). Druhá teorie je teorie nerovnováhy mezi protézami a antiproteázami (vysvětluje vznik nemoci nekontrolovaným působením proteolytických (katalyzující štěpení bílkovin a polypeptidů

za vzniku peptidů a aminokyselin) enzymů, především elastázy uvolněné z neutrofilů). (6, 11, 12, 15) viz příloha č. 4

Patofyziologie CHOPN je charakterizována trvalou obstrukční ventilační poruchou, která většinou vzniká díky kombinaci emfyzému (rozedma plic) a obstrukcí periferních dýchacích cest vyvolané chronickou bronchitidou. (10) Patologické změny zahrnují chronický zánět se zvýšením počtu zánětlivých buněk v různých částech plic a strukturální změny vznikající následkem opakovaného poškození. Zánětlivé a strukturální změny se v dýchacích cestách zvyšují s tíží onemocnění, avšak přetrvávají i po zanechání kouření. (6, 10, 15)

Projevem CHOPN je snížení maximálních výdechových rychlostí a zpomalení vyprazdňování plic. Reverzibilita obstrukce je malá (< 12 %). Ireverzibilní komponenta obstrukce je způsobena emfyzémem, zesílením stěny bronchů, ztrátou elastického tahu, deformací jejich průběhu a jejich kolapsibilitou. Reverzibilní komponenta je kontrakce hladké svaloviny, bronchů stáza vazkého hlenu a edém sliznice. (6, 10, 12, 15)

1.4 Klinický obraz CHOPN

CHOPN se projevuje jako chronická bronchitida. Klienti trpí chronickým kašlem, který bývá zprvu nemoci občasným, ale s postupem nemoci se stává celodenním nebo i nočním. Ke kašli se přidává vykašlávání sputa, klienti vykašlávají hleny nejvíce po ránu, kdy se nahromadil při spánku v plicích. Chronický kašel a vykašlávání mohou předcházet řadu let před vznikem bronchiální obstrukce. Expektorace sputa ovšem nemusí být přítomna u klientů vůbec. Během exacerbace se může objevit vykašlávání krve (hemoptýza), jedná se o trvalé zhoršení obtíží nemocných oproti stabilnímu stavu. U pacientů s CHOPN jsou na první poslech slyšitelné vrzoty a pískoty jsou typické při výdechu, ale mohou být i při nádechu. Jsou slyšitelné na dálku, ale tyto fenomény nemusí být přítomny vůbec. Dále se objevuje dušnost (dyspnoe), je hlavní příčinou pracovní neschopnosti, nemocné omezuje nejvíce ve fyzické aktivitě jako je běh, chůze a později i ve všedních úkonech (oblékání, mytí, úklid, nákupy). S postupem nemoci se u nemocných objevuje hyperinflace, což znamená patologicky zvýšený objem plic na

konci výdechu. Dochází k rozšíření průsvitů bronchiolů, což vede posun dýchání k větším plicním objemům. Nevýhodou hyperinflace je to, že vede ke zkrácení svalových vláken dýchacích svalů a přispívá ke snazší únavě svalových vláken. Dále vede chronická obstrukce k poruše výměny plynů, k hypoxémii a hyperkapnii. Porucha výměny plynů se obecně zhoršuje s postupem nemoci. U klientů může nastat tusigenní synkopa, která nastává při záchvatu kašle a je nebezpečná krátkodobým bezvědomím, kdy se nemocný může zranit. Někteří klienti mohou pociťovat tlak na hrudi, bývá většinou po zátěži a je svalového charakteru. S postupem nemoci se může objevit úbytek hmotnosti, který je primárně zapříčiněn negativním poměrem mezi energetickým příjmem a výdejem. Mezi nejdůležitější komplikace CHOPN patří plicní hypertenze a cor pulmonale (zbytnění pravé komory), tyto komplikace patří mezi kardiovaskulární, které znamenají špatnou prognózu. Plicní hypertenze vzniká díky hypoxické vazokonstrikci malých plicních artérií, ztrátou plicního kapilárního řečiště u emfyzému. Vazokonstrikce může být vyvolaná jen hypoxií, ale většinou se na jejím vzniku podílí porušení mechanismu vazodilatace (rozšíření průsvitu cév). Prvním příznakem vzniku cor pulmonale mohou být otoky kotníků, zvětšení objemu krku díky zvýšené náplni krčních žil. Proto je důležitá kontrola sestrami, které přeměřují a váží pacienty trpící otoky. (6, 12, 15, 24)

1.5 Rozdělení CHOPN dle stádií

Mezi první stádium u CHOPN již řadíme stádium O, kdy klienti mají normální hodnoty plicní funkce. Chronické příznaky často předcházejí několik let vzniku obstrukce. Nejde o pacienty s prokázanou diagnózou CHOPN, ale o osoby s vysokým rizikem vzniku. Následuje stádium I neboli lehké stádium CHOPN. Při něm je lehká porucha průtoku vzduchu průduškami ($FEV_1/FVC < 70\%$, ale $FEV_1 > 80\%$ náležitých hodnot). Obvykle (ne vždy) bývá chronický kašel a tvorba sputa. V tomto stádiu si nemocný nemusí být vědom, že jeho plicní funkce jsou již zhoršené. U Stádia II, středně těžkého stádia u CHOPN se příznaky nemoci zhoršují. Toto stádium je charakterizováno zhoršením průtoku vzduchu průduškami ($FEV_1/FVC < 70\%$; $50\% \leq$

FEV1 < 80 % náležitých hodnot). Při stádiu II obvykle progredují příznaky spojené se zhoršením dušnosti, která je typická při tělesné zátěži, většinou je přítomný kašel a expektorace. V tomto stádiu většinou nemocný vyhledává lékařskou pomoc pro dušnost nebo pro exacerbaci CHOPN. Následuje stádium III, těžké stádium CHOPN, které je charakterizováno dalším zhoršením bronchiální obstrukce ($FEV1/FVC < 70\%$; $30\% \leq FEV1 < 50\%$ náležitých hodnot). Klienti trpí větší dušností, snižuje se tolerance námahy, klienti jsou často unavení a trpí opakovanými exacerbacemi, které prakticky vždy ovlivňují kvalitu života nemocného. Poslední a nejhorší je stádium IV, velmi těžké stádium CHOPN, je charakterizováno těžkou bronchiální obstrukcí ($FEV1/FVC < 70\%$; $FEV1 < 30\% NH$, nebo $FEV1 < 50\% NH$ plus chronické respirační selhání). Respirační selhání definujeme poklesem parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi. Respirační selhání může vést ke vzniku cor pulmonale. Klinické známky cor pulmonale zahrnují zvýšený tlak v krčních žilách a otoky kotníků. (6,14)

„*FVC*- usilovná vitální kapacita, *FEV1*- usilovně vydechnutý objem za 1 sekundu, je udávaná po bronchodilataci, *NH*- náležitá hodnota, *PH*- plicní hypertenze, *CP*- cor pulmonale (Chorobné zvětšení pravé srdeční komory), *RI*- chronická respirační insuficience, *VC*- vitální kapacita“ (6 str. 77)

1.6 Diagnostika CHOPN

O diagnóze CHOPN by měli zdravotníci přemýšlet u všech osob nad 40 let, kteří mají rizikové faktory v anamnéze, jako jsou kouření cigaret nebo pasivní kouření po dobu více jak 5 let. Dále u lidí, kteří trpí chronickým kašlem, častými záněty průdušek, vykašlávají krev a trpí námahovou dušností, která je pozvolná, ale zhoršuje se s fyzickou námahou. CHOPN se rozděluje dle stádií dušnosti na první stupeň, lehká, nemocní se zadýchávají při běhu nebo usilovné námaze. Druhý stupeň CHOPN, střední, nemocní nestačí při rychlé chůzi, třetí stupeň CHOPN se nazývá těžká CHOPN, kdy se nemocní zadýchávají při pomalé chůzi a čtvrtý stupeň CHOPN, velmi těžká, nemocný je dušný i v klidu. Ještě před prvním vyšetřením je důležité odebrat pacientovu anamnézu. Lékař odebírá lékařskou, kde například zjišťuje pacientův zdravotní stav,

příznaky nemoci, alergie, nemoci, které klient prodělal. Sestra odebírá anamnézu sesterskou, kde se zjišťují údaje pro zlepšení ošetrovatelské péče u klienta. Lékařská anamnéza se rozděluje na osobní, rodinnou a nynější. Osobní anamnéza zjišťuje rizikové faktory, povolání, znečištění zevního ovzduší v okolí klientova bydliště, sinusitidy a nosní polypy, respirační infekce v dětství a ostatní respirační nemoci, astma, alergie, jiná onemocnění a kouření (délku kouření, počet cigaret za den). Rodinná anamnéza zjišťuje onemocnění rodičů, zda netrpěli CHOPN, na jakou nemoc zemřeli a zda byli kuřáky. V nynější anamnéze se sleduje průběh nemoci, exacerbace, subjektivní obtíže klienta.

Po odebrání anamnézy se provede u klienta fyzikální vyšetření. U některých nemocných je na pohled zjistitelný soudkovitý hrudník, cyanóza z nedostatku okysličené krve v těle. Sestra změří saturaci oxymetrem. Pohledem a změřením zjistí klidovou dechovou frekvenci, která je často zrychlená na více než 20 dechů za minutu a dýchání bývá relativně povrchní. Klienti často dýchají sešpulenými rty, což napomáhá lepšímu vyprazdňování plic. Nejtypičtějším příznakem jsou expirační vrzoty a pískoty s prodlouženým výdechem. Sestra změří krevní tlak a puls, změří tělesnou teplotu a zváží pacienta. Klienti, kteří mají otoky kotníků a dolních končetin z pravostranného srdečního selhávání, změří sestra obvody dolních končetin a sleduje a zapisuje jejich zmenšování. Pro stanovení diagnózy CHOPN je nutnost prokázat trvalou bronchiální obstrukci pomocí spirometrie. Klient se posadí se před spirometr, dostane kolíček na nos a bude požádán zdravotnickým pracovníkem, aby ústy pevně obemkl náustek přístroje. Pak bude pacient dýchat do přístroje podle pokynů lékaře či sestry. Klient provede maximální nádech následovaný maximálním výdechem. Dalším úkolem může být 15 sekund co nejusilovnějšího dýchání. Na pracovištích pneumologie a ftizeologie se provádí další vyšetření, jako jsou bronchodilatační testy (posuzuje se reverzibilita bronchiální obstrukce po podání léků). Opakovaně se kontroluje saturace hemoglobinu kyslíkem. Sestra provede odběr z arteriální nebo arterializované kapilární krve, k získání správné hodnoty lze dojít, když je pacient před odběrem 15 minut v klidu, krev nesmí být smíšená s bublinkami vzduchu (u odběru z bříška prstu nesmí sestra vytlačovat krev, nechá ji vytékat spontánně). Dále se u klienta provádí skiagram

hrudníku (v zadopřední projekci u stojícího pacienta a u ležícího v předozadní projekci) a CT plic a srdce. Sestra u klienta odebírá sputum na bakteriologické vyšetření. (2, 6, 10, 11, 12, 14, 18)

1.7 Výchovní program u CHOPN

Za správný výchovný program můžeme označit dostatečné informování pacienta o CHOPN, o patofyziologii nemoci, možnostech léčby, o zvláštlostech v užívání léků a inhalacích, o zanechání kouření. Sestry a zdravotničtí pracovníci by měli poskytnout rady o tom, kde lze v případě potřeby vyhledat pomoc. Tyto informace mohou zdravotničtí pracovníci nemocným lépe přiblížit za pomoci letáčků, brožur, knížek nebo internetových stránek.

Dle stádia nemoci by měly sestry podávat informace o CHOPN. Všichni nemocní by měli být edukováni zdravotníky o tom, jak omezit rizikové faktory. Dále od stádia I do stádia III by měly sestry, které mají většinou k pacientům neblíží vztah, podávat k informacím o rizikových faktorech informace o podstatě nemoci, informace o zlepšení tělesné zdatnosti klienta, o předcházení nemoci (chřipka a vakcinace), instrukce jak používat inhalátory a ostatní léčebné pomůcky, instrukce jak rozpoznat a léčit exacerbace a strategie jak minimalizovat dušnost. Od stádia IV, k výše uvedenému, by měli zdravotníci přidat a edukovat klienty o komplikacích nemoci, o léčbě kyslíkem a předběžné pokyny a záležitosti týkající se konce života. (6, 11, 14)

1.8 Léčba CHOPN

Nejdůležitějším cílem léčby je edukace pacienta o vyloučení rizikových faktorů. Nečastěji edukují všeobecné sestry ambulantních a lůžkových odděleních (interního, plicního), která jsou s pacientem nejvíce v kontaktu. Sestra může doporučit náhradní nikotinovou terapii (žvýkačky, náplasti, inhalátory, nosní spreje a rozpustné sublinguální tablety s nikotinem). V dnešní době není možno CHOPN zcela vyléčit, ale při dodržování léčby je možno zmírnit příznaky, zlepšit kvalitu života pacientů

a zabránit vzniku komplikací. Dalším krokem léčby je farmakoterapie a v druhém stádiu se přidává i plicní rehabilitace. Jako prevence exacerbací (zesílení zánětlivé odpovědi dýchacích cest), které mohou být vyvolány infekcí, se doporučuje pneumokoková polysacharidová vakcinace proti sezónní chřipce.

Mezi farmakologickou léčbu patří například beta2-agonisté (Fenoterol, Salbutamol), anticholinergika (Ipratropium), inhalační bronchodilatancia (Fenoterol/Ipratropium), inhalační glukokortikosteroidy (Beklometazon), mukolytika (Mukosolvan), systémově podávané glukokortikosteroidy (Prednison), antioxidační látky, u nestabilní CHOPN se podávají antitusika.

Každý z dosavadních léčebných způsobů CHOPN pouze zmírňuje příznaky a komplikace nemoci, zlepšuje toleranci tělesné zátěže a dokáže snížit nebo oddálit počet exacerbací, ale nikoli zabránit poklesu plicních funkcí v dlouhodobém průběhu nemoci. Léčebný režim by měl být u klientů individuální a měl by přihlížet ke komorbiditám (hlavně kardiovaskulárním) a k celkovému stavu nemocného. Nejvíce se upřednostňuje léčba inhalační před jinou formou, protože je neúčinnější (rychlostí, intenzitou, malými nežádoucími vlivy). Mezi nefarmakologickou léčbu patří rehabilitace, fyzioterapie. (9, 10, 11, 12, 13, 15)

1.8.1 Rehabilitace u CHOPN

Rehabilitace (RHB) je snaha navrátit poškozeného člověka do předešlého tělesného stavu. Hlavním cílem plicní rehabilitace je zmírnit obtíže, zvýšit kvalitu života a zlepšit každodenní aktivity nemocného. Doporučená délka rehabilitace je minimálně 2 měsíce. Rehabilitace zvyšuje vrchol pracovní zátěže o 18%, spotřebu O₂ o 11%, vytrvalostní čas o 87% proti klidovým hodnotám. To přináší zlepšení o 49 metrů při šestiminutovém testu chůzí. Základní plicní rehabilitační program se skládá ze cvičebního tréninku zátěže, nutričního poradenství a výchovy.

Zdravotníci pracovníci by měli zjistit a odstranit příčiny sníženého kalorického příjmu u nemocných. U klientů, kteří jsou při jídle dušní, by měly sestry doporučit jíst menší množství stravy v častějších intervalech. Avšak nejenom podvýživa je problém,

i obezita se musí dlouhodobě řešit a je důležité doporučit klientovi jak se správně stravovat a motivovat ho, že se mu potom bude lépe dýchat a zvládne větší fyzickou námahu. V České Republice je málo RHB center, takže rehabilitace probíhá zpravidla ambulantně a to 1-2x týdně po dobu nejméně 3 měsíců.

Plicní rehabilitace (PR) je multidisciplinární program péče o pacienty, kteří trpí chronickou respirační poruchou. PR je individuálně stanovený program, který slouží ke zlepšení fyzické výkonnosti a sociální nezávislosti.

Respirační fyzioterapie (RFT) je systém dechové rehabilitace, přičemž má dýchání svým specifickým provedením terapeutický význam. Cíle PR a RFT jsou zlepšení kvality života a fyzické aktivity nemocného, zlepšení ventilačních parametrů, snížení dušnosti, snížení bronchiální obstrukce, zlepšení efektivity kašle a zlepšení mobility hrudníku. (3, 4, 15, 16)

1.8.2 Fyzioterapeutické postupy u CHOPN

Při relaxační průpravě využíváme úlevové polohy, která usnadňuje dýchání a zároveň působí korekčně na držení těla. Důležité je, aby se sestra uvolnila kůži a podkoží a to na hrudníku, trupu a v oblasti krční páteře. Využívá se postizometrické relaxace (technika pro uvolnění svalů). Všeobecné sestry a fyzioterapeuti uvolňují kůži pacienta pomocí obou rukou, míčků nebo válečků. Toto uvolnění ovlivňuje funkci svalů, protože neuvolněná kůže působí na těle jako korzet. Mezi další techniku je možno zařadit techniku ústní brzdy, která napomáhá kontrolovat a zklidnit dech. Vykonává se výdechem proti odporu, a každý pacient si může přizpůsobit velikost vlastní potřebě.

Při korekční fyzioterapii špatného držení těla jde především o postupné fyziologické nastavení pánve, celé páteře a hlavy. Dále sestra upravuje stereotyp dýchání s vědomím pacienta. Sestra ho učí aktivně fixovat lopatky po dobu dechového cviku. Cílem je vyřadit špatné pohyby hrudníku směrem vzhůru a nacvičit zapojení břišního svalstva do výdechu pacienta.

