



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Problematika ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Alžběta Hofmannová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Problematika ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2018**Alžběta Hofmannová**

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Polanové za trpělivost a nápomocnost při psaní teoretické části a za cenné rady při výzkumu.

Problematika ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u agresivního pacienta, pacienta s demencí a s depresí. Zaměřuje se na specifickou poskytování péče těmto pacientům a také na problémy, díky kterým si u probandů vysloužili označení „nechtěný“ pacient.

Cílem této práce bylo zjistit problematiku ošetrovatelské péče u „nechtěných pacientů“, ale také zmapovat přístup sester k těmto pacientům. Ke splnění cílů byly použity výzkumné otázky: Jaká specifika obsahuje práce s „nechtěným pacientem“? Jaký mají sestry přístup k „nechtěnému pacientovi“? Jak sestry komunikují s „nechtěným pacientem“? Co činí sestřím největší problém v péči o „nechtěného pacienta“?

K výzkumnému šetření bylo použito kvalitativní metody, a to formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími s „nechtěnými pacienty“. Výzkumný soubor tvořilo 15 probandů, kteří pracují na interním a chirurgickém oddělení a na oddělení následné péče.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že největším problémem při poskytování ošetrovatelské péče „nechtěnému“ pacientovi je komunikace. Sestry neví, jak v určitých situacích zareagovat, bojí se s nimi komunikovat, nebo konce i v jistých případech komunikaci zcela odmítají. Další problém, je, že péče o tyto pacienty bývá náročnější nejenom časově, ale také psychicky i fyzicky. V sestřích kontakt s těmito pacienty vyvolává strach, nejistotu a stres, což zvyšuje riziko syndromu vyhoření.

Tato práce by mohla sloužit jako stručné zasvěcení do problematiky „nechtěného pacienta“ pro sestry, které s těmito pacienty pracují a mají zájem o danou problematiku.

Klíčová slova

Agrese; demence; deprese; ošetrovatelská péče; komunikace

Issues of nursing care for an unwanted patient

Abstract

This bachelor thesis focuses on nursing care of an aggressive patient, of a patient with dementia and patient with depression. It deals with the specificity of providing care to these patients, as well as with the problems that were the reason why these patients are called "unwanted" patients.

The aim of this work was not only to find out the issue of nursing care of "unwanted patients", but also to map the attitude of nurses to these patients. In order to fulfil these goals, there have been used these research questions: "What specifics does the work with an "unwanted patient" include? What kind of attitude do the nurses take towards this "unwanted patient"? How do nurses communicate with an "unwanted patient"? What is the biggest problem for these nurses during taking care of an "unwanted patient"?"

For the practical research there was used qualitative method in the form of a semi-structured interview with nurses working with "unwanted patients". The research team included fifteen probands working at the internal and surgical departments and at the aftercare department.

The research has shown that the biggest problem in providing nursing care to the "unwanted" patient is communication. These nurses do not know how to react, they are afraid of communication with them or they even completely reject communication in some cases. Another problem is that the work with these patients is very demanding, not only in terms of time but also mentally and physically. The contact with these patients causes fear, uncertainty and stress, which increases the risk of burnout of all nurses.

This thesis could be used as a brief introduction to the issue of "unwanted patient" for nurses working with these patients and who are interested in this issue.

Keywords

Aggressiveness; dementia; depression; nursing care; communication;

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 „Nechtěný pacient“	9
1.1.1 Agrese a agresivita	10
1.1.1.1 Druhy agrese	11
1.1.1.2 Terapie agrese	12
1.1.1.3 Ošetrovatelská péče u agresivního pacienta	13
1.1.1.4 Omezovací prostředky	14
1.1.1.5 Komunikace s agresivním pacientem	16
1.1.2 Demence	17
1.1.2.1 Diagnostika demence	18
1.1.2.2 Alzheimerova choroba	19
1.1.2.3 Ošetrovatelská péče u pacienta s demencí	20
1.1.2.4 Komunikace s pacientem s demencí	22
1.1.3 Deprese	24
1.1.3.1 Diagnostika deprese	25
1.1.3.2 Terapie deprese	25
1.1.3.3 Ošetrovatelská péče u pacienta s depresí	26
1.1.3.4 Komunikace s depresivním pacientem	26
1.2 Syndrom vyhoření	27
1.2.1 Duševní hygiena	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
2.3 Operacionalizace pojmů.....	32
2.3.1 Ošetrovatelská péče	32

2.3.2 „Nechtěný pacient“	32
3 Metodika	33
3.1 Metodika výzkumného šetření	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4 Výsledky	36
4.1 Kategorizace na základě rozhovorů se sestrami.....	36
4.1.1 „Nechtěný pacient“	37
4.1.2 Agresivní pacient.....	40
4.1.3 Pacient s demencí	43
4.1.4 Depresivní pacient	44
5 Diskuze	46
6 Závěr.....	55
7 Seznam použitých zdrojů.....	57
8 Seznam příloh	62
9 Seznam zkratk	63

Úvod

Pojem „nechtěný pacient“ nemá nikde žádnou přesnou definici, avšak byl, je a bude součástí ošetrovatelské péče. Každý si pod tímto pojmem dokáže něco představit a názory se budou lišit. Tato práce je zaměřena na problematiku poskytování ošetrovatelské péče těmto pacientům. Do této skupiny lze zařadit kohokoliv, kdo nám svým chováním, vystupováním či reakcemi znepříjemňuje nebo dokonce znemožňuje poskytovat komplexní a profesionální péči. Každý máme svého „nechtěného pacienta“. Někdo by sem zařadil bezdomovce, alkoholiky. Pro jiného to mohou být i dětští pacienti pro jejich specifčnost, pacienti s nějakým postižením, takzvaní „VIP“ pacienti nebo dokonce i samotní zdravotníci. Spektrum těchto pacientů je velmi široké a není reálné se v rozsahu bakalářské práce zaměřit na všechny skupiny. Z tohoto důvodu jsem pro mou bakalářskou práci vybrala pouze tři skupiny pacientů, a to pacienta s demencí, agresivního a s depresí.

Téma Problematika ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“ jsem si vybrala na základě zkušeností během praxe, kdy mě přístup některých sester k těmto pacientům uvedl do rozpaků, a tak jsem chtěla tuto problematiku hlouběji prostudovat.

Bakalářská práce má dvě části. První, teoretická, část je zaměřena na hlubší pochopení problému. Je rozdělena do čtyř celků, první celek se zabývá problematikou agrese a péčí o takového pacienta, druhý problematikou demence a třetí problematikou deprese. Čtvrtý celek se od těch tří předešlých liší, a to v tom, že není zaměřený na pacienty, ale na sestry pracující s „nechtěnými pacienty“, zaobírá se syndromem vyhoření a duševní hygienou. Druhou část bakalářské práce tvoří část empirická. Ta nám má ukázat, jak tento pojem „nechtěný pacient“ funguje v reálné praxi. K tomu nám dopomohly vedené rozhovory se sestrami.

Výsledek výzkumného šetření by mohl sloužit jako podklad k semináři pro sestry, jehož cílem by bylo odstranit tyto tři skupiny pacientů z označení „nechtěný“ pomocí rozšíření znalostí a dovedností v dané problematice.

1 Současný stav

1.1 „Nechtěný pacient“

„Nechtěný pacient“, slovní spojení, které není nikde přesně definováno, ale přesto si pod tímto pojmem dokáže každý něco představit. Křivohlavý (2002) ve své knize nerozděluje pacienty na „nechtěné“ a „chtěné“ nýbrž na „dobré“ a „špatné“. Za „dobrého“ pacienta označil člověka, který neklade žádný odpor vůči zdravotníkům, nepokládá žádné zbytečné otázky, je trpělivý a během léčby a hospitalizace se chová kultivovaně. Aby mohl být pacient označen za „dobrého“, je zapotřebí, aby dodržoval léčebný režim, dělal to, o co je požádán a neuhýbal od svého standartního chování. Pokud některou z těchto věcí dělá pacient jinak, zaslouží si označení „špatný“ pacient. „Špatný“ pacient velmi často klade až nestandardně zvědavé otázky, je nespokojený s tím, co se s ním provádí a velmi tvrdě požaduje odpovědi na velké množství dotazů.

A co vlastně vede pacienta k tomu, aby si vysloužil označení „špatný“? Jedná se o přirozený vývoj, kdy má člověk pocit, že ztratil kontrolu nad svým životem, což ho uvádí do těžko ovladatelné frustrace. V člověku se začne projevovat snaha o uchopení svého života opět pevně do svých rukou, u každého jedince se to však může projevovat různě, nejčastěji se však jedná o zlost vůči okolí, která se může posunout až na úroveň agresivního chování. Tito pacienti svým obranným chováním ztěžují práci jak lékařům, tak i zbylému ošetrovatelskému personálu. V některých lékařských odvětvích, například v onkologii, se „špatní“ pacienti uzdravují lépe.

U „dobrých“ pacientů se prokázalo, že jejich trpělivost a přizpůsobivost nemusí být vždy původní. Může u nich docházet k potlačování vnitřních emocí, díky čemu navenek působí vyrovnaně, avšak vevnitř mohou propadat depresím a pocitu bezmoci. Ale i přes bezproblémovost těchto pacientů je zapotřebí jim věnovat pozornost, a to z důvodu pocitu bezmoci, který může rychle přejít do frustrace (Křivohlavý, 2002).

Jak již bylo v úvodu zmíněno, pro tuto práci byly, z důvodu rozsáhlosti tématu, zvoleny tři skupiny „nechtěných pacientů“, pacient agresivní, s demencí a s depresí.

1.1.1 Agrese a agresivita

Původ slova agrese je z latinského ad-gredior, tj. blízké přiblížení nebo útok (Burda, 2014). Znamky agrese pocházejí již z dob Mojžíše, a to v jeho desateru: „nepokradeš, nezabiješ...“. V psychiatrii se začal tento pojem používat až za dob Alfreda Adlera a Sigmunda Freuda (Dušek et al., 2015). Jedná se o způsob chování, který má násilný podtext a jehož úkolem je úmyslné poškozování. Agresi však nenazýváme samotné pomyšlení na ubližování, ale až konkrétní akt, při kterém dojde k poškození někoho nebo něčeho (Výrost et al., 2008). Vevera (2011) však na agresi nahlíží pouze jako na fyziologickou odpověď, která dopomáhá k přežití jedince v přírodě. Samotný akt považuje za patologickou agresi pojmenovanou jako násilné chování (Vevera et al., 2011). Agresi lze využít také jako pozitivní chování, kterým lze dosáhnout cíle i přes vyskytující se překážky. Agresivita je velmi úzce spjata s agresi. Jedná se ale o vlastnost. Je ovlivněna jak procesem zrání, tak i procesem učení. Agresivita se vyskytuje v každém jedinci, záleží však na její síle projevu (Harsa et al., 2012).

Vznik agrese bývá často závislý na více faktorech najednou. Základními faktory ovlivňující vznik a sílu agrese jsou dědičnost, biologické předpoklady, duševní choroby, užívání psychoaktivních látek, vliv prostředí a aktuální situace. Každý jedinec má dědičné dispozice k agresivnímu chování. Tyto dispozice pocházejí od dávných předků, kde sloužily k získání a obraně teritoria a k nastavení určité společenské hierarchie (Vágnerová, 2008). Výrost (2008) ve své knize uvádí, že u nižších živočišných druhů byla souvislost mezi agresi a dědičností prokázána. U člověka je výzkum dědičné agresivity složitější. Na ovlivňování agrese biologickými předpoklady má velký podíl chemické složení krve. Agresivitu může zvyšovat nízká hladina cukru v krvi a také vyšší obsah mužského hormonu testosteronu (Výrost et al., 2008). Mužské pohlaví a mladší věk lze brát jako faktory zvyšující riziko agresivního chování. Větší tendence k agresivnímu chování mohou mít lidé s duševní chorobou nebo s vrozenou poruchou osobnosti. Nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti disocální. Nejčastějšími poruchami jsou schizofrenie a poruchy autistického spektra (Vágnerová, 2008). Užívání psychoaktivních látek znemožňuje jedinci kontrolu nad svým chováním, z čehož vyplývá, že lidé užívající alkohol nebo jiné drogy mají tendence k agresivitě bez vlastní kontroly. Ne každý člověk se však po požití alkoholu chová agresivně, to je způsobeno predispozicemi každého jedince (Výrost et al., 2008). Vliv prostředí, především sociálního, posiluje sklon k agresivitě na základně zkušeností. Agresivita může

v důsledku učení narůstat. V raném věku je nejdůležitější vliv rodiny. Rozvoj agresivity u jedince je závislý na prvotních zkušenostech z dětství či na posilování agresivního chování dítěte. Dalším klíčovým momentem je vývojová fáze identifikace, kdy může dojít k odpozorování násilného chování v rodině (Vágnerová, 2008). Nejsilnější předpoklad k agresivitě mají děti, které byly různými způsoby zneužívány. Agresivita v dospělosti je prokázána u jedné třetiny zneužívaných dětí (Veveřa et al., 2011). Vágnerová (2008) ve své knize píše, že velmi důležitý je také vliv sociální skupiny, do které jedinec patří. Sdílejí společně normy, hodnoty a způsob chování. Zdárným příkladem jsou skupiny adolescentů, kde se objevuje agresivita v extrémní míře. Jedinec ve snaze zapadnout do skupiny se přizpůsobí danému chování. Pokud mu pravidla skupiny vyhovují, mohou přesahovat nad obecnými. Na agresivní chování má však vliv i širší společnost. Postoj k agresivitě ve větších sociálních skupinách je ovlivněn historií skupiny, ale také aktuálními vlivy. Agresivita může být také jako součást sociální role. Jedná se o určité druhy povolání, kde je přijatelná míra agrese potřebná. Je tomu tak u policistů, vojáků nebo u vězeňského dozoru. Tato povolání si nejčastěji vybírají lidé se sklonem k agresivitě (Vágnerová, 2008).

1.1.1.1 Druhy agrese

Výrost (2008) uvádí, že můžeme rozlišovat velké množství druhů agrese. Dle způsobu násilí lze agresi rozdělit do základních skupin – verbální, fyzická, přímá a nepřímá. Podle souvislosti a charakteru příčin se agrese dělí na afektivní (reaktivní) a instrumentální (proaktivní). Afektivní agrese vzniká reakcí jedince na podnět vyvolávající v jedinci zlost a hostilitu. Afektivní reakce na podnět bývá většinou neplánovaná a spontánní. Instrumentální agrese je prostředkem k dosažení cíle. Nejčastěji se s tímto typem agrese setkáváme v odvětví sportu, kdy je hráč schopen „v zápalu hry“ fyzicky ublížit protihráči. Instrumentálně agresivní jedinec nejedná ve zlosti proti druhému člověku, jako je tomu u afektivní agrese. Agrese může být i dlouhotrvající a opakovaná. V takovém případě se jedná o tyranizování, obtěžování nebo šikanu. Základní rysem tohoto druhu agrese je, že tyranizátor má vůči své oběti větší moc a oběť není schopna se tomuto nátlaku bránit (Výrost et al., 2008). V jiné literatuře se nachází podrobnější a trochu rozlišné dělení agrese. Například Andršová (2012) dělí agresi na verbální, fyzickou, psychickou, sociální, sexuální, autoagresivní, heteroagresivní, institucionální, mediální, rasovou, přenesenou, mobbing, bossing a stalking. Do verbální agrese zařazujeme verbální útok prostřednictvím nadávek

a pomluv. Fyzická agrese je útok na fyzickou stránku oběti, lze sem zařadit i kopání, škrábání a jiné způsoby fyzického napadení. Psychickou agresí vzniká emocionální újma. Za sociální agresi lze považovat materiální a finanční násilí a stigmatizaci před společnostmi. Sexuální násilí, zneužívání a znásilnění řadíme do sexuální agrese. K agresi patří i autoagrese, což je projev násilí k sobě samému (sebepoškozování, sebevražda). Heteroagresivní chování je agresivní chování vůči jiným lidem či v různých institucích - např. domovy pro seniory. Toto chování lze nazývat institucionální agresí. V moderní době se hodně setkáváme i s tzv. mediální agresí, kdy je ve filmech a zprávách nespočet projevů agresivního chování. Velmi častou je rasová agrese neboli agrese vůči lidem s odlišným rasovým původem. Můžeme se však stát i „obětním beránkem“, kdy útok nebyl původně mířen přímo na nás, ale došlo k tzv. přenesené agresivitě (Andršová, 2012).

