

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2012

Patricie Daňková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

## **PODÍL SESTRY PŘI SNIŽOVÁNÍ UTRPENÍ NEMOCNÝCH**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

Autor práce:  
Patricie Daňková

2012

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with participation of a nurse in relief of patient suffering. The present state of the issues of nursing care of a suffering patient is a part of the text. The research part of the thesis was based on qualitative research, where the techniques of non-standardized interview and observation of patients and nurses in Kutna Hora Hospital were applied. The aim of the work was to find out how a nurse participates in suffering relief in patients, to examine the techniques a nurse applies to relief of suffering, to learn how a patient perceives a nurse in relieving his/her suffering. The research has shown the spheres where patients often suffer, where and how the approach of nurses may be improved. The thesis wanted to find the weak points in providing nursing care to the suffering, to map whether nurses are active in their work, have humane approach and provide quality care. The thesis will be made available to the Hospital management, it may be a complementary source of information for those who study these issues and the research results may serve as educational material for nurses working not only at the aftercare wards but also at acute care beds as suffering occurs in patients of all the clinical fields. Nurses may only participate in suffering relief efficiently if they know it and pay due attention to it.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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 - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2012

Podpis .....

**Poděkování:**

Děkuji Bc. et Mgr. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení, profesionální přístup, cenné rady, čas a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Poděkování také patří PhDr. Věře Staskové a Mgr. Bohuslavu Kůrkovi a mé rodině za podporu při psaní této práce.

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV .....	4
1.1 Vymezení pojmu utrpení .....	4
1.2 Koncepce holismu v utrpení .....	4
1.2.1 Utrpení fyzické .....	5
1.2.2 Utrpení psychické.....	6
1.2.3 Utrpení sociální .....	7
1.2.4 Utrpení spirituální.....	8
1.3 Projevy utrpení v ošetrovatelské péči .....	9
1.4 Formy poskytování ošetrovatelské péče o trpící nemocné .....	10
1.5 Etika a morální hodnoty sester .....	11
1.6 Podíl sestry v ošetrovatelské péči o trpící nemocné .....	12
1.6.1 Empatický přístup sestry v ošetrovatelské péči o trpícího .....	12
1.6.2 Terapeutická komunikace s trpícím nemocným.....	13
1.6.3 Ošetrovatelské intervence sestry při snižování utrpení.....	15
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	16
2.1 Cíle práce.....	16
2.2 Výzkumné otázky .....	16
3 METODIKA.....	17
3.1 Metodika práce .....	17
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	17
4 VÝSLEDKY .....	18
4.1 Rozhovory s pacienty .....	18
4.1.1 Kazuistika pacientky č. 1 .....	18
4.1.2 Kazuistika pacienta č. 2.....	19
4.1.3 Kazuistika pacientky č. 3 .....	21
4.1.4 Kazuistika pacienta č. 4.....	23
4.1.5 Kazuistika pacienta č. 5.....	24
4.2 Tabulky nejčastějších odpovědí pacientů.....	26
4.3 Rozhovory se sestrami z oddělení následné péče .....	30
4.3.1 Kazuistika sestry č. 1 .....	30
4.3.2 Kazuistika sestry č. 2.....	30
4.3.3 Kazuistika sestry č. 3 .....	31
4.3.4 Kazuistika sestry č. 4.....	32
4.3.5 Kazuistika sestry č. 5.....	32

4.4	Tabulky nejčastějších odpovědí sester .....	34
5	DISKUZE .....	37
6	ZÁVĚR .....	41
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....	42
8	KLÍČOVÁ SLOVA .....	45
9	PŘÍLOHY .....	46

## ÚVOD

Utrpení člověka je změněný stav myšlení a vnímání. Ten vnímá působení jednoho nebo více okolních vlivů a toto vnější působení cítí jako nestandardní, nepříjemné, obtěžující, bolestivé nebo traumatizující. Téměř vždy je spojeno s negativním či traumatizujícím prožitkem. Ochrana člověka před utrpením ze zbytečné a nedobrovolné bolesti je prioritou, nezpochybnitelnou z jakýchkoliv pozic. Podíl sestry na snižování utrpení nemocnému je v porozumění lidského trápení. Prioritou této aktivity z pozice sestry je zmírnění, a pokud možno i úplné odstranění utrpení spojeného s léčením nemoci. Jestliže ale přes veškerou pomoc utrpení přetrvává, pak sestra pomáhá trpícímu uchovat lidskou důstojnost a pečuje o zachování jeho důstojnosti a kvalitu mezilidských vztahů.

Trpící nemocný potřebuje především člověka, a to člověka, který umí naslouchat a pochopit. Ani ne třeba někoho, kdo má na všechno odpověď, který všemu rozumí, nebo skvělého humoristu. Nepotřebuje zpravidla, aby mu jeho situaci někdo vždy dokonale vysvětlil. Potřebuje ale, aby nebyl ve své situaci zcela sám. Aby ho někdo chápal, aby mu někdo dělal společníka při jeho dotazech. A také někoho, kdo by zajišťoval spojení se světem. Často tedy nezbyvá nic jiného, než ho třeba jen vzít za ruku, mlčet a takto vytrvat.

Sestra představuje nezastupitelnou součást v rámci komplexní péče o nemocného pacienta. K péči o nemocného sestra přistupuje komplexně a zvažuje propojení a souvislosti několika dílčích léčebných postupů a metod. Tomu samozřejmě předchází hledání příčin vzniku nemoci nebo chorobného stavu. Už zde by mělo docházet k propojení moderních lékařských metod a metod holistických.

Hlavním záměrem výzkumného šetření je, jak v současném systému přistupuje k trpícímu nemocnému sestra a jak tento přístup a způsob snižování jeho utrpení hodnotí sám nemocný a jeho nejbližší. Protože i zkušená sestra musí vynaložit nemalé úsilí k pochopení utrpení a bolesti, snažit se pochopit souvislosti a orientovat se ve složitém systému informací, poznatků, legislativy a vztahů.

Toto téma jsem si zvolila proto, že mě celkově problematika spojená s utrpením pacienta zajímá, úzce souvisí přímo s výkonem mého povolání výjezdové sestry na záchranné službě a mou snahou je efektivně se podílet při snižování utrpení nemocných.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Vymezení pojmu utrpení

Ačkoliv se utrpení zdá být nesdělitelné a nedefinovatelné, přece by snad mělo být více probíráno, zvažováno a chápáno jako téma, k němuž se kladou otázky a hledají odpovědi. Upřesnění jádra významu pojmu utrpení je stav, kdy člověka něco trápí. Významově jde o vyjádření situace, kdy člověka něco tíží, zatěžuje ho a co může být nad jeho únosnost.

Pojem utrpení můžeme definovat a pochopit z pohledu fyzického, psychického, sociálního a duchovního - spirituálního. Právě hledisko spirituální se stalo pro současné vnímání tohoto slova jakýmsi základem. I když bylo utrpení téměř vždy vnímáno v souvislosti s nemocí, některé náboženské postoje ho považovaly jako trest za spáchané hříchy. A zbavit se utrpení znamenalo uznat své hříchy, litovat jich. Některá z těchto přesvědčení, plynoucí z biblického textu, přetrvávají v rozličných kulturách až do současných tradic. Ale právě hlubší pochopení náboženských a duchovních postojů vedla ke snaze pomoci trpícím nejen modlitbami a pokáním. Rozvívěla přijmout lidské trápení, vyvinula snahu a pokusy o starostlivou péči a soucit o trpícího člověka a vznik úvah o tom, proč někteří trpí více než ostatní (1,2).

Důležitým faktem zůstává, že utrpení je odjakživa součástí lidského života a i přes veškeré snahy jej alespoň zmírnit není možné jej nikdy odstranit. Není jen doprovodným a nežádoucím doprovodem různých nemocí nebo umírání, ale ovlivňuje lidské bytí, vzájemné mezilidské jednání ve společnosti (3).

## 1.2 Koncepce holismu v utrpení

Moderní ošetřovatelství prosazuje koncepci holismu, což znamená respektování nemocného v jeho dimenzi – oblasti, a to fyzické, psychické, sociální či spirituální. Dále záleží na rozměru intenzity utrpení, jinak řečeno velikosti bolu. Každý jedinec prožívá utrpení jinou intenzitou, někdo trpí jako „zvíře“, někdo netrpí vůbec. Další dimenzí je doba trvání utrpení, například oproti ztrátě rodinného příslušníka, kdy utrpení trvá kratší dobu než chronické onemocnění, které může trvat desítky let. Třetí rozměr je pochopení pojmu, který je daný lidskou přirozeností. V některém utrpení výrazně převyšuje tělesná bolest, v jiném utrpení to je psychická emocionální stránka (stesk, žal, nárek) (4).

Jsou však i utrpení, která se dotýkají smysluplnosti bytí a žití - zhroucení životních cílů a ztráty naděje – tzv. duchovní utrpení. I když jsou dvě osoby vystaveny stejným podnětům, každá bude trpět jinak, ba dokonce se jedné bude podnět jevit jako příjemný, a druhé jako nepříjemný (5,6).

### ***1.2.1 Utrpení fyzické***

Utrpení bývá v povědomí pacientů i lidí kolem nich obvykle spojováno s pojetím bolesti. Pojetí bolesti je určující charakteristikou utrpení. Bolest je však velice složitým jevem. Jedná se o subjektivní, nepříjemný smyslový a emoční vjem pro člověka, způsobený drážděním receptorů bolesti kdekoliv v organismu. Vzniká poškozením tkání a vláknů pro bolest je pak vedena do center bolesti v mozku. Na počátku výzkumů a vzniku teorií o bolesti se považoval za pouhý symptom patologického procesu v těle. Problematika, zvláště u chronické bolesti, je ale daleko složitější, proto můžeme déletrvající bolest považovat za samostatný syndrom (7,8).

Nějaký typ bolesti udává převážná většina nemocných. Důležitý je i fakt, že pacienti trpící chronickou, tedy déletrvající bolestí nejsou vždy léčeni odpovídajícím způsobem. Přitom většina případů je dobře zvládnutelných vhodnou terapií, např. kombinací farmak, fyzikálních metod a psychoterapeutickým přístupem. Současné možnosti v oblasti farmakologie prakticky nedovolují, aby nemocný trpěl nesnesitelnou bolestí ani jinými negativními tělesnými příznaky. Bolest rozdělujeme do několika stupňů a již na tom nejnižším stupni můžeme pozorovat ovlivnění každodenních činností v životě nemocného. Co se týká akutní bolesti, je alarmujícím příznakem, který je časově omezen, a trvá většinou několik dnů, maximálně 3 měsíce. Je projevem patologického procesu v organismu, související s úrazem, operačním zákrokem nebo hojením ve tkáni. Je snáze lokalizovatelná, ostrá a je pro ni typický současný výskyt skupiny doprovodných vegetativních reakcí a příznaků. Patří sem změny srdeční frekvence, tepového objemu, krevního tlaku, dechové frekvence, změny šířky zornic. Pacienti také často popisují zvýšenou potivost, neklid, výskyt únikových reakcí a různé formy anxiózy (obavy, strach, úzkost). Při péči o tuto skupinu nemocných je důležitá včasná diagnostika základního onemocnění, jeho terapie a následná postakutní péče (např. rehabilitační, lázeňská a jiné). Chronická bolest je bolest trvající déle než 3-6 měsíců. Na rozdíl od akutní je hůře lokalizovatelná, nemocní ji popisují jako tupou, hlubokou a trvalou. A pokud je neléčená, sama se stává nemocí (9).

Protože vedle utrpení tělesného přináší problémy duševní, sociální a existenční, tím představuje samostatný klinický syndrom. Dlouhodobá bolest se vyznačuje spojením bolesti

s řadou doprovodných stavů, jako jsou poruchy spánku, nechutenství, poruchy vyprazdňování, podrážděnost až tzv. „bolestivé chování“. To značí objektivně pozorovatelné změny chování způsobené chronickou bolestí. Smyslem tohoto chování je většinou přimět okolí nemocného, aby vzalo na vědomí, že trpí, že prožívá opravdu bolest. Je to vlastně projev nesprávné a někdy také obtížně ovlivnitelné adaptace na bolest (10).

Nejčastější je rozdělení bolesti do tří stupňů: mírná, středně silná a silná. Toto hodnocení je propojeno s numerickou škálou bolesti od 0 do 10, kdy pacient přiřazuje intenzitě své bolesti různé číslo. Z tohoto doporučení pak vychází algoritmy léčebných postupů a možné lékové kombinace. Při mírné bolesti nemocný udává „nejhorší“ bolest od 1 do 4 na škále do 10, většinou neovlivňuje významně pacientovy funkce.

Jako středně silnou bolest pacient označí „nejhorší“ bolest v rozmezí 5-6 na číselné stupnici. Tento stupeň již významně ovlivňuje kvalitu života nemocného a některé funkční projevy. Aktivní zahájení léčby je nezbytné a také její následné zhodnocení, většinou po 1-3 dnech. Silná bolest je nejhorší bolest v rozmezí 7-10, ta již vždy vyžaduje okamžité zahájení terapie (11,12).