Respirační fyzioterapie napomáhá chronicky nemocným klientům, které obtěžuje zvýšená přítomnost hlenu v dýchacích cestách. Jedná se vlastně o odhlenění. K jeho odstranění sestry užívají expektorační techniky. Jednou z technik je autogenní drenáž, kdy se klient pomalu nadechuje nosem. Ke konci nádechu jsou tři sekundy pauzy, po této pauze následuje svalově podpořený plynulý a aktivní výdech ústy. Čím více je sekret níže v dýchacích cestách, tím musí být nádech mohutnější. Mezi další techniku patří aktivní cyklus dýchacích technik, který se skládá ze cviků kontrolovaného výdechu (odpočinkové dýchání směrem do břicha s relaxací svalů pletence ramenního a šíje), cviků silového výdechu (posun hlenu z periferních do centrálních dýchacích cest) a cviků na zvýšení pružnosti hrudníku (zmenšení sekrece a zlepšení mobility hrudníku s využitím prohloubeného dýchání). Mezi instrumentální drenážní techniku patří flutter, kterou ordinuje lékař, ale klienta postup musí naučit fyzioterapeut. Nemocný cítí hluboké vibrační chvění, které napomáhá uvolnění hlenů a zároveň snižuje kolaps bronchů.

Inhalační techniky jsou nesmírně důležité při léčbě CHOPN. Před začátkem inhalace je vhodné, aby sestra zkontrolovala průchodnost horních dýchacích cest, po dobu inhalace je nesmírně důležité zaujmout správnou polohu těla (zvýšená horní polovina těla nebo sed). Technika dýchání: pasivně – aktivní výdech – pomalý nádech ústy – následuje krátká nádechová pauza – pacient aktivně vydechne ústy nebo nosem – následuje výdechová pauza – pomalý a hluboký nádech ústy. Dobré je zvolit správnou dobu pro poskytnutí inhalace (ne ihned po jídle, ne u hladového klienta, ne po fyzické aktivitě a také ne po přechodu ze zimy do tepla).

Dále je pro zlepšení fyzického i psychického stavu důležitá dechová gymnastika, která přispívá ke zlepšení fyzické kondice a slouží k prevenci sekundárních změn pohybového aparátu. Při dechové gymnastice se snažíme neovlivňovat rytmus pacientova dýchání. Nejčastěji se užívá statické a dynamické dechové gymnastiky. Hlavním úkolem statické gymnastiky je obnova základního dechového vzoru a udržení horních cest dýchacích ve fyziologickém stavu, volné a otevřené. Jde o samotné dýchání bez pohybu ostatních částí těla, náročnost cviků je dána vzájemnou polohou končetin vůči trupu. Před začátkem cvičení je nutné odstranit z dýchacích cest hlen.

Dynamická dechová gymnastika je doprovázena při pohybu hrudníku stejným pohybem končetin. Tyto pohyby končetin jsou náročné na výdej energie a uplatňuje se mechanismus přizpůsobení na tělesnou zátěž. Každý jednotlivý cvik vyžaduje soustředění, pomalé a pečlivé provedení a správné vysvětlení všech cviků od sestry (fyzioterapeuta).

Klienti mohou využít fyzikální terapie, nejvhodnější je komplexní terapie lázeňské léčby, kde se mohou zařadit výplachy slanou, zásaditou nebo zemitou vodou, které dobře odstraňují hleny z nosohltanu. Výplachy se mohou použít i před inhalací, dochází k lepšímu účinku inhalace. Mezi ostatní fyzikální terapie můžeme zahrnout diatermii, infračervené nebo UV záření. (3, 10, 17)

U klientů, kteří jsou u CHOPN ve stádiu IV, se indikuje dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT). Hlavním cílem DDOT je zlepšení hypoxemie, které vede k zmírnění dušnosti, zvýšení fyzické aktivity, zlepšení psychiky a především k prodloužení doby života. DDOT je indikována po absolování kyslíkového testu (podává se O₂ a po ½ hod se kontrolují arteriální krevní plyny). Jestliže dojde ke zlepšení saturace hemoglobinu kyslíkem nebo ke zlepšení parciálního O₂ a zároveň nedojde-li ke zvýšení PaCO₂, může být DDOT podána. Kontraindikace je při dušnosti bez hypoxemie, u kuřáků, u asociálních pacientů. Kyslík se podává po dobu 15-16 hodin denně a přerušit by se neměl na více než 2 hodiny. Podává se nejčastěji pomocí obličejové masky nebo kyslíkových brýlí. Sestra by měla poučit klienta o nutnosti tuto dobu dodržovat a o správném používání kyslíkové masky a kyslíkových brýlí. Jinak by byla DDOT neúčelná. Klient není po celou dobu nucen zůstat doma, existují různě velké a objemné lahve, např. menší kontejner na ½ litru kyslíku umožní průtok O₂ až na 8 hodin. (6, 10, 15, 17)

1.9 Role sester

Role z psychologického pohledu znamená postavení jedince v nějakém společenském systému. Pojem profesní role představuje úlohu, kterou má daný jedinec zastávat při plnění požadavků své práce. Sociální role je očekávané chování osoby,

kteře souvisí s jeho postavením ve společnosti. K pochopení profesní role je nutno znát další termíny jakož to image (celkový dojem na veřejnost) a pozici. Image je souhrn pocitů, názorů a postojů jednotlivce i celé společnosti k nějaké profesi. Každá profese zaujímá své místo v dané společnosti a sociálním systému, jde o pozici, čili prestiž daného povolání.

Role sestry jsou podmíněny historicky a do jisté míry objektivně ovlivněny společností. V minulosti prošla složitým vývojem, ale mění se i nadále. V průběhu doby se pasivní postoj ošetřujícího personálu pozvolna měnil. Klientovi se dostávalo cílenější a soustavnější péče. Role ošetřující osoby se postupně specifikovala až do vyhraněné opatrovnické podoby. Opatrovnice měla u pacientů na starosti různé činnosti. Zvládala hygienickou péči u pacienta, různé způsoby podávání jídla, pečovala o vyprazdňování nemocných a jiné činnosti. Postupně se u opatrovnic kompetence rozšiřovaly. Opatrovnice pracovala s nástroji, připravovala jednoduché léčebné procedury, asistovala u různých zákroků. V dnešní době sestře přibývají další a další kompetence a pro jejich správné zvládnutí vzniklo celoživotní vzdělání sester, kde se učí novým postupům. Z vlastností osobnosti se od sester vyžadují kladné charakterové vlastnosti, uvědomělá motivace, aktivní zájem o povolání, uvědomělá motivace k práci, empatie a schopnost odhadovat a předvídat vývoj událostí. Profese sestry zaujímá ve společnosti určitou polohu, významně ji ovlivňuje image povolání. Což je všeobecná představa o profesi všeobecné sestry. A dále ji ovlivňuje prestiž povolání (prospěšnost pro společnost a občany). V dnešní době je určitě v populaci oceněna prestiž sestry, ale image může být zkreslena. Mnoho sester odchází pracovat do ciziny, kde je image i prestiž na daleko vyšší úrovni než v ČR. Jedním z úkolů sester je pozvednout jejich povolání na takovou úroveň, která jim bude vyhovující. Protože bez kvalitní ošetrovatelské péče by rozvoj zdravotnictví upadl. (3)

„Role sestry ve společnosti jsou založené na pomoci jednotlivcům, rodinám i skupinám, identifikaci jejich fyzických, mentálních, a sociálních schopností v kontextu životního prostředí, ve kterém žijí a pracují“ (3 str. 181)

Roli sestry charakterizují především znaky jako emocionální neutralita, schopnost zajistit nemocnému pocit jistoty a vycházení z potřeb nemocného a chápání jeho problémů. (3)

Sestra byla vždy v očích nemocných člověk, který má pochopení pro jejich problémy, a který jim pomáhá tyto problémy s velkou tolerancí řešit. Sestra má možnost poznat pacienta po psychologické stránce daleko lépe než lékař. Kromě profesionální schopnosti poskytuje nemocnému a jeho rodině oporu a porozumění. (22)

1.9.1 Nejčastější role sestry

Sestry své profesi zastávají (dnes i v minulosti) několik rolí současně. Tyto role se mění díky změnám ve společnosti, ve zdravotní péči, celkovému stavu obyvatelstva, novým poznatkům a technologii.

Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče. Jde o roli vztahů vytvářející se k poskytování ošetrovatelské péče. Sestra poskytuje takto holistickou péči v kontaktu s nemocnými i zdravými jedinci.

Sestra – edukátorka. Podává nemocnému i jeho rodině informace (o sesterské péči), které získává při celoživotním vzdělávání, tak aby se pacient co nejrychleji mohl adaptovat v dané situaci.

Sestra – manažerka. Působí v řízení a organizaci na mnohých úrovních (státní, regionální a na úrovni zdravotnického zařízení). Řídí ošetrovatelský proces u pacienta i skupin. Zvládnutím této role sestra poskytuje efektivní a koordinovanou péči.

Sestra – advokátka. Respektuje práva nemocného a informuje ho o nich. Tlumočí jeho názory a obhajuje jeho zájmy, tak aby byly pochopeny všemi členy týmu i rodinou pacienta.

Sestra – výzkumnice. Pomáhá, svou aktivní činností ve výzkumném týmu, vytvořit pevnou teoretickou základnu ošetrovatelství, jakož to vědnímu oboru.

Sestra – nositelka změn. Reaguje pružně na změny. Bez těchto změn by se stalo ošetrovatelství stagnující profesí. Sestra je hnací a neodporující silou v ošetrovatelství.

Sestra – mentorka. Je to sestra s klinickou i pedagogickou způsobilostí, která je zodpovědná za dohled nad studenty v klinické i komunitní praxi. Sestra poskytuje podporu a zpětnou vazbu studentům. (3)

Další rozdíl mezi všeobecnými sestrami může být také v tom, jak chápou svoji roli sami sestry. V praxi se shledáme se dvěma typy sester. První je deontologická sestra, která plní jen své pracovní povinnosti. Pacientovi podá naordinované léky, asistuje lékaři při vyšetřeních, výkonech, respektuje práva nemocných, vede správně sesterskou dokumentaci, dodržuje ošetrovatelské standardy. Avšak ve chvíli, kdy má „volno“, odpočívá. Druhý typ je sestra humánní, která si najde při své pracovní vytíženosti čas na rozhovor s pacientem, snaží se mu zpříjemnit pobyt v nemocnici a projevuje zájem o jeho problémy, o jeho pocity a obavy. Z rozhovoru zjišťuje jeho přání, umí naslouchat, nechá ho vypovídat, vlídně komunikuje i s jeho rodinou. (1)

Pracovníci ve zdravotnických zařízeních se ve své profesi setkávají s celou řadou psychicky traumatizujících zkušeností. Časté vystavování těmto vlivům může následně vést k habitaci. To je stav, při kterém zprvu silné vnímání podnětu pomalu slábne. Habitace má své výhody, avšak i nevýhody. Výhoda habitace je v tom, že chrání zdravotnické pracovníky před přetížením a vyčerpáním. Sestry, které jsou přetížené a psychicky vyčerpané můžou přestat vnímat důležité signály od pacientů. Tohoto stavu se může docílit i mimopracovním stresem, který je na sestry kladen. Proto je důležité si tento stav uvědomit a řešit ho. (1)

1.9.2 Práce sestry ve zdravotnickém zařízení v souvislosti s onemocněním CHOPN

Sestry v ambulantním zařízení zastupují více rolí najednou. Jako advokátky dodržují práva pacientů a informují je o nich. V roli poskytovatelky ošetrovatelské péče sestry poskytují klientům holistickou ošetrovatelskou péči. Odebírají ošetrovatelskou anamnézu, vypisují žádanky na vyšetření, odebírají biologický materiál, asistují při spirometrii nebo ji provádějí sami. Podávají bronchodilatancia před spirometrií, asistují při bronchodilatačních testech, které zjišťují, o kolik se zlepší dechová funkce po podání léků. Dále objednávají klienty na kontrolní vyšetření. Sestry edukují klienty o průbězích

vyšetření, o novinkách v ošetrovatelské péči u CHOPN, o léčbě a prevenci exacerbací. Dále vychovávají klienty ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Jako manažerky organizují práci v ambulanci a řídí ošetrovatelský proces u pacientů. Sestry výzkumnice mohou provádět výzkumná šetření u klientů léčených v jejich ambulancích a odděleních a výsledky šetření reprodukovat. Všeobecné sestry se celoživotně vzdělávají a novinky v CHOPN využívají ve své ošetrovatelské praxi.

Práce sestry u akutního lůžka je zaměřená především na ošetrovatelskou činnost. Sestry zajišťují vhodnou polohu pacienta (Fowlerova), která zlepšuje dýchání. Dále monitorují vitální funkce klienta (TK, P, dech, vědomí), podávají zvlhčený kyslík. Sestry sledují celkový vzhled pacienta (cyanóza, otoky, stav výživy), sledují hodnoty krevních plynů (oxymetrem, odebíráním krve na astrup). Dále sestry odebírají krev na vyšetření biochemické a hematologické, odebírají sputum na mikrobiologii. Dle ordinace lékaře zavádí periferní žilní katétr, popřípadě asistují u zavedení centrálních žilních katétru, podávají léky a inhalace. Sestry sledují hodinou diurézu a zajišťují vyšetření (EKG, RTG, spirometrie, bronchoskopie, vyšetření krve, odebírání vzorků). Mezi každodenní činnosti patří pomáhání klientovi s hygienou a stravováním a se vším, co klient potřebuje. V akutní péči je nejdůležitější stabilizovat klienty. Avšak i v akutní péči dodržují sestry klientova práva. Dle novinek v ošetrovatelství přinášejí sestry do praxe změny zjištěné při vzdělávání.

Práce sestry na standartním lůžkovém oddělení spojuje ošetrovatelské činnosti sestry ambulantní a sestry z akutního lůžka, ale je více zaměřena na celkový stav a psychiku pacienta. Sestra je s klientem v nejčastějším kontaktu a může s nemocným navázat přátelský vztah, který je nápomocen i v průběhu léčby. Na lůžkovém oddělení sestra kontroluje (cíleně a náhodně) zda nemocný dodržuje správné postupy léčby a pokud ne, tak klienta edukuje. Sestry ze standartních lůžkových oddělení tlumočí názory klientů, informují je o právech pacientů, seznamují klienty s průběhem ošetrovatelské péče. Sestry objednávají pacienty na jednotlivá vyšetření a ujistí se, že jsou s nimi nemocní dostatečně seznámeni. Pokud ne, vyšetření jim vysvětlí. Pro zvládnutí efektivní a koordinované ošetrovatelské péče slouží role manažerky, která

zajišťuje správné řízení ošetrovatelského procesu u jednotlivých klientů i skupin. (3, 6, 15, 17, 21)

1.10 Nemoc a chronicky nemocný pacient

Pojem nemoc prošel za poslední dobu dlouhým vývojem. Nemoc je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk, tkání a orgánů. (23)

Chronicky nemocný pacient

Chronická nemoc se většinou přibližuje plíživě. Často si ani pacient neuvědomuje, že je nemocný (I. stádium u CHOPN). Někdy pacient přistupuje k chronické nemoci jako k akutní. Má pocit, že se brzy uzdraví a vše bude jako dřív. Nepočítá s dlouhodobou léčbou (měsíce, roky, zbytek života). Častokrát mají tyto nemoci střídavý charakter, klient prožívá různě dlouhá období, kdy je mu relativně dobře a má pocit, že je téměř zdravý, ale poté se v důsledku chronické nemoci zhorší jeho zdravotní stav (exacerbace u CHOPN).

S přítomností chronické nemoci se každý nemocný musí vyrovnat sám, mnohdy je vyrovnání rodiny nemocného těžší. Tito lidé se nacházejí ve fázích dle Kübler-Rossové. 1. období – popření a pocit izolace (většina nemocných se po zjištění první závažné informace o svém stavu projevuje snahou o potlačení této informace, snahou vytěsnit ji. Dokonce 10-20% pacientů, kteří se dozvěděli stoprocentní pravdu o svém zdravotním stavu, později popřelo, že by někdy o závažnosti nemoci slyšeli. Fáze popření je zřejmě nutností k jakémusi vnitřnímu přijetí reality. Popření je stav, kdy naše psychika říká: „Ne, to není pravda“, a snažíme se přizpůsobit svět našemu přání. Nežádoucí informace se dostává na určitou dobu mimo naše vědomí. Nemocnému můžeme v této fázi pomoci taktním vedením, nevnučováním ale snahou o dodržování režimu nemoci. 2. období – agrese (převažujícím pocitem a projevem nemocného je hněv, který se často zaměřuje proti jeho okolí. Pacient je nepřátelsky naladěný, agresivní, je zde cítit závist ke zdraví. Jako by se ptal: „Proč právě já? Proč ne třeba vy?“ Zde jsou na místě chápat lidé, kteří budou vědět, že agrese není zaměřena proti nim. 3. období – smlouvání (situace

nejvíce připomíná dětství, kdy děti se na rodičích snaží usmlouvat něco, co mají zakázáno tím způsobem, že slibují něco jiného. Nemocní hledají ve svém životě vinu a slibují si od jejich nápravy záchranu. Naplňuje se zde religiózní pojetí, že nemoc je chápána jako trest za spáchaný hřích. Nemocní zde hledají pomoc v různých alternativních způsobech léčby. Moudré okolí pacientovi nebrání, ale podporuje jeho naději a vůli po uzdravení). 4. období – deprese (deprese je srozumitelná nemocnému i okolí. Vědomí ztráty hodnot a smutek zaslouží soucit okolí. Umožnit pacientovi ventilovat jejich neštěstí, umožnit jim se vyplakat, dát jim najevo, co pro nás znamenají, třeba i jen stiskem ruky. Je mylnou představou, že depresivně naladěný člověk nesnese pohled na vážný obličej). 5. období – přijetí skutečnosti (na konci této cesty je vyrovnanost a klid, plné uvědomění si reality. (8, 24)

1.11 Edukace

Edukací se rozumí proces výchovy a vzdělání. Zdravotní výchova je proces výchovy a vzdělávání, jehož cílem je zdraví. Edukace je celoživotní proces, který rozvíjí osobnost působením formálních orgánů, neformálního prostředí a profesionálů. Jedná se o nepřetržitý systémový proces. Edukací se pomáhá k získání nových poznatků, zlepšení zručnosti. Vytváří hodnotový, emocionální a postojový systém osobnosti. Postupy na realizaci edukace se utvářely především v posledních deseti letech 20. století. V nemocnici se na edukaci pacientů podílí celá řada pracovníků. Tito pracovníci vykonávají edukační činnost v rámci poskytování specifických odborných zdravotnických výkonů, např. fyzioterapie a léčebné výživy.