1.1.1.2 Terapie agrese

Terapie omezování nadměrné agrese nebývá jednoduchá. Ve většině případů je terapie málo účinná a velmi složitá. Proto je mnohem účinnější prevence, zejména ovlivňováním široké veřejnosti. Agresivní chování lze regulovat pěti způsoby. Zaprvé je to sociální působení, které je velmi důležité. Bohužel dnešní společnost toleranci agresivity posouvá čím dál tím výš, a to i za pomoci médií. Druhým způsobem je farmakologická léčba, která se využívá spíše k léčení celkového stavu pacienta, díky kterému se redukuje počet agresivních reakcí. Přímo k léčbě agresivity se farmaka téměř nevyužívají. Další možností léčby je psychoterapie, která se snaží omezovat agresivní reagování, ale ve většině případů neefektivně. Jedinec se při psychoterapii snaží pochopit vlastní chování a snaží se naučit zvládnání agresivních impulzů. Čtvrtým způsobem je socioterapie, která využívá pro resocializaci jedince jeho chování v určitých situacích, úpravy sociálního prostředí, v němž jedinec žije. Socioterapie se nejvíce zaměřuje na resocializaci vězňů po propuštění z vazby. Posledním způsobem léčby je úprava prostředí, nejčastěji se využívá v institucích, kde dochází k omezování soukromí, ke koncentraci velkého množství lidí v malém prostoru. Většina osobností chovajících se agresivně má velký problém s adaptací. Je tedy zapotřebí maximálně eliminovat rušivé prvky vedoucí k agresivní reakci (Vágnerová, 2008).

Znalosti o nemoci výrazně pomůžou i v péči a komunikaci s agresivním pacientem, následující kapitola je zaměřena na ošetrovatelskou péči o agresivní pacienty.

1.1.1.3 Ošetřovatelská péče u agresivního pacienta

Pro sestru je nejdůležitější při prvním kontaktu odhadnout, kdy a u jakých pacientů hrozí jedna z forem napadení. Má za úkol zorientovat se v situaci, zvolit vhodný přístup, kterým lze výstupu zcela předejít. Velký vliv na vznik takovéto situace má pro pacienta neznámé prostředí, ve kterém se právě nachází, proto stačí i pouze špatně zvolené slovo a může dojít k napadení ze strany pacienta (Petr, 2013).

V případě, že již dojde ze strany pacienta k napadení, je zapotřebí dodržovat jedno pravidlo: co končetina, to jeden člověk (Kovářiková, 2009). Při takovém útoku je velmi důležité dávat si pozor i na zranění personálu kousáním či jiným způsobem. Může zde dojít k nakažení infekční chorobou, například AIDS nebo hepatitidou (Veveřa et al., 2011).

Pokud není žádná možnost, jak agresi zvládnout, je nutná konzultace s lékařem ve službě a zvážení psychiatrického konzilia. Přivolaný psychiatr může pacientovi předepsat zklidňující medikace nebo navrhnout jiná bezpečnostní opatření, například omezující prostředky (Kovářiková et al., 2009). U podávání zklidňujících léků je důležité zvolit vhodnou formu aplikace. Nejvhodnější a nejbezpečnější formou je podání per os. V tomto případě je nutné zvážit možnou spolupráci pacienta. Tento způsob podání léků vzbuzuje v pacientovi bezpečí a nenabývá pocitu omezení. V případě, že pacient není schopen tolerovat perorální léčbu, musí se přistoupit k léčbě intravenózní nebo intramuskulární. Intramuskulární podání zklidňující medikace patří k nejvíce využívanému. Vstřebání účinné látky je rychlejší. Zde však může nastat problém při manipulaci s jehlou, která může posloužit jako zbraň k útoku. Intravenózní aplikace se používá jen velmi málo. Přistupuje se k ní u pacientů, kteří potřebují okamžitý nástup léčivé látky. Je zde však opět riziko poškození pacienta či personálu za pomoci žilního katétru (Nawka, 2012). Pacient musí s aplikací psychofarmak souhlasit. Výjimka nastává pouze při nedobrovolné hospitalizaci pacienta a při neodkladném řešení situace. Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta musí být vždy zapsána do dokumentace s uvedeným důvodem podání a přesným časem aplikace (Raboch et al., 2012).

Jakýkoliv agresivní výstup pacienta je zapotřebí zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace. Záznam se učiní do „hlášení sester“, kde poslouží jako informace pro další sestry, které budou o pacienta pečovat. Mnohem důležitější z právního hlediska je

sepsání „Hlášení o vzniku mimořádné události“. Do tohoto záznamu se sepíše incident podrobněji, věcně, v nejbližší době. Náležitosti tohoto dokumentu jsou místo, kde se to stalo, kdo byl u incidentu, čas dění s přesností na minuty. Zápis by měl být chronologicky sepsaný bez jakéhokoliv zkreslení, bez slangových výrazů a podepsaný svědkem. V případě, že při útoku došlo ke škodám, je nutné je sepsat, popřípadě pořídit fotodokumentaci. Co nejdříve po sepsání protokolu by měl být odevzdán nadřízenému pracovníkovi (Burda, 2014).

1.1.1.4 Omezovací prostředky

Druhou možností, kterou přivolaný konziliární lékař může zvolit, jsou omezovací prostředky, resp. prostředky k omezení pacienta ve volném pohybu. Tyto prostředky mohou být využity pouze jako terapeutické a preventivní opatření. Významem těchto prostředků je zmírnění rizika sebepoškození pacienta nebo ohrožování druhých lidí (Dušek et al., 2015). Mohou být však použity pouze v krajní nouzi, pokud není již jiná možnost. Vše musí být děláno v zájmu pacienta (Orel et al., 2012). Lege artis postup vyžaduje, aby lékař zachoval duševní stabilitu bez stresu, emocí a afektivního jednání. Omezující prostředky mohou být použity jen po nevyhnutelnou dobu (Ptáček et al., 2013). Používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví upravuje zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Podle tohoto zákona „*k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotnických služeb lze použít: a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, c) umístění pacienta v síťovém lůžku, d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, e) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, f) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f)*“ (Zákon č. 372/2011, s. 4753).

Existují však i způsoby omezení pohybu pacienta, které se nepovažují za fyzické omezení. Jedná se o případy, kdy je pacient umístěn do síťového lůžka nebo izolační místnosti, pokud v nich není uzavřen. Pokud je pacient fixován v křesle z důvodu prevence pádu, pokud má připoutány končetiny při podávání infuzní terapie a při

použití zábran na lůžku (Dušek et al., 2015). Omezovací prostředky se v některých případech stále upřednostňují před medikací. Je důležité zvolit vhodný prostředek pro omezení pohybu. Například síťová lůžka mají výhodu oproti kurtování a izolační místnosti v možnosti pohybu pacienta, s tím související případnou obranu proti útoku jiného pacienta a lepší komunikaci s ním (Švarc, 2008). Omezovací prostředky může předepsat pouze lékař. V případě, že nastane situace, kdy je zapotřebí využít omezovací prostředky a není přítomen lékař, může tak učinit jiný pověřený pracovník, který bezprostředně o jejich použití informuje lékaře a učiní zápis do dokumentace. Lékař srozumitelně vysvětlí pacientovi důvod indikace a dobu, po kterou bude omezen v pohybu. V případě, že má pacient zákonného zástupce, bude lékař informovat i jeho. Poskytovatel zdravotnických služeb je povinen informovat do 24 hodin soud o omezení pacientova pohybu (Zákon č.372/2011 Sb.). Aplikace omezovacích prostředků může u pacienta vyvolat stres a psychickou zátěž. Je nutné po požití omezovacích prostředků změřit pacientovi tlak a pulz. Po celou dobu omezení musí být pacientovi věnovaná nadstandardní péče a musí být průběžně sledován. Důležité je sledovat stav vědomí a prokrvení kurtovaných končetin. Pečovat se musí také o hydrataci pacienta, kdy je doporučován minimální příjem tekutin 2000 ml denně. Dále o vyprazdňování a hygienu, při které je rozhodující doba omezení. Nesmí se zapomínat na hygienu dutiny ústní, výměnu ložního i osobního prádla, ale také na celkový stav lůžka. Velkou pozornost je nutné také věnovat prevenci dekubitů, kdy je dobré zvolit antidekubitní pomůcky nebo prostředky na péči o kůži, dále prevenci špatného prokrvení končetin a snížení psychické zátěže. Při omezování pohybu pacienta mohou také nastat různé komplikace jako například poranění pacienta nebo personálu při omezování, poranění pacienta z důvodu špatného nastavení popruhů, podchlazení pacienta nebo psychická újma (Petr et al., 2014). Ošetrovatelská péče o pacienta omezeného v pohybu je popsána také ve standardech nemocnic, kde je například uvedeno, že při omezení pohybu pacienta je také velmi důležitá prevence dekubitů, je nutné založit polohovací záznam a kontrolovat správné upevnění a vystlání použitých popruhů. Pacient po celou dobu zažívá těžkou psychickou újmu, a tak je zapotřebí zajistit pocit bezpečí. Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče u takového pacienta je také prevence TEN. Uvázané končetiny se musejí v pravidelných intervalech odepínat a procvičovat. Po ukončení omezování nadále přetrvává zvýšený dohled po dobu šesti hodin a jeho stav musí být každou hodinu zaznamenáván do dokumentace (Standard č. 037.).

1.1.1.5 Komunikace s agresivním pacientem

Při zacházení a ošetřování agresivního pacienta je více než důležitá komunikace. Komunikace je prostředek pro předávání informací mezi společnostmi za pomoci speciálních prostředků (Vágnerová, 2010). Komunikace je nedílnou součástí zdravotnické péče. Ve zdravotnictví je zapotřebí nejenom mluvit, ale také získávat a sdělovat potřebné informace, které jsou velmi důležité pro další postup léčby. Je zapotřebí vždy dopředu vědět, co chceme sdělit a zvolit k tomu vhodné podmínky (kdy, kde a jak) (Janáčková et al., 2008). Každý zdravotnický pracovník, který se setká s agresivním pacientem, by měl ovládat krizovou komunikaci. Je zapotřebí, aby zdravotnický pracovník včas odhadl situaci a pochopil formu i obsah sdělení a s tím spojené nástrahy. Princip krizové komunikace se nezakládá na uklidňování, nýbrž na stavění důvěry a vnímání případného rizika. K tomu, aby zdravotnický pracovník zvládal krizovou komunikaci, musí informace podávat co nejstručněji a nejobsáhleji. V krizi komunikuje nejen neverbálně, ale také verbálně. Je zapotřebí si dávat velký pozor na tón hlasu, hlasitost projevu a co nejvíce se vyvarovat záporné formulaci komunikace. Důležité je, aby se zdravotnický pracovník nezapojoval do agresivní komunikace a zachoval si nadhled profesionála (Burda, 2014). Nejčastějšími chybami při komunikaci s pacientem jsou: ignorování pacienta, bagatelismus, nezájem, neochota, nevstřícnost, asertivní techniky, křik, nadávání, podceňování, pohrdání, neúcta a vyhrožování (Špatenková et al., 2009). Agresivního pacienta necháme zpočátku mluvit samovolně, nasloucháme mu a snažíme se pochopit jeho situaci. Nevstupujeme do pacientova monologu zbytečnými a nepodstatnými otázkami. Je důležité po celou dobu zachovat klid a snažit se vzbudit v pacientovi důvěru. Je dobré omezit rušivé vnější elementy (ztlumení světel, tichá místnost) (Nawka, 2012). Platí obecná pravidla, jak přistupovat k agresivnímu pacientovi, která ve většině případů komunikaci a manipulaci s pacientem velmi usnadní. Je důležité udržet klid a nenechat se vyprovokovat, v žádném případě neopěťovat útok. Personál by měl pozorně pacienta vyslechnout a neodsuzovat jeho chování. Je dobré projevit zájem o pacientův problém pomocí otázek, které nám doplní informace o problému. Situaci napomáhá vyjádření pochopení pomocí verbální i neverbální komunikace. Velmi důležité je zachování osobního prostoru a bezpečné vzdálenosti od pacienta (Zacharová, 2009). V některých případech je dobré využít možnost oddálení řešení, např. nabídnout pohovor s lékařem. Pokud je zjevné, že pacient má sklony k agresi, je dobré provádět u něj veškerou péči

a výkony ve více osobách. V případě agresivního výstupu pacienta je dobré odstranit z jeho okolí věci, které by mohly posloužit jako zbraň k útoku, např. infuzní stojan, převazový vozík (Kovaříková, 2009). Velmi důležitými pravidly při kontaktu s agresivním pacientem jsou: nezůstat s pacientem sama v uzavřeném pokoji, zůstat blízko u dveří, mít možnost přivolat si pomoc, vnímání neverbálních signálů, jednání vsedě, nikdy se k agresivnímu pacientovi neotáčet zády a při vystupňované nervozitě a neklidu raději hovor ukončit (Veveřa et al., 2011).

Agresivita může být také projevem mnoha dalších onemocnění, jako například demence, která je podrobněji rozebrána níže.

1.1.2 Demence

Pojem demence vznikl složením dvou latinských slov: „mens“ – „mysl“ a předpony „de,– „od- „. Po spojení těchto dvou slov dostaneme slovo „demens“, což v překladu znamená „šilový“. Jedná se tedy o zbytek myslí, nějakou patologii v rozumovém myšlení. (Kučerová, 2006). Demence je komplex symptomů, který vznikl z důvodu choroby mozku, která se může zhoršovat či se stát chronickou. Postižené jsou nejvyšší kórové funkce, a to včetně myšlení, řeči a paměti, přičemž vědomí zůstává bezezměnné. (Pidrman, 2007). Kalvach (2011) ve své knize udává, že Holmerová popisuje demenci jako soubor příznaků různorodého obrazu získaného snížením intelektu, výše paměťových schopností a dalších činností, které ovlivňují osobní i profesní život jedince (Kalvach et al., 2011). Může se vyskytovat již v dětském věku ihned po vyvinutí kognitivních funkcí, avšak typičtější je její výskyt ve věku seniorském (Jiráček, 2014).

Demenci lze rozdělovat několika způsoby. Jsou tři základní druhy demencí, a to primární degenerativní demence, sekundární demence a demence smíšené. Mezi primární demence řadíme Alzheimerovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky a frontotempolární demenci. Sekundární jsou demence, na jejichž vzniku se podílí spousta jiných příčin, jako například posttraumatická demence, infekční, metabolická, a tak dále. Sekundárních demencí je popsáno několik desítek, mezi nejčastější patří vaskulární demence, metabolická, toxická, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatická demence, demence při normotenzním hydrocefalu a demence při nádorech CNS. A mezi demence smíšené řadíme smíšenou Alzheimerovou a vaskulární, smíšenou a jinou primárně degenerativní a ostatní smíšené (Pidrman, 2007).