### ***1.2.2 Utrpení psychické***

Samo utrpení je z velké části psychickým prožitkem, proto je velkou chybou, pokud se na psychický stav pacienta zapomíná, protože i malé rozdíly v psychice mohou mít velký vliv na vlastní prožitek tělesných potíží. Některým stavům je zapotřebí psychiatrické intervence, jiným psychoterapeutický přístup, dalšímu přítomnost blízkého člověka, ale někdy prostá samota a čas na projití vším potřebným.

Každý člověk přijímá sdělení o diagnóze nemoci jinak. V tento okamžik se ocitá pro něho v nové a neznámé situaci a průběh této adaptace na „rolí nemocného“ je u každého z nás velmi individuální. V závislosti na diagnóze, věku, pohlaví, zázemí rodiny a psychickému stavu si nemocný prochází několika fázemi. Jako zásadní reakce, zvláště u sdělení závažné a chronické nemoci, se jeví fakt, jak se sám nemocný k této nové situaci postaví. Na jedné straně může být fáze smíření, určitý souhlas s novým stavem a snaha o aktivní spolupráci. Na straně druhé naopak často můžeme pozorovat stav rezignace, odmítání aktivní spolupráce a zapojení se do procesu diagnostiky a léčby (13).

Za tímto odmítáním stojí strach a úzkost, což jsou emoční prožitky provázející utrpení v psychické oblasti. Patří mezi základní emoce, které v primární fázi patří mezi reakce, které člověku pomáhají překonat negativní působení okolního prostředí, pomáhají přežít, rychle se rozhodovat a reagovat. Chrání nás v případě nebezpečí, a pokud nepůsobí delší dobu, nemusí

být nebezpečné a ohrožující. Na počátku těchto stavů může být buď nějaká událost v našem okolí, nebo situace, kterou jsme již jednou zažili jako nepříjemnou a vnímáme ji jako stále ohrožující. Nebo to může být i něco „uvnitř nás“. Nejčastěji to jsou vzpomínky, myšlenky, představy, ale i tělesné příznaky, které jsme v minulosti již zažili a my je vnímáme jako nepříjemné či ohrožující (14,15).

Zatímco strach je reakcí na jasné a definovatelné nebezpečí, úzkost zahrnuje skupinu změn emočního stavu, kdy není zcela patrná příčina. Když je však strachu a úzkosti moc, už nás nechrání, ale naopak ohrožují nejen nemocí, ale někdy i na životě.

Úzkost a strach mají různou intenzitu – od mírného neklidu až po stavy panických záchvatů. Mohou trvat několik minut, ale i několik let. Při chronickém trvání či opakování těchto podnětů jsou pro každý organismus velmi náročné a vyčerpávající. Protože odolnost každého jednotlivce je velmi individuální, lze proto těžko posoudit hranici, kdy se tyto emoce stanou nikoliv prospěšné, ale životu nebezpečné. Nadměrná úzkost a strach nás mohou dovést nejen k závažné duševní, ale i tělesné poruše. Nejčastěji jde o tzv. generalizovanou úzkostnou poruchu, dále fobii, neurastenie nebo až deprese. Časté jsou oběhové poruchy, jako je vysoký krevní tlak, poruchy srdečního rytmu nebo imunitní poruchy (16).

Tyto stavy jsou pro člověka základně hlavně tím, že se s ním dějí věci, kterým často vůbec nerozumí. Uvědomuje si, že by se mu nebo jeho blízkým mohlo stát něco velmi nepříjemného, a proto se začne více hlídat, sledovat a snaží se všemožně těmto stavům předcházet. To se mu často nedaří, naopak, stav se spíše postupně zhoršuje.

Nejčastější tělesné příznaky vnímají jedinci jako zrychlený tep (bušení srdce), pocení, třes, vnitřní chvění, obtížné dýchání, pocit zalykání se, bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudi, břišní nevolnost. Dále se můžeme setkat s pocitem slabosti v končetinách, návaly horka nebo chladu, pocity znecitlivění nebo mravenčení (17,18).

### ***1.2.3 Utrpení sociální***

Utrpení sociální je společenský charakter utrpení. Sociální utrpení je způsobeno izolací a ztrátou určité sociální role ve společnosti, narušením komunikace v rodině a jinými.

Taktéž existuje utrpení, které je způsobeno pouze okolím a ne vlastní nemocí, našimi vztahy s druhými, rodinou, přáteli. Často chybění blízkého člověka činí mnohem větší utrpení než bolest. „Stačí“, aby blízký tiše byl s ním, neopustil ho zvláště v poslední chvíli, podpořil nemocného v dobrých věcech, viděl v něm lepšího člověka. Nemusí s trpícím souhlasit, ale stačí, že se ho snaží pochopit, dávat mu prostor pro vyslovení svých myšlenek a neustále se opakujících otázek, na které nemá odpověď. Projevem sociálního utrpení je potom zármutek,

smutek a stesk. Jedná se o déletrvající psychický a fyzický stav jako reakce navazující na stresovou událost, která nejčastěji vzniká ztrátou. Tento stav může být spojen s řadou různých psychologických prožitků, které se individuálně liší jak samotnou reakcí, tak i délkou svého trvání. Ve většině případů je spojen se ztrátou blízké či milované osoby. Příčinu můžeme vždy rozpoznat. Hlavně ztráta člena rodiny (dítěte, partnera, rodiče nebo blízkého přítele), ztráta vztahu (rozchod, rozvod, odloučení), životních hodnot (vzdáváme se určitých plánů, ideálů, práce, majetku) nebo v neposlední řadě ztráta snu (o partnerském vztahu, ztráta očekávaného životního stylu, ztráta každodenní možnosti být s dětmi, nemožnost otěhotnět, ztráta svobody po narození dítěte, ztráta náplně po odchodu dítěte z domu) (19).

#### ***1.2.4 Utrpení spirituální***

Nejhůře dosažitelnou, a tedy i opomíjenou oblastí člověka je jeho spiritualita, jinak řečeno duchovno. Často přichází sestra do kontaktu s duchovními aspekty pacienta, ale poněvadž je většina sama opomíjí a řeší právě až v závěru života na nemocničních lůžkách, tak neví, jak svěřenému pomoci. Jednou z možností, jak pochopit, spiritualitu je začít přemýšlet, oč v životě jde. Člověk na rozdíl od jiných biologických celků je schopen stavět si cíle a k těmto cílům směřovat své úsilí. Tyto cíle mohou být dvojího druhu, a to imanentní a transcendentní. Imanentní, jinak také realistické a realizovatelné, jsou takové, kterých je možno dosáhnout. Transcendentní či nejvyšší životní cíle jsou cíle, k nimž je možno směřovat, ale jejichž dosažení je mimo lidské možnosti. Druhá zmiňovaná oblast nejvyšších, tedy transcendentních životních cílů tvoří spirituální oblasti osobnosti (20).

Na cestě k vytyčeným cílům však může dojít k těžkostem, např. vyskytne-li se určitá překážka. Tyto překážky pak způsobují duchovní trápení a utrpení. Každý člověk disponuje základní hodnotovou orientací a životně důležitými hodnotami, ty pak cílům dávají váženou cenu a smysl. V případě ohrožení mluvíme o třech druzích duchovního utrpení. Prvním stupněm je ohrožení realizace hodnoty. Mezní situace nastává, když je realizace této hodnoty krajně obtížná. Druhým stupněm se rozumí ztráta realizace hodnoty, tedy že původní stav není možno obnovit. Třetím, nejtěžším stupněm je již zhroucení představy o tom, že nejvyšší hodnota je problematická.

Právě jednotlivé oblasti člověka se překrývají, vždy ta vyšší přesahuje tu nižší. Trpící člověk se nachází v nové roli, najednou určité věci nemůže dělat, připadá si závislý.

Pojem duchovní utrpení se vztahuje i na ztrátu smyslu života, naděje, se strachem ze smrti, z bolesti a bolestivé léčby nebo umírání. Ale i se ztrátou lidské důstojnosti. Lidská důstojnost patří k základním potřebám právě u trpících lidí. A to hlavně souvislost s vlastní

sebeúctou člověka. Zvláště patrné je pak vnímání například staršího člověka k chování okolí k jeho osobě, je citlivější k narušování soukromí, ponižování a někdy i bohužel fyzickému týrání, které patří k nejčastějším formám snižování důstojnosti nerespektováním pacientovy vůle a jeho soukromí, nerespektováním jeho studu, ponižujícím krmením a mytím místo aktivní dopomoci k sebeobsluze, odmítáním pomoci k použití toalety s upřednostňováním nabízení absorpčních plen, anonymizací pacienta a odmítáním jeho osobnosti, nedostatečnou komunikací a obecným podceňováním schopností nemocného člověka (21).

### **1.3 Projevy utrpení v ošetrovatelské péči**

Z pohledu medicínského se na utrpení díváme jako na velkou skupinu tělesných i duševních projevů v organismu člověka. Je velmi složité vytvořit přesné rozdělení, které by zjednodušilo a navzájem rozdělilo často shodné příznaky a stavy. Jednotlivé složky jsou u každého jedince zastoupeny v různé intenzitě, u někoho chybí, nebo jsou naopak více zvýrazněny.

Mezi tělesné projevy utrpení můžeme řadit rozsáhlý problém bolesti, dušnost, celkovou tělesnou slabost, nevolnost, ztrátu chuti k jídlu a jiné (22).

K duševním projevům patří nejčastěji strach, úzkost, deprese, ale i zmatenost, plačtivost. Z pohledu doby trvání je také možné rozdělení na akutní, krátkodobé (bolestivý zákrok, pooperační bolesti, akutní šok) a chronické, např. nevyléčitelná nemoc, ztráta dítěte nebo rodiče, psychická nemoc, týrání (děti, rodiče, domácí násilí, vězňové, klienti v domovech důchodců).

Mezi nejčastější symptomy, které můžeme uvést jako projevy, utrpení patří fyzická bolest (chronické vertebrogenní bolesti, migréna, chronická bolest při onkologických onemocněních a jiné), komplexní utrpení (z anglického „total pain“ neboli „celková bolest“), jehož součástí je i bolest sociální (odloučení, ztráta role ve společnosti, rodině), spirituální (ztráta smyslu života, strach ze smrti) a duševní (úzkost, deprese, fobie, neuróza). Z psychických projevů se jedná o početnou skupinu nepříjemných a negativních prožitků, které může sestra objektivně pozorovat (rozrušení, žal, hysterie, strach, pláč, bezradnost, zlomyslnost, obavy, zuřivost, zděšení, ostražitost, nostalgie, zoufalství, beznaděj, nesoustředěnost, křivda, mrzutost, zmatení, potíže, zármutek, povznesení, prohra, žárlivost, zklamání, výsměch, nepochopení, škodolibost, závist, znechucení, odmítání, zloba, lítost, odpor, nutkání, stesk, stud, rozladěnost, nevolnost, ztráta sebekontroly, nesnáze, ospalost, podezření, trauma, nejistota, zlost, sebevražedné sklony).

Prolínáním psychických a tělesných projevů vznikají psychosomatické obtíže, jako je nechutenství, nevolnost, zvracení, migréna, gastritida, bolesti břicha, nespavost a palpitace (23).

#### **1.4 Formy poskytování ošetrovatelské péče o trpící nemocné**

V současné době je v ČR ošetrovatelská péče o trpící poskytována formou ústavní ošetrovatelské péče, domácí ošetrovatelské péče a ambulantní péče.

Ústavní ošetrovatelská péče se poskytuje na lůžkových odděleních, je zaměřená na zlepšení soběstačnosti s cílem obnovy sebeobsluhy, dále na doléčení a stabilizaci zdravotního stavu a zapojení klienta zpět do běžného života. Další skupinou jsou klienti, u nichž ambulantní formy péče (nebo domácí péče) nestačí zvládnout zhoršující se zdravotní stav. Komplexní péče zahrnuje léčebnou a ošetrovatelskou péči, fyzioterapeutickou péči, nácvik denních dovedností, aktivizační činnosti a psychosociální rehabilitace. Jedná se o pacienty, kde je již stanovena diagnóza a u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění. Také se zde neočekává zvrát stability zdravotního stavu, který by vyžadoval akutní lůžkovou péči.

Sanatorium je ambulantní nebo lůžkové zdravotnické zařízení, které poskytuje široké spektrum zdravotní péče. V České republice jsou sanatoria nejčastěji zaměřena na léčbu tuberkulózy a jiných respiračních nemocí, k následné rehabilitaci po úrazech či náročných ortopedických výkonech nebo k léčbě neurologických a psychiatrických onemocnění (24,25).

S uvedeným pojmem se ale setkáváme také v ambulantní péči. A to především u denních stacionářů a oddělení pro léčbu závislostí, u psychiatrických onemocnění typu psychózy či neurózy nebo krizových oddělení zaměřených na specifické skupiny ve společnosti (např. lidé bez domova, týrané ženy, apod.).