Osobu, kterou edukujeme nazýváme edukantem (pacient). Edukatorem máme na mysli kterýkoli subjekt edukační aktivity například lékař, sestra, konzultant. Aby edukace byla správná, měla by probíhat v optimálním edukačním prostředí. Čehož docílíme vybráním vhodného osvětlení, správnou teplotou, edukací ve správnou denní dobu, prostředí bez hluku, zajištění soukromí. Edukační procesem v ošetrovatelství představuje určitou formu předání konkrétních informací, za předem připravených podmínek. Vzájemná interakce sestry a pacienta (učícího se) je vytvořena záměrně na

tom, aby se pacient něco naučil, je to výchovný a vzdělávací proces, může být součástí ošetrovatelského, diagnostického a léčebného procesu. Edukace je velmi důležitým aspektem ošetrovatelské praxe. Edukační faktory jsou veškeré teorie, plány, knihy, standardy, filmy a vzdělávací programy.

Pro dosažení správného cíle se musí stanovit cíle tak, aby vycházeli z potřeb klienta či celé skupiny, udržovat neustálý kontakt sestry s pacientem a přátelský vztah mezi nimi, je důležité používat předešlých zkušeností jednotlivce, pomoci získat nové zkušenosti, komunikovat stručně, jasně a zřetelně, opakovat a kontrolovat zda to klient chápe a pamatuje si. (23, 24)

1.11.1 Edukace pacienta pro zlepšení zdravotního stavu u CHOPN

Edukace pacienta jakožto nezbytná práce sestry by měla zahrnovat vysvětlení nemoci a ošetrovatelského plánu pro zlepšení zdravotního stavu u nemocného. Sestra klientovi vysvětlí, co bude muset omezit ve svém životním stylu (kouření) pro zlepšení zdravotního stavu. Sestra by měla doporučit edukační materiály k CHOPN pro klienty trpící tímto onemocnění. Materiály jako brožury, internet, video a knížky pomohou nemocným v případě, že by dobře nepochopili nebo zapomněli nějaké údaje o jejich nemoci a léčbě. Ke zlepšení léčby by měla sestra vysvětlit principy léčby, jak se používají inhalační pomůcky. Zdravotníci by neměli zapomenout na vysvětlení možnosti úpravy prostředí, které je důležité k optimální léčbě. A to například změnou bydliště nebo změnou zaměstnání, objevují-li se tam škodlivé částice a plyny. Pro klienty je dobré být informován o dlouhodobém léčebném plánu. Důležitá je edukace o pravidlech pro léčbu akutních stavů v domácích podmínkách a jejich kontrola. Každý pacient by měl být poučen, kdy je nutná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Ke zlepšení zdravotního stavu u klientů s CHOPN může sestra edukovat klienty o správném používání inhalátorů, o bráničním dýchání nebo o kontrolovaném kašlání.

Edukace o správném používání inhalátoru zahrnuje tento postup. Nejdříve se sundá kryt, nádobka inhalátoru se protřepe a otočí dnem vzhůru. Klient pomalu vydechne a náustek inhalátoru vloží do úst. Následně začne klient pomalu nadechovat,

těsně po začátku nádechu se stiskne nádobka inhalátoru a nepřerušovaně, nejméně po dobu 5 vteřin, se klient nadechuje. Klient by měl zadržený aerosol zadržet v plicích po co nejdelší dobu. (20)

K dosažení správného bráničního dýchání vysvětlí sestry klientovi, že bránice je hlavní dýchací sval, proto je důležité se naučit správnému dýchání. Klient se posadí pohodlně do křesla, uvolní ramena a krk. Položí si ruce pod prsa, kde se nachází bránice. Při nádechu nosem by měl pocítit, jak se rozšiřuje břicho. Při výdechu si klient položí jednu ruku na břicho. Výdech se provádí sešpulenými rty, přičemž by měl klient stáhnout břišní svaly. Při takto prováděném výdechu by měl klient cítit, jak se mu vtahuje břicho. Brániční dýchání se provádí 3x, pak si klient na 2 minuty odpočine. Tento postup se opakuje několikrát denně. (20)

Klienti s CHOPN by se měli naučit kontrolovanému kašláním. Sestra mu vysvětlí správný postup. Klient si sedne pohodlně do křesla, je lehce předkloněný. Pomalu se nadýchne nosem a zadrží dech na dvě sekundy. Následuje pomalý výdech, při kterém 2 - 4 krát krátce zakašle. Vše se po několika vteřinách opakuje. Opakovaný prudký výdech také napomáhá lepšímu vykašlávání. 3-5x hluboké brániční vdechy sešpulenými rty. Po vdechu se zatnou břišní svaly a otevřou se ústa. Klient by měl prudce a nahlas vydechnout „huf“ a opět bude brániční dýchání. (20)

Nové léčebné a ošetrovatelské postupy již umožnily přesun větší části hospitalizovaných pacientů z nemocničních oddělení do ambulantní péče. To napomáhá i lepší psychice pacientů. Důležité je, aby klienti dodržovali ošetrovatelský režim a aktivně se zapojovali do zlepšování svého zdravotního stavu. Zdravotničtí pracovníci se při celoživotním vzdělávání učí novým poznatkům v oblasti CHOPN, o kterých následně edukují své klienty a dohlížíjí na jejich správně naučený postup. Pacienti se musí „srovnat“ s nově nastalou situací a někdy to pro ně může být velice složité. Důležité je, aby pacienti měli důvěru v sestry a ostatní zdravotnický tým, který jim poskytuje ošetrovatelskou péči. A kdykoliv se jim svěřili s jakýmkoliv problémem či dotazem. Sestra je nemocnými vnímána, jako člověk poskytující jim oporu a porozumění, je prostředníkem mezi lékařem a nemocným, někdy pomáhá mezi nimi snížit napětí. Je chápána jako člen zdravotnického týmu, upevňující důvěru nemocného

v ošetrovatelský proces. Sestra by měla mít vždy pochopení pro problémy nemocných a s určitou dávkou tolerance jim je pomáhat řešit. V rámci své práce musí dodržovat zásady profesního chování, které by mělo zlepšovat vzájemné vztahy mezi nemocným a zdravotnickými pracovníky. Významnou roli hraje i správná komunikace, která může zabránit konfliktním situacím a případným nedorozuměním. Umění dobře jednat s nemocnými vyžaduje od zdravotníka znalost psychologie, schopnost empatie, osobní angažovanost a pohotové jednání. S narůstajícím počtem kuřáků v populaci se setkávají i sestry v nemocničních zařízeních s vyšším počtem pacientů s CHOPN. Proto je důležité se v této problematice celoživotně vzdělávat a edukovat pacienty o nutnosti odstranit škodlivé expoziční agens ze svého prostředí. A to jak u klientů s prokázanou diagnózou CHOPN, tak i jako preventivní opatření.

2. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit úlohu sestry v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných s CHOPN

2.2 Hypotézy

1. Nejčastější role sestry je poskytovatelka ošetrovatelské péče
2. Role sestry edukátorky je častější než role sestry advokátky

2.3 Výzkumné otázky

1. Jaká je nejčastější role sestry u klientů s CHOPN?
2. Je role edukátorky využita v praxi u klientů s CHOPN?

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

K naplnění cílů bakalářské práce byla použita forma kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat u kvalitativního šetření byl polostrukturovaný rozhovor (příloha č. 1) použitý u pacientů trpící chronickou obstrukční plicní nemocí. U kvantitativního šetření byla použita forma dotazníku (příloha č. 2) za použití metody dotazování u sester pracujících na interních a pneumologických odděleních. Byla vybrána pracoviště jihočeského kraje a to pracoviště v Českých Budějovicích a Písku. Na základě výsledků rozhovorů jsou vytvořeny kazuistiky. Kazuistiky tvoří výzkumný podklad, ze kterého vycházejí tabulky kategorií, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu a nejčastější odpovědi respondentů.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

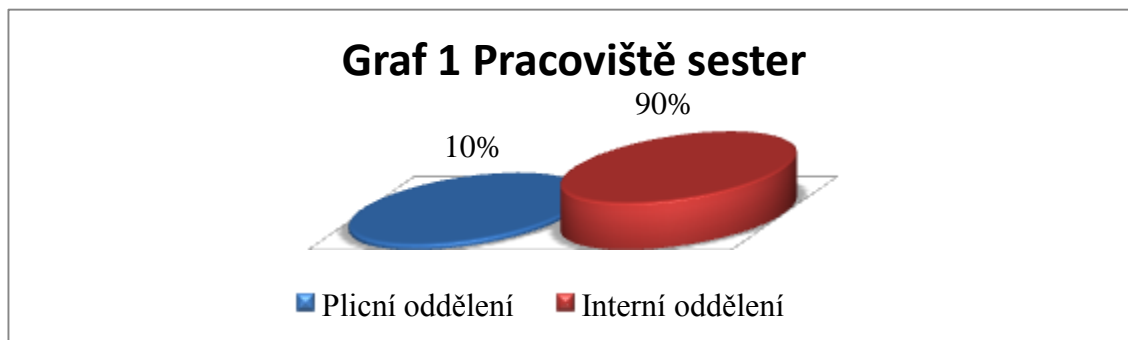
Dotazováno bylo 100 respondentů - sestry, které pracují na interních a pneumologických standardních odděleních. Dotazníky byly rozdány v Nemocnici České Budějovice, a.s. a Nemocni Písek, a.s.

K rozhovoru bylo vybráno 5 respondentů. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla diagnostikována u respondentů CHOPN a hospitalizace v nemocničním zařízení. S rozhovorem souhlasilo všech pět oslovených respondentů. Rozhovory byly zaznamenány prostřednictvím diktafonu, audiozáznam byl následně přepsán a analyzován. Získaná data byla zpracována do tabulek, v nichž byly zaznamenávány názory respondentů. Klienti byli dotazováni na předem připravené otázky, kterých bylo celkem 22, v případě potřeby byly ještě položeny doplňující nebo upřesňující otázky. Respondenti byli dotazováni na otázky z několika okruhů. V úvodu rozhovoru jsem pacienta požádala o souhlas s rozhovorem a k jakému účelu bude sloužit. Klientovi jsem řekla, že rozhovor je zcela anonymní, pacient s rozhovorem souhlasil. Rozhovor

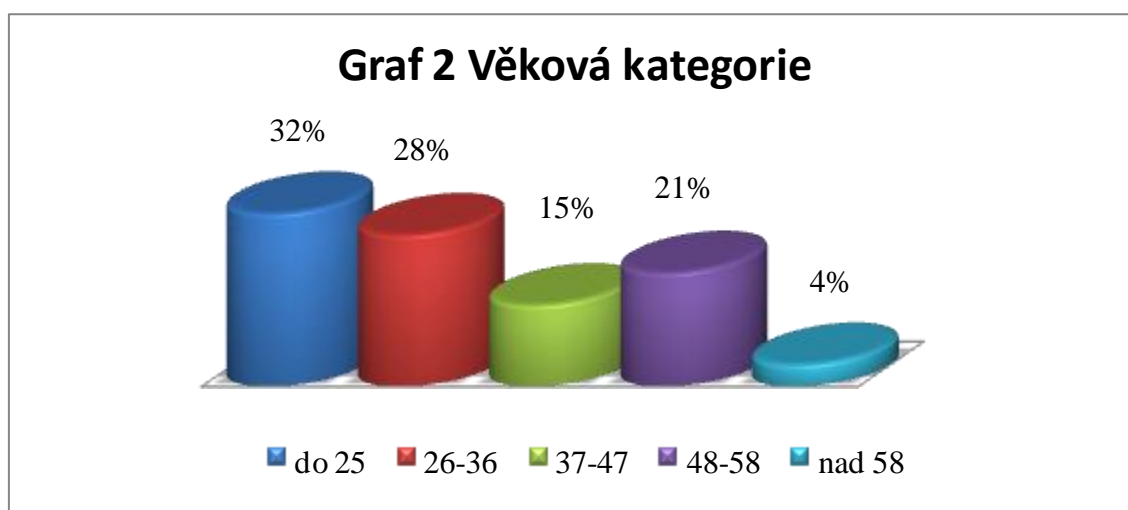
byl směřován ke zjištění role sestry u pacienta s onemocněním CHOPN. Tyto úvodní otázky byly položeny všem respondentům. V bakalářské práci na téma „Role sestry v poskytování ošetrovatelské péče o nemocného s chronickou obstrukční plicní nemocí“ jsem zjišťovala dále roly sestry za pomoci dotazníků u sester. Odpovědi z dotazníků byly zpracovány a znázorněny pomocí grafů. Celkem jsem rozdala sestrám na interních odděleních v Písku a Českých Budějovicích a na pneumologickém oddělení v Českých Budějovicích 145 dotazníků. Z toho se vrátilo 105 (72%) dotazníků, ze kterých muselo být vyřazeno 5 (5%) dotazníků. Ke zpracování výsledků jsem použila 100 řádně vyplněných dotazníků. Obě šetření probíhala v nemocničních zařízeních v Jihočeském kraji 3 týdny.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

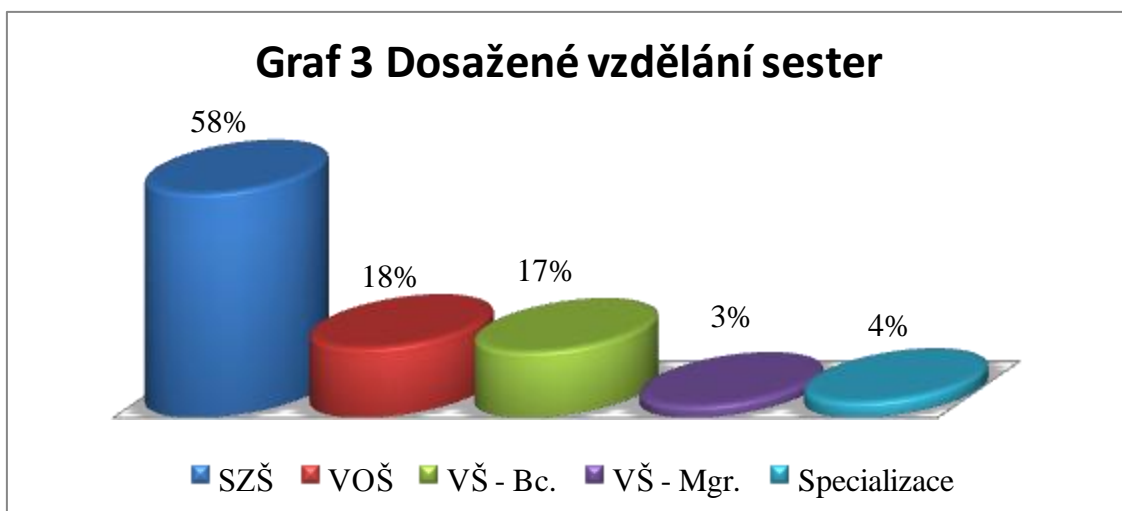
4. 1 Grafické vyhodnocení dotazníků sester



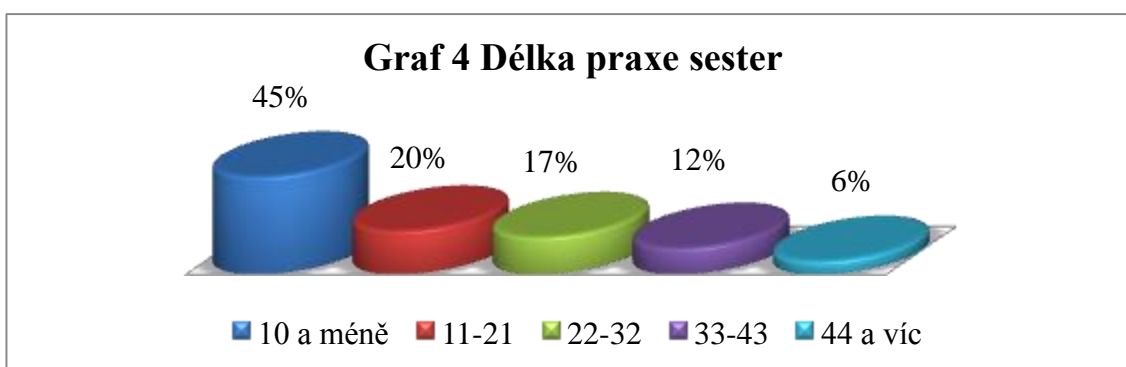
Dotazníky byly rozdány sestřám z interních a plicních standardních oddělení. Ze 100 (100%) navrácených dotazníků bylo 10 (10%) dotazníků z plicního oddělení a 90 (90%) dotazníků z interních oddělení.



Z celkového počtu 100 sester (100%) bylo 32 (32%) sester ve věku do 25 let, 28 (28%) sester ve věku 26-36 let, 15 (15%) sester ve věku 37-47 let, 21 (21%) sester ve věku 48-58 sester a 4 (4%) sester ve věku nad 58 let.