Demence se projeví na změně kognitivních funkcí, a to ve třech různých stupních. První z nich je lehká demence, kdy má člověk sníženou schopnost orientace v čase. Porucha paměti se vyskytuje pouze na krátkodobé úrovni. Člověk v tomto stádiu špatně vnímá změny na své osobě, nevěří svým schopnostem. Dochází zde k narušení sociálních aktivit, není schopen uplatnění na trhu práce. Druhý stupeň je středně těžká demence, kdy se člověk neorientuje ani v místě. Poruchy paměti a řeči se zhoršují a zamezují člověku normální styk s okolím (Vlček et al., 2010). Nemocný pomalu zapomíná jména přátel a známých, později také jména rodinných příslušníků a má zmatek v rodinných vztazích (Jootun, et al., 2011). Zhoršuje se také péče o vlastní osobu, člověk již není schopen samostatného bydlení. A třetí stupněm je těžká demence, kdy je člověk zcela dezorientovaný, nepoznává ani sám sebe. Krátkodobá i dlouhodobá paměť úplně vymizí a člověk ztrácí i schopnost komunikace. Člověk je zcela odkázán na pomoc druhých, není schopen se sám obléci, najíst a stává se plně inkontinentním. Toto stádium může trvat různě dlouho, na základně druhu demence, od 5 až do 12 let. Nemocný nejčastěji umírá dříve na jiné komplikace, kterými může být infekce či úraz (Vlček et al., 2010).

1.1.2.1 Diagnostika demence

Diagnostice demence se v dnešní době ještě stále nevěnuje potřebná pozornost. V mnoha případech jsou jasné příznaky přisuzovány vysokému věku a nikdo se nezaobírá jinou možností (Jiráček et al., 2009). Diagnostiku demence lze nazvat jako vylučovací proces (Karel et al., 2014). Na diagnostice se musí podílet mnoho lidí, kteří přijdou s pacientem do styku. Mohou to být ošetřovatelé, zdravotní sestry či rodinní příslušníci. Je zapotřebí při diagnostice zvolit dobrého lékaře nebo nejlépe specialistu (Jiráček et al., 2009). Základem je neurologické a specializované gerontopsychiatrické vyšetření (Karel et al., 2014). Důležitým prvkem diagnostiky je anamnéza. Nemocný trpící demencí si zcela neuvědomuje svoji nemoc, a tak je nutná konzultace s blízkými lidmi kolem něj. Mezi nejdůležitější informace sloužící k dobré diagnostice jsou prodělané úrazy hlavy, mozkové příhody, onemocnění srdce, Diabetes Mellitus, deprese, rodinná anamnéza a farmakologická anamnéza. Dalším důležitým vyšetřením je vyšetření kognitivních funkcí (paměť, řeč, orientace). K tomuto vyšetření se hojně využívají různé testy. Nejvyžívanějším je MMSE test, který však není vhodný v každém případě. Mini-Mental State Examination test zkoumá, zda je pacient orientován ve všech směrech - paměť, počítání, poznávání předmětů, splnění úkolu, překreslení obrázku a opakování vět (Jiráček et al., 2009). Při zjišťování stádia demence

se využívá GDS test (Karel et al., 2014). Dalším, ne tak často používaným testem, je Wechslerova škála paměti, WAB (test řečových funkcí), test řečové plynulosti, Bender-Gestaltův test, test kreslení dráhy a Stroopův test. V diagnostice se dají využít i zobrazovací metody jako CT a MR, které slouží k odhalení změn na mozkové tkáni, SPECT a PET poskytující informace o mozkovém metabolismu, průtoku krve mozkem a v neposlední řadě i EEG zobrazující mozkovou aktivitu (Jirák et al., 2009). Karel (2014) ve své knize uvádí, že diagnostika demence nemůže být nikdy stoprocentní, definitivně ji lze diagnostikovat až post mortem, a to pitvou (Karel et al., 2014).

Další podkapitola je věnována nejčastějšímu typu demence.

1.1.2.2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je neurogenerativní onemocnění, při kterém dochází ke snížení počtu nervových buněk. Tento znatelný úbytek vede k celkovému úbytku mozkové tkáně, což výrazně přispívá ke vzniku syndromu demence (Jirák et al., 2009). Pro Alzheimerovu chorobu je charakteristický úbytek šedé hmoty korové i podkorové. V senilních plakách a v cévních stěnách se shromažďuje patologická bílkovina beta-amyloid. Všechny tyto změny postihují zejména systémy zodpovědné za dobré fungování paměťových funkcí (Raboch et al., 2012). Alzheimerova choroba může mít genetický základ, vyskytovat se u více pokrevně příbuzných osob. Existují však i případy, kdy dochází ke genetické mutaci na chromozomech 21, 14 a 1, která vede k ukládání již zmíněné bílkoviny beta-amyloidu. Další genetickou příčinou vzniku této choroby je větší množství aminokyseliny apolipoprotein E epsilon 4, která ve fyziologickém množství přenáší cholesterol. Její funkce je však i u Alzheimerovy nemoci zachována (Jirák et al., 2009).

Alzheimerova choroba se rozvíjí zprvu nenápadně, ale pomalu a trvale se zhoršuje. V brzké době však již dochází k prvním změnám, a to v osobnostních rysech a charakteru člověka. Lidé s touto chorobou na sebe začínají rychle upozorňovat změnami v chování, narušují se jejich vztahy s okolím a začínají mít problémy s krátkodobou pamětí. Ztrácejí zájem v péči o vlastní osobu, zanedbávají osobní hygienu a hůře se orientují. Mohou se u nich objevit i halucinace a bludy (Pidrman, 2007). V pokročilém stádiu nemoci přestává člověk rozpoznávat známé tváře, špatně se orientují v dobře známém prostředí a objevuje se i motorický neklid. Ke změnám poznávacích funkcí se postupně přidávají i změny v citovém prožívání a chování. Řeč

u těchto lidí také nezůstává bez změny. Dochází k zhoršení vyjadřování, porozumění řeči až nakonec může řeč vymizet úplně (Kejklíčková, 2011).

K základním prvkům diagnostiky Alzheimerovy choroby patří velmi podrobná anamnéza. Velmi důležité jsou i neuropsychologické testy jako například test MMSE, testy hodin nebo vyšetření fatických funkcí. Neméně důležité je i neurologické a interní vyšetření, během kterých nesmíme zapomínat i na biochemické vyšetření krve. Pomocí zobrazovacích metod nelze diagnostikovat Alzheimerovu nemoc, ale lze díky nim vyloučit jiné příčiny vzniku neurologických potíží. K prevenci vzniku tohoto onemocnění patří zdravý životní styl (dieta s omezením tuků, pravidelná tělesná aktivita, omezení stresových situací) (Hosák et al., 2015).

Alzheimerova choroba není nemoc, která by se dala úplně vyléčit. Existují pouze způsoby, jak průběh choroby zpomalit a udržet ji co nejdéle v té nejlehčí formě (Jirák, 2014). V nefarmakologické léčbě je velmi důležitá edukace rodiny o vhodných úpravách okolí a o nemoci samotné. Informovat je o důležitosti procvičování paměti s nemocným, o jeho zapojování do společenského života. Při volbě farmakologické léčby se podávají kognitiva, avšak reakce na tato léčiva jsou velmi individuální. Lidé s touto nemocí často spadají do stavu deprese, tudíž je zapotřebí podávat antidepresiva a antipsychotika ke zmírnění bludů a halucinací (Hosák et al., 2015).

Po prostudování problematiky demence, je také dobré získat poznatky o tom, jak s daným nemocným jednat a jak o něj pečovat. Toto všechno je popsáno v další podkapitole.

1.1.2.3 Ošetrovatelská péče u pacienta s demencí

Ošetrovatelská péče o pacienta s demencí má svá určitá specifika na rozdíl od ošetrování jiných pacientů. Potřebují péči jak fyzickou, psychickou, tak i sociální a duchovní (Ødbehr et al., 2015). Při péči o vyprazdňování je dobré naučit pacienta určitému režimu, kdy potřeby vykonává. Při mikci je dobré zvolit interval dvou hodin, nebo ho přizpůsobit potřebám pacienta (Mlýnková, 2010). Je dobré usnadnit pacientovi orientaci a dveře od WC nějakým způsobem označit, například lze na dveře nalepit nějaký obrazec nebo čitelný nápis. Aby se co nejvíce předešlo zranění či bloudění, je dobré zvolit možnost využití WC křesla k posteli, alespoň během noci (Glennner et al., 2012). Pokud je pacient již zcela inkontinentní a nejsou jiné možnosti, přistoupí se na

používání inkontinentních pomůcek. V tomto případě musíme věnovat velkou pozornost riziku vzniku opruzenin (Burda et al., 2016). Z cesty na WC je dobré odstranit co nejvíce překážek, aby přesun byl rychlejší a bezpečnější a zvolit vhodnou židli či křeslo, aby se pacientovi dobře zvedalo a na WC došel včas (Glenner et al., 2012).

Hygienická péče může být velmi obtížná. Je nutné zvolit vhodný styl hygieny. Je potřeba zvážit, zda pacient ve sprchovém koutě postojí nebo raději zvolíme koupací židli či vanu. V případě, že usoudíme, že pacient je schopný osprchovat se ve stoje, je dobré opatřit sprchový kout protiskluzovou podložkou (Mlýnková, 2010). Při hygieně je dobré mít na paměti soběstačnost pacienta. Co si pacient zvládne udělat sám, v tom ho pouze podporujeme (Burda et al., 2016). I u hygienické péče je dobré, pokud to jde, vyslyšet přání pacienta. Lidé staršího věku nemívají k hygieně příliš kladný vztah, proto je vhodné zjistit důvod, proč pacient hygienu odmítá a pokud to jde, pokusit se to vyřešit. Může jít například o stud nebo strach z cizího prostředí. Pokud pacient ani kdysi nebyl zvyklý koupat se každý den, je možné tento jeho zvyk tolerovat (König et al., 2017). U starších lidí se ani denní koupání nedoporučuje, protože mají sušší a křehčí kůži a častým koupáním by se vysušila ještě více. Denně je dobré umýt pouze obličej, ruce, podpaždí a genitálie (Glenner et al., 2012).

U pacientů s demencí by se neměla podceňovat ani výživa. Zpočátku onemocnění mívají pacienti k jídlu velmi kladný vztah, ale to se s postupujícím vývojem výrazně mění (Hauke, 2017). Dalším problémem u přijímání potravy může být také porucha polykání, která zamezuje pacientovi přijímat větší množství stravy. Je zde riziko aspirace, a tak je dobré pacientovi sdělit, že během jídla nebude vedena žádná konverzace. Zamezíme veškerým rušivým elementům, které by mohly pacienta rušit, vypneme rádio či televizi, zmenšíme pohyb lidí v místnosti, kde pacient jí (Mlýnková, 2010). Jídlo by mělo být upravováno přímo před pacientem a nikdy se nemíchají všechny části dohromady (Burda et al., 2016). Pro pacienta je obtížné při jídle používat příbor. Je tedy vhodnější stravu předpřipravit a nechat ho jíst pouze lžící. Během jídla je nutné pacienta hlídat, protože může dojít k aspiraci stravy (Glenner et al., 2012). Z důvodu snížené chuti k jídlu dochází často u lidí trpících demencí k malnutrici. Proto je nezbytné sledovat u těchto pacientů tělesnou hmotnost a schválně zvyšovat energetický příjem (Pidrman, 2007). Malnutrice způsobuje také větší riziko vzniku dekubitů, infekce, pádů i špatného hojení ran (Jansen et al., 2015). V těchto situacích je dobré

využití doplňků stravy ve formě zahuštěných přípravků, které se pacientům i dobře polykají a chutnají jim (Mlýnková, 2010). Co se pitného režimu týče, je dobré se přizpůsobit zvyklostem jednotlivce. Pacienti s demencí nechápou význam pitného režimu. Je dobré podávat pacientovi známé tekutiny ve známém nádobí. Užívání léků by nemělo být součástí jídla, ale měl by se tomu vymezit speciální čas. Je důležité dohlížet nad tím, zda jsou všechny léky užity (König et al., 2017). Velmi vhodnými potravinami jsou ryby a středomořská kuchyně, protože obsahují malé množství nasycených tuků a cholesterolu, což má podle výzkumu kladný vliv na rozvoj nemoci (Jansen et al., 2015).

Jednou z nejvíce důležitých zásad při péči o člověka s demencí je vedení k soběstačnosti. Je dobré zvážit čeho je pacient ještě schopný bez pomoci, k čemu pomoc již potřebuje a co již sám nezvládne ani s pomocí. O těchto poznacích je dobré informovat veškerý ošetřující personál i rodinné příslušníky. Při komunikaci i péči o takového pacienta je dobré se vyzbrojit dostatečnou trpělivostí a dostatkem času (Holmerová et al., 2007). Vhodné je také zapojovat lidi s demencí do společenských akcí nebo jim dopřát jiný sociální kontakt. Velmi vhodnými jsou akce zaměřené na vzpomínání, prohlížení starých fotek nebo různé práce vyvolávající v lidech vzpomínky. Ošetřující personál by měl však věnovat pozornost i víře pacienta. Pokud je pacient věřící, je dobré mu zprostředkovat styk s vírou. Lze využít pouštění bohoslužeb přes média nebo dopřát pacientovi přímou účast na bohoslužbě (Ødbehr et al., 2015).

1.1.2.4 Komunikace s pacientem s demencí

Základem dobré péče o člověka s demencí je komunikace. Je důležité s pacientem mluvit otevřeně a brát v potaz jeho strach a stud, který z dané diagnózy může vyplývat, a to z důvodu stigmatizace dané diagnózy (Ocisková et al., 2015). Díky dobré komunikaci sestry a pacienta lze získat spousty užitečných informací, které nám později mohou výrazně pomoci. Jako první je dobré zjistit stupeň demence u pacienta, co je pro něj stále srozumitelné a co už nikoliv. Do získávání důležitých informací je dobré, pokud je to možné, zapojit i ošetřující osobu a rodinné příslušníky (Ptáček et al., 2011). Komunikace s člověkem trpícím demencí nemusí být vždy jednoduchá, a to z důvodu narušených komunikačních schopností. Může se objevit deficit na úrovni slova, kdy člověk není schopný dané slovo vyjádřit a snaží se ho různými způsoby popsat nebo ho nahradí slovem nadřazeným. Dále pak na úrovni vět, kdy je pro něj velmi složité

dodržovat správný slovosled. A deficit na úrovni textu, kdy pacient není schopen porozumět psanému textu a dát si věci do souvislostí (Cséfalvay et al., 2013). V potaz bychom měli také brát fakt, že ve vyšším věku dochází k fyziologickým změnám. Lidé hůře slyší, hůř se vyjadřují, snižuje se jim tempo řeči a zhoršuje se kvalita hlasu (Hauke, 2017). U některých pacientů je dobré zvážit, zda je vhodné použít ihned ze začátku konverzace otázky zjišťující úroveň jejich orientace. Je lepší začít všeobecnými otázkami a až po zjištění pacientovy nálady přejít k bližším informacím o jeho stavu. Pacient by se totiž mohl urazit a odmítnout další spolupráci (Kučerová, 2006).

Špatně vedená konverzace může ohrozit vzájemný vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem, ale také navodit pacientovi úzkost až frustraci (Jootun et al., 2011). Lidé s demencí jsou velmi citliví na změny prostředí a ošetřujícího personálu, proto je vhodné vést rozhovor v prostředí pro pacienta dobře známém, kde jsou omezeny všechny rušivé elementy, které by mohly kvalitu výsledku výrazně ovlivnit. Během komunikace s pacientem je dobré mluvit pomalu, zřetelně a jasně. U důležitých informací je vhodné je zopakovat a dotázat se, zda byly pochopeny (Schuler et al., 2010). Glenner (2012) ve své knize doporučuje při komunikaci s člověkem trpícím demencí používat tzv. pozitivní interakce. Za pozitivní interakci lze považovat komunikaci co nejvíce přizpůsobenou pacientovi. Existují čtyři základní pravidla pro dobře vedenou pozitivní interakci a to: snažit se být stále příjemní, klidní a dodávat klientovi pocit bezpečí, podporovat pozitivní sebehodnocení, co nejvíce zjednodušit komunikaci a v neposlední řadě používat dostatečně srozumitelnou neverbální komunikaci (Glenner et al., 2012).