V těchto zařízeních je klientům garantován individuální přístup a spolupráce více-oborového týmu, který dokáže adekvátně reagovat na problematiku nejen v oblasti zdravotní, ale i osobních problémů, sociálních i pracovních. I zde je sestra významným členem týmu.

Dalším typem zařízení, které poskytuje péči o trpící nemocné, je hospic. Hospic je zařízení, které pečuje o pacienty v preterminální a terminální fázi jejich onemocnění. Poskytuje specializovanou paliativní lékařskou péči těm, u nichž současná medicína vyčerpala všechny své možnosti. K principům této péče v zařízeních hospicového typu patří důstojné umírání, kdy nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v posledních chvílích nezůstane osamocen a je garantována přítomnost blízkých osob, za každých okolností zůstane

zachována jeho lidská důstojnost, přístup personálu bude konán s maximální snahou o empatii a bude mu umožněno urovnat důležité nejen právní úkony, vztahy a procedury.

Prioritní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života nejen pro pacienty, ale i pro jejich rodiny. A to hlavně tím, že se snaží svým zaměřením, zařízením a režimem vytvořit prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými (26).

V České republice se jedná o snahu vytvořit prostory s osobitou domácí atmosférou, kde je kladen důraz na maximální soukromí pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a také s dobrou dopravní dostupností.

Jsou to specializované ambulance paliativní péče, někdy jako součást ambulancí pro léčbu bolesti. Rozvíjí se také systém denních stacionářů, tzv. denní hospicový stacionář. A v neposlední řadě svůj nemalý význam a roli v komplexním programu mají zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. poradny a tísňové linky pro určité diagnostické skupiny) (27).

## **1.5 Etika a morální hodnoty sester**

Povolání sestry je z hlediska odborného vzdělání a profesionality velice náročné. Objektem práce je člověk, proto je velmi důležité dodržovat určité formy jednání ve vztahu k nemocnému. Nemocný přichází do zdravotnického zařízení s vážnými zdravotními problémy, které mění jeho emoční, duševní a duchovní úroveň. Sestra má být profesionálem hodnot, které tvoří profil morálního jednání zdravotníka. Mezi nejdůležitější patří úcta k člověku.

Od sestry nemocný očekává určité projevy chování a jednání, které nazýváme normami typickými pro určitou skupinu. Povolání sestry je bráno jako role samostatně konajícího experta a nositelkou ošetřování v celé její šířce, je nositelkou očekávané úlevy.

Považovat nemocného za rovnocenného partnera, zejména v respektování jeho individuality, pochopení jeho vlastního názoru na nemoc, na ošetřování, má následně svoje právo spolurozhodování o léčebném postupu. Profesionalita ošetřovatelské péče je vyjádřena v Etickém kodexu pro práci sester, který stanovila Mezinárodní rada sester.

Avšak předložený kodex sester nemůže být zázračným prostředkem, jehož cílem je zabezpečení morálního jednání sestry. To není v moci žádného kodexu. Etického a mravního



jednání lze dosáhnout za předpokladu vnitřního chtění sestry. Svědomí, morálka uvnitř společně s láskou k lidem je opravdový model morálky (28).

## **1.6 Podíl sestry v ošetrovatelské péči o trpící nemocné**

Setkání s utrpením pacienta je jedna z nejnáročnějších situací, s kterou se sestra může konfrontovat. Cílem její práce a péče o pacienta je vylepšit kvalitu života při plnohodnotném naplnění jeho opodstatněných potřeb a přání. Sestra musí respektovat práva nemocného, a tím mu udržuje pocit jistoty, důstojnosti, sebeúcty a snaží se ho zbavit strachu a deprese.

V ošetrovatelské péči o trpícího nemocného je třeba držet se určitých zásad. Sestra musí být upřímná a autentická, nesmí skrývat nejistotu a bolest. Vnímání a respektování přání pacienta je nedílnou součástí její péče. Tím, že sestra pacienta vnímá, naslouchá mu a vyjádří pochopení celé situaci, detekuje, zda pacient žádá blízkost nebo odstup. Jak moc si přeje komunikovat nebo jen naslouchat a vyjádřit pochopení, nebo jen mlčet s nadějí a nechat „mluvit“ symboly.

Hlavním úkolem sestry je umožnit trpícímu, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese. Stále udržovat v nemocném pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty. Velký význam má povzbuzování jeho naděje v duchovní dimenzi, i ta totiž pomáhá pacientovi při akceptování vlastní ztráty.

V současném moderním pojetí ošetrovatelství se uplatňuje snaha o holistický přístup k nemocnému. Holismus znamená celek a z pohledu medicínského zdůrazňuje nutnost přístupu a pohledu na celého člověka. To znamená nezaměřit svou pozornost nejen na izolovanou funkci jednotlivých orgánů, ale brát na vědomí pacientovy city a emoce, duševní projevy, prostředí, ze kterého nemoc vychází.

K péči o nemocného přistupujeme komplexně a zvažujeme propojení a souvislosti několika dílčích léčebných postupů a metod. Tomu samozřejmě předchází hledání příčin vzniku nemoci nebo chorobného stavu. Už zde by mělo docházet k propojení moderních lékařských metod a metod holistických. Protože každý člověk je vlastně individualita a má své charakteristické vlastnosti, potřeby a postoje, liší se přístup ke každému člověku. Co může být společné nebo podobné, je prevence vzniku nemoci a hledání příčin, které ovlivňují zdraví (30).

### ***1.6.1 Empatický přístup sestry v ošetrovatelské péči o trpícího***

Důležité je zhodnocení stavu pacienta ošetrovatelskými intervencemi. Při řešení problémů spojených se změnou psychického stavu je vždy důležitý individuální přístup velmi osobního charakteru.

Trpící nemocný potřebuje především člověka, a to člověka, který umí naslouchat a pochopit. Ani ne třeba někoho, kdo má na všechno odpověď, který všemu rozumí, nebo skvělého humoristu. Nepotřebuje zpravidla, aby mu jeho situaci někdo vždy dokonale vysvětlil. Potřebuje ale, aby nebyl ve své situaci zcela sám. Aby ho někdo chápal, aby mu někdo dělal společníka při jeho dotazech. A také někoho, kdo by zajišťoval spojení se světem. Často tedy nezbyvá nic jiného než ho třeba jen vzít za ruku, mlčet a takto vytrvat.

A v jiném případě nezatěžovat druhé nesplnitelným očekáváním, nesoudit, ale naslouchat, pokoušet se porozumět a především mít čas. Potom může nastoupit konkrétní praktická pomoc (31).

### ***1.6.2 Terapeutická komunikace s trpícím nemocným***

Hlavní technikou v práci sestry při ošetřování trpícího nemocného je komunikace. Komunikovat s člověkem, který trpí, není jednoduché. Náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Prvním krokem užitečné komunikace je chtít. Pokud je skutečný zájem ze strany sestry o pacienta, je na dobré cestě za úspěchem. Do umění komunikovat patří pozornost využitá při naslouchání, dobré vyjadřovací schopnosti a trpělivost.

Terapeutická komunikace probíhá při každodenním rozhovoru s nemocným, je jím i vyžadována. I tento druh komunikace poskytuje oporu a pomoc pacientovi v těžkých chvílích rozhodování, přijímání těžkých a nepříjemných skutečností, zvyšuje účinnost léčebných přístupů a postupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. Aby byla komunikace sestry efektivní, je třeba se v zásadě držet srozumitelné formy, zachování důstojnosti, vymezení prostoru pro dotazy a zopakování a potřeba pro vyjádření svého názoru. Velmi důležitým ukazatelem efektivní komunikace je zpětná vazba, ta udržuje rovnováhu v mezilidské komunikaci. Zpětná vazba od pacienta je jakýmsi regulačním mechanismem pro sestru, aby poznala, jak efektivně s pacientem komunikuje. Potřeba komunikací není odtržena od jiných lidských potřeb. Je propojena v systému biologických a psychosociálních potřeb. Pacient má hlavně potřebu kontaktu a právě udržení kontaktu s okolím, ve kterém se nachází, mu je oporou.

Komunikace musí obsahovat řadu prvků z oblasti verbální a neverbální. Prvky, které ovlivňují kvalitu komunikace, jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu a intonace.

Aby byla verbální komunikace úspěšná, musí mít určitá kritéria. Jedním z kritérií je jednoduchost, neefektivní je zdlouhavé popisování dané situace, ale i příliš jednoduché sdělení působí na nemocného znehodnocujícím dojmem. Stručnost je další z kritérií. Stručná informace působí profesionálně, stručnost nesmí být na úkor srozumitelnosti. Používání zkratk není přípustné a často může vést k nepochopení ze strany pacienta. Zřetelnost je v komunikaci kritériem jasného vyjádření podstaty věci. Problematická jsou dvojsmyslná sdělení, přílišná zobecnění a osobní názory.

Efektivní komunikace musí přijít také ve správný čas, toto kritérium vhodného načasování zohledňujeme zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času. V komunikaci je nutné dbát na adaptibilitu, tedy přizpůsobení stylu hovoru reakcím nemocnému.

Mezi speciální verbální komunikační dovednosti patří i umění mlčet a naslouchat. Další důležitou složkou komunikace je neverbální projev. Výraz obličeje - mimika je projev, z kterého lze vyčíst mnoho. Výrazem v obličeji se dají sdělit kulturně tradovaná gesta, instrumentální pohyby a primární lidské emoce.

Za nejvýznamnější neverbální projevy se považuje pláč a smích, jsou výrazem emocionálního vztahu, mají symbolický ráz a komunikační charakter. Vyznat se v obličeji druhého není jednoduché. Úsměv lze obecně brát jako přátelské gesto, ale může být pochopen i jako výsměch. Nemocní, kteří ho používají, tak zakrývají své emoce, když je jim nejhůře. Nemocný tak může předstírat, že ho nic nebolí, maskuje stud, přemáhá pláč. Pro sestru je důležitá schopnost citlivě vnímat projevy utrpení, ta se ve tváři odrážejí zcela mimovolně. Z hlediska sestry je v případě utrpení důležitý soulad všech složek: Komunikací zmenšit strach a úzkost. U pacienta s bolestí je důležité zvládnout emoční složku, která se pojí s bolestí. Pokud nemocní nemají příležitost hovořit o své bolesti a strachu, jejich reakce na bolest mohou být výraznější.

Další strategií může být využití relaxačních technik. Jsou efektivní zejména v případě chronických bolestí. Pomáhají zmírňovat úzkost z bolesti anebo ze stresu, uvolňují bolest ze svalového napětí, odpoutávají pozornost od bolesti, zlepšují odpočinek a spánek, zmírňují pocity beznaděje i depresi související s bolestí, zvyšují efektivnost jiných způsobů léčby bolesti. U vnímavějších jedinců lze využít i představivost. Regulované představy jsou také formy představy anebo fantazie, které slouží k dosažení cílů. Na utváření představ se zúčastňuje více smyslů. Jednou z možností, jak také snížit utrpení, je hledání smyslu vlastního utrpení, tedy v situaci, na níž se nedá nic změnit, začlenit do smysluplné souvislosti, kterou bude pacient akceptovat prostřednictvím logoterapie (32).

### ***1.6.3 Ošetrovatelské intervence sestry při snižování utrpení***

Sestra se má zajímat o bolest pacienta a při poznání jeho bolesti mu má důvěřovat. Důležité je vyjádření soucitu a pochopení situace, v níž se pacient nachází. Odstraňování nesprávných představ a názorů pacienta na bolest a její léčba zároveň pomáhá odstraňovat stupňování bolesti. Z fyzikálních metod se naskýtá využití aplikace tepla a chladu. Teplo stimuluje tvorbu serotoninu, který podporuje subjektivní pocit bezstarostnosti, klidu a bezpečí. Vyčerpaná hladina serotoninu u pacientů s chronickými bolestmi vyvolává napětí, podrážděnost, úzkost, nadměrnou citlivost a poruchy spánku. Chlad stimuluje produkci noradrenalinu. Změny vyvolané v chemii těla a způsobené bolestí ovlivňují i chování jedince. Sekrece nadměrného množství adrenalinu způsobuje, že se jedinec cítí silný, sebejistý a excitovaný, ale po vyčerpání noradrenalinu se může najednou cítit bezmocný, bezcenný až letargický. Další strategií, která se v péči o trpící využívá, je alternativní neboli doplňková léčba. Patří sem ně např. reflexologie. Působením tlaku na reflexní body na chodidlech může významně zmírnit bolest a úzkost. Používání relaxačních technik jako dýchání, představivost a hudby snižuje spotřebu analgetik a zmenší bolest. K pocitu uvolnění, klidu a dobré pohody mohou přispět masáže, které navozují pocit uvolnění a mohou zlepšit kvalitu života u pacientů s omezenými léčebnými možnostmi. Využití umění ke snížení utrpení neboli arteterapie pomáhá snížit úzkost, depresi a vést smysluplnější život. Alternativní léčba může být součástí holistické péče, ale nemusí se s ní ztotožňovat. Tedy mechanické poskytování alternativní léčby bez jakékoli osobní účasti. Vytvoření důvěrného vztahu mezi pacientem a sestrou, jemný dotek a hojivé prostředí mohou být prostředkem empatie a citů, kdy se stává i ten nejobyčejnější výkon posvátným a léčivým (32).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

- Zjistit, v jakých situacích se sestra podílí na snižování utrpení nemocných.
- Zjistit techniky, kterými se sestra podílí na snižování utrpení nemocných.
- Zjistit, jak vnímá pacient sestru při snižování svého utrpení.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- V jakých situacích se sestra podílí na snižování utrpení nemocných?
- Jaké techniky využívá sestra při snižování utrpení nemocných?
- Jak vnímá pacient podíl sestry při snižování utrpení?