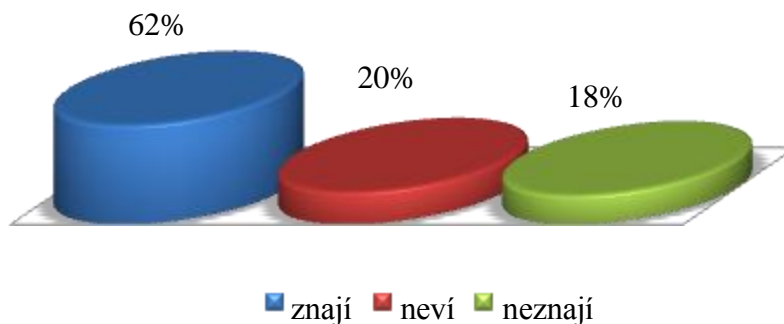


Z celkového počtu 100 (100%) sester mělo středoškolské odborné vzdělání 58 (58%) sester, vyšší odborné 18 (18%) sester, vysokoškolské bakalářské 17 (17%) sester, vysokoškolské magisterské 3 (3%) sestry a specializační vzdělání měly 4 (4%) sestry.



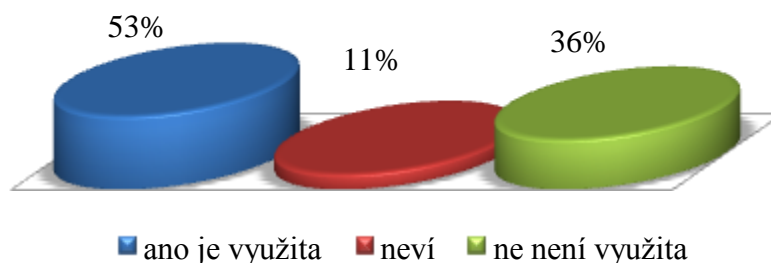
Z celkového počtu 100 (100%) sester pracuje 45 (45%) sester 10 let a méně ve zdravotnictví, 11 - 21 let pracuje 20 (20%) sester, 22 - 32 let pracuje 17 (17%) sester, 33 – 43 let pracuje 12 (12%) sester a délka praxe nad 44 let je u 6 (6%) sester.

Graf 5 Znalost sesterských rolí



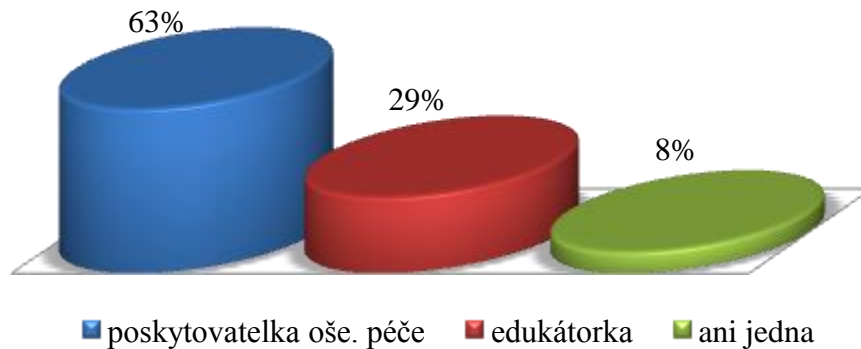
Na dotaz, zda sestry znají nějaké role sester, odpovědělo ze 100 (100%) sester 62 (62%) sester ano, odpověď neví označilo 20 (20%) sester a 18 (18%) sester neznalo role sester.

Graf 6 Role edukátorky v praxi



Z celkového počtu 62 (100 %) sester, které znají role sester, odpovědělo kladně na využití role edukátorky v praxi 33 (53%) sester, 7 (11%) sester odpovědělo, že neví a 22 (36%) sester si myslí, že role edukátorky není v praxi využita.

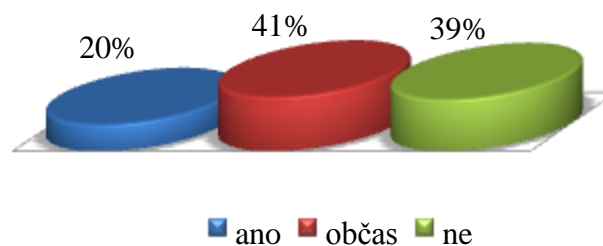
Graf 7 Srovnání rolí sester



Z celkového počtu 62 (100 %) sester, které znají role sester, odpovědělo 39 (63%) sester, že jim je příjemnější role poskytovatelky ošetrovatelské péče než role edukátorky.

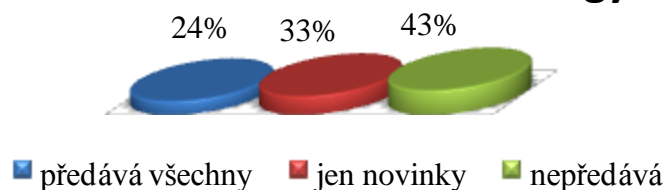
18ti (29%) sestrám je příjemnější role edukátorky a 5ti (8%) sestrám není příjemná ani jedna z těchto rolí.

Graf 8 Vzdělávání o CHOPN



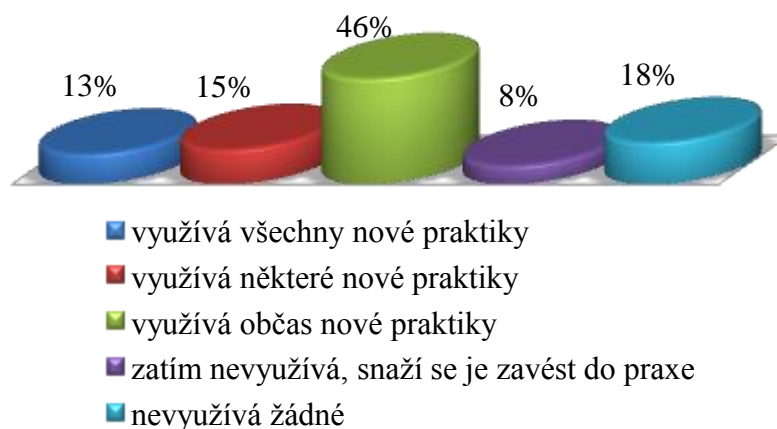
Sestry byly dotázány, zda se vzdělávají v ošetrovatelské problematice o CHOPN. Z celkového počtu 100 (100%) sester bylo zjištěno, že 20 (20%) sester se na tuto problematiku zaměřují především. 41 (41%) sester se v této problematice vzdělává občas a 39 (39%) sester se při celoživotním vzdělávání nezaměřuje na CHOPN.

Graf 9 Předávání informací kolegyním



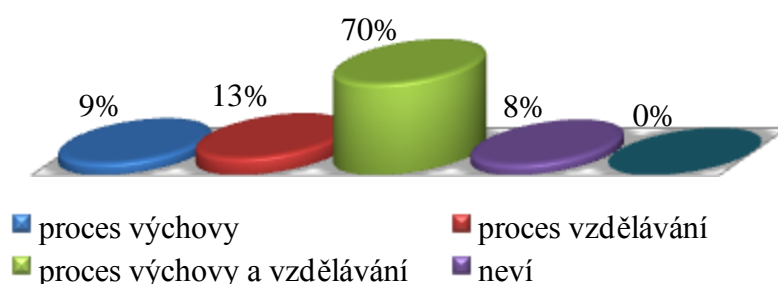
Z 61 (100 %) sester, které se vzdělávají v ošetrovatelské problematice CHOPN odpovědělo 15 (24%) sester, že předávají nově zjištěné informace kolegyním, 20 (33%) sester předává jen informace, které kolegyně neznají. 26 (43%) sester nově zjištěné informace nepředává kolegyním vůbec.

Graf 10 Využití nových ošetrovatelských praktik v praxi



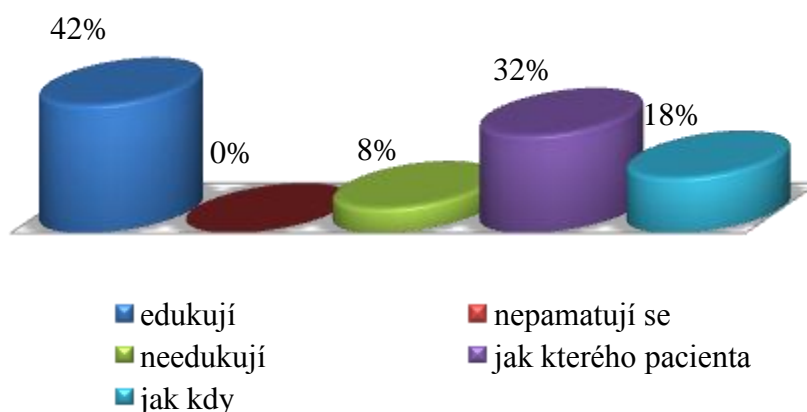
Z 61 (100 %) sester, které se vzdělávají v ošetrovatelské problematice CHOPN využívá všech nových sesterských praktik v ošetrovatelství 8 (13%) sester, 9 (15%) sester využívá v praxi některé nové praktiky, 28 (46%) sester využívá nové praktiky občas, 5 (8%) sester jich zatím nevyužívá, ale snaží se je zavést do praxe. A 11 (18%) sester nevyužívá vůbec nové praktiky, které se naučili při celoživotním vzdělávání.

Graf 11 Pojem edukace



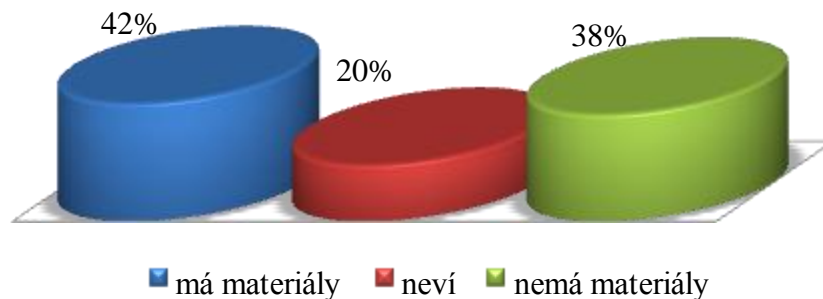
Ze 100 sester (100 %) označilo pod pojmem edukace proces výchovy 9 (9 %) sester, proces vzdělání označilo 13 (13 %) sester, správnou odpověď proces výchovy a vzdělávání označilo 70 (70 %) sester, 8 (8 %) sester nevědělo, co edukace znamená. A žádná ze sester si pod pojmem edukace nepředstavila něco jiného.

Graf 12 Edukace o škodlivosti kouření



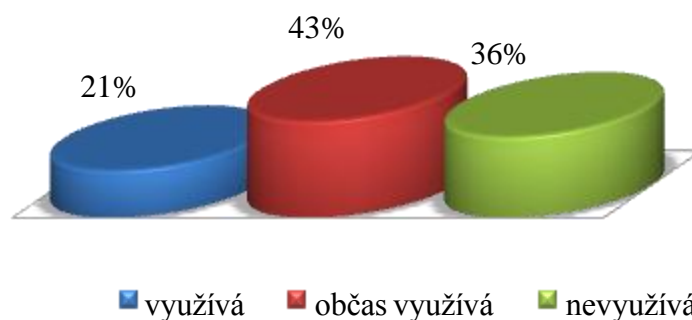
Sestry byly dotázány, zda edukují klienty s CHOPN o nutnosti přestat s kouřením, měly možnost označit více odpovědí. Součet všech odpovědí je 130 (100 %). 54 (42%) sester klienty edukuje, žádná z dotazovaných sester neodpověděla, že si nepamatuje (0%). 10 (8%) sester klienty needukuje, 42 (32%) sester označilo, že edukují jak kterého pacienta a 24 (18%) sester edukují tyto klienty jak kdy.

Graf 13 Edukační materiály



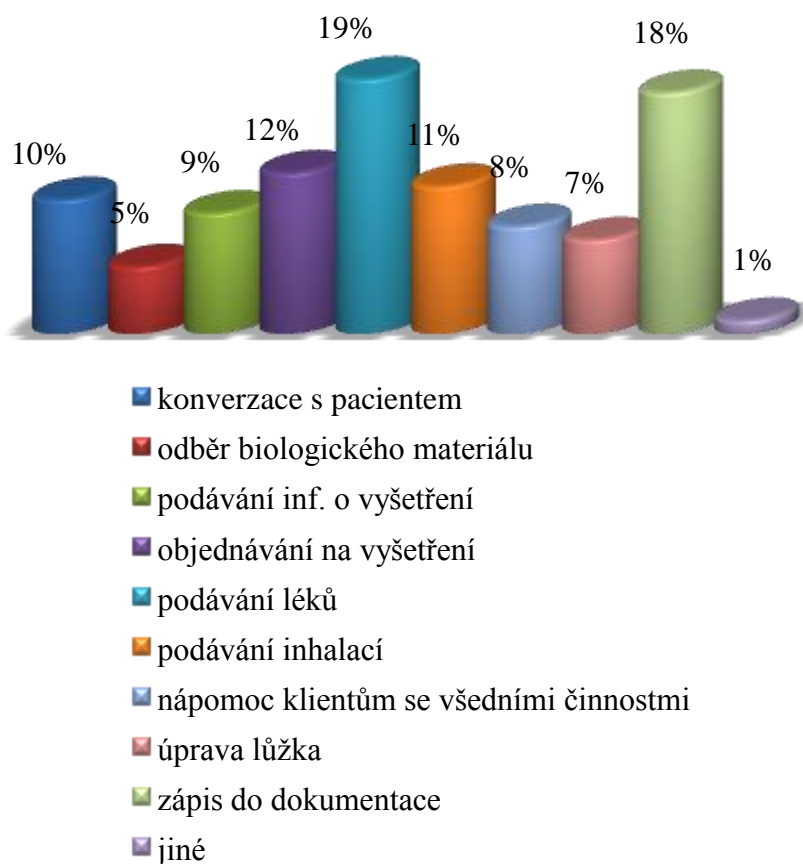
Zde jsem zjišťovala, zda mají všeobecné sestry k dispozici edukační materiál ke zlepšení informovanosti klientů s CHOPN. Ze 100 (100 %) sester má k dispozici 42 (42 %) sester edukační materiály, 20 (20 %) sester neví a 38 (38 %) sester tyto materiály k dispozici nemá.

Graf 14 Využití edukačních materiálů



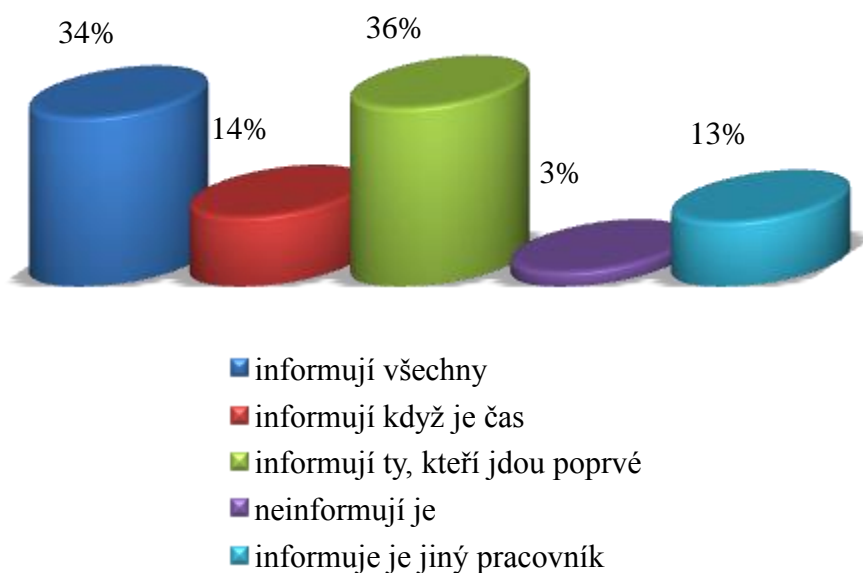
Ze 42 (100 %) sester, které mají k dispozici edukační materiály, jich využívá 9 (21%) sester, 18 (43%) sester pouze občas a 15 (36%) sester jich nevyužívá vůbec.

Graf 15 Nejčastější činnosti sester u klientů s CHOPN



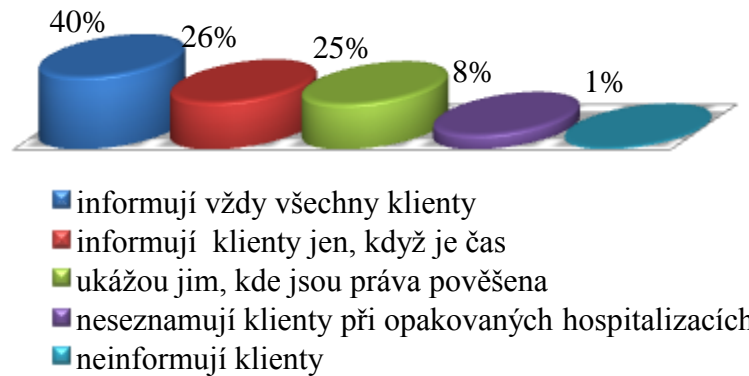
Sestry měly možnost označit více odpovědí. Součet všech odpovědí je 435 (100 %). 38 (10%) sester si nejčastěji s klienty povídá, 24 (5%) sester odebírá biologický materiál, 39 (9%) sester nejčastěji edukuje klienty o průbězích vyšetření, 52 (12%) sester mezi nejčastější činnosti označilo objednávání klientů na vyšetření, 82 (19%) sester nejčastěji podává klientům léky a 50 (11%) sester inhalace. 36 (8%) sester pomáhá nejčastěji klientům se základními denními činnostmi, 32 (7%) sester označilo úpravu lůžka. 80 (18%) sester zaškrtno jako nejčastější činnost zapisování sesterské činnosti do dokumentace a 2 (1%) sestry označily odpověď jiné, kam obě sestry vepsaly zjišťování fyziologických funkcí.