Malíková (2010) zase nabízí možnost využití usnadněné komunikace, která je součástí alternativních a augmentativních komunikačních metod. Základ tohoto druhu komunikace je využívání nejrůznějších pomůcek jako například obrázků, předmětů, piktogramů atd. Výhodou usnadňující komunikace je to, že má pacient možnost výběru, může sdělit přání, požadavky. Pacient se do komunikace mnohem lépe zapojí a může se vyjadřovat zcela spontánně bez omezení (Malíková, 2010).

Rozhovor s osobou s demencí není vůbec jednoduchý, a tak je důležité vymezit si dostatek času a vybavit se mírou trpělivosti. Během kontaktu bude nemocný často narušovat svým vyjadřováním plynulost rozhovoru, je zapotřebí to ignorovat a neupozorňovat na chyby (Schuler et al., 2010). Lidé s demencí mívají slovní výpady

vůči lidem kolem sebe. Může docházet ke slovnímu napadání ošetřujícího personálu, obviňování z krádeží či ze špatně prováděné péče. V takových případech musí ošetřující personál zachovat klid a nebrat si to osobně. V žádném případě neodporovat a snažit se pacienta vrátit do reality (Hauke, 2017).

Velmi častou chybou je používání zdvořilých oslovení při oslovování člověka trpící demencí. I u těchto pacientů by mělo zůstat zachováno oslovení „pan“, „paní“ v kombinaci s příjmením. K tykání a používání křestního jména lze přistoupit až v době, kdy pacient na oslovení příjmením nereaguje (König et al., 2017). Naprosto nevhodné je používání otázek začínající slovem „proč?“. Komunikace by totiž měla být na partnerské úrovni nikoliv koncipovaná jako výslech a také pacient většinou neví, proč něco neudělal nebo udělal. Během komunikace je také vhodné pacienta patřičně oceňovat a průběžně shrnovat získané informace (Hauke, 2017). Správně zvolenými technikami a správným vedením rozhovoru sestra nebo jiná osoba vyskytující se v jeho prostředí předchází nechtěným výkyvům nálad, které mohou vést až k agresivitě (Martinková et al. 2012).

Dalo by se říct, že předešlé dvě kapitoly spolu souvisí, po přečtení následující lze dojít k závěru, že všechna tři onemocnění mají velmi společného.

1.1.3 Deprese

Pojem deprese vznikl spojením dvou latinských slov a to slova „primere“ – „tlačit“ a slova „de“ – dovnitř. V českém překladu lze slovo deprese prezentovat jako „sklíčenost“ (Křivohlavý, 2012). Jedná se o nejvíce rozšířenou duševní poruchu, při které je velké riziko sebevražedného chování. Nejčastěji trpí depresí lidé s vážným onemocněním, častěji však ženy (Hosák et al., 2015). U starších lidí je deprese způsobena spojením vysoké nemocnosti, snížením kvality života, úmrtnosti a zhoršující prognózou jejich onemocnění (Drageset et al., 2013). Toto onemocnění nečiní problémy jen pacientovi, ale také osobám v jeho blízkosti, ať už rodině či ošetřujícímu personálu nebo ostatním spolupacientům (Venglářová, 2007). Primárním příznakem deprese je depresivní nálada. Ta se projevuje nechutí k životu, ztrátou zájmů a smutkem. Musí však přetrvávat minimálně dva týdny. Nejsilnější ataky mívají pacienti ráno, kdy mají pocit, že jsou bez energie. Začnou přemýšlet nad pocity viny, méněcennosti a bezvýchodnými situacemi. Toto všechno může vést až k myšlenkám na smrt nebo dokonce k plánování sebevraždy (Orel et al., 2016). Příznaky vzniku deprese nejsou zcela jasně definované. Můžou to však být různé neurologické změny, vliv sociálního

prostředí a u žen poporodní období (Hosák et al., 2015). U lidí s vyšším věkem může docházet k záměně demence a deprese z důvodu velmi podobných symptomů. Ve spoustě případů deprese demenci doprovází a zhoršuje tak již složitý vývoj onemocnění (Holmerová et al., 2011). U lidí trpících již chronickou depresí je prokázána fyzická a psychická komorbidita a také funkční omezení, na rozdíl od lidí s akutními epizodami, u kterých toto prokázáno nebylo (Wolf et al., 2017). V případě podezření na to, že člověk trpí depresí, je důležité vyšetření psychiatra a zvolení správné léčby. Je však také důležité zvážit možnost užívání antidepresiv. Často totiž dochází k jejich nepřiměřenému užívání (Čevela et al., 2012).

1.1.3.1 Diagnostika deprese

Při diagnostice deprese je nejdůležitější podrobná anamnéza a prozkoumání psychopatologie a neurosomatického stavu. V anamnéze je důležité zaměřit se na výskyt duševních poruch v rodině, na náročné životní události a na farmakologickou léčbu. Důležité je taky zeptat se na užívání alkoholu a drog, ty můžou výrazně ovlivnit vznik deprese (Hosák et al., 2015). Chce-li si být lékař opravu jistý, zda se jedná o depresi, je nutná hlubší diagnostika. Hlubší diagnostika spočívá v tom, že pacient musí splňovat alespoň pět z devíti kritérií, kterými jsou: depresivní nálada, ztráta zájmu o klasické činnosti, ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku, změna psychomotorického pohybu, ztráta energie, sebeobviňování, zhoršené soustředění a suicidní chování (Křivohlavý, 2012).

1.1.3.2 Terapie deprese

Deprese se dá léčit dvěma způsoby, a to psychoterapií a farmakoterapií. Oba dva způsoby mají, až na malé rozdíly, pozitivní výsledky (Češková, 2011). Léčba pomocí farmak se dá rozdělit do 3 fází. První fází je léčba akutní deprese, doba trvání této fáze je od 1 do 2 měsíců. Druhá fáze je pokračovací fáze, která slouží k udržení stabilizovaného stavu po zvládnutí akutní epizody. A třetí fází je fáze udržovací. Jedná se o dlouhodobou léčbu, která má zamezit vrácení se akutní formy (Hosák et al., 2015). K léčbě se nejčastěji používají kromě klasických tricyklických antidepresiv také specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a inhibitory se zpětným vychytáváním serotoninu a noradrenalinu (SNRI) (Češková, 2011). Při ukončení léčby může však zejména u těchto dvou léků dojít k tzv. syndromu z náhlého vysazení. Tento syndrom se projevuje závratěmi, nauzeou, úzkostmi, průjmy, tremorem a podrážděností.

Pokud toto nastane, je nutné se k dlouhodobé léčbě zase vrátit. Antidepresiva se tedy musejí vysazovat velmi pomalu (Hosák et al., 2015).

S depresivním pacientem se za svoji kariéru setká snad opravdu každý, proto je důležité vědět, jak k němu přistupovat. To je popsáno v podkapitole níže.

1.1.3.3 Ošetřovatelská péče u pacienta s depresí

Je zcela nepřijatelné nechat pacienta trpícího depresí napospas sobě samému. Ve stavech deprese nemusí být pacient schopen postarat se sám o sebe. Je tedy potřeba dohlížet nad hygienou, stravováním a aktivitu pacienta (Venglářová, 2007). V akutním stavu pacienta je důležité věnovat velkou pozornost bezpečí pacienta. Při příjmu je dobré pacienta uložit na pokoj blízko sesterny kvůli stálému dohledu. Z pacientova dosahu se musí odstranit předměty, kterými by si mohl ohrozit na životě. Z důvodu rizika sebevražedného chování je důležité kontrolovat užití léků, pacient si je může někde uchovávat a později požit všechny naráz (Petr et al., 2014). Pacienti také často trpí narušením spánku, obrátí se jim denní režim. Je vhodné nenechávat pacienta pospávat přes den a snažit se ho nenásilným způsobem zapojovat do nějaké aktivity (Venglářová, 2007). S přehozeným režimem také souvisí snížená aktivita. Pacient většinou nevyhledává společnost a zůstává uzavřen na pokoji. Tady je důležitý dohled sestry a její snaha motivovat, aby neupadal do těžkých stavů, ale snažil se i nadále pečovat o svoji osobu. Ztrácejí také chuť k jídlu a sexuální libido. Sestra také musí hlídat příjem a výdej tekutin, aby nedocházelo k úmyslné dehydrataci. I z tohoto důvodu je u těchto pacientů riziko zácpy (Petr et al., 2014).

1.1.3.4 Komunikace s depresivním pacientem

Komunikace ani péče o depresivního pacienta není vůbec jednoduchá. Na většině lidí trpících depresí vidíme odměřenost, nechut' spolupracovat a navazovat jakékoliv kontakty. Tato nechut' může při špatné komunikaci a manipulaci dojít až do agrese (Venglářová, 2007). Při komunikaci s depresivním pacientem je důležité dodržovat pár základních kritérií. Prvním z nich je jednoduchost. Věty by měli být stručné a výstižné. Komunikující by měl sdělovat pacientovi jen ty nejdůležitější informace a přesvědčit se o jejich pochopení. Vyvarovat by se měl především humoru. Dalšími kritérii jsou stručnost, zřetelnost a hlavně vhodné načasování. Načasování je dobré zvolit hlavně u vážných témat. Pacientovi by měli být připraveny vhodné podmínky navozující pocit

bezpečí (Gulášová et al., 2014). Pokud depresivní člověk začne mluvit o sebevraždě, je velmi vhodné s ním o problému mluvit. Rozhovor na toto téma může pacientovi pomoci zjistit jiné možnosti řešení jeho situace, na které by sám ani nepřišel. Pomůžeme tak pacientovi vypadnout z kolotoče negativních myšlenek, ze kterých se sám již dostat nedovede (Honzák, 2015). V komunikaci s depresivním musíme také vyvinout svou aktivitu, protože bez naší aktivity by nemuselo k zahájení konverzace ani dojít. S tím také souvisí, že musíme být ochotni omezit své pohodlí a plně se přizpůsobit pacientovi. Ovšem náš zájem musí být opravdový, protože pacient by mohl náš předstíraný zájem odhalit a uzavřít se do sebe ještě víc. Ať už nám pacient svěří cokoli, musíme si k němu stále udržet úctu (Křivohlavý, 2013). Velmi častou chybou v komunikaci s depresivním pacientem je bagatelizace a zlehčování problémů. Tímto způsobem u pacienta vyvoláme odpor, protože pro něj jsou jeho nynější problémy neřešitelné a má dojem, že nikdo jiný to není schopen pochopit. Pacient by se také neměl nutit k rozhodování o své budoucnosti, v této situaci mu to totiž nepomůže (Venglářová, 2007). Co se neverbální komunikace týče, je dobré navodit chápavý, vstřícný a povzbudivý pohled. Naše postavení těla by mělo vzbuzovat pohodu a klid. Je důležité také zvolit vhodné tempo řeči i pohybu. V komunikaci s depresivním jsou velmi důležité schopnosti sester a také jejich zkušenosti, protože právě ony tráví s nemocným většinu jeho času a musí všechny situace zvládat s ním (Gulášová et al., 2014).

Při péči o náročné pacienty jsou na ošetřující personál kladeny velké nároky, a ne každý je schopný tento nátlak vydržet. Proto se u některých z nich může projevit syndrom vyhoření, který je stručně popsán v další kapitole.

1.2 Syndrom vyhoření

Když v práci přicházíme do kontaktu s lidmi, jejich problémy, bolestmi a starostmi, je možné, že by nás mohl postihnout tzv. syndrom vyhoření nebo také burn – out. Jedná se o vyprahlost či vypálení jedince v jeho pracovním přístupu (Venglářová et al., 2011). Tento stav je nejčastěji spojen s velkou koncentrací stresorů a velkým očekáváním. Lidé, kteří na sebe kladou příliš velké požadavky, mají k tomuto syndromu mnohem blíž než lidé, kteří lépe snášejí vlastní selhání (Mlýnková, 2010). Ve většině případů je syndrom vyhoření spojován s velkým množstvím stresu. Stres je stav, kdy má člověk pocit, že před ním stojí těžká situace nebo nepříjemnosti, kterým se nedokáže vyhnout a nejdou otočit v jeho prospěch (Prieß, 2015). Při podezření na syndrom vyhoření je

důležité vyloučit tři věci, které mají podobný charakter, a to, když má pracovník nedostatečné vzdělání a kompetence, krizi v soukromém životě anebo příznaky nějaké psychické poruchy (Venglářová et al., 2011). Každý stres však nemusí být vnímaný negativně. Hans Selye rozdělil stres na dobrý a špatný a nazval je eustres a distres. Avšak se častěji setkáme s tím „špatným“ (Prieß, 2015). Syndrom vyhoření má pět fází. První fází je nadšení, člověk žije s nějakými svými ideály a plány. Za druhé je to stagnace, kdy jedinec o své sny a ideály přichází a dostává se do stereotypu. Třetí fází je frustrace, kdy začíná člověk přemýšlet nad smyslem práce, kterou vykonává. Za čtvrté je to apatie, myslí si, že situace se nedá změnit a ve svém zaměstnání setrvává. A pátou fází je vyčerpání, kdy se začnou objevovat typické příznaky (Klevetová, 2011). Příznaky stresu lze rozdělit do tří skupin a to fyziologické, psychické a behaviorální. Poslední skupina příznaků se zaměřuje na změny chování, které bývají nejčastější. Patří sem například nerozhodnost, problémy s denním režimem, nářky, ztráta chuti, nepozornost, zvýšené kouření a zhoršená kvalita práce (Křivohlavý, 2010). Mlýnková (2010) rozděluje projevy do pěti skupin. V první z nich se s Křivohlavým (2010) shodují, jsou jím psychické projevy jako například bezmocnost, úzkost či deprese. Ve druhé můžeme podobnost také najít, jedná se o projevy somatické. Sem můžeme zařadit poruchy spánku, zvýšenou citlivost na nemoci nebo útěk k nikotinu či kávě. Třetí a čtvrtou skupinu uvádí již jen Mlýnková (2010), pojednávají o vztahu k pacientům, k práci a sociálním vztahům. Poslední skupinou jsou ne úplně typické příznaky jako například kousání nehtů, podupávání nohou anebo shrbená chůze (Mlýnková, 2010).

Rizikovými faktory pro vznik syndromu vyhoření v práci sestry je bezpochyby mnoho. Kelnarová a kolektiv ve své knize uvádějí šest nejčastějších: zvýšená pracovní zátěž, nedostatek samostatnosti, nedostatek uznání, špatný kolektiv, nespravedlnost a konflikty hodnot (Kelnarová et al., 2014). Stock (2010) ve své knize udává ještě obecné rizikové faktory. Jedním z nich je nejistota pracovního postu nebo strach z globalizace, kdy se zaměstnanec obává přesunu jeho pracovního místa. Dalšími jsou například změny pracovní doby nebo přílišná pracovní vytíženost (Stock, 2010).

Prevencí syndromu vyhoření jsou dva postupy - interní a externí. V interním postupu se zaměřujeme na člověka jako jedince. U lidí v ohrožení chybí chuť riskovat, schopnost všechno si detailně naplánovat a schopnost subjektivně vnímat svůj úspěch. Mezi externí postupy patří hlavně podpora z okolí. Nejvíce prospěšné jsou rady a zkušenosti ostatních lidí, kteří si vyhořením již prošli nebo se s někým takovým setkali (Kelnarová

et al., 2014). A jak proti stresu bojovat? Křivohlavý (2010) ve své knize nabádá k položení otázky, zda chceme bojovat nebo ho chceme i nadále snášet. Když si to zodpovíme, jsou dvě možnosti: buď odstraníme stresor, nebo posílíme vlastní síly (Křivohlavý, 2010).

Pokud chceme syndromu vyhoření předejít, je dobré se starat o svou duševní hygienu. Stručný přehled, jak dosáhnou dobré duševní hygieny, je popsán v následující podkapitole.