### **3 METODIKA**

#### **3.1 Metodika práce**

Pro získání potřebných informací k dosažení cílů práce bylo zvoleno kvalitativní šetření technikou nestandardizovaného rozhovoru a pozorování u pacientů a sester v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. – Nemocnice Kutná Hora (dále jen Nemocnice Kutná Hora).

Rozhovor s pacienty byl veden na podkladě předem připravených otázek pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni na oddělení následné péče (viz Příloha 1). Výsledky rozhovorů byly pro přehlednost zpracovány do krátkých kazuistik, které byly zaměřeny na zkoumanou problematiku. Nejčastější odpovědi pak byly pro větší přehlednost zpracovány do tabulek.

Pro doplnění problematiky byla použita na podkladě připravených otázek i technika nestandardizovaného rozhovoru se sestrami z oddělení následné péče (viz Příloha 2).

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Pro umožnění výzkumného šetření byla prostřednictvím žádosti oslovena hlavní sestra v Nemocnici Kutná Hora (viz Příloha 3).

První výzkumný soubor tvořilo celkem 5 pacientů na oddělení následné péče. Jejich výběr byl záměrný – zařazovacím kritériem byl stav vědomí a schopnost odpovídat na otázky. S rozhovorem souhlasilo všech 5 respondentů, z toho 2 ženy a 3 muži. Údaje od respondentů byly získány během února a března 2012.

Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující na oddělení následné péče. Osloveno bylo 5 sester, všechny s rozhovorem souhlasily. Základním kritériem pro výběr sester bylo jejich pracovní zařazení na oddělení následné péče, kde jsou dlouhodobě hospitalizováni pacienti. Sběr dat od sester byl proveden během února 2012.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Rozhovory s pacienty

Pro přehlednost a srozumitelnost byly rozhovory s pacienty přepsány do kazuistik.

#### 4.1.1 *Kazuistika pacientky č. 1*

Pacientce je 72 let. Na oddělení následné péče je hospitalizována 6 týdnů pro progresi mozkového nádoru. Je vdova, po většinu života pracovala jako knihovnice, čínorodá, společensky aktivní, se zájmem o okolní dění a rodinný život.

Obtíže začaly náhle před 3 měsíci, kdy se objevily úporné a častější bolesti hlavy, dvojité vidění, poruchy spánku.

Pacientka odpovídá, že nejsilnější a nejtěžší formou utrpení je pro ní strach ze smrti a zhoršující se bolesti. Již po sdělení základní diagnózy a postupném zhoršování stavu si plně uvědomila, že ji tato závažná a zákeřná nemoc pravděpodobně brzy výrazně oslabí a že během několika měsíců zemře. I když popisuje prakticky celý život chronické bolesti krční páteře, až v posledních týdnech opravdu prožívá intenzivní bolesti hlavy.

Pacientka v minulosti byla hospitalizována pouze při porodech mezi 18 a 30 lety, později v 60. letech na očním oddělení. Až na období krátce po oční operaci nebyla nikdy odkázána na jinou pomoc nebo nutnost ošetřování jinou osobou. Proto i přes výraznou podporu rodiny a odbornou kvalifikovanou péči v nemocnici velmi těžce snáší vlastní závislost na lidech kolem. Potřebuje denní asistenci u osobní hygieny a příjmu potravy, sama pouze přijímá tekutiny. V současné době je pomoc sestry dle výpovědi každodenní nutností.

V průběhu celého dne se sestry ptají, zda pacientku něco nebolí a jak se cítí. Pokud má bolesti, tak dostane od sestry nabídku, zda nechce analgetika naordinovaná lékařem. Pacientka udává, že je velmi ráda, když si s ní přijde sestra popovídat a sdělí jí třeba nějaké zprávy ze světa. Dle jejích slov jí takový druh rozhovoru povzbuzuje, a když potřebovala, vždy jí sestra vyhověla. Jindy jí pomohl i úsměv a pohazení po ruce.

Sestry na tomto oddělení jsou vždy ochotně nápomocny v případě, že pacientku něco trápí. Pokud mohou, pomohou vždy co nejdříve. Pacientka se domnívá, že by na tomto oddělení mohlo být více sester na směnu, protože jedna sestra má mnoho práce. Mohla by být s pacientem delší dobu.

Pokud může pacientka porovnat své zkušenosti, až v nemocnici si plně uvědomila a poznala, jak je důležitá sestra v posledních měsících života. Dokonce klade lidskou stránku před odbornou, i když ví, že spolu pevně souvisí. Co se týká názoru na dostatečnou pomoc při

utrpení, je si vědoma náročnosti práce sestry a myslí si, že péče o ni byla dostatečná, profesionální a plnohodnotná.

Při rozhovoru se sestrou pacientka zapomene na svoje trápení. Sestry jí vždy nosí nové zprávy například o známých, které mají společné. Je to také způsob, jak komunikuje s lidmi mimo nemocnici. Komunikace je pro pacientku moc potřebná. Sestry dokáží spoustu věcí hezky vysvětlit a umí ukonejšit. Po takovém rozhovoru se jí zdá svět lepší.

Pacientka udává velmi dobré vztahy s rodinou, navštěvují ji v nemocnici pravidelně. Jen se známými a například sousedy se nevidá a to jí zde schází.

Nemoc prakticky ovlivnila celé její bytí. Nemůže vést takový život jako před nemocí. Vždy si uvědomovala, že je zdraví na prvním místě. Pohled na život se pacientce změnil v uvědomění si nezabývat se zbytečnostmi a radost, že jí nic nebolí nebo jen trochu.

Na otázku odpovídá, že má touhu vrátit se domů mezi své přátele a popovídat si s farářem.

Pacientka si myslí, že se péče o trpící pacienty výrazně zlepšila. Myslí si, že i přes vytížení sester na odděleních lůžkové péče jejich zájem o snížení utrpení stoupá a sestra se zajímá i o jiné aspekty než jen o bolest, výměny ložního prádla nebo zda má pacient hlad nebo žízeň. Jako starší a těžce nemocný člověk vnímá lidský přístup sestry více než její odborné znalosti, i když si uvědomuje nutnost jejich vzájemného propojení.

#### **4.1.2 *Kazuistika pacienta č. 2***

Pacientovi je 69 let. Na oddělení následné péče se dostal po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Musel být dvakrát reoperován pro spontánní luxaci v operovaném kloubu. Komplikací základní diagnózy je obezita. Bydlí sám v bytě. Celý život pracoval v kanceláři jako vedoucí provozu. Nyní důchodce, spíše samotářský, navštěvován dcerou a synem a občas jejich rodinami. Pacient hospitalizovaný celkem 4 měsíce. Prvních 7 týdnů na ortopedickém oddělení oblastní nemocnice, od začátku 8. týdne až doposud na oddělení následné péče.

Během hospitalizace probíhá intenzivní rehabilitace pod dohledem odborného personálu. Po první operaci se stav zkomplikoval ihned na počátku rehabilitace, a proto byla následně celkem dvakrát provedena reoperace a úprava kloubu následkem vykloubení v místě zákroku. Stav se nyní jeví jako uspokojivý, pacient je ubezpečován zdravotníky i rodinou, že už nebude nutnost další operace, a tím i celkové narkózy, kterou špatně snáší. Myslí si, že mu opakovaná anestezie škodí, a proto má poruchy paměti, cítí se dezorientovaný, špatně spí a



také udává potíže s vyprazdňováním. Stěžuje si na bolesti nejen v místě operovaného kloubu, ale i bolesti zad v oblasti bederní a obou lýtek.

Na první otázku pacient odpovídá, že dle svých současných zkušeností jako hlavní typ utrpení jsou obavy z imobility a nutnost závislosti na další osobě. Je vlastně už 4 měsíce upoutaný na lůžko a obává se, že se situace už nikdy nevrátí do původního stavu. Bolest pro něho není tak zásadním problémem, spíše strach z trvalé invalidity a že zůstane „na vozíčku“. Přemýšlí, jak se dostane do svého bytu, kde není bezbariérový přístup, a kdo se o něho bude starat, až ho propustí z nemocnice. Myslí si, že se celkově povahově změnil, a to jak následkem dlouhého upoutání na lůžko, tak i opakovanými anesteziemi. Proto je nepříjemný ke svému okolí, hlavně ke své rodině, kterou má přitom rád. Ví, že to s ním není jednoduché. Někdy je nevrlý a zlý i na personál oddělení, myslí si, že ho proto nemají rádi. Spoléhal na rychlé uzdravení a místo toho je více než čtvrt roku po nemocnicích.

Většinu svého života nepotřeboval pomoc někoho jiného, lékaře a sestru vyhledal pouze ambulantně. V minulosti byl hospitalizován pouze jednou po autonehodě, spíše ale jen na pozorování po úrazu hlavy. A pokud může zhoršování chronické bolesti nazvat utrpením, často potřeboval třeba jen radu jak od lékaře, tak i od sestry. V současné situaci a pobytu na oddělení mu byla nabídnuta pomoc sestry opakovaně hlavně při osobní hygieně a při vyprazdňování.

Pokud vnímá různé aspekty současného stavu, nejvíce mu pomáhá asistence při péči o operační ránu a s tím související snižování bolesti a urychlení hojení. Udává, že vlastně několikrát za den dostává otázku od sester a ostatních členů personálu, zda něco nepotřebuje. Dále mu byla během prvních týdnů na oddělení následné péče nabídnuta psychologická pomoc, mohl využít odbornou pomoc psychologa, ale odmítl ji. Neměl náladu si s nikým povídat a nemyslí si, že by mu někdo s touto kvalifikací dokázal pomoci. I když o tom nyní občas uvažuje.

Pokaždé když měl na sestru nějaký požadavek, vždy se mu snažila vyhovět a čas si našla. Také poznal, že z časových důvodů nejsou sestry schopny vykonávat dané úkoly na 100 % tak, jak by si samy představovaly. Každá se musí starat o několik většinou ležících nemocných, což je za celou směnu velmi náročné. Hlavně během noční služby, kdy je tak vlastně pouze jedna sestra na oddělení.

Pacient odpovídá, že sestru v případě trápení vnímá jako důležitý a nezastupitelný článek v systému.

Myslí si, že většinou komunikace, kterou sestra vykonává, je velmi přínosná pro pacienty.

Vztahy jsou v rodině mírně napjaté, protože on se více uzavírá do sebe a občas je při návštěvách nepříjemný. Tyto stavy se vztahují i na sestry.

Uvědomuje si svoji nesoběstačnost. Hlavní prioritou je zdraví. Nemoc změnila pacienta dle jeho slov moc. Chtěl by být zdravý jako před nemocí.

Pacient by si přál být znovu schopný pohybu a plně soběstačný, nebýt na nikom závislý. Přiznává, že nemůže tuto část dobře ohodnotit, protože je v současné době poprvé dlouhodobě hospitalizován. Vyjádřil se ale k ambulantní péči, protože několik let navštěvoval různá chirurgická a ortopedická pracoviště. Bohužel se setkal spíše s chladným přístupem personálu, který byl hlavně způsobený přeplněnou kapacitou odborných ambulancí. Lékaři i sestry jsou dle pacienta přetěžováni a nemají tolik času a klidu, jak by si sami představovali. Také si myslí, že mladší generace zdravotnického personálu přistupuje pečlivěji k starostem a steskům nemocných. Proto se dle něj péče o trpící zlepšuje.

#### **4.1.3 Kazuistika pacientky č. 3**

Pacientce je 85 let, přeložena na oddělení následné péče z interního oddělení oblastní nemocnice. Tam přijata pro respirační obtíže způsobené postupným zhoršováním chronické nemoci. Vysokoškolsky vzdělaná, až do svých 72 let pracovala jako učitelka, nejprve na gymnáziu, od důchodového věku na druhém stupni základní školy. Je přes 20 let vdovou, žije sama ve velkém bytě. Děti nemá, pouze vzdálené příbuzné v Praze, ti ji navštívili pouze dvakrát. Celková doba hospitalizace je v současné době 7 měsíců, z toho první tři týdny na interním oddělení. V minulosti byla hospitalizována několikrát, a to na gynekologickém oddělení při odstranění dělohy, a poté asi třikrát pro kardiální obtíže, vždy jako komplikace při viróze.