Graf 16 Informovanost klientů o spirometrii před vyšetřením



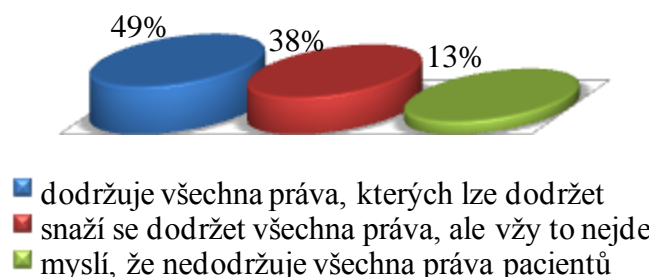
Ze 100 (100 %) sester standartních lůžkových oddělení informuje vždy a všechny klienty o spirometrii 34 (34 %) sester, 14 (14 %) sester jen, když je před vyšetřením čas, 36 (36 %) sester informuje jen klienty, kteří jdou na spirometrii poprvé, 3 (3 %) sestry neinformují klienty nikdy a 13 (13 %) sester označilo, že klienty informuje jiný zdravotnický pracovník.

Graf 17 Seznámení nemocných o právech pacientů sestrou



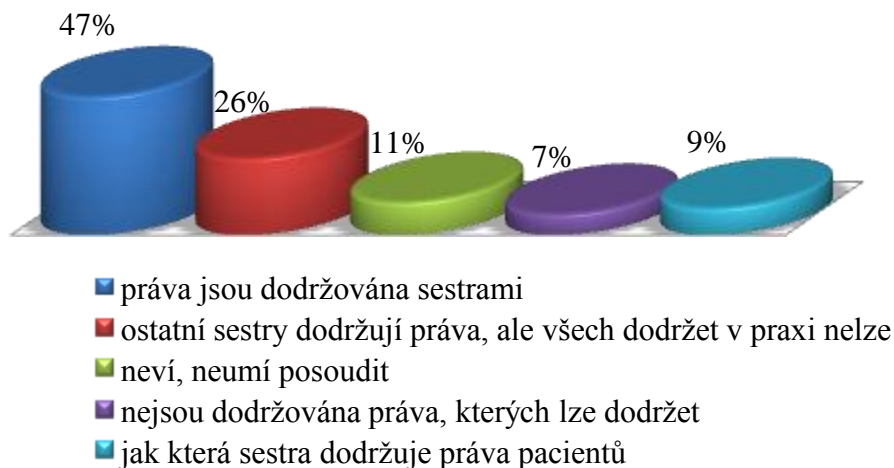
Sestry byly dotazovány, zda seznamují nemocné při příjmu na oddělení o právech pacientů, měly možnost označit více odpovědí. Ze 107 (100%) odpovědí 42 (40%) sester seznamuje vždy a všechny pacienty, 28 (26%) sester seznamuje pacienty jen, když je čas, 27 (25%) sester pacientům ukáže, kde jsou práva pacientů pověšena, 9 (8%) sester neseznamuje klienty, kteří jsou opakovaně hospitalizováni na jejich oddělení. A 1 (1%) sestra označila, že klienty neseznamuje.

Graf 18 Dodržování práv pacientů sestrou



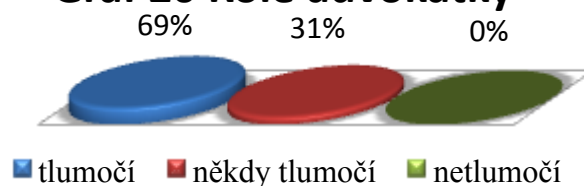
Ze 100 (100 %) sester si 49 (49%) sester myslí, že dodržuje všechna práva pacientů, kterých lze dodržet, 38 (38%) sester se snaží dodržet všechna práva pacientů, ale vždy to nejde a 13 (13%) sester si myslí, že nedodržuje všechna práva pacientů, kterých lze v praxi dodržet.

Graf 19 Dodržování práv pacientů ostatními sestrami



Ze 100 (100 %) sester odpovědělo 47 (47%) sester, že jsou práva pacientů dodržována ostatními sestrami, 26 (26%) sester si myslí, že práva ostatními sestrami dodržována jsou, ale všech dodržet nelze (z provozních důvodů), 11 (11%) sester nedokáže odpovědět, zda si myslí, že ostatní sestry dodržují práva pacientů. 7 (7%) sester uvedlo, že si myslí, že práva pacientů, kterých lze dodržet dodržována nejsou a 9 (9%) sester odpovědělo, že záleží na jak které sestře.

Graf 20 Role advokátky



Sestry byly dotázány, zda tlumočí názory a obavy klientů, tak, aby byly pochopeny ostatními členy zdravotnického týmu. Ze 100 (100%) sester odpovědělo 69 (69%), že tlumočí, 31 (31%) sester tlumočí tyto obavy někdy a žádná (0%) z dotazovaných sester neodpověděla, že netlumočí názory a obavy klientů.

4.2 Rozhovor s pacienty

Kazuistika pacienta č. 1 (P1)

Pacient J. K. ve věku 74 let byl přijat na oddělení plicní léčebny pro zhoršení dušnosti v souvislosti s CHOPN. Klient je hospitalizovaný na oddělení poprvé, nyní je tu druhým měsícem. Pacient je ženatý, má 2 děti a 4 vnoučata. Klient pracoval 37 let jako strojvedoucí vlaků a vykonával i další práce na dráhách, nyní je v důchodu. Již 14 let je bývalým kuřákem, kouřil od 20- 60 let. Od roku 1995 je u něj diagnostikována CHOPN. Dle doporučení lékaře z plicní ambulance klient přestal kouřit. Klient mimo CHOPN trpí také hypertenzí a diabetem léčeným na PAD. Dle klienta se jeho stav zlepšuje, postupem času se cítí líp.

Rozhovor 1

V úvodu rozhovoru jsem pacienta požádala o souhlas s rozhovorem a k jakému účelu bude sloužit. Klientovi jsem řekla, že rozhovor je zcela anonymní, pacient s rozhovorem souhlasil. Rozhovor byl směřován ke zjištění role sestry u pacienta s onemocněním CHOPN. Rozhovor byl rozdělen do pěti okruhů. Nejdříve jsem zjistila klientovy osobní údaje a místo bydliště. Zda bydlel ve městě nebo na vesnici. Klient bydlel a stále bydlí ve středně velkém městě. Dále jsem se dozvěděla klientovo bývalé povolání, které bylo vykonávané v prašném prostředí vlakových drah. Klient tuto práci měl rád. Dle jeho slov více kolegů trpí stejným onemocněním. Avšak myslí si, že za jeho nemoc může především kouření tabáku.

V dalším okruhu rozhovoru jsem se dotazovala na kouření cigaret. Klient vyrůstal v rodině, kde kouřil otec. Jinak nekouřil nikdo. Zjistila jsem, že je klient bývalý kuřák. Přestal prý „ze dne na den“, když mu lékař plicní ambulance doporučil přestat. Sám klient uvedl, že se mu špatně dýchalo, a že stejně nevykouřil ani jednu cigaretu najednou. Takže vlastně ušetřil peníze. Nejdříve pro zahnání abstinčních příznaků začal kouřit doutníky, ale maximálně 1 týdně, jenže ani ty mu nedělaly dobře a po 3 měsících nekouřil ani ty. Klient uvedl, že jakmile přestal kouřit, tak se mu výrazně ulevilo a zvýšila se fyzická aktivita.

Do třetího okruhu jsem zahrnula ošetrovatelskou část. Pro zjištění role sestry jsem se ptala, jaké činnosti u klienta nejvíce vykonává sestra při jeho pobytu v léčebně. Klient se rozprávěl, že veškeré činnosti týkající se CHOPN již ví z plicní ambulance, protože CHOPN trpí již řadu let. Sestřičky mu každý den podávají léky, ze začátku pobytu mu připomínali, kdy má inhalovat z inhalátoru a jaký lék. Klient je soběstačný, takže nyní si toto obstarává sám. Jen když mu dojdou léky, řekne sestřičkám. Používání inhalátoru ho prý naučil lékař plicní ambulance, kam stále dochází a postup si pamatuje. Ale uvedl, že ho sestřičky kontrolovaly. Ke zlepšení dýchání má klient zvednutý horní panel lůžka, tuto úlevovou polohu mu nikdo neřekl, zaujmul jí sám pasivně. Za klientem nedochází fyzioterapeut, plicní rehabilitace u něj neprobíhá dle slov klienta. Ale když jsem se zeptala, jestli mu říkaly sestřičky, jak správně dýchat, aby se mu ulevilo, tak si to klient vybavil. Prý ho informovaly v prvním týdnu pobytu na oddělení. Klientovi se na oddělení moc líbí, „všechny jsou tu moc hodné, kdykoliv od nich něco chci, snaží se mi vyhovět“.

Ve čtvrtém okruhu jsem se zaměřila na edukaci klienta o CHOPN. Na oddělení jsem našla vyvěšené edukační materiály a ptala jsem se klienta, jestli o nich ví a jestli mu sestřičky nabídly tyto materiály. Klient mi odpověděl, že mu sestřičky ukázaly, kde jsou vyvěšené, a že když by chtěl, ať si nějaké vezme. Ale už o své nemoci ví prý dostatek. Zjišťovala jsem, jestli je klient edukován sestrami před vyšetřením nebo odběrem biologického materiálu. Zeptala jsem se, jestli ví, jak se správně odebírá hlen na vyšetření. Klient mi odpověděl, že mu sestřičky před každým odběrem zopakují, jak to má odebrat. Správný postup klient znal. Klient je spokojen se získanými informacemi, prý jich je dostatek.

V pátém okruhu jsem se ptala, jestli byly klientovi tlumočeny práva pacientů. „Jo, to byla první věc“, uvedl klient. Sestry mu ukázaly vyvěšený práva pacientů, pověděly mu, jak to na tomto oddělení chodí, provedly ho tam a ukázaly mu jeho pokoj. Když si někdy nebyl s něčím jistý, šel se zeptat sester nebo lékaře. Jak uvedl, „všichni jsou tu moc hodní a vstřícní“. Klientovi se líbí, že vždycky ví, co se ten den má u něj dít. Ví, kdy může být venku na čerstvém vzduchu a kdy má být na oddělení. Necítí se být nijak omezený.

Kazuistika pacienta č. 2 (P2)

Pacient F. D. 72 let, bydlí v Jihočeském kraji, okresním městě. Je 47 let ženatý, má dva syny a 1 vnouče. Pracoval na ČD. Je bývalý kuřák, kouřil od 16 do 70 let. Kouřil 15 cigaret za den. Kouřit nepřestal kvůli onemocnění CHOPN, prý chtěl sám. CHOPN je u něj diagnostikována 2. rokem. Na oddělení je hospitalizovaný podruhé, jinak dochází v místě bydliště do plicní ambulance.

Rozhovor 2

Nejdříve jsem zjistila klientovy osobní údaje a místo bydliště a jaké měl zaměstnání. Klient mi vyprávěl o svém zaměstnání, kde se mu líbilo, ale prý to byla těžká práce. Klientovo nejvyšší vzdělání je učňovské. V mládí bydlel na vesnici, kolem 30.tého roku se přestěhoval s manželkou do města, kde vykonával své povolání. Po rozhovoru s klientem jsem vypožorovala, že o své nemoci moc neví, ale je to spíše nezájmem než malým přísunem informací.

Následně jsem se dotazovala na kouření cigaret. Klient kouřil asi 54 let, vykouřil téměř krabičku (20 cigaret) denně, někdy i víc. Klient říkal, že nepřestal kouřit kvůli onemocnění CHOPN. Prý prostě chtěl. Ale když jsem se ho ptala, jestli se mu dobře dýchalo, tak prý po cigaretě musel být dlouhou dobu v klidu. Klient nikdy nesportoval, tak si myslel, že se častěji zadýchává při zátěži z lenosti a z toho že byl kuřák. Klientovi kouření chybí, říká, že není rád, že přestal, ale už opětovně začít nechce.

Ve třetím okruhu jsem se ptala na edukaci. Klient mi povídal, že sestřičky mu pořád něco říkají, ale že ho to ani nezajímá. Jak používat inhalátor ho naučili v plicní ambulanci, postup, si pamatuje. Postup mi klient řekl správně. Před každým vyšetřením ho prý informují sestry na oddělení nebo přímo lékař. Sestry mu řeknou přibližně v kolik hodin a kam půjde. Jelikož dle jeho slov je docela zapomětlivý, kdy si má „fouknout“ z inhalátoru, mu chodí připomínat sestřičky. Když jsem mu ukázala letáček o CHOPN, jestli ho na oddělení viděl, tak mi řekl, že mu ho sestry daly k přečtení.

Ve čtvrtém okruhu jsem se ptala na ošetrovatelskou část. Klient mi začal vyprávět, že každé ráno mu sestřičky ustelou postel, jelikož je soběstačný, tak si

hygienickou péči provede sám, následně mu přinesou snídani a ranní léky a připomenou inhalaci a pak čeká na vizitu. Klient se z letáčků dočetl, že s problematikou dušnosti mu pomůže Fowlerova poloha. Plicní rehabilitaci mu provádějí sestry z oddělení. Klient používá inhalátor, naučily ho používat sestry z ambulance. Když jsem se ptala, jestli dostal informace ke zlepšení jeho komfortu u CHOPN, tak říkal, že při první hospitalizaci mu sestry podaly nějaké informace. Ale jaké si už nepamatuje.

V pátém okruhu jsem se ptala, jestli si myslí, že jsou u něj dodržována práva pacientů. Prý by se mu líbilo, kdyby byl na menším pokoji, aby měl víc soukromí, ale jinak si na nic nestěžuje. Při příjmu mu sestry ukázaly, kde jsou práva pacientů vyvěšená. A kdyby něčemu nerozuměl, ať se zeptá. Klient si je prý opravdu přečetl, ale není si vědom, že by nějaká u něj byla porušena.

Kazuistika pacienta č. 3 (P3)

Pacient J. M. 57 let, rozvedený, má jednu dceru. Klient bydlí ve větším městě, ale kvůli práci má přechodné bydliště v menším městě. Pracuje jako člen ochranky v jaderné elektrárně Temelín. Od srpna bude v částečném invalidním důchodu, do práce chodit chce, tak požádal pouze o částečný invalidní důchod. Dříve pracoval v mrazárnách, což podle jeho slov má největší vinu na vzniku CHOPN. Ale ani nezavrhne jako velkou vinu kouření. U klienta je diagnostikovaná CHOPN tři roky, na oddělení ho poslal lékař z ambulance. Klient uvádí, že se mu opravdu špatně dýchalo. Pacient stále kouří, asi od 25 let.

Rozhovor 3

Nejdříve jsem se ptala na oblast kouření. Klient uvedl, že kouří asi od svých 25 let, dříve kouřil 1-2 krabičky denně. Nyní se zhoršováním nemoci kouření omezil. I přes upozorňování zdravotnického personálu a nutnosti přestat kouřit, klient nepřestal. Sestry o tom ví, že stále kouří, ale nenechal si to vymluvit. Prý kouří 1 cigaretu denně, ale když ho někdo naštvě, tak víc. Takže ho sestřičky už „nehubují“, protože pak si natruc šel zapálit. Klient ví i o možnosti pomoci při odvykání kouření, ale zatím to odmítá.

Následně jsem přešla na oblast edukace. Ptala jsem se klienta, jestli ví, na které vyšetření půjde, jestli ho sestřičky informovaly, jak to bude probíhat. Na to mi klient odpověděl, že „ano, až jsou s tím někdy otravné, už si to všechno pamatuju“. Klientovi sestry ukázaly letáček z ČOPN o CHOPN, tak si ho přečetl, ale už hodně informací o své nemoci má. Správný postup při odběru sputa klient zná, sestry mu ho řekly. Klient je s množstvím informací o své nemoci spokojen, zdají se u dostačující.

Klient je viditelně dušný, proto jsem se zeptala, jestli dostává kyslíkovou léčbu. Odpověděl, že ano, že má kyslíkové brýle a že si dle potřeby aplikuje kyslíkovou léčbu sám. Prý se mu teď už dýchá dobře, bylo to horší, ale po vyšší fyzické aktivitě je stále hodně dušný. Klient si sám aplikuje inhalace z inhalátoru, používá 3 druhy 2 ráno a večer a 1 odpoledne. Sestry ho už ani neinformují, aby si provedl inhalaci. Klient je kachektický, váží 65 kg a měří 180 cm, proto mu byl naordinován Nutridrink, za týden přibral 2 kila, je rád.

Mezi prvními činnostmi při příjmu byly klientovi předány informace o právech pacientů. Klient je zná již z předešlých hospitalizací. Klient uvedl, že u něj nejsou žádná práva porušena. Všichni se k němu chovají slušně, dotazují se, zda něco nepotřebuje a jestli je vše v pořádku. Když má pocit, že něčemu nerozumí, zeptá se. Klient je s péčí na oddělení spokojený, sestry si oblíbil a má k nim důvěru.

Kazuistika pacienta č. 4 (P4)

Pacient I. F. 62 let, Klient není plně orientován časem, je zmatený. Pán I. F. je ženatý, s manželkou bydlí ve městě, syn s rodinou bydlí v zahraničí. Klient nikdy nekouřil. Byl přijat pro dušnost, neví, že by trpěl CHOPN. Po získání informací od sester o klientovi jsem zjistila, že trpí mírnou demencí a na to, že trpí nějakou nemocí, si klient vzpomene až po delším čase. CHOPN je u klienta diagnostikována 7 let.