1.2.1 Duševní hygiena

Duševní hygiena je soubor pravidel a doporučení, které slouží k navrácení, utužení nebo udržení duševního zdraví a rovnováhy. Díky ní můžeme zmírnit anebo se dokonce zbavit depresí a neuróz (Kelnarová et al., 2014). Ke správné duševní hygieně je zapotřebí změny postoje k sobě samému. Je potřeba, aby člověk přijímal své selhání, nesnažil se pro všechny obětovat a naučil se pochválit i za maličkosti. Velmi důležité je naučit se používat slovo „ne“, nesnažit se řešit problémy za druhé a dopřát si občas odměnu. Je dobré vyměnit slovní spojení „musím“ za „rozhodla jsem se“. A hlavně je dobré udržet si radost z práce a úsměv na tváři (Klevetová, 2011).

S duševní hygienou také souvisí péče sama o sebe. Důležitým aspektem je dodržování správné výživy (Kopecká, 2014). Machová (2015) ve své knize udává, že je důležitá jak kvalita, tak i kvantita stravy. Příjem naší energie musí odpovídat i výdeji, ale zároveň musí být strava pestrá a vyvážená. Nesmíme zapomínat ani na kvalitní pitný režim, voda totiž slouží jako transport a rozpouštědlo (Machová et al., 2015). Další důležitou součástí péče o duševní hygienu je pohybová aktivita, spánek, odpočinek a relaxace (Kopecká, 2014). Je vhodné rozdělit si den na práci a odpočinek. Většina lidí to má ale rozdělené na práci a volný čas, což není to samé. A to z důvodu, že ve volném čase děláme leckdy věci stejné jako v práci a při odpočinku bychom měli dělat věci jiné. Existují i zásady pro kvalitní odpočinek: odpočinout si máme ihned, co pocítíme únavu; dělat zcela jiné aktivity, než děláme obvykle; při odpočinku nehrát na výkon; zvolit aktivitu, kdy je vyvíjena nějaká činnost; část odpočinku být o samotě a v neposlední řadě obměna. Neméně důležitou částí je i spánek, u kterého je také důležitá kvalita, ale také pokud je to možné pravidelnost (Čeledová et al., 2010). Pro uvolnění a odpočinek lze zvolit i relaxaci. Křivohlavý (2010) ve své knize rozděluje relaxace do dvou skupin: spontánní relaxace a diferencovaná relaxace. Spontánní relaxace provádíme bez

předešlého plánování. Jedná se o spánek či odpočinek, který však musí ve spánek přejít. Naopak diferencovaná relaxace je naplánovaná a člověk ji může provádět i v bdělém stavu. Vhodným odpočinkem může být i procházka či pouze dechová cvičení (Křivohlavý, 2010).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit problematiku ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“.

Cíl 2: Zjistit jaký přístup mají sestry k „nechtěnému pacientovi“.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká specifika obsahuje práce s „nechtěným pacientem“?

VO2: Jaký mají sestry přístup k „nechtěnému pacientovi“?

VO3: Jak sestry komunikují s „nechtěným pacientem“?

VO4: Co činí sestřám největší problém v péči o „nechtěného pacienta“?

2.3 Operacionalizace pojmů

2.3.1 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je komplexní soubor, který se zaměřuje na podporu, udržení a znovu navrácení zdraví. Pomáhá člověku udržet si soběstačnost a zmírňovat jejich obtíže v době nemoci. Je nedílnou součástí prevence, diagnostiky, terapie, ale také i rehabilitace.

2.3.2 „Nechtěný pacient“

Pojem „nechtěný pacient“ nemá nikde žádnou přesnou definici, avšak byl, je a bude součástí ošetrovatelské péče. Každý si pod tímto pojmem dokáže něco představit a názory se budou lišit. Do této skupiny lze zařadit kohokoliv, kdo nám svým chováním, vystupováním či reakcemi znepříjemňuje nebo dokonce znemožňuje poskytovat komplexní a profesionální péči.

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumného šetření

Pro empirickou část bakalářské práce byla použita kvalitativní metoda sběru dat v podobě polostrukturovaného rozhovoru. Jednalo se o anonymní šetření, které se zaměřovalo na sestry pracující s „nechtěnými pacienty“. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu roku 2018. Šetření bylo zahájeno po udělení písemného souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, dále po slovním souhlasu vrchních sester jednotlivých oddělení a v neposlední řadě po slovních souhlasech dotazovaných sester. V souladu se zachováním přislíbené anonymity není tento souhlas součástí bakalářské práce, ale je možné do něj nahlédnout u autorky této práce.

Otázky k rozhovorům byly předem připraveny a v průběhu vedení rozhovoru ještě doplňovány otázkami vyplývajících z průběhu rozhovoru. Rozhovor tvořilo 31 otázek, které byly směřované na danou problematiku (viz Příloha 1). Sestrám byly pokládány zprvu všeobecné otázky, které mapovaly délku praxe, dosažené vzdělání a představu o pojmu „nechtěný pacient“. Poté se přešlo na specifické otázky týkající se dané kategorie pacientů, nejprve pacienta agresivního poté pacienta s demencí a s depresí. Předposledním okruhem otázek byly otázky zaměřující se na komunikaci všeobecné a v poslední kategorii na vliv „nechtěných pacientů“ na sestru.

Před samotným zahájením rozhovorů byli probandi obeznámeni s tématem práce a byl jim lehce nastíněn obsah rozhovoru. Poté byli utvrzeni v anonymitě jak jejich osob, tak i oddělení a stanic, na kterých vykonávají svou práci. Jako poslední otázka před samotným začátkem bylo, zda souhlasí s nahráváním rozhovorů na diktafon. Nastala situace odmítnutí 7 probandů s nahráváním a z toho důvodu bylo přistoupeno na zaznamenávání rozhovorů písemnou formou. Zbýlých 8 probandů souhlasilo s nahráváním pod slibem neuveřejňování nahraného materiálu. Bylo jim to přislíbeno i z toho důvodu, že během rozhovorů byla několikrát zmíněna jména pacientů i instituce, a tak není pořízený materiál součástí práce. Pořízený materiál byl přepsán a informace, které by porušily anonymitu, byly vynechány (viz Příloha 2). Jedná se o sestry pracující na interním, chirurgickém oddělení a oddělení následné péče. Tato oddělení byla vybrána pro jejich rozsáhlost zájmu a pro velký počet pacientů. Ukázalo se, že výběr oddělení byl vhodný právě pro velkou koncentraci rozmanitých typů pacientů.

Jednotliví dotazovaní jsou označeny písmenem P (proband) a byla jim přiřazena pořadová čísla na základě doby vzniku, například P1, toto označení znamená první sestra, se kterou byl rozhovor proveden. Po tomto rozdělení došlo na zpracování přepsaných rozhovorů pomocí metody „tužka a papír“. Švaříček (2014) tento styl zpracování nazývá kódováním v ruce, kdy si v textu tvoříme jednotlivé kategorie (Švaříček et al., 2014) (viz Příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka č. 1: Identifikační údaje dotazovaných sester

Proband	Doba praxe	Dosažené vzdělání	Předěšlá pracoviště
P1	36 let	SZŠ + ARIP	Jesle, nedonošenci, interna
P2	33 let	SZŠ	Jesle, zubní, ONP
P3	30 let	SZŠ	Chirurgie, plicní, obvod, interna
P4	2 roky	SZŠ	ONP
P5	2,5 roku	VŠ – Bc.	ONP
P6	6 let	VŠ – Bc.	ÚRO, interna
P7	3 roky	VŠ – Bc.	ONP
P8	24 let	VŠ – Mgr.	Neurologie, traumatologie, interna
P9	29 let	SZŠ + ARIP	Kardiologie, ARO, chirurgie
P10	1 rok	SZŠ	Interna
P11	2 roky	VŠ – Bc.	ONP
P12	10 let	SZŠ	Chirurgie
P13	5 let	VOŠ – Dis.	Chirurgie
P14	17 let	SZŠ	Chirurgie
P15	2 roky	SZŠ	Chirurgie

Zdroj: vlastní

Vysvětlivky:

P = proband

SZŠ = střední zdravotnická škola

VŠ – Bc. = Vysokoškolské vzdělání zakončené bakalářským titulem

VŠ – Mgr. = Vysokoškolské vzdělání zakončené magisterským titulem

VOŠ – Dis. = Vyšší odborné vzdělání zakončené titulem Dis.

Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka s údaji o probandech - doba praxe, nejvyšší dosažené vzdělání a předešlá oddělení, na kterých pracovali. Z tabulky lze vyčíst, že průměrná doba praxe dotazovaných probandů je 13 a půl roku. Proband s nejdelší praxí je proband s číslem 1, jeho praxe trvá již 36 let. Naopak s nejnižším počtem odpracovaných let je proband s číslem 10, ten je v praxi teprve něco málo přes rok. Dále může z tabulky vyčíst, že nejvíce dotazovaných má pouze střední zdravotnickou školu, vysokoškolské vzdělání má pouze 5 probandů, z toho jeden má vzdělání magisterské a jeden proband dosáhl vzdělání na vyšší odborné škole.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace na základě rozhovorů se sestrami

1. „Nechtěný pacient“

- a) Pojem „nechtěný pacient“
- b) Skupiny „nechtěných pacientů“
- c) Nejčastěji vyskytovaní „nechtěný pacienti“
- d) Pocity vyvolávající „nechtěným pacientem“
- e) Největší problém při poskytování ošetrovatelské péče
- f) Schopnost komunikace s „nechtěným pacientem“
- g) Úroveň znalosti v problematice dle probandů

2. Agresivní pacient

- a) Strategie při verbálním napadení
- b) Strategie při nonverbálním napadení
- c) Chyby při ošetřování agresivního pacienta z pohledu probandů
- d) Komunikace s agresivním pacientem

3. Pacient s demencí

- a) Ošetrovatelská péče u pacienta s demencí
- b) Problémy při poskytování péče pacientovi s demencí

4. Depresivní pacient

- a) Poskytování ošetrovatelské péče pacientovi s depresí
- b) Komunikace s depresivním pacientem

4.1.1 „Nechtěný pacient“

Podkategorie – 1) Pojem „nechtěný pacient“

V názoru na pojem „nechtěný pacient“ se probandi shodují jen velmi málo. Proband P4, P12, P13 a P14 uvedli, že je pro ně „nechtěný pacient“ ten, kterého prostě nechtějí. P13 dodává, že „*ale to mi u tohoto povolání přijde nemožné*“. Probandi P3 a P11 tyto pacienty označují za problémové, P3 ještě dodává, že je to i nepřizpůsobivý pacient. P11 k tomu ještě dodává, že „nechtěný pacient“ je pro ni i ten, který jí svým chováním i obtěžuje a vyvádí z míry. Probandi P1, P8 a P9 souhlasně uvádí, že s „nechtěným pacientem“ bude obtížnější komunikace. P9 tohoto pacienta označil za náročného. Zároveň se P1 shoduje i s P2 v názoru, že s tímto pacientem bude i špatná spolupráce. P1 ještě dodává, že je pacient „nechtěný“ „*když přijde špinavý a například i pomočený*“. Proband P5 se se svou výpovědí neshoduje s nikým, vypovídá totiž, že je to pacient, o kterého se nerad stará, tuto výpověď ještě doplnil slovy „*samozřejmě, že veškerou práci u tohoto pacienta vykoná, ale třeba ne úplně s radostí*“. P7 uvedl, že je to pro něj pacient, kterému by se nejraději vyhl, avšak vzápětí dodává: „*v našem povolání si nemůžeme dovolit rozdělovat pacienty na chtěné a nechtěné*“. P6 a P15, že je to pacient, který potřebuje častější kontrolu, a tudíž i více času. P15 dodává, že je to pacient, který mu ztěžuje práci. Jediný proband P10 uvedl, že je to pacient, který v něm vzbuzuje strach z jeho ošetřování.

Podkategorie – 2) Skupiny „nechtěných pacientů

Na otázku, koho by do této skupiny zařadili, už bylo v odpovědích mnohem více shod. Naprosto všichni probandi se shodli na pacientovi agresivním, depresivním a trpícím demencí. U pacienta s depresí to nebylo úplně tak zřejmé, probandi uváděli pacienty psychiatrické a úzkostné, z čehož lze odvodit, že se může jednat také o pacienty s depresí. P3 ještě tyto tři skupiny doplňuje o pacienta, který není schopen pochopit, co po něm chce a pacienta nekomunikujícího. Na nekomunikujícím pacientovi se shoduje ještě s P13, P5, P10 a P15 uvádějí ještě bezdomovce. P5 má shodu ještě s P6, P12 a P14, a to s pacientem zmateným. Během odpovědi na tuto otázku padl i pacient infekční, kterého zmínili P5, P7 a P15. P9 v odpovědi na tuto otázku jako jediná zmínila pacienta obézního. Odpověď P6 a P14 obsahuje ještě pacienta alkoholika. Výpověď P4 ještě obsahuje pacienta, který si pořád na něco stěžuje, P6 by do této skupiny zařadil i „*věčné stěžovatele na všechno*“, na tom se shoduje i s P8. Skupinu, kterou popsal P8 je

doplněna ještě o „příliš pasivního nebo příliš aktivního, obtěžujícího, familiárního a nedůvěřivého“. P11 ještě ke shodné výpovědi dodal pacienta neukázněného, arogantního a toho, který vyžaduje neustálou pozornost. S arogantním pacientem souhlasí i P14, který ještě dodává pacienta kuřáka. V odpovědích se vyskytnul i pacient umírající, kterého zmínil P15.

Podkategorie – 3) Nejčastěji vyskytovaní „nechtěný pacienti“

V této podkategorii se všech patnáct probandů shoduje na pacientovi agresivním, depresivním a trpícím demencí. P11 agresivního pacienta specifikuje pouze slovní agresí a přidává ještě častější výskyt pacienta arogantního. P1 svou výpověď doplňuje: „*občas se objeví i agresivní pacient, ale většinou to bývá jen reakce na nemoc*“. Velmi často se probandi 5, 6, 12 a 14 setkávají s pacientem zmateným. Při položení této otázky byl uveden i častější výskyt bezdomovce jako pacienta, toho nezapomněli zmínit probandi 2, 5 a 15. P2 a P15 zmínily pacienta infekčního, P2 dodal: „*ještě mě napadli lidé se svrabem, ale ty tu často nemíváme*“. P13 zmiňuje, že se ve své praxi setkává často i s nekomunikujícími, které v předešlé otázce označil za „nechtěné“. Vzájemnou shodu o četnosti výskytu arogantního pacienta mají P11 a P14. P11 zmínil ještě i pacienta, který vyžaduje neustálou pozornost. P8 se ve své praxi, kromě agresivního, depresivního a trpícího demencí, také často setkává s pacientem, který je příliš aktivní a s úzkostným. Na úzkostném pacientovi se shoduje s P7. Jelikož spousta lidí kouří, je logické, že se s nimi P14 ve své praxi setkává velmi často a i přesto takového pacienta označil za „nechtěného“. Zmiňuje ještě pacienty alkoholiky, s touto výpovědí se ztotožňuje i P6. P15 se dle výpovědi poměrně často setkává i s pacientem umírajícím. P9 se velmi často setkává i s pacientem obézním, který mu činí takové problémy, že ho označil za „nechtěného“.