Zatím nemůže být přeložena do domácí péče, protože se cítí velmi slabá a nebyla by schopna se o sebe postarat. Je závislá na podávání kyslíku, jinak se jí totiž zhoršuje dýchání, hlavně v noci při spaní.

Pacientka uvádí, že ji v současné době nejvíce trápí obavy, jestli se vůbec dostane z nemocnice domů. Nemá ani velké bolesti, jen se více zadýchává, proto se bojí vstávat z lůžka a třeba si i dojit sama na toaletu. Opakovaně měla totiž závratě, bojí se pádu a poranění. Není zvyklá, aby se o ni starali jiní. Až do loňského podzimu byla vitální a činorodá, chodila pravidelně na procházky, jezdila na výlety, scházela se s přáteli a bývalými studenty. Je jí smutno po přátelích a kamarádkách, byla zvyklá si povídat celé hodiny, a to teď nejde. Personál je snaživý, ale na povídání nemá čas. Cítí také úzkost a stesk, cítí se opuštěná

a nemohoucí. Přes den je unavená, ale potom v noci nemůže usnout, ruší ji ostatní nemocní, protože byla zvyklá spát sama a potřebuje klid.

Musela si zvyknout na pomoc a asistenci sester a ošetřovatelek, a to hlavně na počátku hospitalizace na interním oddělení. To nemohla vůbec vstát z lůžka, potřebovala i pomoc při jídle a pití. Měla velký strach, že umře, a proto volala sestru při každém zhoršení. Třeba při bušení srdce, dechové tísní nebo pocitu na zvracení. Nyní potřebuje pomoc při výměně plen, protože si nemůže dojít sama na toaletu. Také při osobní hygieně, výměně lůžkovin, a když se chce upravit nebo převléknout před návštěvou. A občas si vyžádá léky na spaní, někdy nespala celou noc, a proto jí personál vyšel vstříc a dostane tabletku.

Na tuto otázku odpovídá, že jí byl sestrou nabídnut v případě potřeby pohovor s psychologem nebo popovídání si se sestrou.

Pokud může srovnat obě oddělení, tak na interním oddělení se děje vše tak nějak samo a automaticky. Pravidelně na pokoj dochází sestra a ptá se, jestli někdo něco nepotřebuje, ale je ráda, když je klid. Na oddělení následné péče mají sestry i ošetřovatelky více práce, protože pacientů je více a někdy prostě nestačí. Proto jsou rády, když přijde někdo z rodiny nebo známých a nabídne pomoc při jídle, pití, hygieně, výměně ložního prádla a podobně.

Myslí si, že je práce sester velmi přínosná. Na rozdíl od lékaře, kterého vidí jednou nebo dvakrát za den, sestra je s pacienty v pravidelném kontaktu. Dovede se více vcítit do jejich starostí a problémů. Většina sester jí vyšla vstříc a vyhověla, i když byly časově velmi vytížené.

Komunikace se sestrou je dle slov pacientky to nejdůležitější v případě, že pacientku něco trápí. Při rozhovoru se odreaguje a na chvíli na všechny chmury zapomene.

Pacientka vidí narušení vztahů z důvodu omezeného kontaktu se svými známými.

Pacientka uvádí svou nemoc jako výzvu, aby se dokázala radovat z každého dne, který prožije. Snaží se najít na svém stavu alespoň něco pozitivního. Například je v nemocnici každý den rušno a doma by byla sama. Dle pacientky je nejdůležitější se ve stáří umět o sebe postarat a nemuset být závislá na druhé osobě.

Největším přáním je pro pacientku návrat domů.

Pokud může posoudit nejen z vlastních zkušeností, péče o dlouhodobě nemocné trpící se výrazně zlepšila. Pacientka měla několik kamarádek a známých, kteří byli v dlouhodobé péči, a většinou se setkala s osobním přístupem a kvalitní péčí. A to nejen po stránce odborné, ale i v osobním přístupu a v pochopení potřeb těžce nemocných lidí. Hlavně je vděčná za to, že si může s někým popovídat, dozvědět se něco nového a být v kontaktu s blízkými.

#### **4.1.4 Kazuistika pacienta č. 4**

Pacientovi je 66 let, na oddělení následné péče je hospitalizován 4 týdny, byl přeložen z chirurgického oddělení. Tam přijat pro operativní řešení zhoubného nádoru tlustého střeva. Provedena stomie, stav komplikován infekcí v ráně, nadváhou a přidruženým diabetem. Jedná se o několikátou hospitalizaci v životě pacienta, ale zatím nejdelší. Je ženatý, bydlí v rodinném domku na vesnici asi 20 kilometrů od nemocnice, návštěvy má nepravidelně, asi tak dvakrát do týdne. Důchodce, dříve pracoval jako řidič. Chodí bez pomoci o jedné holi, dojde si ale jen na toaletu a s rodinou po areálu nemocnice.

Pacient uvádí, že je pro něj největším utrpením bolest. Bolí ho záda, břicho v místě operace a také dolní končetiny. V životě skoro vůbec nepotřeboval léky na bolest, nyní si o ně říká téměř denně. A také je mu moc smutno po rodině a příbuzných. Na návštěvy jezdí hlavně manželka s dcerou, dvakrát viděl i vnoučata, a to je málo. A také má strach, jestli se bude moci o sebe postarat, až ho pustí domů.

Na pomoci sestry je závislý vlastně denně. V minulosti potřeboval pomoc jen těsně po operacích, nyní je prakticky několikrát denně závislý na pomoci a asistenci sestry. Nejen když má přes den i v noci bolesti, ale také v péči o ránu a vývod střeva a při osobní hygieně. Pomoc sestry mu byla nabídnuta, a to jak na chirurgickém oddělení, tak i na oddělení následné péče. Myslí si, že byla dostatečná. Nejvíce starostí a problémů mu dělalo vyrovnat se se stomií a nutností stálé péče o ránu, výměnou sáčků a podobně. Sestra mu nabídla podání léků na bolest, pokud by se pacientovi zdála jako nesnesitelná, a v případě potřeby popovídání si. Dále mu je k dispozici péče o stomii a také výměna ložního prádla a asistence u hygieny. Také mu byla nabídnuta pomoc psychologa.

Pacient se domnívá, že mu sestra poskytuje maximum času, co může, i když by mohla více. V případě, že sestru požádá, tak je mu vždy vyhověno.

V případě trápení vnímá sestru pozitivně. Pocit, že je sestra na blízku, když jej potřebuje, pacienta uklidňuje.

Určitě byla přínosná, protože mu sestra vysvětlila vše potřebné ohledně pravidelné péče o sáček, diety a také i výhled do budoucna z hlediska domácí péče. A hlavně je vděčný za ochotný přístup z hlediska snížení jeho bolesti.

Nemyslí si, že by nějak nemoc změnila jeho vztahy k rodině. Navštěvuje ho poměrně často vzhledem k jejím možnostem. Má svých starostí dost, ale klidně by i mohl vidět i častěji. Příbuzní mu volají na mobil i dvakrát denně, vždy se těší. Jen ho mrzí, že ho jeho kamarádi z vesnice ještě nebyli navštívit.

Je pravdou, že současná nemoc a hlavně dlouhý pobyt v nemocnici výrazně ovlivnil jeho priority. Dříve si hlídal dietu, cholesterol a snažil se nepřibrat, ale nepřipouštěl si vážnější nemoci. Nyní se bojí, že by se nemusel vůbec vrátit domů. Bojí se komplikací a toho, že se objeví další nádory. Moc si přeje být brzy s rodinou, užívat si vnoučat, být aktivní doma a pomáhat rodině. Uvědomil si, že by se neměly podceňovat i sebemenší příznaky počínající vážné nemoci. A také se chce radovat z každého dne, až bude doma, více si povídat s členy rodiny. To mu chybí, komunikace s lidmi kolem.

Přeje si být soběstačný, hlavně v péči o hygienu, v péči o vývod a tím, že nebude muset často obtěžovat lidi kolem sebe. Rád by byl už v domácí péči, věří, že s pomocí rodiny by všechno zvládl. A také by rád byl aspoň pár dnů bez bolesti.

Je už potřetí v nemocnici za 10 let a opravdu se péče zlepšila. Nejen v přístupu personálu, ale také je hezčí prostředí a vybavení nemocnice a stravování.

#### **4.1.5 *Kasuistika pacienta č. 5***

Pacientovi je 78 let, hospitalizován 5 týdnů na oddělení následné péče, kam byl pro celkové zhoršování stavu přeložen z interního oddělení. Přijat před 2 měsíci pro narůstající dušnost, otoky a bolesti dolních končetin. Během 3 týdnů na interním oddělení došlo ke zlepšení stavu, byla mu upravena léčba a byl celkově a podrobněji vyšetřen. Vzhledem k chronickému plicnímu onemocnění současně v kombinaci s kardiální příčinou je závislý na terapii kyslíkem, a proto zatím není možno pacienta přeložit do domácí péče.

Je 13 let v důchodu, předtím pracoval jako státní zaměstnanec a také v pojišťovně. Celý život nebyl vážněji nemocen, lékaře začal navštěvovat až kolem 70 let, kdy se objevilo astma a později vysoký tlak. Je rozvedený, žije sám v panelovém domě, z rodiny ho navštěvuje syn s rodinou, jezdí za ním každou neděli. Pobyt v nemocnici zvládá hůře, nečekal, že doba léčení bude tak dlouhá. Doufal, že ho za týden až dva pustí domů.

Na začátku pobytu v nemocnici ho trápily velké bolesti dolních končetin a dušnost. Měl strach, že přestane dýchat a že se jeho stav zhorší a zemře. Po týdnech na lůžku si myslí, že fyzické obtíže ustupují do pozadí a spíše převládá velký stesk a smutek. Chybí mu rodina, kamarádi a také jeho pes, kterého má už 7 let. Toho hlídá sousedka a určitě se mu také stýská. Pacient se cítí velmi opuštěný a má pocit, že je k ničemu a stejně se domů nedostane.

V minulosti si není vědom, že by někdy potřeboval a využil pomoc sestry ke snížení utrpení. Během posledních 2 měsíců je prakticky několikrát denně závislý na její pomoci. Byla mu nabídnuta pomoc při snížení bolesti, v péči o hygienu (holení, výměna lůžkovin...) a také asi 2. týden pohovor s psychologkou přímo z nemocnice. Rehabilitační sestry mu každý

den pomáhají se cvičením a při chůzi. Také se zajímal o možnosti péče v domově důchodců nebo s pečovatelskou službou a sestra mu vysvětlila, jaký je v případě jeho propuštění postup, a dala mu příslib zprostředkování sociální pracovnice.

Vzhledem k tomu, kolik je na oddělení pacientů, ví, že to není jednoduché všechno zvládnout. Jen během noci musel několikrát čekat na výměnu močové lahve, když nesměl vstávat z lůžka. Sestry na tomto oddělení musí zvládat mnoho povinností. Když počkal, tak se mu potom sestra věnovala, ale představoval by si, aby měla více času.

Sestra se vždy snaží pacientovo trápení řešit, je rád, pokud se o něho sestry zajímají a jsou empatické.

Komunikaci ze strany sestry vnímá převážně pozitivně. Býval sice více optimistický a byla s ním větší legrace. Nyní je často protivný a zamlklý, tak někdy nemá na rozhovor náladu.

Více si užívá a váží návštěv, vždy je mu smutno, když končí návštěvy a oni odchází domů. Má radost, když mu třeba zavolají na mobil a jenom se zeptají, zda něco nepotřebuje. A hlavně ho nezklamali jeho kamarádi, kteří se střídají v návštěvách, a to ho také moc těší.

Je pravdou, že poslední týdny více přemýšlí o svém životě, co by udělal jinak či změnil. Některé věci a události ho mrzí, hlavně by chtěl být více s rodinou. Dříve žil hlavně pro sebe, práci a svými koníčky, teď mu chybí kontakt s vnoučaty. Přeje si být zdravý a opět chodit na procházky a s kamarády občas sledovat fotbal.

Přál by si, aby se brzy uzdravil a příbuzní ho mohli vzít domů a mohl s nimi bydlet. I když ví, že to z časových důvodů asi nebude možné. Syn i snacha chodí do práce, vnoučata jsou malá a má obavy, že by jim brzy třeba překážel.

Nedovede posoudit, dříve nebýval nemocný a většinu svých zdravotních problémů řešil ambulantně. Proti současnému stavu ale nemá téměř žádné námitky, jen si myslí, že personálu je málo, hlavně během nočních služeb, kdy to opravdu nestíhá a nemůže všem pomoci dle jejich představ. Jinak se určitě zlepšila vybavenost přístroji, jsou modernější léky. Pro něj je ale důležitý vztah personálu k nemocným, ten je dle něj stále na stejné úrovni.