Rozhovor 4

Klienta jsem navštívila v jeho pokoji, zaujímal Fowlerovu polohu. Klienta jsem se zeptala z jakého důvodu je hospitalizovaný v plicní léčebně. Klient chvíli přemýšlel a pak odpověděl: „špatně se mi dýchalo“. Ale když jsem se zeptala, zda trpí CHOPN, tak nevěděl ani co to znamená, ani po chvíli vysvětlování co CHOPN znamená, si klient nevzpomněl. Když jsem se ptala, co u něj během celého dne dělají sestry, tak mi odpověděl, že ho ráno vzbudí, dají mu léky, snídani a „pak si musí fouknout“. Inhalátor u sebe nemá, nosí mu ho sestry. Pak přijde vizita, je oběd, rozdají se léky, chvíli odpočívá, a když je hezky, jde s manželkou a rodinou ven (v areálu nemocnice). Klient je částečně soběstačný, ale s hygienickou péčí mu prý někdy pomáhají sestry.

Klientovi jsem ukázala letáček o CHOPN dostupný na oddělení, prý ví, že tam visí, ale nečetl ho. Necítí se být ochuzen o nějaké informace. Před vyšetřením ho sestra informovala, ale už neví, co to bylo za vyšetření. Klient je na oddělení hospitalizovaný jeden měsíc, líbí se mu tam. Už se mu prý dýchá dobře. Práva pacientů asi zná. Objektivně jsem vyzorovala, že klient má ascites, otoky obou dolních končetin, které se prý o hodně zmenšily. Sestry mu je prý přeměřují a včera ho vážily.

Kazuistika pacienta č. 5 (P5)

Pacient V. K. ve věku 50 let. Klient bydlí ve městě, v mládí bydlel na vesnici. Má ukončené SOU. Dříve pracoval jako řidič, nyní se 15 let živí jako zedník. Pacient je kuřák, kouří od 19 let a kouří stále i po zjištění CHOPN. Ta mu byla diagnostikována před 1 rokem. Klient byl odeslán z plicního oddělení po zaléčení exacerbace CHOPN k hospitalizaci do plicní léčebny. Mezi další onemocnění u klienta patří diabetes mellitus a esenciální hypertenze.

Rozhovor 5

Nejdříve jsem se ptala na oblast kouření. Klient uvedl, že kouří asi od svých 20 let, dříve kouřil 1 krabičku denně a 1 a 1/2 krabičky denně o víkendu, když chodil do hospody. Nyní se zhoršováním dyspnoe kouření omezil. Vykouří kolem 5 cigaret denně. V nemocničním zařízení klient prý nekouří, ale dle mého názoru klient kouří, protože z něj byly cigarety cítit.

Dále jsem se ptala klienta, zda ho někdo informoval o nutnosti přestat kouřit pro zlepšení jeho zdravotního stavu v souvislosti s onemocněním CHOPN, prý ano a často. Jak lékaři, tak sestry. Klient jim slíbil, že kouřit přestane, ale že je to těžší než si myslel. Jelikož klient má tuto nemoc zjištěnou poměrně krátkou dobu, byl rád, že mu zdravotnický personál poskytl informace o nemoci samotné i o její prognóze a léčbě. Když něco nevěděl, zeptal se nejdřív sestřiček, aby mu to vysvětlily, prý nechtěl otravovat lékaře. Před každým vyšetřením mu sestry řeknou, kam jde, proč tam jde a co tam bude dělat. Ale stejně by občas dostával více informací, ale záleží prý na personálu, který slouží.

Klient se učí používat inhalátor, postup mu vysvětlily sestřičky, ještě ho někdy kontrolují, zda inhaluje správně. Nejčastěji klientovi sestřičky podávají léky, doprovázejí na vyšetření a upravují mu lůžko. Klientovi se špatně spalo, byl dušný. Když to ráno řekl sestřičkám, přinesly mu ještě jeden polštář, aby měl zvýšenou polohu. Klientovi prý sestřičky vysvětlily, proč se mu bude lépe dýchat a tím pádem i lépe spát.

Klient se dle jeho názoru cítí v nemocničním zařízení dobře, Sice by chtěl už domu, ale prý snad brzy půjde. Klienta sestřičky při příjmu na oddělení seznámily s právy pacientů. Ukázaly mu, kde jsou vyvěšena a seznámily ho s oddělením. První dny byl klient lehce zmatený prostředím oddělení, chodba mu připadala všude stejná, tak si občas spletl směr, když chtěl jít do jídelny a tak... Když ho sestry viděly bloudit, tak mu ukázaly cestu. Byl rád, ale prý se cítil neschopně. Klient si prý z dlouhé chvíle přečetl práva pacientů, tím pádem je s nimi řádně seznámen a dle jeho názoru jsou u něj práva pacientů téměř všechna dodržována. Při dotazu, která nejsou, mi nechtěl klient odpovědět.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách

V tabulkách označuje křížek odpověď, kterou odpověděl dotazovaný respondent

Tabulka 1 Věk respondentů

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Věk respondentů | 74 | 72 | 57 | 62 | 50 |

Tato tabulka ukazuje na věk respondentů. P (pacientovi) 1 je 74 let, P2 je 72 let, P3 je 57 let, P4 je 62 let a P5 je 50 let starý.

Tabulka 2 Diagnostika CHOPN u klientů

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Kolik let je CHOPN u klienta diagnostikována | 15 | 2 | 3 | 7 | 1 |

Klienti byli dotazováni, kolik let trpí CHOPN. P1 odpověděl, že CHOPN je u něj diagnostikována 15 let, P2 2 roky, P3 odpověděl 3 roky, P4 7 let a u P5 je CHOPN diagnostikována 1 rok.

Tabulka 3 Kouření

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | celkem |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Kuřák | - | - | x | - | x | 2 |
| Ex- kuřák | x | x | - | - | - | 2 |
| Nikdy nekouřil | - | - | - | x | - | 1 |

V tabulce je shrnuto, zda jsou klienti kuřáky, odnaučenými kuřáky nebo nikdy nekouřili. Respondenti č. 1 a 2 (P1+P2) jsou odnaučenými kuřáky, respondenti č. 3 a 5 (P3 +P5) jsou aktivními kuřáky. Ze všech dotazovaných klientů jediný respondent č. 4 (P4) uvedl, že nikdy nekouřil.

Tabulka 4 Poučení o zanechání kouření

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | celkem |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Poučení sestrou | - | - | x | - | x | 2 |

Pozn. P1,P2 a P4 nejsou kuřáky

Klienti, kteří odpověděli, že stále kouří, byli dotázáni, jestli byli poučeni sestrou o nutnosti přestat kouřit, ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Z celkového množství 2 respondentů odpověděli oba, že byli poučeni sestrou o zanechání kouření.

Tabulka 5 Práva pacientů

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | celkem |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Informovanost sestrou | x | x | x | x | x | 5 |
| Dodržení práv u klienta | x | x | x | – | x | 4 |

Klienti byli dotázáni, jestli byli při příjmu na oddělení informováni sestrou o právech pacientů a jestliže byli, jestli jsou u nich práva pacientů dodržována. Z celkového počtu 5 respondentů odpověděli na otázku o informovanosti o právech pacientů všichni respondenti kladně. U otázky o dodržování těchto práv odpověděl jako jediný respondent č. 4 (P4), že si myslí, že u něj práva pacientů dodržována nejsou. Ostatní pacienti odpověděli, že práva pacientů jsou u nich dodržována.

Tabulka 6 Edukace před vyšetřením sestrou

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | celkem |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Ano | x | x | x | x | x | 5 |
| Ne | – | – | – | – | – | 0 |

Respondenti byli dotázáni, zda bývají důkladně edukováni sestrou před jednotlivými vyšetřeními. Z celkového počtu 5 respondentů odpověděli všichni, že je sestry edukují o tom, jak budou daná vyšetření probíhat.

Tabulka 7 Edukační materiál

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | celkem |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Ano | x | x | x | – | x | 4 |
| Ne | – | – | – | x | – | 1 |

V této tabulce je shrnuto, zda mají respondenti k dispozici edukační materiál ke svému onemocnění. Z celkového počtu 5 respondentů odpověděli 4, že edukační materiál mají, pouze respondent č. 4 (P4), že edukační materiál nemá.

Tabulka 8 Srozumitelnost a dostatek získaných ošetrovatelských informací od sester za doby hospitalizace nemocného

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | celkem |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Srozumitelné, dostačující | x | x | x | x | – | 4 |
| Nesrozumitelné, <u>nedostačující</u> | – | – | – | – | x | 1 |

Respondenti byli dotázáni, zda získávají od zdravotnického personálu (všeobecných sester) dostatek ošetrovatelských informací o průběhu ošetrovatelské péče za doby hospitalizace, a zdali jsou tyto informace srozumitelné. Respondenti 1, 2, 3 a 4 (P1, P2, P3, P4) odpověděli, že dostávají dostatek srozumitelných ošetrovatelských informací. Pouze respondent č. 5 odpověděl, že by chtěl dostávat ošetrovatelských informací více. Zbývající informace se mu zdají srozumitelné.

Tabulka 9 Vysvětlení správných postupů, polohy těla

| P = pacient | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | celkem |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Používání inhalátoru | x | x | x | x | x | 5 |
| Ihalace léků | x | x | x | x | x | 5 |
| Fowlerova poloha | x | x | x | x | x | 5 |
| Odběr sputa | x | x | x | – | x | 4 |
| Plicní rehabilitace | x | x | / | / | / | 2 |

U P3, P4, P5 není naordinována plicní rehabilitace

Respondenti byli dotázáni, zda jim byl vysvětlen správný postup při používání inhalátoru, při inhalaci léků, při odběru sputa, při plicní rehabilitaci a jak se zaujímá fowlerova poloha. Respondenti č. 1 a č. 2 (P1+P2) odpověděli, že jim byly vysvětleny všechny postupy. Respondenti č. 3 a č. 5 odpověděli, že jim byly vysvětleny všechny postupy, ale není u nich naordinována plicní rehabilitace. U respondenta č.4 také není naordinována plicní rehabilitace, uvedl, že byl poučen o používání inhalátoru, o inhalaci léků a fowlerově poloze.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo ***zjistit roli sestry při poskytování ošetrovatelské péče u nemocného s chronickou obstrukční plicní nemocí***. Ke zjištění výsledku šetření jsme si stanovili 2 hypotézy. V druhé části výzkumného šetření jsme si položili dvě otázky.

H1 Nejčastější role sestry je poskytovatelka ošetrovatelské péče

H2 Role sestry edukátorky je častější než role sestry advokátky

O1 Jaká je nejčastější role sestry u klientů s CHOPN?

O2 Je role edukátorky využita v praxi u klientů s CHOPN?

Pro výzkumné šetření bakalářské práce byly zvoleny kvantitativní a kvalitativní metody. Za pomoci dotazníků byly dotazovány sestry ošetroující nemocné s CHOPN a paralelně byly vedeny cílené rozhovory s pacienty s CHOPN z pneumologického oddělení. Výsledky šetření z kvantitativního výzkumu byly zpracovány do přehledných grafů dle okruhů vztahujících se k daným hypotézám. Stejně tak hloubkové rozhovory s pacienty byly zpracovány do podrobných kazuistik a následně sumarizovány do tabulek.

Grafy 1, 2, 3, 4 sloužily k rozlišení charakteristiky zkoumaného vzorku. Byly zaměřeny na pracoviště sester, věk, vzdělání a délku praxe sester. Dle četnosti interních oddělení v Písku a Českých Budějovicích pracuje 90% dotazovaných sester na interních odděleních a 10% sester na pneumologickém oddělení, které je pouze v Českých Budějovicích. (graf 1) Přesný věk respondentů zjišťován nebyl, respondenti pouze označili věkovou kategorii (graf 2), do které patří. Mezi nejvíce početnou část patří sestry do 25 let (32%), menší počet tvoří sestry od 26-36 let (28%), dále je 21% sester ve věkovém rozhraní 37-47 let. Do věkového rozhraní 48-58 let se řadí 15% dotazovaných sester a nejméně početnou skupinu tvoří sestry ve věku vyšším 58 let a to 4%. Dále jsme zjišťovali, jaké vzdělání mají sestry (graf 3) a dle předpokladů, největší počet sester má vystudované Střední zdravotnické školy, 58% ze 100 (100%) sester. Dále jsme výzkumem zjistili, že 18% sester má dosažené vyšší odborné vzdělání, 17% sester získalo bakalářské vzdělání na vysokých školách a dále 3% sester pokračovalo na magisterské vzdělání. Specializační vzdělání v jakémkoliv oboru vystudovaly 4%

dotazovaných respondentů. Samozřejmě, je důležité vzdělání v ošetrovatelství, ale myslíme si, že sestry si své znalosti a dovednosti upevňují také s délkou praxe ve svém oboru. Proto jsme se dotazovali na délku praxe jednotlivých sester (graf 4). Nejvíce sester pracuje na zjišťovaných odděleních méně než 10 let a to 45 %, 20% respondentů pracuje ve svém oboru 11-21 let, o pouhé 3% méně 17% 22-32 let. Mezi 33-43 lety pracuje jako sestra 12% respondentů a 6% nad 44 let ve svém oboru.

Ke zjištění H1 Nejčastější role sestry je poskytovatelka ošetrovatelské péče jsme položili otázku, aby sestry označily nejčastější činnosti sester u klientů s CHOPN (graf 15). Nejdříve jsme si dle Šafránkové a Nejedlé (2006) ujasni, jaká je ošetrovatelská náplň sester u klientů trpí CHOPN. Ze 435 odpovědí (100%) odpovědělo 19% sester 82 (odpovědí), že nejčastěji podává léky, 18% sester (80 odpovědí) nejčastěji zapisuje ordinace do dokumentace, 12% sester (52 odpovědí) nejčastěji objednává nemocné na vyšetření, 11% sester (50 odpovědí) podává klientům inhalaci, 10% sester (38 odpovědí) konverzuje s pacienty, 9% sester (39 odpovědí) edukuje o jednotlivých vyšetřeních, 8% sester (36 odpovědí) nejčastěji napomáhá klientům se všedními činnostmi. 7% sester (32 odpovědí) nejčastěji upravuje nemocným lůžko, 5% sester (24 odpovědí) odebírá nejčastěji biologický materiál a 1% sester (2 odpovědí) zjišťuje nejčastěji fyziologické funkce (měření krevního tlaku, pulsu, dechu). Podle našich zkušeností ze zdravotnického prostředí toto odpovídá praxi. Dále jsme zjišťovali, jestli sestry standartních lůžkových oddělení informují nemocné o průběhu spirometrického vyšetření (graf 16). Největší počet sester 36% informuje klienty jen, když „jdou“ na vyšetření poprvé, 34% informuje vždy a všechny klienty o průběhu vyšetření, 14% sester informuje klienty jen, když je čas. 13% sester odpovědělo, že klienty informuje jiný pracovník a 3% neinformuje klienty vůbec.

*H1 Nejčastější role sestry je poskytovatelka ošetrovatelské péče **byla potvrzena.***

Dále jsme si stanovili H2 role sestry edukátorky je častější než role sestry advokátky. Ke stanovení této hypotézy jsme si nejdříve ujasnili, co obnáší sestra edukátorka. Farkašová (2006) uvádí: tato sestra předává informace o sesterské péči, které získává při celoživotním vzdělávání, tak aby se pacient co nejrychleji mohl

adaptovat v dané situaci. Abychom mohli zjišťovat roly sestry edukátorky ve výzkumném šetření, museli jsme nejdříve zjistit, zda dotazované sestry znají sesterské role (graf 5). Mile nás překvapilo, že role sester zná 20% sester se středoškolským vzděláním. Z našich studií na SZŠ se role sester probíraly v předmětu ošetřovatelství. Sester s následným vzděláním odpovědělo správně 62% sester. Avšak 20% sester neví, co jsou role sester, a 18% sester nezná role sester. Z odpovědí, které byly kladné na znalost sesterských rolí, jsme zjišťovali, zda si sestry myslí, že je role edukátorky využita v praxi. 33% odpovědělo kladně. Co nás ovšem překvapilo, že 22% sester odpovědělo, že tato role není využita v praxi a 7% neví, zda je využita. Abychom si ověřili, jestli sestry, které odpověděli na předchozí otázku kladně, ví, co obnáší role edukátorky (graf 11), zjišťovali jsme, co si sestry představují pod pojmem edukace. 70% ze všech dotazovaných respondentů odpovědělo správně. Závodná (2005) uvádí: edukace je proces výchovy a vzdělání. Edukací se pomáhá k získání nových poznatků, zlepšení zručnosti. Vytváří hodnotový, emocionální a postojový systém osobnosti. Všechny sestry se musí celoživotně vzdělávat. Celoživotní vzdělávání je sledováno a průběžně kontrolováno zpravidla systémem registrace. Dle zákona č. 96/2004 Sb. registrované sestry získávají osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu získáním 40 kreditů při celoživotním vzdělávání za posledních 6 let praxe ve zdravotnictví. Proto jsme zjišťovali, jestli si sestry vybírají při celoživotním vzdělávání témata zaměřená na CHOPN (graf 8). Nejmenší část sester a to 20% nám odpovědělo, že si téma vybírá cíleně, občas si téma CHOPN vybere 41% sester a 39% sester se o problematiku CHOPN nezajímá při celoživotním vzdělávání. Sestry, které na předchozí otázku odpověděly ano a občas, byly dotázány, jestli předávají nově zjištěné informace svým kolegyním a kolegům (graf 9). 24% respondentů odpovědělo, že předává všechny nové informace, 33% předává pouze informace, které kolegové neznají a největší část, 43% odpovědělo, že informace nepředává dál ve svém kolektivu. Dle našich zkušeností z praxe ve zdravotnictví by to mohlo být především tím, že sestry spolu netráví více času, kdy by si nové zkušenosti a poznatky mohly předávat. Samozřejmě si sestry předávají denní hlášení, ale to bývá na konci jedné směny a na začátku druhé. Mohlo by napomoci, kdyby měly sestry a zbylý nelékařský kolektiv