Podkategorie – 4) Pocity vyvolávající „nechtěným pacientem“

V této podkategorii jsou shrnuty pocity, které „nechtěný pacient“ v probandech vyvolává. Nejčastější odpovědí byl strach, takto odpověděli probandi 4, 6, 7, 10, 11, 12 a 15. P7 říká: „*v sobě mám kolikrát strach, abych se chovala správně*“. Výpověď s podobným významem má i P15, ten udává, že: „*strach, jestli všechno zvládnou v klidu, někdy dokonce i lítost*“. P10, 11 a 12 strach přímo nespecifikovali. Pouze P4 konkrétně uvedl: „*občas se ho i bojím*“. P6 má strach v jakém rozpoložení pacient zrovna bude. P10, 11 a 13 se shodují na tom, že v nich „nechtěný pacient“ vzbuzuje bezmoc. Péče

o takové pacienty může v personálu vyvolat i nejistotu, tu uvedli jen dva probandí, a to P11 a P12. P1 na tuto otázku odpověděl následovně: „*já se vždycky do toho pacienta vcítím, protože ty lidi vůbec neví, kdo jsou a kde jsou. Napojím se na jejich vlnu a snažím se je pochopit*“. P14 odpověděl velmi jasně a stručně: „*asi jen pocit marnosti a zbytečnosti*“. V P12 péče o tyto pacienty vzbuzuje i pocit smutku. P2 je jediný proband, který vypovídal následovně: „*bohužel se ve mně někdy zvedá agrese, ale zatím ji zvládám ovládat*“. P8 uvádí, že nemá z komunikace s „nechtěným pacientem“ radost, ale snaží se k němu přistupovat asertivně. P13 v jistých případech pociťuje i jisté zklamání. P3 odpověděl jasně a stručně, negativní. Docela rázně a bez většího přemýšlení P4 říká, že ne moc příjemné. Jediný, kdo odpověděl neutrálně je P9, který řekl: „*asi nijak zvláštní, pacient jako pacient*“. P5 při kontaktu s těmito pacienty pociťuje stres a vyšší tlak než u jiných pacientů.

Podkategorie – 5) Největší problém při poskytování ošetrovatelské péče

Tato podkategorie je zaměřená na největší problémy, které péče o „nechtěného pacienta“ způsobují ošetrovatelskému personálu. Šest z dotazovaných probandů odpovědělo, že největší problém je komunikace. Další nejčastější odpovědí bylo to, že je největší problém neschopnost nebo odmítání spolupráce. P3, 4 a 14 odpověděli, že je velmi obtížné poskytovat někomu péči a léčit ho, když to odmítá. P4 přesně říká, že „*občas mojí péči odmítají, kolikrát nemůžu kvůli jednomu pacientovi dělat pořádně ostatní práci*“. P5 vypověděl, že za největší problém považuje vůbec zvládnutí péče tak, jak se má a taky trpělivost, která je v péči o tyto pacienty nepostradatelná. Podle P8 se snaží sestry těmito pacientům vyhnout a může zde dojít k zanedbání péče. P10 za největší problém považuje nevyzpytatelnost pacientova chování. P7 kromě komunikace dodává okamžité předsudky vůči pacientovi. Jediný P9 sdělil, že největší problém je psychická a fyzická zátěž. P1 vypověděl: „*nedostatek personálu, jinak nemám problém*“. P6 neuvedl žádné úskalí, tuto otázku pouze okomentoval slovy: „*péče by měla být pro všechny stejná a neměli by se dělat rozdíly*“.

Podkategorie – 6) Schopnost komunikace s „nechtěným pacientem“

Podkategorie 6 je určená určité sebereflexi, a to konkrétně kvalitě komunikace a znalostem v péči o „nechtěného pacienta“. P1, 4, 5 a 12 uvedli, že komunikaci zvládají dobře. P2 a P3 odpověděli, že komunikaci zvládají, P2 doplnil: „*já to zvládám s tím, že se vždycky vyřvu vedle*“. P10 ohodnotil své komunikační schopnosti za

průměrné. P9 si myslí, že komunikuje na profesionální úrovni, aby neměl později výčitky. P6 úplně přesně neohodnotil úroveň své komunikace, ale sdělil, že: „*ošetřovatelská péče je kolektivní, proto záleží, s kým jste v práci*“. Ještě doplnil, že pokud je tým sehraný, nedochází kvůli neshodám pracovníků ke zbytečné provokaci pacienta. Odpověď P14 byla velmi stručná, uvedl, že komunikuje v mezích slušnosti. P8 se dle výpovědi snaží všem vyhovět, což ho staví do velmi těžké pozice, kdy toho tito pacienti začnou využívat. P11 uvádí, že komunikaci zvládá někdy lépe a někdy hůř. P7 odpověděl: „*myslím si, že se vcelku snažím, aby komunikace byla co nejlepší*“. P15 říká, že úroveň komunikace je velmi těžké zhodnotit a v některých situacích to není vůbec jednoduché. Jediný proband, který svou komunikaci zhodnotil negativně je P13, uvedl: „*bohužel si musím přiznat, že špatně. Jsem velmi výbušný typ člověka, a to je asi největší problém*“.

Podkategorie – 7) Úroveň znalostí v problematice dle probandů

Na otázku, za jsou znalosti probandů dostačující odpověděli P4, 5, 9, 12 a 13, že ano. P2, 6, 7 a 11 odpověděli, že jejich znalosti jsou zapotřebí ještě zlepšovat. P1 vypověděl: „*myslím si, že za ty léta praxe, jsou dostačující*“. P10 označil své znalosti za průměrné, dodal: „*jistě by neuškodilo nějaké to školení zabývající se touto problematikou*“. P14 nedokázal své znalosti zhodnotit, ale zatím vše probíhalo bez problému. P2 si přiznává, že je potřeba ještě něco doladit, ale jinak jsou obstojné. Pouze tři probandi uvedli, že jejich znalosti nejsou dostačující, P3 to komentuje: „*každý máme rezervy a nikdo nejsme dokonalý*“.

4.1.2 Agresivní pacient

Podkategorie – 1) Strategie při verbálním napadení

V této podkategorii zjišťujeme strategii ošetřovatelského personálu při verbálním napadení pacientem. Osm probandů se shodlo na tom, že prostě nereagují na verbální útok. P5, 7, 8, 11, 12 a 13 odpověděli, že je důležité zachovat hlavně klid, jak v reakcích, tak i v hlase. P10 volí strategii, že nechá pacienta hovořit o svém problému a čeká, až se jeho verbální agrese zmírní. P11 se snaží pacientovi neodporovat a hlavně se s ním nehádat. P13 k udržování klidu dodává: „*nenechat se vyprovokovat, to mi dělá docela problém, tak radši odejdu*“. P15 se při kontaktu s verbálně agresivním snaží nenechat se vyprovokovat k útoku. P2 se při komunikaci s agresivním snaží vyjadřovat

pouze k věci, kvůli které za ním jde. P7 se snaží nechovat nadřazeně a nezvyšovat hlas. P9 má své postupy a říká: „*slušnost, oční kontakt*“, k tomu však dodává, že: „*někdy může i dlouhý oční kontakt vyvolat agresí, člověk proto musí správně odhadnout tu dobu*“. Zato P1 se drží svého pravidla všechno pacientovi vysvětlit, že to není tak, jak to vypadá.

Podkategorie – 2) Strategie při nonverbálním napadení

Tato podkategorie je zaměřená na strategii, kterou volí ošetřující personál při nonverbálním napadení. Čtyři probandi volí strategii otevřených dveří, P15 přesně udává: „*technika otevřených dveří, abych když tak mohla utéct*“. P2, 3, 7, 8 a 13 se shodují na tom, že v případě fyzického napadení budou volat pomoc. P2 a P8 tuto pomoc specifikují na nemocniční ochranku. P8 to dokonce uvedl jako jedinou strategii, kterou v tomto případě používá. Okomentoval to slovy: „*nebudu se přeci vystavovat nebezpečí, když mám možnost využít profesionály*“. Jen P12 a P14 ve své odpovědi řekli, že by fyzickou agresí řešili pomocí prostředků omezujících v pohybu. P12 se k tomuto řešení přiklání na 100% a jinou možnost řešení neuvedl, ale plně si uvědomuje, že pacient omezený v pohybu vyžaduje specifickou péči: „*při kurtování je nutná speciální péče, pacient je zcela omezen v pohybu, tak se u něj musí zvýšeně hlídat hydratace a taky prokrvení končetin*“. P2 a P3 by se v tomto případě snažili pacienta nějakým způsobem uklidnit. P3 svou výpověď doplňuje slovy: „*ustoupit a nechat ho být, určitě se nebudu pouštět do přímého kontaktu*“. Pouze P2 řekl, že pokud se v místnosti nachází ještě jiný pacient, prvotně by zachránil jeho. P9 by tento konflikt řešil farmaky a konzultací s lékařem. Velmi specifickou strategii uvedl P5: „*zde většinou volím taktiku, kdy se jich zeptám, proč nás bijí, na chlapy zabírá taktika: „Vy mlátíte ženský?“ Tahle věta mě ještě nikdy nezklamala*“. P7 svou výpověď ještě doplnil tím, že se hýbe velmi pomalu a pozoruje chování pacienta. Chytnutí za ruce a snahu vysvětlit situaci volí v tomto případě P1. P6 volí jasnou strategii a tou je odchod z pokoje a uvádí: „*nenechám se dobrovolně zmrzačit*“. P10 a P13 si od těchto pacientů drží dostatečný odstup. Útok na obranu volí pouze P4, komentuje to slovy: „*ale snažím se pacientovi neublížit*“. P11 nebyl schopný na tuto otázku odpovědět, protože se s nonverbální agresí nikdy zatím nesetkal.

Podkategorie – 3) Chyby při ošetřování agresivního pacienta z pohledu probandů

V této podkategorii jsou popsány chyby, kterých se dle probandů při komunikaci s agresivním pacientem dopouštějí. P1, 6, 12, 14 a 15 uvedli, že se během ošetřování agresivního pacienta nedopustili žádné chyby. Velmi podobně odpověděli P2, 9 a 10. Ti uvedli, že si žádné chyby nejsou vědomi. P7 a 13 uvedli, že chyba, které se dopouštějí, je zvyšování hlasu. P7 říká přesně: *„kolikrát agrese člověka tak zaskočí, že neví sám, jak reagovat. Člověk se snaží chovat asertivně, ale občas už i zvýší hlas, což mě pak i mrzí“*. P13 to komentuje slovy: *„vím, je to k ničemu, ale nemůžu to nějak ovládat“*. P4 považuje za chybu to, že někdy řekne něco, co pacienta ještě více rozzuří. P8 zastává názor, že při komunikaci s agresivním pacientem je nejdůležitější důslednost a tu on prý vždy nemá. Dávat obavy z pacienta najevo, to za chybu považuje P11. P5 si není jistý, zda se jedná o chybu, ale uvádí, že se jednou napadení bránil silou vůči pacientovi, při zpacifikování jeho rukou. P3 uvedl: *„jsem špatně reagovala na pacientův psychický stav, kdy pro něj to bylo neřešitelné a mě to přišlo jako banalita“*, tato reakce údajně vedla pouze k verbální agresi.

Podkategorie – 4) Komunikace s agresivním pacientem

Tato podkategorie je zaměřena na to, čemu probandi věnují při komunikaci s agresivním pacientem největší pozornost. Šest z patnácti probandů se shodlo na tom, že je pro ně nejdůležitější dále v nich agresivitu neprovokovat. P1, 4 a 7 se při komunikaci s agresivním zaměřují na jeho chování celkově. P7 dodává: *„také je velice důležité, aby byl pacient v bezpečí, také aby my a ostatní pacienti byli v bezpečí“*. P3 a 13 se shodli, že velmi záleží na výšce hlasu. P3 svou odpověď ještě doplnil o srozumitelnost sdělení, barvu hlasu a postavení těla. P13 zmiňuje ve své výpovědi ještě mimiku. P11 zase volí klidný hlas. P10 na tuto otázku odpověděl docela neurčitě, sdělil: *„nejčastěji samotnému problému, který vedl k agresi pacienta a poskytnutí prostoru pro diskuzi a o tomto problému“*. P6 věnuje při komunikaci s agresorem největší pozornost jeho momentálnímu rozpoložení a dle toho s ním komunikuje. P8 se snaží při komunikaci s pacientem nezacházet do detailů a vykonat u něho ošetrovatelskou péči co nejlépe, aby předešel případným komplikacím. P2 přistupuje k těmto pacientům velmi individuálně a snaží se pacienta poznat. P9 řekl, že věnuje největší pozornost etiologii a jejímu odstranění, *„nejdřív se totiž musí řešit příčina“*.

a pak až následek“. P1 věnuje pozornost i pacientova očím, *„protože z těch očí hrozně moc vyčtete“.*

4.1.3 Pacient s demencí

Podkategorie – 1) Ošetrovatelská péče u pacienta s demencí

V této podkategorii je popsáno to, co probandi považují za nejdůležitější v ošetrovatelské péči u pacienta s demencí. Deset probandů se shodlo na tom, že je důležité dohlížet na příjem stravy u těchto pacientů. Podle P2 totiž lidé s demencí *„ztrácejí chuť k jídlu a pocit žízně“.* S nutností dohlížet i na pitný režim těchto pacientů souhlasí i P1, 3, 4 a 8. P4 to komentuje: *„je těžké do nich něco dostat a taky pít je velký problém“.* 8 z dotazovaných ve své výpovědi zmínilo také hygienu. Například P5 přesně uvádí: *„starší lidé a hlavně lidé s demencí nemívají k hygieně příliš kladný vztah, a tak se jí musíme opravdu věnovat“.* *„Asi největší riziko u ležících pacientů s demencí je riziko dekubitů, na to je potřeba se zaměřit“,* toto je část výpovědi P4. Na prevenci dekubitů se s ním shodují ještě P3, 8, 12, 13, 14 a 15. Za důležité v péči o pacienta s demencí považují P1, 5, 12 a 13 dohled nad užívání medikace. P1 to doplňuje slovy: *„nejednou se mi stalo, že jsem je nacházela na zajímavých místech“.* P7, 9, 11, 12 a 13 poskytují komplexní péči. P2, 4 a 8 zmínili také riziko v prevenci pádů, P2 respektive řekl: *„podle mě pacienti s demencí bývají také často zmatení a je u nich důležité předcházet pádu, jako třeba, že jim dáváme nahoru postranice anebo, že se pohybují pouze s doprovodem“.* P2, 3 a 5 se snaží u těchto pacientů co nejvíce podporovat samostatnost. P5 by se také zaměřoval na psychiku pacienta. Tento názor sdílí s P9 a P15, v čem však vypovídal jediný je, že za nejdůležitější považuje uhlídat daného pacienta. P6 a P10 by se při péči také zaměřil na volný čas pacienta, P6 přesně vypovídá: *„zabavit ho, aby neměl čas zlobit“.* P3 při poskytování péče udržuje hlavně klid a šetrnost. P2 se zaměřuje nejvíce na komunikaci - mluvit pomalu a zřetelně. *„Snažit se, aby pacient neodcházel ještě v horším stavu, než přišel“,* těmito slovy zahájil odpověď P8. Jako jediný P7 zmínil, že je dobré uspokojovat i duchovní potřebu.

Podkategorie – 2) Problémy při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi s demencí

V této podkategorii jsou zmapovány nejčastější problémy, se kterými se ošetřující personál setkává při poskytování péče pacientům s demencí. Nejčastější odpovědí, která zazněla, konkrétně šestkrát, je neschopnost porozumět. Tento problém zmínili P3, 4, 11,

13, 14 a 15, *“je těžké takovému člověku cokoliv vysvětlit tak, aby to pochopil“*, řekl konkrétně P11. Druhou nejčastější odpovědí byla nemožnost spolupráce, toto bylo řečeno P2, 4, 9 a 12. P9 považuje za problém nejenom spolupráci s pacientem ale také s jeho rodinou. P5, 6 a 11 činí problém při péči o pacienta s demencí jeho neklid a jeho utíkání. P5 říká: *„když je to chodící pacient, tak samozřejmě opustí oddělení, když je to částečně mobilní nebo dokonce imobilní, je to ještě horší“*. Pro P11 je také problém neustálého opakování bez zjevného výsledku. S tím se ztotožňuje i P8. P10 a P3 vidí jako problém možný nástup agresivity u takového pacienta. P10 se potom shoduje ještě s P2 a to, že problémem je do jisté míry i zmatenost. P3 a 6 mezi problém zařazují chování pacienta jako například nadávání, vykřikování a rušení ostatních pacientů. Pro P1 a 12 je velký problém odmítání stravy a tekutin pacienty s demencí. Jediný, kdo nevidí problém v pacientovi, ale v nedostatku času, který by mu mohl věnovat je P7.