## 4.2 Tabulky nejčastějších odpovědí pacientů

**Tabulka 1 Pohlaví respondentů**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Žena	2	x		x		
Muž	3		x		x	x

Tabulka 1 zobrazuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 5 respondentů byly dotazovány 2 ženy a 3 muži.

**Tabulka 2 Věk respondentů**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
65 – 74 let	3	x	x		x	
75 – 84 let	1					x
85 a více let	1			x		

Tabulka 2 zobrazuje věk respondentů. 3 respondenti (P1, P2, P4) byli ve věkové skupině 65 – 74 let. 1 respondent (P5) byl ve věkové skupině 75 – 84 let. 1 respondent (P3) byl ve věkové skupině 75 a více let.

**Tabulka 3 Délka hospitalizace pacientů**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
0 - 3 měsíce	3	x			X	x
3 - 6 měsíců	1		X			
6 - 9 měsíců	1			x		
9 – 12 měsíců	0					

Tabulka 3 udává délku hospitalizace, po kterou byli hospitalizováni v nemocnici. 3 respondenti (P1, P4, P5) byli hospitalizováni v rozmezí do třech měsíců. 1 respondent (P2) byl hospitalizován v rozmezí mezi 3 – 6 měsíci. V rozmezí 6 – 9 měsíců byl hospitalizován 1 respondent (P3).

**Tabulka 4 Nejčastější druh utrpení u respondentů**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Bolest	3	x			X	x
Strach ze smrti	3	x		x		x
Strach z imobility	1		x			
Strach z nesoběstačnosti	1				x	
Strach z budoucnosti	2				x	x
Touha a stesk po domově	3			x	x	x
Pocit osamocení	2			x		x

Tabulka 4 znázorňuje, jaký druh utrpení se u respondentů nejčastěji vyskytuje. 3 respondenti (P1, P4, P5) udali jako své největší utrpení bolest. Strach ze smrti udali 3 respondenti (P1, P3, P5). 1 respondent (P2) považuje za své největší utrpení imobilitu. 1 respondent (P4) udává za své největší utrpení strach z nesoběstačnosti. Strachem z budoucnosti trpí 2 respondenti (P4, P5). Touhou a steskem po domově trpí 3 respondenti (P3, P4, P5). 2 respondenti (P3, P5) považují za své utrpení pocit osamocení.

**Tabulka 5 Rozdělení utrpení u pacientů do oblastí**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Utrpení fyzické	2	x		x		
Utrpení psychické	3	x			x	x
Utrpení sociální	3			x	x	x
Utrpení spirituální	0					

V tabulce 5 je uvedeno, jaká oblast utrpení je nejčastěji u pacientů zastoupena. 2 respondenti (P1, P3) udali oblast fyzickou. 3 respondenti (P1, P4, P5) uvedli oblast psychickou. 3 respondenti (P3, P4, P5) udali oblast sociální. Oblast spirituální neuvedl žádný respondent.

**Tabulka 6 Forma pomoci poskytnutá sestrou**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Nabídka analgetik	4	x	x		X	x
Rozhovor se sestrou	3	x		x	x	
Fyzický kontakt	1	x				
Asistence u převazu rány	2		x		x	
Zprostředkování psychologa	4		x	x	x	x
Asistence u hygieny	2				x	x
Dopomoc při chůzi	1					x
Zprostředkování soc. pracovnice	1					x

Tabulka 6 znázorňuje, jakou formu pomoci sestra trpícím nemocným nabídla. 4 respondentům (P1, P2, P4, P5) sestra nabídla analgetika. 3 respondentům (P1, P3, P4) poskytla pomoc prostřednictvím rozhovoru. Fyzický kontakt sestra nabídla 1 respondentovi (R1). Asistenci u



převazu operační rány nabídla sestra 2 respondentům (P2, P4). Pomoc psychologa nabídla sestra 4 respondentům (P2, P3, P4, 5). Asistenci při hygienické péči je sestra nápomocna 2 respondentům (P4, P5). Při chůzi sestra dopomáhá 1 respondentovi (P5). Zprostředkováním sociální pracovnice sestra pomohla 1 respondentovi (P5).

**Tabulka 7 Kolik času sestra dle pacientů trpícím věnuje**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Dostatek	0					
Nedostatek	1			x		
Mohla by více	4	x	X		x	x

V tabulce 7 je uvedeno, kolik času sestra trpícím věnuje. Dostatek času dle pacientů neodpověděl ani jeden respondent. Nedostatek času má sestra dle odpovědi 1 respondenta (P3). Dle 4 respondentů (P1, P2, P4, P5) by sestra mohla mít na trpící více času.

**Tabulka 8 Vnímání sestry trpícím pacientem**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Důležitý podíl	3	x	x	x		
Pozitivní vnímání	1				x	
Snaha o řešení problémů	1					x

Tabulka 8 znázorňuje, jak sestru vnímá trpící pacient. 3 respondenti (P1, P2, P3) se domnívají, že má sestra důležitý podíl při ošetřování trpícího. Pozitivně sestru vnímá 1 respondent (P4). 1 respondent (P5) se domnívá, že má sestra snahu řešit jeho problémy.

**Tabulka 9 Přínos komunikace sestry dle nemocného k jeho utrpení**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Pozitivní přínos	3	x			x	x
Velmi přínosná	2		x	x		
Občas nemá náladu	1					x
Negativní přínos	0					

Tabulka 9 udává, jaký má přínos komunikace uskutečňovaná sestrou na trpícího pacienta. 3 respondenti (P1, P4, P5) odpověděli že pozitivní. Velmi přínosná je komunikace pro 2 respondenty (P2, P3). Občas nemá náladu na komunikaci 1 respondent (P5). Negativní přínos neuvědl ani jeden respondent.

**Tabulka 10 Ovlivnění rodinných i jiných vztahů nemocí pacienta**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Narušení vztahů	2		x	x		
Nenarušení vztahů	3	x			x	X
Dobré vztahy	2				X	x

Tabulka 10 udává, jak nemoc ovlivnila vztahy v rodině a ke známým. 2 respondentům (P2, P3) nemoc vztahy narušila. 3 respondentům (P1, P4, P5) nemoc vztahy nenarušila. Dobré vztahy si zachovali 2 respondenti (P4, P5).

**Tabulka 11 Nejdůležitější životní priority dle pacientů**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Zdraví	3	x	x			x
Návrat domů	4	x		x	x	x
Rozhovor s farářem	1	x				
Plná soběstačnost	2		x		x	
Absence bolesti	1				x	

Tabulka 11 znázorňuje, jaké životní priority jsou pro pacienty aktuální. Zdraví považují za prioritu 3 respondenti (P1, P2, P5). Návrat domů je nejdůležitější pro 4 respondenty (P1, P3, P4, P5). Rozhovor s farářem je prioritní pro 1 respondenta (P1). Plnou soběstačnost považují za prioritu 2 respondenti (P2, P4). Absence bolesti je prioritní pro 1 respondenta (P4).

**Tabulka 12 Náзор trpících pacientů na ošetrovatelskou péči v současnosti**

P=pacient=respondent	Celkem	P1	P2	P3	P4	P5
Zlepšení	5	x	x	X	x	x
Zhoršení	0					
Absence sester	1					x

Tabulka 12 znázorňuje názor trpících pacientů na současnou ošetrovatelskou péči. Všechny 5 respondentů (P1, P2, P3, P4, P5) uvedlo, že se péče o pacienty zlepšila. Zhoršení ošetrovatelské péče neuvedl ani jeden respondent. 1 respondent (P1) uvedl nedostatek sester.

### 4.3 Rozhovory se sestrami z oddělení následné péče

Pro přehlednost byly rozhovory se sestrami zpracovány do kazuistik.

#### 4.3.1 *Kazuistika sestry č. 1*

Respondentce je 42 let. Ve zdravotnictví jako sestra pracuje 25 let. Nejdříve 10 let pracovala na chirurgickém oddělení, potom 12 let na jednotce intenzivní péče a na oddělení následné péče pracuje 3 roky.

Pacienti podle respondentky nejčastěji trpí z důvodu bolesti a sociálním odloučením od rodiny a přátel.

Většinou jsou to situace, kdy pacienta něco bolí. Po aplikaci analgetik, než začnou účinkovat. Nebo když za pacientem nepřijde nikdo na návštěvu a cítí se být sám.

Pokud respondentka zjistí u pacienta nějaký druh utrpení, nejdříve se mu snaží naslouchat, být k němu empatická. Každou volnou chvíli se snaží využít k rozhovoru. Po udání bolesti se snaží pacientovi aplikovat naordinovaný lék.

Nemocní jsou na našem oddělení vděční za každou pozornost, kterou jim věnují. Reagují pozitivně, děkují a myslím, že jsou spokojeni s péčí, kterou ode mne dostávají. Času má respondentka velmi málo. Na komunikaci by si představovala více času. Musí to být správně volený druh komunikace, který má dle respondentky velmi velký vliv na stav pacienta a určitě mu může jeho utrpení snížit.

Zastává názor, že v současné době rozhodně není o trpící pacienty dostatečně postaráno a to z důvodu nedostatku personálu. Chtěla by být více nápomocna pacientovi svou přítomností.

#### 4.3.2 *Kazuistika sestry č. 2*

Respondentce je 32 let. Ve zdravotnictví jako sestra pracuje 12 let, nejdříve pracovala 8 let jako dětská sestra, nyní na oddělení následné péče pracuje 4 roky. Nejčastějším druhem utrpení, který se u zdejších pacientů vyskytuje, je bolest.

Jestliže sestra projevuje zájem o pacienta, tak se tím také podílí na zlepšování stavu, a například, když zjistí, že pacient trpí bolestí.

Nejúčinnější technika je podání analgetika, po kterém se vždy pacientovi uleví. Negativní reakci respondentka zatím nezažila. Převažují pozitivní reakce. Slovně vyjádří například pochvalu nebo poděkování.

Času na komunikaci má nedostatek. Snaží si ušetřit čas v určitých povinnostech, aby si mohla s nemocným popovídat.

Neví, zda by komunikace mohla pacientovi utrpení snížit. Spíše ne. Někdy naopak, když má bolest, může být rozhovor obtěžující.

Na základě zkušeností s tímto oddělením je o trpící pacienty postaráno dobře a utrpení pacienta se pokaždé snaží všichni z ošetrovatelského týmu dle slov respondentky řešit.

#### **4.3.3 Kazuistika sestry č. 3**

Respondentce je 38 let. Ve zdravotnictví pracuje jako sestra 20 let. 19 let pracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a na oddělení následné péče je jeden rok. Nejčastějším druhem utrpení dle výpovědi sestry je bolest. Jsou to v současnosti hlavně onkologičtí pacienti v preterminálním a terminálním stadiu nemoci, kteří jsou nedostatečně zajištěni analgetickou terapií ze strany praktického lékaře, proto má nemocný a i jeho blízcí zájem o hospitalizaci na oddělení následné péče. Dalším druhem utrpení, který zmiňuje, je absence spirituality.

Nejčastěji je to situace, kdy informuje lékaře v případě, že pacienta něco bolí. Také v poslední době zprostředkovává kontakt s farářem.

Sestra odpovídá, že její metodou je hlavně rozhovor a naordinované léky lékařem. V případě zájmu nemocnému zajistí schůzku s farářem.

Pacienti jsou rozhodně rádi za její přítomnost a za to, co pro ně dělá. Vyjadřují vděk a kladné reakce.

Času a prostoru pro komunikaci má velmi málo. Snaží se vždy komunikovat, ale je to dle slov respondentky velmi omezené z důvodu velkého množství povinností.

Dle respondentky je hlavním komunikačním prostředkem vlídné slovo a pochopení. Právě komunikace je jediným nástrojem, kterým sestra disponuje a který může využít pro snížení utrpení nemocného. Komunikace s nemocným je přínosná i pro respondentku, proto ji využívá vlastně nepřetržitě. Komunikace je pro ni jakýmsi základem v profesi, kterou vykonává.

Respondentku zajímá psychologie, a proto ví, že rozhovor, který vede s nemocným, je terapeutický a snaží se dodržovat zásady při vedení tohoto rozhovoru.

Situace v ošetrovatelské péči je dle odpovědi na dobré úrovni. Pokud by bylo více personálu, byla by lepší.

#### **4.3.4 Kazuistika sestry č. 4**

Respondentce je 59 let. Ve zdravotnictví pracuje 40 let. Nejdříve pracovala 15 let na interním oddělení. Na oddělení následné péče pracuje 25 let.

U pacientů se nejčastěji vyskytuje utrpení z důvodu bolesti a stesk po rodině a přátelích. Jsou to situace, kdy pacienta něco bolí. Pak když se nemocnému začne stýskat po rodině, po partnerovi nebo po dětech.