jednou za určitý čas (dle domluvy) schůzku, kde by si nově zjištěné poznatky mohly předat a diskutovat o nich. Ani sestry v jedné směně většinou nemívají v pracovní době dostatek času na konzultace o nových metodách, tak aby se na diskuzi mohly plně soustředit. A v době chvilky klidu si chtějí spíše psychicky odpočinout a řešit nepracovní záležitosti. U sester, které se zajímají o problematiku CHOPN jsme zjišťovali, jestli sestry využívají poznatky z celoživotního vzdělávání ve své praxi. 46% sester občas využívá nově zjištěné praktiky v ošetrovatelské péči o pacienty s CHOPN. 15% využívá některé nové praktiky a 13% respondentů využívá všech nových praktik. Pouze 8% sester se praktiky snaží zavést do své praxe, ale nyní jich ještě nevyužívají. Například ještě nemají veškeré pomůcky, které by k novým praktikám byly nutné. 18% respondentů nevyužívá žádných praktik. V ošetrovatelském procesu o klienty s CHOPN je dle nás nejdůležitější odstranění škodlivých vlivů na zdraví u nemocných. Mezi nejdůležitější patří „zanechání“ kouření. Sice se nezastaví průběh onemocnění, jelikož se CHOPN nedá dle Kašáka (2007) zatím vyléčit, ale zpomalí průběh nemoci a tím napomůže ke zlepšení zdravotní stavu nemocného. Někteří nemocní se svým zdravím dále hazardují, proto jsme se dotazovali sester, zda klienty edukují o nutnosti přestat s kouřením (graf 12). 42% sester edukuje klienty o nutnosti přestat kouřit, 32% edukuje jak kterého nemocného a 18% edukuje nemocné jak kdy. Překvapilo nás, že 8 sester klienty needukuje. Docela velký počet respondentů a to 58% neodpověděl na předchozí otázku tak, jak jsme si mysleli, proto jsme se ptali na dostupnost edukačních materiálů ke zlepšení informovanosti v ošetrovatelské péči u klientů s CHOPN (graf 13). Nám se při výzkumném šetření nejvíce líbila a přišla nejlépe srozumitelná pro laiky brožura „Máte CHOPN?: návod jak žít s CHOPN“. Která je jak v tištěném vydání, tak v internetové podobě na internetových stránkách www.copn.cz. Z našich zkušeností z praxe, mají na každém oddělení různé edukační materiály, jen záleží, jak jsou srozumitelné a jestli je sestry využívají. 42% respondentů má k dispozici na oddělení edukační materiály pro nemocné o CHOPN, 38% tyto materiály nemá a 20% neví, zda mají k dispozici pro pacienty brožury, letáčky, nástěnky či jiný edukační materiál. U sester, které odpověděli, že na jejich oddělení jsou k dispozici edukační materiály, 21% těchto materiálů využívá u nemocných, 43% jich využívá občas a 36% nikdy. (graf 14)

Edukační materiály bývají většinou ve společných prostorách oddělení jako je jídelna, místnost pro návštěvy, nástěnky a atd. Většinou jde mnohdy o to, jestli si pacient edukační materiál (brožury) najde na oddělení svépomocí, často jsme v praxi neviděli, že by sestry nosily nesoběstačným klientům edukační materiály k lůžku. Většinou pouze, požádá-li je nemocný. Tady bychom kladli důraz, aby byly sestry více empatické a sami se iniciovaly v edukaci nemocných s CHOPN.

Dále jsme u respondentů zjišťovali, jestli je u nemocných s CHOPN využívána role sestry advokátky. Tato sestra respektuje práva nemocného a informuje ho o nich. Tlumočí jeho názory a obhajuje jeho zájmy, tak aby byly pochopeny všemi členy týmu i rodinou pacienta, jak uvádí Farkašová (2006). Nejdříve jsme zjišťovali informovanost o právech pacientů při příjmu nemocných na oddělení (graf 17). 40% sester informuje vždy všechny klienty, 26% dotazovaných informuje nemocné jen, když je čas. 25% sester ukáží nemocným, kde jsou práva pacientů vyvěšena. 8% sester neseznamuje klienty při opakovaných hospitalizacích a 1% respondentů neinformuje klienty vůbec. Celý etický kodex „Práva pacientů“ dle Ministerstva zdravotnictví jsou shrnuty v příloze č. 3. Zde chceme uvést pouze příklady práv pacientů, které mohou být v praxi nedodržena. A nejen vinou personálu. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Například, když se najednou propouští velké množství pacientů, rychle se uklízí lůžka, pacientům se připravují propouštěcí sesterské materiály a rychle se přijímají další nemocní. Tato situace by mohla být napravena zlepšením koordinace práce ve zdravotnickém týmu. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Jedná se například o nemožnost zajistit klientům soukromí z důvodu velkého počtu lůžek na pokojích, nemožnosti zajistit klientovi při vizitě soukromé prostředí, například ambulance, prázdný pokoj. Zde bychom navrhovali, aby byli soběstační klienti požádáni o vyčkání při vizitě mimo pokoj (chodba) než na ně přijde řada, při nutnosti ošetřit klienta na lůžku, taktéž požádat klienty o zajištění soukromí a pokud to nejde, zajistit soukromí pomocí plent či závěsů. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či

experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického informovaného souhlasu. Zde se dle nás stává chyba, když sám lékař nejde vysvětlit nemocným postup výkonu a vyžádat si od nich písemný souhlas a úkol je na sestře i když není v její kompetenci. Řešení by bylo, aby sestry odmítli plnit povinnosti, ke kterým nejsou kompetentní. V grafu 18 je znázorněno, zda sami sestry dodržují práva pacientů u svých klientů. 49% respondentů si myslí, že dodržuje všechna práva pacientů, 38% se snaží dodržet všech práv pacientů, ale vždy se jich nedá dodržet a 13% respondentů si myslí, že všech práv nedodržuje. Jelikož občas bývají lidé k sobě více sebekritičtí než k ostatním, dotazovali jsme se sester, zda si myslí, že ostatní kolegyně a kolegové v jejich kolektivu dodržují práva pacientů (graf 19). 47% sester si myslí, že práva pacientů jsou dodržována ostatními sestrami, 26% respondentů odpovědělo, že ostatní sestry dodržují práva pacientů, ale všech dodržet v praxi nejde. 11% sester neumí posoudit, zda ano či ne, 7% sester odpovědělo, že práva pacientů, kterých lze v provozu dodržet, nejsou dodržována ostatními sestrami. A 9% sester odpovědělo, jak která sestra v kolektivu dodržuje práva pacientů. V poslední otázce ke grafu 20 jsme se dotazovali, zda sestry tlumočí názory a obavy klientů tak, aby byly pochopeny ostatními členy zdravotnického týmu dle povinností rolí sestry advokátky, jak uvádí Farkašová. Například, když má nemocný strach z nějakého plánovaného vyšetření, když má soukromé problémy, se kterými by sestra mohla pomoci, když není spokojený v kolektivu nemocných na pokoji a nelze situaci ihned vyřešit. 69% sester odpovědělo, že názory a obavy nemocných tlumočí, 31% názory a obavy tlumočí někdy a žádná ze sester neodpověděla, že netlumočí názory a obavy klientů.

*H2 Role sestry edukátorky je častější než role sestry advokátky se **potvrdila**.*

V druhé části výzkumného šetření jsme pokládali otázky pěti respondentům ke zjištění role sestry v poskytování ošetrovatelské péče o nemocného s CHOPN.

Nejdříve byla všem zkoumaným respondentům položena otázka zjišťující věk. Dotazovaní respondenti byli ve věku 50 – 74 let. S přibývajícím nárůstem kuřáček žen v populaci se zvyšuje i CHOPN u žen. Klienti vybráni k výzkumnému šetření v

bakalářské práci byli ovšem pouze muži. Výzkumné šetření nebylo zaměřeno jen na muže, respondenti byli vybráni na doporučení vrchní sestry. Jelikož byli všichni nemocní hospitalizováni na pneumologickém oddělení, byla jim dle podrobných vyšetření diagnostikována CHOPN. U Pacienta (P) P1 je diagnostikována 15 let, u P2 2 roky, u P3 3 roky, u P4 7 let a u P5 1 rok. Kašák ve své knížce uvádí, že v dnešní době trpí CHOPN až 50% kuřáků, dle našeho výzkumu 2 klienti kouří i přes zjištění svého onemocnění, 2 klienti jsou odnaučenými kuřáky a pouze jeden z dotazovaných respondentů uvedl, že nikdy nekouřil. Jako možnost vzniku nemoci je ovšem i místo bydliště a vykonávané povolání. Respondent č. 1 pracoval řadu let jako strojevedoucí, respondent č. 2 bydlí ve městě a pracoval jako pomocná síla na ČD. Třetí klient bydlí ve městě a pracuje v jaderné elektrárně, v security firmě, dříve pracoval v mrazárnách. U 4 respondentů byla ztížená domluva, proto jsme jeho pracovní zaměření nezjišťovali. Respondent č. 5 pracoval dříve jako řidič, teď se živí zedničinou, žije ve městě, v mládí na vesnici. Samozřejmě i místem bydliště se zvyšuje možnost vzniku CHOPN. Lidé, kteří žijí v prostředí, které disponuje kvalitním ovzduším (horská místa) mají menší riziko vzniku CHOPN než lidé žijící v nekvalitním ovzduší obsahující průmyslové zplodiny, jako je například v Ostravě, nebo v místech, kde se spalují nekvalitní paliva. Jak lze zjistit ze statistických výzkumů kvality ovzduší v České Republice za posledních 10 let. CHOPN také může způsobit dlouhodobé působení prašného nebo zakouřeného prostředí, například v zaměstnání jak se uvádí v publikaci od Musila. Samozřejmě dle nás i veškeré dostupné literatury je nejdůležitější predispozicí vzniku CHOPN cigaretový kouř.

V okruhu edukace jsme zjišťovali odpovědi na otázku, zda je role edukátorky využita v praxi. Všichni klienti byli dotázáni, zda jsou dle jejich pocitu řádně a dostatečně včas poučeni o průbězích jednotlivých vyšetření. Otázka nebyla vedena na určité vyšetření, pouze obecně. Klientům bylo zdůrazněno, že se jedná pouze o personál na jejich lůžkovém oddělení. Všichni klienti odpověděli, že bývají edukováni dostatečně. (tabulka 6) Odpověď dostatečně znamená, že klienti znají průběh vyšetření, ví přesně, do jaké ambulance půjdou, zda je někdo doprovodí, zda mají být lační, zda si mají vzít nějaké pomůcky, zda dostanou sebou chorobopis. Jelikož sestry byly

sympatické a ke klientům se chovali pozorně, odpověď respondentů nás nepřekvapila. Před začátkem výzkumu jsme měli možnost si dobře prohlédnout oddělení, ptali jsme se všech nemocných, zda mají k dispozici edukační materiály ke svému onemocnění, přičemž jsme respondentům vysvětlili, co si mají pod edukačním materiálem představit. Edukační materiály jsme našli vyvěšené na nástěnce i jinde po oddělení. Byly vystaveny na místech, kde jsme si jich ihned všimli. Všichni respondenti byli soběstační, tak měli možnost chůze po oddělení, kde byly materiály vystaveny. Všichni respondenti odpověděli, že brožury a letáčky mají k dispozici, pouze pacient č. 4 (P4) uvedl, že edukační materiál nemá k dispozici. Ale pacient č. 4 byl v době rozhovoru zmatený a byla tím zhoršena komunikace. (tabulka 7) Když jsme se ptali klientů, zda získávají od zdravotnického personálu dostatek ošetrovatelských informací o průběhu léčby a zda jsou pro ně tyto informace srozumitelné, odpověděli klienti, že jsou spokojeni s množstvím informací a tyto informace jsou srozumitelné. Pouze klient č. 5 (P5) by chtěl dostávat více informací. (tabulka 8) Ale z podrobnějšího rozhovoru jsme zjistili, že informace, které by chtěl od sester získávat, nejsou v kompetencích sester, ale lékařů. Sestra se tak při výkonu svého povolání musí řídit legislativou, standardy ošetrovatelské péče, etickým kodexem a řadou dalších pravidel. Sestra pracuje samostatně a dle ošetrovatelského procesu poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči, která je zaměřená na celého pacienta, jako na lidskou bytost s veškerými jejími bio psycho-sociálními potřebami jak uvádí Farkašová. Všechny kompetence sester obsahuje Vyhláška č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 4.

Z okruhu ošetrovatelství jsme se dotazovali respondentů, zda jim byl vysvětlen správný postup při používání inhalátoru, při inhalaci léků, při odběru sputa, při plicní rehabilitaci a jak se zaujímá Fowlerova poloha. Správné používání inhalátoru a inhalaci léků. Dle knižní publikace Máte CHOPN? : návod jak žít s CHOPN je zkrácený, ale srozumitelný návod na použití inhalátoru následovný. Nejdříve se zatřepe s inhalátorem, nemocný zhluboka vydechne a vdechne inhalační látku, kterou se pokusí zadržet co nejdéle. Všech 5 respondentů odpovědělo, že jim byl vysvětlen správný postup. Ke zlepšení dýchání u nemocných se doporučuje Fowlerova poloha. V interním

ošetřovatelství od Šafránkové a Nejedlé je správná poloha popsána následovně. Nemocný má zádovou podpěru ve zvýšené poloze, v nohou má bedničku, lůžko je opatřeno hrazdičkou, ke zlepšení pohyblivosti na lůžku. Všem nemocným bylo vysvětleno, z jakého důvodu mají tuto polohu zaujmout a jak ji správně zaujmout. Dále jsme zjišťovali, zda byl klientům vysvětlen správný odběr biologického materiálu (odběr sputa). Správný postup je, že se u nemocných odebírá 1. ranní sputum před jakoukoliv hygienou, jídlem a pitím. Nemocný musí vykašlat hlen do sterilní zkumavky. Kromě respondenta č. 4 (P4), který uvedl, že mu nebyla vysvětlena správná technika při odběru sputa, uvedli ostatní respondenti, že jim zdravotnický personál vysvětlil správný postup. Důležitou součástí léčby CHOPN je plicní rehabilitace. Plicní rehabilitace byla naordinovaná pouze u klientů č. 1 č. 2 (P1, P2), zjišťovali jsme, jestli jim byl vysvětlen správný postup. (tabulka 9) Dle Ondřejíka (2006) plicní rehabilitace zvýší pohyblivost, odolnost při tělesné zátěži, vytrvalost a umožní uchovat si energii. Sniží zadýchávání a strach z dušnosti, umožní ovládat kašel a lépe vykašlávat,lepší vdechování léků a zmenší nutnost léčby v nemocnici. Dle našich zkušeností plicní rehabilitaci zvládají klienti dobře, jen musí sestry dohlédnout, aby nemocní sami cvičili dle stanoveného plánu, když nemají zrovna domluvenou rehabilitaci.

Výzkumná otázka č. 1 *Jaká je nejčastější role sestry u klientů s CHOPN* se nám podařilo zodpovědět. **Nejčastější role sestry při poskytování ošetřovatelské péče u nemocného s CHOPN je role edukátorky.**

Výzkumná otázka č. 2 *Je role edukátorky využita v praxi u klientů s CHOPN?*

Dle našeho výzkumu jsme zjistili, že **role edukátorky je využita v praxi u klientů s CHOPN.**

6. Závěr

Tato bakalářská práce na téma role sestry při poskytování ošetrovatelské péče u nemocného s CHOPN se zabývala kvantitativním a kvalitativním výzkumem. Výzkum měl dát odpovědi na předem stanovený cíl hypotézy a výzkumné otázky.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit roli sestry při poskytování ošetrovatelské péče u nemocného s chronickou obstrukční plicní nemocí. Cíl práce byl splněn.

V bakalářské práci byly stanoveny 2 hypotézy:

1) Nejčastější role sestry je poskytovatelka ošetrovatelské péče. Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že u nemocných s chronickou obstrukční nemocí sestra denně vykovává ošetrovatelské činnosti. Poskytovatelka ošetrovatelské péče poskytuje bio- psych- sociální a holistickou péči v kontaktu s nemocnými i zdravými jedinci jako je rodina nemocného. Hypotéza **byla potvrzena.**

2) Role sestry edukátorky je častější než role sestry advokátky. Role sestry edukátorky podává nemocnému i jeho rodině informace (o sesterské péči), které získává při celoživotním vzdělávání, tak aby se pacient co nejrychleji mohl adaptovat v dané situaci. Role sestry advokátky respektuje práva nemocného a informuje ho o nich. Tlumočí jeho názory a obhajuje jeho zájmy, tak aby byly pochopeny všemi členy týmu i rodinou pacienta. Z našeho výzkumu vyplynulo, že role edukátorky je častější než role advokátky. Hypotéza **byla potvrzena.**

V naší bakalářské práci byly stanoveny dále 2 otázky:

1) Jaká je nejčastější role sestry u klientů s CHOPN? Výzkumné šetření ukázalo, že dle názoru klientů je nejčastější rolí **role edukátorky**. Klienti jsou stále zdravotnickým týmem edukováni o průběžích vyšetření, o odběrech biologického materiálu, o používání pomůcek ke zlepšení zdravotního stavu, o odstranění rizikových faktorů z prostředí nemocných a atd.