4.1.4 Depresivní pacient

Podkategorie – 1) Poskytování ošetrovatelské péče pacientovi s depresí

Tato podkategorie se bude zabývat problematikou péče a komunikace s depresivním pacientem. V první části se zaměříme na to, jak poskytují probandi ošetrovatelskou péči těmto pacientům. P5, 6, 8, 11 a 13 udali, že poskytují stejnou péči jako všem ostatním pacientům, P5 a 13 svou výpověď komentují tím, že na jejich oddělení není diagnóza deprese tou primární, a tak se na ní příliš nezaměřují. P1, 6 a 12 se shodli na tom, že je důležité mít na něj dostatek času, P1 říká: *„a proto bývají tito pacienti nechtění, protože vyžadují více času a pozornosti, ale vy ten čas prostě nemáte“*. Dobře zvolenou psychiatrickou léčbu považují za velmi důležitou P1, 2 a 4. P2 vypověděl, že: *„největší pozornost bych asi věnovala tomu, zda si nechce nějakým způsobem ublížit“*. Na prevenci sebepoškozování se shodl ještě s P3 a 4. Jako součást dobré péče považují P6 a 7 také vcítění se do pacienta trpícího depresí. *„Hlídám jeho příjem tekutin i jídla“*, toto je část výpovědi P4 na to, že je důležité hlídat, zda pacient jí a pije. V odpovědi se shoduje s P3. P3 také dohlíží nad tím, zda pacient pravidelně užívá medikaci, stejný postoj zaujímá také P10, ten ve své odpovědi ještě zmínil: *„nebagatelizovat jejich obtíže, nerozveselovat, naslouchat, zajistit základní potřeby“*. P1 také ještě pozoruje jeho celkové chování. P9 poskytuje péči podle své odpovědi profesionálně a optimisticky. Jediný, kdo zmínil při péči o depresivního pacienta individuální přístup, byl P11. *„Je to podle mě dost podobné jako u toho pacienta s demencí. Klid a dostatek*

času a trpělivost“, tak zněla výpověď P12. P7 za velmi důležité považuje správné načasování a přístup, který pacient vyžaduje a kolik probandi dovolí. P14 je velmi zvláštního názoru, že je velmi důležitá důslednost, kdy pacienta do jistých věcí musí nutit. P15 odpověděl jako jediný, že péči depresivním pacientům neposkytuje. Komentuje to: *„takové pacienty nemáme nebo o tom třeba jen nevíme, protože takhle diagnóza se dá špatně rozeznat od jiných změn nálad“*.

Podkategorie – 2) Komunikace s depresivním pacientem

Nyní přejdeme do druhé části, která je zaměřená na komunikaci. P3, 9, 10, 11 a 13 volí při komunikaci s depresivním pacientem hlavně klidný přístup. P3 se shoduje s výpovědí ještě i s P5 a 7, a to na přístupu empatickém. *„Nahodit milý výraz a milou komunikaci“* toto dodržuje při komunikaci s depresivním P12. Na tom být milá se shoduje s P13 a 14. Pozitivně pacienta ovlivňovat a motivovat se snaží P2, 6 a 13. P4 a 14 se snaží v pacientovi vzbudit důvěru, P4 ještě dodává: *„snažím se uklidnit pacienta a vzbudit v něm zájem o spolupráci“*. *„Velkou roli hraje neverbální komunikace“*, tak zní část výpovědi P3, s tím se ztotožňuje i P7, který přesně říká: *„i nonverbální komunikace je v tomto případě velmi důležitá“*. P5 a 14 při komunikaci s depresivním pacientem naslouchají, P5 doplňuje: *„nezveličovat problémy, které nám třeba popisuje“*. P8 volí opatrnou komunikaci, snaží se volit vhodná slova a v případě potřeby pacienta uklidnit. P9 volí komunikaci vysvětlující a uklidňující. P10 zase volí strategii věcné a stručné komunikace a dodává: *„pacientovi poskytují dostatek prostoru pro diskuzi o jeho potížích“*. Všechno trpělivě vysvětlit a komunikovat i přesto, že to pacient odmítá, to volí P11, který dále dodává: *„odpustit si nějaký přehnaný humor, ten je tady z mého pohledu trochu nemístný“*. P1 nedělá rozdíly mezi pacientem s demencí a jinými pacienty, pouze v případě, že pacient projeví zájem, bude se mu snažit věnovat větší pozornost. P15 s pacientem s depresí jedná také shodně jako s jinými pacienty, zde jako důvod ale udává, že většinou neví o pacientově diagnóze, avšak dodává: *„pokud třeba vidím, že je trochu smutný, zeptám se ho, co se děje a zda nechce s něčím pomoc, pak už to záleží na něm“*.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“. Z důvodu obsáhlosti tohoto tématu byly zvoleny pouze tři skupiny „nechtěných pacientů“. Jedná se o pacienty agresivní, pacienty s demencí a s depresí. Tyto tři skupiny jsem si vybrala záměrně, protože s nimi přicházím do kontaktu velmi často a během mé praxe mě chování některého personálu velmi zarážel.

V empirické části byly stanoveny dva cíle, a to zjistit problematiku ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“ a zjistit jaký přístup mají sestry k „nechtěným pacientům“. K cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: Jaká specifika obsahuje práce s „nechtěným pacientem“, jaký mají sestry přístup k „nechtěnému pacientovi“, jak sestry komunikují s „nechtěným pacientem“ a co činí sestřím největší problém v péči o „nechtěného pacienta“. Ve výzkumné části byla použita kvalitativní metoda pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími s „nechtěnými pacienty“.

Jako první bylo důležité zmapovat, koho vlastně probandi považují za „nechtěného pacienta“. Jelikož tento pojem nemá nějakou konkrétní definici, bylo z odpovědí jasné, že si každý představuje něco jiného a ke shodě došlo jen velmi málo. Nejčastější odpovědí bylo to, že se jedná o pacienta, kterého prostě nechtějí. P1, 8 a 9 považují za „nechtěného pacienta“ takového, se kterým je složitá komunikace. Pro mě osobně se jedná o pacienta, který ve mně vyvolává strach a nejistotu a vím, že komunikace a ošetrovatelská péče u něj nebude pobíhat hladce. S tím se shoduji s P10, pro kterého je „nechtěný pacient“ ten, který v něm vyvolává strach z jeho ošetřování. Když jsme se doptávali konkrétněji, vyplynulo z toho, že se jedná právě o pacienty agresivní, s demencí a s depresí. Byli však vyjmenováni další pacienti, kteří ale nejsou předmětem naší práce.

A proč jsou zrovna tito pacienti těmi „nechtěnými“? Podle mého je to hlavně proto, že je s nimi těžká spolupráce a vlastně i dorozumění a vzájemné pochopení. Při výzkumném šetření byla probandům položena otázka: „Co vidíte jako největší úskalí při ošetrovatelské péči o „nechtěného pacienta?““. Z odpovědí na tuto otázku lze vyčíst, proč jsou zrovna tito pacienti těmi „nechtěnými“. Nejčastějšími odpověďmi byla právě již zmíněná komunikace, nespolupráce nebo odmítání péče. To se poměrně dost shoduje s výsledky výzkumu Zuzákové (2007), kde probandi kvůli těmto situacím označují za „obtížné“ právě pacienty agresivní, nespolupracující a zmatené. P4 zmínil také to, že

pacient může péči odmítat. „*Občas moji péči odmítají, kolikrát nemůžu kvůli jednomu pacientovi dělat pořádně ostatní práce*“. S tím souhlasím. Péče o „nechtěného pacienta“ vyžaduje více času. To, že se jim ošetřující personál nemůže dostatečně věnovat, je podle mého způsobené hlavně nedostatkem personálu, kdy musí personál stihnout spoustu další práce a nemá čas těmto pacientům vše podrobně vysvětlit a přimět je k lepší spolupráci. Na tom se se mnou shoduje i P1, který nemá problém poskytovat těmto pacientům zvýšenou péči, ale s ohledem na nedostatek ošetrovatelského personálu. Každý z této skupiny pacientů má svá specifika, která jim právě přiděluje toto označení. U agresivního pacienta je to z mého pohledu určitě vzbuzování strachu a nejistoty, u pacienta s demencí je to složitá domluva, neklid nebo zmatenost a co se týče depresivního pacienta, tak tady je to asi nejsložitější. Deprese totiž není na většině oddělení primární diagnózou, a proto se jí nevěnuje taková pozornost. Depresivní pacient bývá uzavřený, nespolupracuje a samozřejmě vyžaduje zvýšený dohled. Tím se dostáváme zase k časově náročné péči. To jsou podle výzkumného šetření zásadní fakta, proč zrovna tyto tři skupiny nesou označení „nechtěný pacient“.

Vybíhalová (2010) uvádí, že častý výskyt násilí ve společnosti se podílí na přesouvání agresivity i do zdravotnických zařízení. Ošetřující personál se často setkává s lidmi, kteří se nacházejí v určité bezmocnosti či nerovnováze a je zde velké riziko rozvoje agresivity. I naši probandi se ve své praxi setkávají s agresivními jedinci, devět z patnácti uvádí, že velmi často. I já mezi ně patřím. Podle mého se snad každý během praxe s takovým pacientem setkal a byl postaven před otázku - Co teď? Člověk je nejistý a pocítuje strach, proto není divu, že při ošetřování těchto pacientů dochází ze stran ošetřujícího personálu k jistým chybám. Naším probandům byla položena otázka, zda se někdy takovéto chyby dopustili a zda ano, tak jaké. Pět probandů uvedlo, že se žádných chyb nedopouštějí a další tři si jich nejsou vědomi. V tomto případě bych se zamyslela na tím, proč tomu tak je. Já osobně se občas nějaké té chyby dopustím, jedná se hlavně o zvýšení hlasu a snahu prosadit pomyslnou nadřizenost. I přesto, že se snažím tyto situace omezovat, ale občas to nezvládnou. Podle mého i probandi, kteří tvrdí, že se chyb nedopouštějí nebo si jich nejsou vědomi, je dělají, ale nepovažují je za chyby. V tuto chvíli by bylo dobré tyto probandy při práci pozorovat a poté objektivně zhodnotit, zda tomu opravdu je tak, jak uvádějí. Dva probandi uvedli, že při komunikaci s agresivním pacientem zvyšují hlas. Další to, že dojde k chybné komunikaci, která může vést k navýšení agrese, jiný zase malou důslednost nebo banalizaci problému.

Toto všechno může vést k eskalaci agresivity. Na důležitost správně zvolené komunikace, a tudíž na prevenci navýšení agresivity, upozorňuje ve své knize i Petera (2014), který uvádí, že komunikace s těmito pacienty nesmí vést k vygradování situace, záleží na poměru verbální a neverbální komunikace. Na důležitost tónu a hlasitost projevu upozorňuje ve své knize také Burda (2014), který udává, že je také důležité, aby se ošetřující personál do agresivní komunikace nezapojoval a udržel si profesionální nadhled.

Bohužel ne vždycky lze těmito situacím předcházet a personál je vystavený nějakému druhu agrese. Z výsledku výzkumného šetření Vybíhalové (2010) je patrné, že s verbální agresí se setkalo 100 % dotazovaných, to se shoduje i s naším výzkumným šetřením, kde je výsledek stejný. Nejčastěji se jedná o vulgární nadávky, pokřikování nebo dokonce vyhrožování. P7 uvedl příklad vyhrožování ze strany pacienta: *„když jsme v práci měli agresivního pacienta přikurtovaného k posteli a já ho šla krmit a on mi vyhrožoval stylem, jestli vím, co je pistole, že mi ji přiloží k hlavě. Byl to hodně divný pocit, ale věděla jsem, že je přikurtovaný a nemůže nic. Snažila jsem se ho klidným hlasem uklidnit, ale nepomohlo to, tak jsem ho dokrmila a odešla“*. Zacharová (2009) uvádí, že v těchto situacích je nejdůležitější zachovat klid a v žádném případě neopětovat útok, a za vhodné označuje projevit zájem o daný problém a snažit se ho nějak společně vyřešit. V tomto případě podle mého nebylo chování probanda vhodné. Chápu, že byl vystaven těžké situaci, ale sám říká, že pacient byl omezen v pohybu a u takových lidí je zapotřebí zvýšené péče. Nemůžu říct, že bych se v té situaci zachovala jinak, protože jsem tam nebyla, ale podle mě by bylo vhodné přinejmenším zkontrolovat, zda pacient opravdu všechno snědl a nemůže tak dojít k aspiraci.

Naopak fyzické agresi bylo z našich probandů vystavena nadpoloviční většina, což se shoduje i s výzkumným šetřením Vybíhalové (2010). Lze tedy předpokládat, že fyzická agrese ještě stále není tak častá jako agrese verbální. S tímto tvrzením souhlasím. Já osobně se častěji setkávám s verbální agresivitou než s tou fyzickou. Jedná se spíše o drobné napadení v podobě slabých úderů nebo kopnutí nohou. Probandi nám uvedli spoustu případů tohoto druhu napadení, většinou se jedná a škrábance, kousnutí, tahání za ruce, ale také vytržení vlasů, udeření nějakým předmětem nebo dokonce ohrožování bodnou zbraní. Toto je výpověď P3 *„já osobně jsem zažila to, že proti mně šla pacientka s nožem, ale to bylo způsobené jejím onemocněním. Byla velmi zmatená a měla pocit, že jí chci ublížit“*, v tomto případě bych se zachovala stejně jako proband,

který zůstal stát mezi dveřmi a snažil se pacientku uklidnit. Určitě není podle mého vhodné pouštět se do hrdinských činů, určitě ne v jedné osobě. Držela bych se pravidla, které uvádí Kovaříková (2009) a to, že je důležité dodržovat při fyzickém napadení jedna končetina jeden člověk. P6 má tuto příhodu: *„Jednou jsem dostala holí přes záda, když jsem pacientovi nasazovala papuče, prudce jsem se zvedla se slovy, proč jste to udělal, on se jen usmál a řekl, protože jste byla pomalá. V tu chvíli jsem naprosto nevěděla, co odpovědět“*. V tomto případě je hrozně těžké podle mě udržet klid a profesionální nadhled, člověk lehce sklouzne k mírné agresivní vůči pacientovi. Určitě souhlasím s Kovaříkovou (2009), která doporučuje z jeho dosahu odstranit všechny věci, které by se posléze mohly stát zbraněmi a vykonávat u těchto pacientů všechny výkony minimálně ve dvou. Je ale těžké u některých pacientů příchod agrese předpokládat. Já pracuji se seniory a vím, že vás občas napadnou lidi, od kterých byste to prostě nečekali. Reagovat vhodně na fyzické napadení je těžké, člověk pocítuje strach, a tak není divu, že občas reaguje neadekvátně. Pět z dotazovaných probandů v případě fyzického napadení by zavolalo pomoc, popřípadě někteří konkrétněji uvádějí nemocniční ochranku. Velmi podobný postup mají i probandi z výzkumu Szkanderové a Jarošové (2008), které zde uvádějí, že většina dotazovaných při slovním nebo fyzickém napadení volají ostatní personál, popřípadě ochranku. Kovaříková (2009) ve své knize uvádí, že ke zvládnutí fyzické agrese lze využít i omezovací prostředky. K této možnosti se přiklání také P5, 7, 12 a 13. Použití těchto prostředků však s sebou nese spoustu povinností. Je zapotřebí věnovat pacientovi omezenému v pohybu zvýšenou péči a pozornost, to ve své knize uvádí také například Petr (2014), který zmiňuje pravidelné kontrolování fyziologických funkcí, prokrvení přikurtovaných končetin, hydrataci, hygienu, a prevenci dekubitů. Tento fakt si uvědomují také P5 a 12, kteří ve svých výpovědích tuto zvýšenou péči zmínili. P12 vypověděl takto: *„samozřejmě, že je při kurtování nutná speciální péče, pacient je zcela omezen v pohybu, tak se u něj musí zvýšeně hlídat hydratace a taky prokrvení končetin“*. Je však zajímavé, že zbylí dva probandi zvýšenou péči nezmnili. Ze své praxe vím, že není moc ošetřujícího personálu, kteří těmto pacientům zvýšenou péči poskytují. Nejednou jsem byla svědkem, že byl pacient přikurtován a tím celý zájem skončil. Nikdo ho nechodil kontrolovat, polohovat ani uvolňovat přikurtované končetiny. Podle mého názoru je to zapotřebí, ale také je to pro ně práce navíc. Vevera (2011) doporučuje při setkání s fyzicky agresivním pacientem nezůstávat s ním sama a pohybovat se v blízkosti otevřených dveří pro možnost útěku (Vevera et al., 2011). Tuto zásadu se

v praxi snaží využít čtyři probandi z patnácti. Podle mého názoru záleží, o jakou sílu agresivity se jedná. Pokud jde o pacienta se sníženou pohyblivostí, tak se mi vždycky vyplatilo naopak k němu přijít a zvolit úrovně stejnou polohu, chytit ho za ruce a začít s ním mluvit. Pokud je však pacient pohyblivý, tak s touto teorií naprosto souhlasím.