Nejdříve se snaží s nemocným promluvit, pokud nemocného něco bolí, zajistí a podá analgetika. V jiném případě zjistí, co pacienta trápí, a popovídají si. V případě stesku po rodině se snaží rodinu informovat, zda by bylo možno pacienta v nemocnici více navštěvovat. Dle názoru respondentky často použití doteku a pohazení přispívá ke snížení utrpení.

Respondentka se domnívá, že její intervence pacienti kladně přijímají a vnímají.

Času a prostoru se respondentce nedostává. Rozhodně by bylo dobré, aby měla na pacienty více času.

Respondentka udává, že sama komunikace v určitém případě léčí. Terapeutická komunikace je jediný způsob, který ve výkonu svého povolání používá.

Vzhledem k tomu, že na oddělení následné péče pracuje dlouhou dobu, může konstatovat, že péče o pacienty je na dobré úrovni. Všichni z ošetrovatelského personálu se snaží pacientům podat pomocnou ruku v případě, že je něco trápí.

#### **4.3.5 Kazuistika sestry č. 5**

Respondentce je 64 let. Je již ve starobním důchodu. Ve zdravotnictví pracuje od dvaceti let, tedy 44 let. Pracovala nejdříve na interně. Na oddělení následné péče pracuje 36 let.

Nejhorší je odloučení od okolního světa, na který je pacient celý život zvyklý. Mnoho pacientů se bojí smrti, neví, co je v souvislosti se smrtí čeká. A v neposlední řadě udávají bolest.

Nejčastěji je to bolest. Častokrát sestra nemocného najde, jak pláče a sděluje, jak by se rád vrátil domů k rodině. Chybí jim každodenní kontakt s partnerem.

Respondentka zastává názor, který již řadu let nemění. Mluví při každé činnosti, kterou u pacienta vykonává. Ptá se na jeho názory, na způsob, jak má například určitý požadavek splnit. Jakým způsobem je zvyklý na každodenní činnosti.

Respondentka se domnívá, že má díky svému věku k mnoha pacientům blízko. Má dojem, že ji pacienti vnímají kladně. Nemocní často vyjadřují svůj vděk poděkováním a pochvalou. Času má hodně málo. Musí uspokojit potřeby tak okolo dvaceti pacientů.

Nejdříve nechá pacienta, aby se vyjádřil, a naslouchá mu. Zastává názor neustálé komunikace, která má často léčebné účinky. Několikrát se jí stalo, že nebylo třeba ani analgetik, pokud s pacientem vlídně a vhodně promluvila.

Na oddělení je dle respondentky ošetrovatelská péče na velice dobré úrovni. Jsou stálý kolektiv a už znají, co který pacient potřebuje a jaký mají volit způsob přístupu. Současnému systému by vytkla nedostatek personálu, s čímž souvisí nedostatek času na pacienty.

#### 4.4 Tabulky nejčastějších odpovědí sester

**Tabulka 13 Rozdělení respondentek podle věku**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
20 - 29 let	0					
30 - 39 let	2		x	x		
40 - 49 let	1	x				
50 a více let	2				x	x

Tabulka 13 znázorňuje věk dotazovaných sester. 2 dotazované sestry (S2, S3) byly ve věkovém rozmezí 30 až 39 let. 1 sestra (S1) byla ve věkové skupině 40 až 49 let. 2 sestry (S4, S5) byly ve věku 50 a více let.

**Tabulka 14 Počet odpracovaných let ve zdravotnictví**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
do 5 let praxe	0					
do 10 let praxe	0					
do 15 let praxe	1		x			
20 a více let praxe	4	x		x	x	x

V tabulce je uvedeno, jak dlouho sestry ve zdravotnictví pracují. V rozmezí do 15 let pracuje 1 sestra (S2). 20 a více let ve zdravotnictví pracují 4 sestry (S1, S3, S4, S5).

**Tabulka 15 Nejčastější druh utrpení u nemocných dle sester**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
Bolest	5	x	x	x	x	x
Odloučení od rodiny a přátel	2	x			x	
Strach ze smrti	1					x
Absence spirituality	1			x		

Tabulka 15 znázorňuje, z jakého důvodu nejčastěji nemocní trpí. Všech 5 sester (S1, S2, S3, S4, S5) jednoznačně odpovědělo, že z důvodu bolesti. 2 sestry (S1, S4) odpověděly z důvodu odloučení od rodiny a přátel. 1 sestra (S5) odpověděla z důvodu strachu ze smrti. 1 sestra (S3) uvedla jako důvod absenci spirituality.

**Tabulka 16 Rozdělení utrpení u nemocných do jednotlivých oblastí**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
Utrpení fyzické	5	x	X	x	x	x
Utrpení psychické	1					x
Utrpení sociální	3	x			x	x
Utrpení spirituální	1			x		

Tabulka 16 znázorňuje, v jakých oblastech nejčastěji nemocní dle sester trpí. 5 sester (S1, S2, S3, S4, S5) uvedlo oblast fyzického utrpení. 1 sestra (S5) uvedla utrpení fyzické. 3 sestry (S1, S4, S5) odpověděly, že utrpení v oblasti sociální. 1 sestra (S3) uvedla oblast spirituální.

**Tabulka 17 Metody či techniky, kterými sestry snižují utrpení nemocným**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
Naslouchání	1	x				
Rozhovor	4	x		x	x	x
Podání analgetik	4	x	x	x	x	
Zajištění kontaktu s rodinou	1				x	
Dotek, pohlazení	1				x	
Návštěva faráře	1			x		

Tabulka 17 popisuje jednotlivé metody a způsoby, které sestry využívají u nemocných při snižování jejich utrpení. 1 sestra (S1) uvedla, že její metodou je naslouchání. 4 sestry (S1, S3, S4, S5) udaly rozhovor jako metodu při snižování utrpení u nemocného. Dle odpovědí 4 sester (S1, S2, S3, S4) je metodou, jak snížit utrpení u nemocného, podání naordinovaného analgetika. 1 sestra (S4) se snaží zajistit kontakt s rodinou. 1 sestra (S4) využívá dotek a pohlazení jako způsob, jak nemocnému utrpení snížit. 1 sestra (S3) zajistila nemocnému návštěvu faráře.

**Tabulka 18 Názor sester, jak nemocný vnímá jejich ošetřovatelské intervence**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
Vyjádření vděku	2	x		x		
Pozitivní reakce	5	x	x	x	x	x
Pochvala a poděkování	2		x			x

Tabulka 18 znázorňuje, jak dle názoru sester nemocný vnímá ošetřovatelské intervence vykonávané sestrou. 3 sestry uvedly (S1, S3, S5) vděčnost ze strany nemocného. 5 sester (S1, S2, S3, S4, S5) zaznamenalo pozitivní reakce od pacientů. 2 sestry (S2, S5) zaznamenaly pochvalu a poděkování od nemocných.



**Tabulka 19 Čas a prostor na komunikaci s trpícím pacientem**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
Velmi málo	3	x		x		x
Nedostatek	2		x		x	

Tabulka 19 udává, kolik času a prostoru má sestra na komunikaci s trpícím pacientem. 3 sestry (S1, S3, S5) odpověděly, že mají času a prostoru velmi málo. 2 sestry (S2, S4) udaly nedostatek času a prostoru.

**Tabulka 20 Druh komunikace, který vede ke snížení utrpení u nemocného**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
Správně volená forma	1	x				
Vlídne slovo	1			x		
Pochopení	1			x		
Terapeutická komunikace	3			x	x	x
Nekomunikovat	1		x			

Tabulka 20 znázorňuje, jaký je nejčastější druh komunikace používaný sestrou. 1 sestra (S1) udala správně volený druh komunikace. 1 sestra (S3) používá ke komunikaci vlídne slovo. 1 sestra (S3) odpověděla, že je pro ni druhem komunikace pochopení. 3 sestry (S3, S4, S5) využívají terapeutickou komunikaci. 1 sestra (S2) se domnívá, že v případě, pokud nemocný trpí, je lepší nekomunikovat.

**Tabulka 21 Názor sester na úroveň ošetrovatelské péče o trpící na jejich oddělení**

S=sestra=respondentka	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
Dobrá	4		x	x	X	x
Nedostačující	1	x				

Tabulka 21 udává, na jaké úrovni je dle sester ošetrovatelská péče o trpící pacienty na oddělení, kde pracují. 4 sestry (S2, S3, S4, S5) odpověděly, že péče o trpící pacienty je na jejich oddělení na dobré úrovni. 1 sestra (S1) udala, že je úroveň ošetrovatelské péče nedostačující, a to z důvodu nedostatku personálu.

## 5 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na podíl sestry na snižování utrpení nemocných. Ve výzkumu jsou zařazeny dvě skupiny respondentů: První skupinu tvoří 5 pacientů hospitalizovaných na oddělení následné péče v Nemocnici Kutná Hora, druhou skupinu tvoří 5 sester zaměstnaných také na oddělení následné péče v téže nemocnici. Cílem práce je zjistit, v jakých situacích se sestra podílí na snížení utrpení nemocného, jakými technikami se sestra podílí na snižování utrpení a jak pacient sestru vnímá, pokud trpí. Souhlas s prováděným šetřením písemně poskytla hlavní sestra, staniční sestra je informována ústně. Již na začátku sběru dat vedení nemocnice vyjadřuje nesouhlas s používáním záznamového zařízení a pořizováním jakékoli fotodokumentace. V průběhu výzkumného šetření sestry žádají, aby odpovědi byly zaznamenány anonymně, nechtějí se tak vystavit zbytečnému riziku negativních důsledků ze strany vedení nemocnice. O totéž žádají i pacienti a nechtějí sebe i sestry vystavovat riziku postihu, neboť se domnívají, že jsou chyby na straně systému, a nikoli na straně sester.

Na začátku šetření nás zajímalo, zda na výsledek celého šetření má vliv pohlaví. Ze zkoumaného vzorku byly dvě ženy a tři muži. Jak vyplývá i z literatury dle Křivohlavého (6,20), utrpení je zastoupeno u obou pohlaví ve stejné míře, jen záleží na individuálním prožívání, v čemž pohlaví nehraje roli. Ve sdělování prožitků bývají většinou sdílnější ženy, jak také uvádí Křivohlavý (6,20), ale vzhledem k malému počtu respondentů počet zástupců jednotlivých pohlaví o ničem nevypovídá. Dalším důležitým údajem, který vypovídá o kvalitě ošetrovatelské péče o trpícího, je věk sester a délka praxe ve zdravotnictví. Samy sestry uvedly, že po prožitých zkušenostech mají právě zkušeností více a jsou i k trpícím pacientům více empatické, což uvádí i Kalvach (7). Utrpení je v povědomí pacientů a lidí kolem nich spojované s pojetím bolesti a je možno říci, že pojetí bolesti je převažující v charakteristice utrpení. Pokud rozdělíme utrpení, jak je popisují respondenti, pak bolest, touha a stesk po domově jsou nejčastějším druhem utrpení u nemocných. V jiném druhu utrpení je to dle výsledků šetření psychická emocionální stránka, jako je strach ze smrti, imobility, nesoběstačnosti a budoucnosti. Další oblastí, jak vyplývá z výzkumu, kde nemocný trpí, je oblast sociální. Hospitalizace nemocného sociálně izoluje od prostředí, na které je zvyklý. To, že se nemůže každodenně stýkat s rodinou a s přáteli, je pro nemocného dle odpovědí utrpením, což také uvádí i Sláma ve svých publikacích (12).

Na základě odpovědí nemocných na otázku, jak sestra pomáhá nebo jakou technikou přispívá, aby nemocní netrpěli, v šetření vychází nejčastější odpověď podání analgetik,

zprostředkování psychologa a popovídání si se sestrou. Komunikace s člověkem, který je v situaci, kdy prožívá nějaký druh utrpení, je i dle Venglářové a Mahrové (32) velmi důležitá, s tímto názorem se shoduje většina dotazovaných pacientů i sester. Z šetření dále vyplývá, že právě zvolený vhodný druh komunikace a umění komunikace má pro pacienta pozitivní přínos, dva respondenti označují komunikaci jako velmi přínosnou. Pouze jeden respondent uvedl, že nekomunikovat ve chvíli, kdy trpí, je pro pacienta vhodnější způsob. Podáním naordinovaných analgetik v pravidelných časových intervalech a hodnocením analgetického účinku je dle odpovědí respondentů ze strany pacientů i sester účinnou metodou a technikou, jak u pacienta utrpení snižovat. Tento fakt uvádí i Sláma (9) ve svých publikacích. Z výpovědí sester také vyplývá, že co se týká metody, jak snížit utrpení, je účinná také metoda trpělivého naslouchání a to, že je o pacienta skutečný zájem. To, že někdy stačí i pouhá přítomnost a pochopení, vhodné složky neverbální komunikace, uvádí jak Hrubá (11), tak i odpovědi pacientů. Pomocí ze strany sestry, která vede ke snížení utrpení u pacienta, je i dle odpovědí sester také zajištění kontaktu s rodinou, zajištění nebo zprostředkování návštěvy psychologa, faráře či sociálního pracovníka. Tento způsob pomoci uvádí ve svých publikacích i Svatošová (15).