2) Je role edukátorky využita v praxi u klientů s CHOPN? Role edukátorky je dle výzkumného šetření **využita v praxi u klientů s CHOPN.**

Chronická obstrukční plicní nemoc patří v současné době mezi druhou nejrozšířenější neinfekční nemoc na světě. Bohužel na tuto nemoc umírá čím dál tím více lidí na celém světě. CHOPN se nedá nikdy vyléčit, dají se pouze zmírnit její obtíže,

tak aby ulehčili život nemocným. Nejdůležitější je odstranění rizikových faktorů. Především kouření. Toto mnohdy nemocní zanedbávají, proto je tak důležité, aby zdravotnický personál edukoval o nutnosti omezit škodlivé faktory a edukoval nemocné jak správně používat léky a léčebné pomůcky.

7. Seznam použitých zdrojů

1. **ADAMCZYK, M.** Humánní role sestry: Je sestra nadčlověk? Ošetřovatelství-
Teorie a praxe moderního ošetřovatelství. Hradec Králové: 2005, sv. 7, č. 3-4, s.
97-98. ISSN 1212 - 723X.
2. **DYLEVSKÝ, I.** Somatologie. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80 –
86297 – 05 - 5.
3. **FARKAŠOVÁ, D.** *Ošetřovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s.
ISBN 80-8063227-8.
4. **FEKETEOVÁ, E.** BMI a respirační onemocnění. *Florence*. 2006, roč. 2, č. 12, s.
34-36. ISSN1801-464
5. **KANDUS, J., SATINSKÁ, J.** Stručný průvodce lékaře po plicních funkcích. 2.
vyd. - nezm. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.,
2001. 138 s. ISBN 80-7013-325-2
6. **KAŠÁK, K.** Chronická obstrukční plicní nemoc, Praha : Maxdorf s.r.o., 2006,
187 s., ISBN 80-7345-082-8.
7. **KOS, S.** Prevence a léčba CHOPN. *Zdravotnické noviny : Lékařské listy*.
19.10.2009, roč. 58, č. 17, s. 30-31.
8. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. 1. Praha : Grada publishing, a.s., 2002.
200 s. ISBN 80-247-0179-0.
9. **NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ, A.**: Ošetřovatelství III/1.
Informatorium 2004. ISBN 80-73330-30-X
10. **MUSIL, J., et al.** *Chronická obstrukční choroba plicní : Doporučený
diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 2005. 1. vyd.
[s.l.] : [s.n.], 2005. 16 s. Dostupný z WWW: <<http://www.svl.cz>>. ISBN 80-
86998-00-2.
11. **MUSIL, J., PETŘÍK, F., ZREFNÝ, M., a kol.,** *Pneumologie : Učebnice pro
studenty lékařství*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 248 s. Učební texty
Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 8 0-246-0993-2.

12. **MUSIL, J., VONDRA, V., KOŠTACKÝ, S.** *Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) : Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře.* 1. aktualiz. vyd. Nadační fond praktik : [s.n.], 2008. 16 s. Dostupný z WWW: <svl.cz>. ISBN 978-80-86998-27-5.
13. **ONDŘEJÍK, V.** Fyzioterapie při CHOPN. *Sestra : Tématický sešit č. 189.* 2006, roč. 16, č. 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404
14. **RIEDEL, M.** Choroby plicního oběhu. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. 295 s. ISBN 80-7262-056-8
15. **MUSIL, J., KOS, S., VONDRA, V., SALAJKA, F.** *Světová iniciativa o chronické obstrukční plicní nemoci : Světová strategie diagnostiky, léčby a prevence chronické obstrukční plicní nemoci,* 1. přeprac. vyd. Praha : Vltavín, 2006. 164 s. Dostupný z WWW: <www.copn.cz>. ISBN 80-86587-22-3.
16. **RICHARDS, A. et al.** Repetitorium pro zdravotní sestry. 1. čes. vyd. Praha: Grada, 2004. 375 s. ISBN 80 – 247 – 0932 – 5
17. **SIVEROVÁ, J.** Chronická obstrukční plicní nemoc : Pohled pneumologické sestry. *Sestra : Tématický sešit č. 187.* 2006, roč. 16, č. 11, s. 40. ISSN 1210-0404
18. **ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.** Interní ošetřovatelství. I. 1. vyd. Praha: Grada, Publishing, a.s., 2006. ISBN 80- 247-1148-6
19. **VELEMÍNSKÝ, M a kol.** Klinická propedeutika. 5.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 144 s. ISBN 80- 7040- 837- 5
20. **VONDRA, V., MUSIL, J.** *Máte CHOPN? : Návod jak žít s CHOPN* [online]. 1. Praha : Vltavín, 2004 [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <www.copn.cz>. ISBN 80-86587-07-X.
21. Vzdělávání v pneumologii : konference, Praha, 20.1.2007. *Florence.* 2007, roč. 3, č. 2, s. 56-57. ISSN 1801-464
22. **ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.** *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení.* 1. Praha : Grada publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

23. **ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ- ČÍŽKOVÁ, J.** *Psychologie pro zdravotnické obory : Vybrané kapitoly*. 1. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, ZSF, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4.
24. **ZÁVODNÁ, V.**, *Pedagogika v ošetrovatel'stve : Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. Martin : Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)

sestra

P/K pacient/ klient

rehabilitace

role sestry

9. Přílohy

Příloha 1 Otázky k rozhovoru s nemocnými

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Příloha 3 Práva pacientů ČR

Příloha 4 Obrázek patogeneze CHOPN

Příloha 1 Otázky k rozhovoru s nemocnými

1) **Okruh: ošetrovatelská část**

1. Jaké nejčastější činnosti u vás vykonávají sestry při vašem pobytu ve zdravotnickém zařízení v souvislosti s CHOPN?
2. Byla vám umožněna rehabilitace v souvislosti s CHOPN?
3. Byla vám vysvětlena správná technika inhalace?
4. Používáte inhalátor?
5. Kdo vás ho naučil používat?
6. Vysvětlili vám sestry, jaká je správná poloha při pobytu v lůžku?
7. Naslouchají vám sestry a snaží se splnit vaše požadavky?

2) **Okruh: edukace**

8. Dostáváte od sester dostatek ošetrovatelských informací o průběhu léčby?
9. Jsou tyto informace srozumitelné a dostačující?
10. Jste řádně a dopředu poučen/a o průběhu vyšetření?
11. Při odběru hlenu jste byl/a poučen/a o správném postupu?

3) **Okruh: práva pacientů**

12. Byl/a jste při příjmu informován/a sestrou o právech pacientů?
13. Myslíte si, že jsou práva pacientů u vás dodržována?
14. Tlumočí sestry vaše názory či starosti (strach, nesouhlas s vyš.) ostatnímu zdravotnickému personálu?

4) **Okruh: kouření**

15. Jste kuřák?
16. Kolik cigaret vykouříte za den?
17. Bylo vám doporučeno sestrou, že pro léčbu je důležité přestat s kouřením?
18. Ví sestry, že kouříte, i když jste hospitalizovaný?
19. Snaží se vám to rozmluvit?

5) **Okruh: otázky demografické**

20. Kolik je vám let?
21. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
22. Kolik let máte diagnostikovanou CHOPN?

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně, studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Dotazník je určen všeobecným sestřám interních a plicních oddělení. Cílem výzkumu je zjistit role sestry v poskytování ošetrovatelské péče u klientů s CHOPN.

Prosím o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude použit ke statistickému zpracování jako výzkumná část mé bakalářské práce „Role sestry v poskytování ošetrovatelské péče o nemocného s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN)“.

Správnou odpověď, prosím zakroužkujte nebo dle možností vypište.

Srdečně děkuji za vámi strávený čas, Kolářová Eva.

1. **Na kterém oddělení pracujete?**
 - a) Plicní oddělení
 - b) Interní oddělení

2. **Kolik vám je let?**
 - a) Do 25 let
 - b) 26-36
 - c) 37-47
 - d) 48-58
 - e) Nad 58 let

3. **Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 - a) SZŠ
 - b) VOŠ
 - c) VŠ-Bakalářské
 - d) VŠ- Magisterské
 - e) Specializace v oboru

4. **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**
 - a) 10 let a méně
 - b) 11- 21 let
 - c) 22-32 let
 - d) 33-43 let
 - e) 44 let a více

5. **Znáte nějaké role sester?(pokud neznáte či nevíte, přejděte k otázce číslo 8)**
- Ano znám
 - Nevím
 - Ne znám
6. **Myslíte si, že je role edukátorky využita v praxi u klientů s CHOPN?**
- Ano myslím, že je využita
 - Nevím
 - Myslím, že není využita
7. **Je pro vás příjemnější role poskytovatelky ošetrovatelské péče než s role edukátorky u klientů s CHOPN?**
- Je mi příjemnější role poskytovatelky ošetrovatelské péče než role edukátorky
 - Je mi příjemnější role edukátorky než role poskytovatelky ošetrovatelské péče
 - Není mi příjemná žádná z těchto rolí u klientů s CHOPN
8. **Vzděláváte se (v rámci celoživotního vzdělávání) v ošetrovatelské problematice o CHOPN? (pokud ne, přejděte k otázce číslo 10)**
- Ano vzdělávám, zaměřuji se především na CHOPN
 - Občas se vzdělávám v problematice CHOPN
 - Ne nevzdělávám se v problematice CHOPN
9. **Předáváte nově zjištěné informace pro zlepšení ošetrovatelské péče o klienty s CHOPN kolegyním/ kolegům z vašeho oddělení?**
- Ano předávám
 - Předávám jen nové informace, které kolegyně neznají
 - Ne, nepředávám žádné informace
10. **Využíváte nové sesterské praktiky v ošetrovatelství u klientů s CHOPN zjištěné při celoživotním vzdělávání?**
- Využívám všechny nové praktiky zjištěné při celoživotním vzdělávání
 - Využívám některé nové praktiky zjištěné při celoživotním vzdělávání
 - Využívám občas nové praktiky zjištěné při celoživotním vzdělávání
 - Zatím nevyužívám, ale snažím se zavést nové praktiky na naše oddělení
 - Nevyužívám nové praktiky
11. **Co se vám vybaví pod pojmem edukace?**
- Proces výchovy
 - Proces vzdělávání
 - Proces výchovy a vzdělávání
 - Nevím
 - Jiné.....

12. **Edukujete klienty o nutnosti přestat s kouřením? (můžete označit více odpovědí)**
- a) Ano edukuji
 - b) Nepamatuji se
 - c) Ne needukuji
 - d) Jak kterého pacienta
 - e) Jak kdy
13. **Máte k dispozici edukační materiály ke zlepšení informovanosti u klientů o CHOPN? (pokud nevíte či nemáte, přejděte k otázce číslo 15)**
- a) Ano mám
 - b) Nevím
 - c) Ne nemám
14. **Využíváte těchto materiálů při podávání informací u pacientů?**
- a) Ano využívám jich
 - b) Občas jich využívám
 - c) Nevyužívám jich
15. **Jaké nejčastější činnosti vykonáváte u klientů s CHOPN(můžete označit více odpovědí)**
- a) Povídáte si s nimi
 - b) Odebíráte biologický materiál (moč, krev, hlen,...)
 - c) Vysvětlujete průběh u jednotlivých vyšetření
 - d) Objednáváte klienty na vyšetření (spirometrie, RTG,...)
 - e) Podáváte léky
 - f) Podáváte inhalace
 - g) Pomáháte se základními denními činnostmi u klientů
 - h) Upravujete klientům lůžko
 - i) Zapisujete sesterské činnosti do dokumentace
 - j) Jiné.....
16. **Informujete klienty o průběhu spirometrie před vyšetřením?**
- a) Informuji vždy všechny klienty
 - b) Informuji všechny klienty, když je před vyšetřením čas
 - c) Informuji jen ty, kteří jdou na vyšetření poprvé
 - d) Neinformuji klienty
 - e) Klienty informuje jiný zdravotnický pracovník

17. **Seznamujete pacienty, při příjmu na vaše oddělení, o právech pacientů?**
(můžete označit více odpovědí)
- a) Seznamuji vždy všechny pacienty
 - b) Seznamuji pacienty s právy, jen když je čas
 - c) Ukážu jim, kde jsou všechna práva pacientů vypsána
 - d) Neseznamuji pacienty, kteří jsou na našem oddělení opakovaně hospitalizováni
 - e) Neseznamuji je
18. **Myslíte si, že vy sama dodržujete všechna práva pacientů na vašem oddělení?**
- a) Myslím, že dodržuji všechna práva pacientů, kterých lze dodržet
 - b) Snažím se dodržovat všechna práva pacientů, ale vždy to nejde
 - c) Myslím, že nedodržuji všechna práva pacientů, kterých lze dodržet v praxi
19. **Myslíte si, že jsou práva pacientů na vašem oddělení dodržována ostatními sestrami?**
- a) Ano myslím, že jsou dodržována
 - b) Myslím, že jsou, ale všechna dodržet nelze (z provozních důvodů)
 - c) Nevím, nedokážu odpovědět
 - d) Myslím, že nejsou dodržována práva, kterých lze dodržet
 - e) Jak kterou sestrou jsou dodržována
20. **Tlumočíte názory a obavy (strach, nespokojenost) klienta tak, aby byly pochopeny ostatními členy zdravotnického týmu?**
- a) Ano tlumočím
 - b) Někdy ano
 - c) Ne netlumočím

Příloha 3 Práva pacientů ČR

Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno 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 či 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 i více 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 provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě 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, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, 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 rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl 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 má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

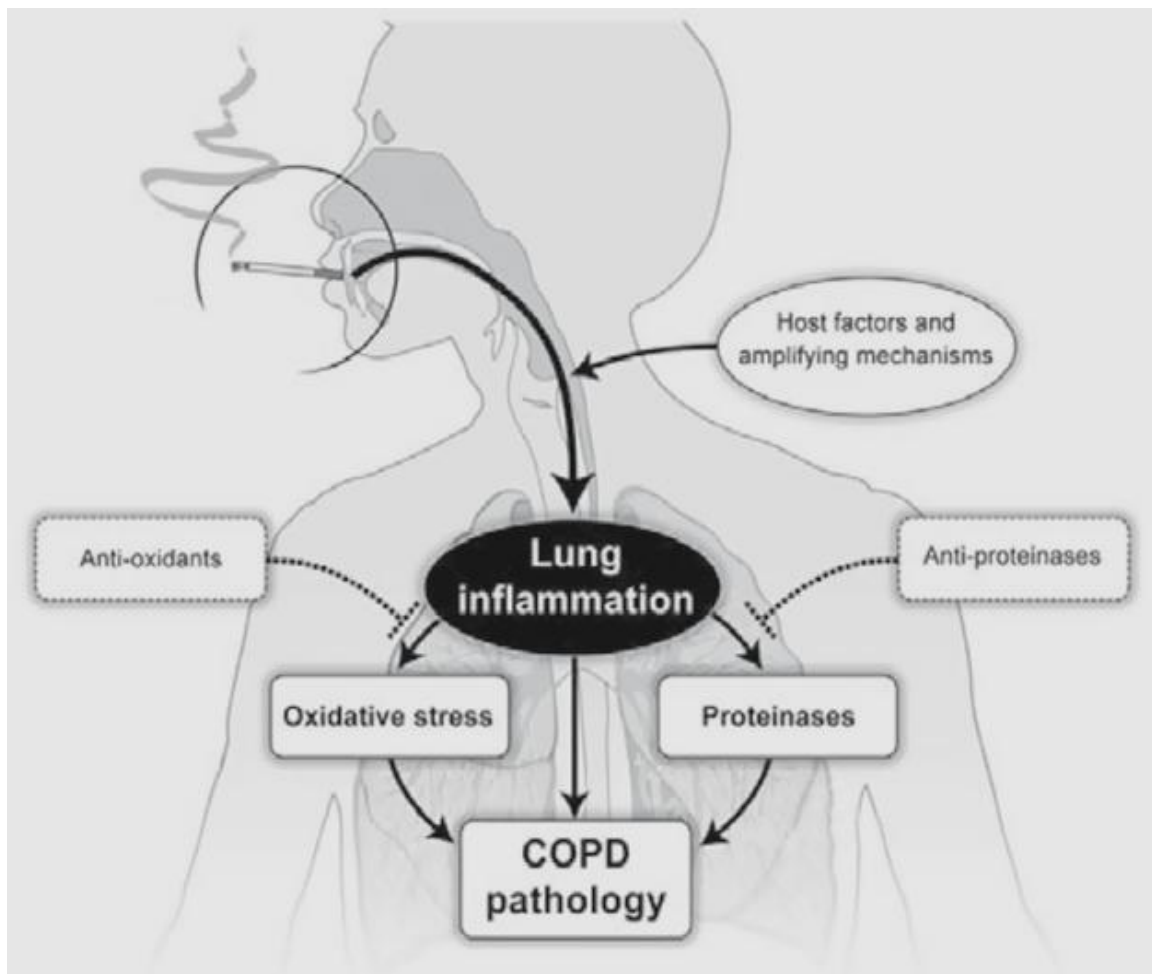
Autor: Odbor 22

Poslední aktualizace: 27.4.2005

Převzato z: Odbor 22. Práva pacientů ČR. In *Práva pacientů ČR* [online]. Ministerstva zdravotnictví České Republiky, Sociální služby : Ministerstva zdravotnictví České Republiky, Sociální služby , 25. 2. 1992, 27.4.2005 [cit. 2011-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>.

Příloha 4 Obrázek Patogeneze CHOPN

Cigaretový kouř



Převzato z : **MUSIL, J., KOS, S., VONDRA, V., SALAJKA, F.** *Světová iniciativa o chronické obstrukční plicní nemoci : Světová strategie diagnostiky, léčby a prevence chronické obstrukční plicní nemoci*, 1. přeprac. vyd. Praha : Vltavín, 2006. 164 s. Dostupný z WWW: <www.copn.cz>. ISBN 80-86587-22