Svatošová dále uvádí (15), že možností volby může být i fyzický kontakt, tedy dotyk a pohlázení, což potvrzují jak sestry, tak i pacienti. Vnímání sestry trpícím pacientem, jak vychází z šetření, je ze strany pacientů pozitivní a kladné. Pacient vyjadřuje potřebu přítomnosti sestry, je rád, když mu sestra naslouchá a nebo i jen mlčí.

Na otázku, kolik času a prostoru sestra pacientovi věnuje, ani jeden respondent neuvádí dostatek. Ze strany pacientů zaznívá od čtyř respondentů, že by mohla mít sestra více času na pacienta, a jeden pacient odpovídá, že sestra má času nedostatek. Podobně odpovídají i sestry, a to buď, že mají velmi málo času, a nebo nedostatek, a to z důvodu personální tísně. Tento aspekt hodnotí shodně všichni respondenti jako největší problém této problematiky. Na otázku změny ošetrovatelské péče za období posledních 10 let respondenti odpovídají kladně a udávají, že je ošetrovatelské péče o trpící na jejich oddělení dostačující. To znamená, že z vlastní zkušenosti buď jako pacient, nebo v minulosti jako rodinný příslušník popisují zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Tento fakt je způsoben několika činiteli. K hlavním důvodům tohoto trendu patří širší nabídka a více možností, kde je možno dlouhodobě pacienty hospitalizovat. Právě při delších hospitalizacích dochází k větší pravděpodobnosti, že pacient začne více vnímat negativní působení různých vlivů vedoucí k zhoršování hlavně psychického stavu, jak také uvádí Sláma (10).

V posledních dvou dekádách se rozvíjí a zkvalitňuje koncepce péče o pacienty v České republice. Vznikly a vznikají státní i nestátní instituce, kde je vyškolený personál schopný zajistit maximální a odbornou péči, individuálně zaměřenou k požadavkům každého pacienta. Patří sem oddělení následné péče, síť sanatorií, hospiců a léčeben, které se zaměřují na specifické druhy nemocí, poranění nebo terminální stadia nemocí, což uvádí i Sláma (10).

Sláma (25) a Svatošová (15) také zmiňují návaznost lůžkových zařízení na systém domácí péče. Zde ve většině případů dochází ke spolupráci zdravotních pojišťoven a praktických lékařů k plynulému přechodu, kdy nemocný může opustit nemocniční nebo lůžkové zařízení. V domácím prostředí pak většinou dochází ke zmírnění příznaků utrpení, klidnějšímu uzdravení a zkrácení doby léčby.

Dalším faktorem zlepšujícím kvalitu péče o trpící je zvyšování kvalifikací personálu. Na základě zkušeností ze zahraničních universit, studijních pobytů a stáží a hlavně díky větší nabídce studijních oborů při českých vysokých školách dochází k rozšiřování vzdělání zdravotnického personálu. A to nejen v rovině teoretické, ale i praktickým školením a předáváním zkušeností na jiném než domovském pracovišti. Zvýšilo se povědomí a znalosti o utrpení, o jeho zmírňování, o potřebách nemocných v různých stadiích a fázích nemocí.

Jedním z činitelů je i díky otevřenému trhu a větší nabídce domácích i zahraničních firem rozsáhlá distribuce zdravotnických prostředků, pomůcek a vybavení, které dokáží pacientům a nemocným zmírnit pocit utrpení a zlepšit kvalitu života, což uvádí také Kalvach (6).

Po konzultacích s psychologem, který byl odborným poradcem v této práci, je zřejmé, že největší podíl sestry při snižování utrpení nemocných je terapeutický rozhovor. Dobré slovo léčí a sestra je tím, kdo přichází s pacientem do bezprostřední blízkosti a je s ním často. Od běžných hovorů se dostává do rozhovorů, kde roli hrají pocity a zdravotní stav pacienta. Naslouchání tomu, co pacient cítí, je ten nejdůležitější aspekt, který má sestra vyslechnout. I když se pacienti nacházejí v náročné životní situaci, důležité je nezůstat k pocitům druhého v rozhovoru lhostejný a sestra má být nápomocna je sdílet. Je to právě metoda, ke které má sestra kompetence na rozdíl od jiných technik, jako je například logoterapie nebo psychoterapie. Tento názor se ztotožňuje i s názorem Venglářové (32).

V poslední řadě bych ráda zmínila použití různých alternativních metod, kterými se lze i dle Slámy (25) účinně podílet na snížení utrpení. V závěru dokončování své bakalářské práce jsem měla příležitost být přítomna terapii canisterapeutky. Reakce pacientů, které jsem pozorovala, byly více než pozitivní, subjektivně musím přiznat nadšení z pokroků klientů v jejich mnohdy tíživé zdravotní situaci. Návštěva canisterapeutů u lůžka pacienta je mnohdy

jedinou návštěvou zvenku, a tak suplují i rodinné příslušníky. Podle mého zjištění je zatím ze strany vedení nemocnic spíše negativní postoj z důvodu hygienicko–epidemiologickému režimu. Nyní záleží jen na vedení, jak účinně bude chtít utrpení u pacientů třeba právě tímto způsobem snížit.

## 6 ZÁVĚR

V této práci byly stanoveny 3 cíle: Prvním cílem bylo zjistit, v jakých situacích se sestra podílí na snižování utrpení nemocných. Druhým cílem bylo zjistit techniky, kterými se sestra podílí na snižování utrpení nemocných. Třetím pak bylo poznat, jak pacient vnímá sestru při snižování utrpení. Cíle práce byly splněny.

Pro kvalitativní šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. V jakých situacích se sestra podílí na snižování utrpení nemocných? 2. Jaké techniky využívá sestra při snižování utrpení nemocných? 3. Jak vnímá pacient podíl sestry při snižování utrpení?

Na základě analýzy odpovědí sester pracujících na oddělení následné péče a pacientů byly stanoveny 3 odpovědi na výzkumné otázky. Odpověď 1: Nejčastější situací je, když pacienta něco bolí, touží nebo se mu stýská po domově a nebo když má strach ze smrti. Odpověď 2: Nejpoužívanější technikou, kterou sestra může využít, je podání naordinovaného analgetika a terapeutická komunikace s pacientem. Odpověď 3: Pacient hodnotí podíl sestry velmi pozitivně a potřebně, neboť už i jen samotná přítomnost a zájem o pacienta, naslouchání a empatie vede ke snížení jeho utrpení. Problémem, který byl zjištěn, je potřeba většího časového prostoru na ošetřování trpících pacientů a nedostatek sester.

Bylo by přínosné, aby práce mohla být zdrojem ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče o trpícího nemocného jak v akutním ošetření, v ambulantní péči, tak i v lůžkových zařízeních různých stupňů. Rovněž by vedla k diskuzi, která umožní na různých úrovních poskytovat co nejkomplexnější péči pro ty, kteří ji potřebují. A to například ve výchově a vzdělávání zdravotníků, k prevenci chyb a omylů a větší samostatnosti práce sestry.

Kroky, jak dosáhnout zvýšení podílu sestry při snižování utrpení nemocného, jsou v poskytnutí informovanosti sestrám o možnostech, jakým způsobem pomoc poskytnout. Je potřeba, aby se staly tématem seminářů.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. et al. *Bolest*. 1. vyd. Praha. Tis. 2006. 684 s. ISBN 80-235- 00000-0-0
2. MUNZAROVÁ, M. *Euthanasie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada. 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha. Galén. 2007. 244 s. ISBN 9788072624713
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Utrpení*. [online] 2007 [cit. 2011-12-02]. Dostupné z: <<http://jaro.krivohlavy.cz/utrpeni>>
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. 198 s. ISBN 80-2470-179-0
7. KALVACH, Z., ZÁVADOVÁ, I., BUREŠ, I. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. 2010. 134 s. ISBN 978-80-9045-164-3
8. *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Grada. 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4
9. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
10. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada. 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4

11. HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: GAD studio. 2001. 78 s.  
ISBN 80-238-7618-X
12. SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umřít doma*. 1. vyd. Brno. Moravskoslezský kruh. 2008. 79 s. ISBN 978-80-2542-788-0
13. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*. 1. vyd. Brno: Cesta. 2006. 191 s.  
ISBN 80-85319-79-9
14. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ J., PRAŠKOVÁ J. *Úzkost a obavy*. 2. vyd. Praha: Portál. 2008. 232 s. ISBN 978-80-7367-410-6
15. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Praha: APHPP. 2008. 151 s.  
ISBN 80-7195-307-5
16. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál. 2006. 384 s.  
ISBN 80-7367-122-0
17. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. , PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál. 2007. 180 s. ISBN 80-7178-809-0
18. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
19. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 2004. 861 s.  
ISBN 80-247-0548-6
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 2009. 280 s.  
ISBN 978-80-7367-568-4
21. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stár í- pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5



22. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada. 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7
23. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
24. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta. 2006. 208 s. ISBN 80-8063-227-8
25. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., VORLÍČEK, J. et al. *Koncepce paliativní péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. 2004. 43 s. ISBN 978-80-2394-330-6
26. KALVACH, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5
27. ŠIMEK, J. et al. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2002. 157 s. ISBN 80-2460-507-4
28. THEOVÁ, A. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4
29. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta. 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3
30. DUČAIOVÁ, J., *Etika bolesti a utrpení*. [online] 2011 [cit.2011-12-15]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967>
31. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6
32. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8

## 8 KLÍČOVÁ SLOVA

Utrpení

Bolest

Komunikace

Holismus

Empatie

Podíl sestry

## 9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Otázky nestandardizovaného rozhovoru s pacienty z oddělení následné péče

Příloha 2 - Otázky nestandardizovaného rozhovoru se sestrami z oddělení následné péče

Příloha 3 - Žádost o povolení výzkumu hlavní sestrou Oblastní nemocnice Kolín, a.s. –

Nemocnice Kutná Hora

## **Příloha 1**

### **Otázky pro pacienty**

1. Co je podle vašich zkušeností a zážitků, nejtěžší formou (druhem) utrpení?
2. Jakou situaci jste vy sám(a) následkem utrpení zažil(a), kdy jste nutně potřeboval(a) pomoc sestry?
3. Jaká vám byla nabídnuta pomoc sestry ke snížení utrpení a byla pomoc podle vás dostatečná?
4. Jakou formu pomoci vám sestra nabídla?
5. Jak přínosný byl pro vás podíl sestry na snížení vašeho utrpení?
6. Jak změnila vaše nemoc životní priority, které jsou pro vás důležité?
7. Jak ovlivnila vaše nemoc rodinné a jiné vztahy?
8. Jak změnila nemoc váš pohled na život, a které priority jsou nyní pro vás nejdůležitější?
9. Jaké je v současnosti Vaše přání nebo touha?
10. Jak se změnila péče o trpící pacienty v České republice za posledních 10 let?

**Příloha 2**  
**Otázky pro sestry**

1. Kolik je vám let?
2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví jako sestra?
3. Jaká forma utrpení se podle vás nejčastěji u pacienta vyskytuje?
4. V jakých situacích se nejčastěji podílíte na snižování utrpení u nemocných?
5. Jakou volíte metodu či techniku při snižování utrpení?
6. Jak pacient vnímá vaše ošetrovatelské intervence při snižování jeho utrpení?
7. Kolik času a prostoru na komunikaci s trpícím pacientem máte?
8. Jaký druh komunikace může vést ke snížení utrpení u nemocného?
9. Na jaké úrovni je podle vás řešena ošetrovatelská péče na vašem oddělení o trpící nemocné?

### Příloha 3

Paní  
Romana Moučková  
Hlavní sestra  
Nemocnice Kutná Hora  
Vojtěšská 237  
284 30 Kutná Hora

Patricie Daňková  
Přítoky 119  
28401 Kutná Hora

Kutná Hora 9.2.2012

**Věc: Žádost o povolení výzkumu v souvislosti s bakalářskou prací**

Vážená paní Moučková,

Tímto Vás žádám o povolení výzkumu v souvislosti s bakalářskou prací v nemocnici Kutná Hora. Jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studijního programu obor Ošetrovatelství na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obsahem tohoto výzkumu je podíl sestry na snižování utrpení nemocných. Výzkumné šetření bude prováděno metodou polostandardizovaného rozhovoru a nepřímého pozorování u pacientů a sester. Cílem práce je zjistit, v jakých oblastech a kdy, se sestra podílí na snižování utrpení nemocných v současném ošetrovatelském systému dle nemocných a ošetřujícího personálu.

Děkuji za ochotu a spolupráci

Patricie Daňková

*Souběžně*

Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje, nemocnice Kutná Hora Vojtěšská 237, 284 30 Kutná Hora hlavní sestra tel.: 724 364 390, fax: 327 514 248 IČ: 272 56 391 DIČ: C227256391
---