Myslím si, že při zvládnání agresivity pacienta jsou více než důležité komunikační schopnosti personálu. A to je asi největší problém. Shodují se na tom se mnou i všichni probandi. Já osobně si myslím, že důležité je nezvyšovat v pacientovi agresivitu. Stejného názoru je šest probandů z patnácti dotazovaných. Burda (2014) doporučuje věnovat velkou pozornost na tón hlasu a hlasitosti projevu. Díky svým zkušenostem nemohu jinak než souhlasit. Podobně se chovají i P3, 11, 13. P3 ještě svou výpověď doplnil tím, že je důležitý i postoj těla. Myslím si, že i neverbální komunikace je v tomto případě důležitá, agresora může více rozzuřit i váš výraz obličeje či postoj těla. Souhlasím také i s P6, který sleduje pacientova aktuální rozpoložení a dle toho zvolí správnou komunikaci. Při špatně zvoleném přístupu je velké riziko navýšení agrese. Podle Vevery (2011) je dobré při náznaku zvýšené nervozity nebo neklidu pacienta raději komunikaci ukončit. Podle mě tohle není úplně vhodné řešení, pacient je agresivní z nějakého důvodu a je dobré ten podnět odstranit a celou situaci se snažit uklidnit. Velmi podobného názoru jako Vevera (2011) je i P8, který raději s agresivním pacientem nepouští do žádné hlubší debaty, udělá u něj pouze, co je nutné a odchází. V tomto případě mě napadá otázka, proč nechce s pacientem komunikovat o jeho problémech, které by po vyřešení jeho agresivitu mohly zmírnit nebo zcela odstranit. Samozřejmě, že každý pacient je originál, a tak je zapotřebí k nim přistupovat velmi individuálně.

Pacienti s demencí potřebují během hospitalizace velmi individuální a intenzivní přístup. Já pracuji s takovými pacienty velmi často a vím, že péče o ně nezahrnuje jen uspokojování základních potřeb, ale také péči o jejich psychiku. Je to velmi náročná a někdy i vyčerpávající práce. Lidé ve vyšším stupni demence ztrácejí chuť k jídlu a něco do nich dostat je opravdu velký oříšek, proto souhlasím s Haukem (2017), který upozorňuje na nutnost příjmu stravy. Souhlasí s ním i deset probandů. P1, 3, 4 a 8 považují za důležité i dodržování pitného režimu, tady však König (2017) zdůrazňuje, že je zapotřebí přizpůsobit se zvyklostem pacienta a podávat mu známe a oblíbené nápoje. S tvrzením souhlasím, ale také si myslím, že v nemocničních zařízeních to tak úplně nefunguje. Personál nemá vždy zájem zjišťovat o pacientovi tyto informace,

zaměřují se hlavně na problém, se kterým pacient přichází. Myslím si, že je to škoda. Pokud by byl personál ochoten se o pacienta s demencí více zajímat, možná by to ulehčilo poskytování péče. Nicméně chápu, že do nemocnice chodí pacienti jen na chvíli a nebylo by ani reálné každému z nich vycházet vstříc. 8 z dotazovaných zmínilo i nutnost dohlížet na hygienu pacienta. Podle nich tito lidé nevěnují hygieně dostatečný důraz. Na tom se s nimi shoduje i König (2017), který udává, že je důležité zjistit příčinu neoblíbenosti hygieny a najít vhodné řešení. Lidé s vyšším stupněm demence opravdu ztrácejí hygienické návyky, dostat je do koupelny je někdy opravdu složité a vyžaduje to čas a trpělivost. Tu s těmito lidmi bohužel někdy personál nemá a řeší vše přes nevělu pacienta. S tím také souvisí, že u těchto pacientů je nutné co nejdéle zachovávat soběstačnost. Holmerová (2007) uvádí, že vedení k soběstačnosti je nedílnou součástí správné péče. S tím se ztotožňuji nejenom já, ale také P2, 3 a 5. Z mých zkušeností však vím, že v nemocničním zařízení to tak prostě nefunguje. Na tyto pacienty není čas, a tak se spousta věcí udělá za ně. To je podle mě špatně. Chápu, že je to práce navíc a také čas, který možná někdy opravdu nemají. S hygienou také úzce souvisí prevence dekubitů, na kterou by se u těch to pacientů zaměřili P3, 8, 12, 13, 14 a 15. Velký problém je u těchto pacientů také příjem medikace. Podle Königa (2017) by nemělo být podávání medikace součástí jídla, ale mělo by tomu být vymezen speciální čas. Tady úplně tak nesouhlasím, protože mi přijde, že s jídlem pacienti léky lépe pozrou a ještě je zajedí, čímž se předejde pozdějšímu nálezu medikace například v lůžku.

Nejčastějším problémem, který dle dotazovaných může při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s demencí, je neschopnost porozumět sdělení od personálu. Na tom se shodli P3, 4, 11, 13, 14 a 15. Při tomto onemocnění totiž postupně klesá schopnost komunikace, s čímž souvisí i schopnost porozumění, jak ve své knize uvádí Cséfalvay (2013). Je pravda, že komunikace s pacientem s demencí je opravdu složitá, je zapotřebí opět trpělivost a hlavně čas. Nejenom, že není pacient schopen pochopit co po něm vlastně chcete, ale není občas ani schopen soustředit se na vás. Z počátku mé praxe jsem byla z této komunikace velmi rozhozená, ale myslím si, že jde jenom o cvik a chuť. Při položení otázky jaké jsou ověřené postupy při komunikaci s pacienty trpícími demencí se odpovědi velmi lišily, což se dalo předpokládat, protože každému vyhovuje něco jiného. P13 funguje metoda opakování a přesvědčování se o tom, zda danou informaci pochopili, s čím také souhlasí i P7, 6, 15, 10 a 14. Schuler (2010) považuje také za

důležité opakovat daný pokyn a přesvědčit se, zda došlo k vzájemnému pochopení. Ještě dodává, že je nutné mluvit pomalu, zřetelně a jasně. Zde bych souhlasila, ale doplnila bych, že u těžké demence není vhodné doplňovat pokyny věcmi, které nejsou předmětem rozhovoru. Řekla bych, že tito pacienti jsou schopni pochopit jen začátek a konec věty, tudíž říct větu: „*Půjdeme ven, oblečte si triko, je tam hezky*“ je špatně, podle mých zkušeností je lepší tuto větu položit následovně: „*Oblečte si triko, je tam hezky, půjdeme ven*“. Pomalou a jasnou mluvu využívá v praxi také P4, 15, 9, 10 a 3. P7 ještě uvádí, že se snaží pacienta motivovat k další spolupráci a udržovat oční kontakt.

Při dotazování na ošetřovatelskou péči o pacienta s depresí jsou výsledky trochu zarážející. P5, 6, 8, 11 a 13 uvádí, že depresivnímu pacientovi poskytují stejnou péči jako každému jinému, protože pro ně tato diagnóza není primární, což může vést k otázce, proč je tedy „nechtěný“? Pacienti s depresí hůře spolupracují, je s nimi horší komunikace nebo péči zcela odmítají, a to je ten hlavní důvod, proč i přes nezaměření se na diagnózu se stávají „nechtěnými“. Myslím si, že je chyba, že není této diagnóze přikládán takový důraz, protože jak píše Venglářová (2007), tato diagnóza může způsobovat problémy nejen ošetřujícímu personálu, ale také ostatním pacientům. Probandi P1, 6 a 12 uvedli, že je důležité nechat si na pacienta dostatek času, což může vést k tomu, proč ho zařazují do skupiny „nechtěných“. Orel (2016) uvádí, že vygradování této diagnózy může vést až k sebepoškozování nebo dokonce k plánování sebevraždy. To si uvědomují i P2, 3 a 4, kteří věnují této změně velkou pozornost. To je sice dobrý přístup, ale je dobré myslet preventivně, a to právě tím, že nebudou brát tuto diagnózu jako vedlejší. A pokud je tato diagnóza známá, uložila bych pacienta co nejbliž k sesterně a odstranila z jeho dosahu všechny věci, kterými by si mohl ublížit. Stejně tak to uvádí ve své knize Petr (2014). P3 a 4 kontrolují, zda daný pacient přijímá tekutiny a stravu. Podle Petra (2014) tito pacienti ztrácejí zájem o uspokojování těchto základních potřeb ať už bezdůvodně nebo s jasným cílem ublížení si.

Gulášová (2014) klade důraz na vhodné načasování jakékoliv manipulace s pacientem. S tímto tvrzením se ztotožňuje také P7, který uvádí: „*velmi důležité je taky správné načasování*“. P15 vypověděl následovně: „*takové pacienty nemáme nebo o tom třeba jen nevíme, protože tahle diagnóza se dá špatně rozeznat od jiných změn nálad*“. Podobnou teorii o špatném rozeznání diagnózy má i Holmerová (2011), která uvádí, že může lehce dojít k záměně demence a deprese na základě jejich podobnosti příznaků. S tímto tvrzením souhlasím, avšak si myslím, že pokud se pacientovi dostatečně

věnujeme, jsme schopni rozeznat, zda je jen smutný či trpí touto nemocí. Za nejčastější chyby v komunikaci považuje Venglářová (2007) bagatelizaci a zlehčování problémů, proto se tomu snaží P5 a 14 vyhnout a volí opačnou strategii. Je to určitě těžké, protože zdravému člověku tyto problémy mohou připadat opravdu jako malichernost a myslím si, že ne všichni ošetřující personál se tímto řídí. Křivohlavý (2013) píše ve své knize, že bez aktivity personálu nemusí k navázání kontaktu s těmi pacienty ani dojít. To si uvědomuje také P11, který se snaží s pacientem komunikovat i přes jeho odmítání. S tímto postojem úplně nesouhlasím, protože podle mě by se pacient mohl ještě více uzavřít do sebe, naopak bych se ho průběžně ptala, zda nepotřebuje pomoc a z pozadí bych ho sledovala. Zde je však riziko špatného přijetí komunikace, což může vyescalovat až do agrese, jak uvádí Venglářová (2007).

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že největší problém při poskytování ošetrovatelské péče „nechtěnému“ pacientovi je komunikace. Je tedy na místě otázka, proč tomu tak je. Mají probandi dostatečné znalosti v komunikaci s těmito pacienty? Kde mohli potřebné informace získat? Devět z dotazovaných dosáhlo pouze odborného středoškolského vzdělání, kde nebyla kladena na komunikaci taková pozornost jako například u ostatních respondentů z VOŠ nebo VŠ. Já osobně si myslím, že při studiu na VŠ jsem informace získala, ale také souhlasím se všemi probandy, že se komunikace zdokonaluje nejvíce během praxe. Učím se ze svých chyb i z chyb ostatních, stejně jako tomu bylo u P8, 10, 11 a 15. Avšak si myslím, že každý už od narození má v sobě nějakou schopnost komunikovat - někdo ale víc, někdo míň. Jak s těmito pacienty komunikovat by měl vědět každý, kdo s nimi přijde do kontaktu a podle mého názoru je dobrá komunikace nejlepší cesta k poskytování profesionální a komplexní péče.

Péče o „nechtěné pacienty“ v ošetřujícím personálu vzbuzuje jisté emoce. Jedná se zejména o ty záporné plus velký nátlak na psychiku, ale i fyzickou zdatnost. Tyto emoce mohou u personálu vyvolat určitou vyprahlost či vypálení ať už k práci samotné nebo k pacientům. Tento stav se nazývá syndromem vyhoření a my se nyní podíváme, jak se tomu naši probandi brání. Dle Priebe (2015) je syndrom vyhoření blízce spjat se stresem. Stres však pociťuje při kontaktu s „nechtěným pacientem“ pouze P5. Křivohlavý (2010) s Mlýnkovou (2010) uvádějí, že pocit bezmocnosti je psychický projev stresu, který opět může vést k syndromu vyhoření. Bezmocnost při práci s těmito pacienty vnímají také P10, 11 a 13. P 4, 6, 7, 12, 11 a 15 zažívají při kontaktu s „nechtěným pacientem“ strach, ať už přímo z pacienta nebo z toho, aby všechno

zvládli tak, jak se má. U mě osobně je to jeden z hlavních důvodů, proč bych pacienta označila za „nechtěného“. Strach však může velmi rychle vést až k třetí fázi syndromu vyhoření, kterou Klevetová (2011) označuje za fázi frustrace, kdy je člověk postaven před otázku, zda má jeho práce nějaký význam. Tento stav by se dal také popsat jako pocit marnosti a zbytečnosti, tento pocit má při práci s „nechtěným pacientem“ P14. Tato odpověď je pro mě trochu nepochopitelná. Podle mého jakákoliv i malá péče má význam a tak si nepřipadám zbytečná, byť naopak mám radost z každé dobře zvládnuté situace. P2 vypověděl, že u něj kontakt s těmito pacienty zvedá do jisté míry agresi, ale zatím to zvládá ovládat. Otázkou však je, jak dlouho lze tento stav vydržet. Jak lze vidět, většina dotazovaných má při ošetřování „nechtěných pacientů“ mírné předpoklady k tomu, aby k vyhoření došlo. Křivohlavý (2010) uvádí, že v jisté fázi vyhoření se může vyskytovat porucha spánku. Touto poruchou však nikdo z našich dotazovaných netrpí. U některých dotazovaných můžeme vidět, že v případě, že na ně v práci čeká „nechtěný pacient“, jde se jim do práce hůř a z práce chodí více psychicky i fyzicky vyčerpaní. S tímto se ztotožňuji. Pokud vím, že mě v práci čeká nějaký „nechtěný pacient“, netěším se do práce jako jindy. Na některé to ale nemá vliv žádný. Zastávají postoj, že „udělat se to prostě musí“ a tím se řídí. Z odpovědí je však zřejmé, že z práce nemají takovou radost. Při výkonu tohoto povolání je více než důležitá duševní hygiena. Podle Kelnarové (2014) lze díky duševní hygieně zmírnit depresivní stavy. I naši probandi duševní hygienu provádí, každý na to má však vlastní metodu. Šesti z dotazovaných velmi pomáhá spojený soukromý život a rodina. Kopecká (2014) považuje za důležité i správnou výživu. Dobré jídlo používají jako jistý způsob odreagování i P3, 8 a 12. Osm probandů ve svých výpovědích také zmínili, že k uvolnění stresu z práce volí sport či spánek. To považuje za důležité také.

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“. Cílem této práce bylo zjistit, koho vůbec sestry považují za „nechtěného“ a co je při jejich ošetřování ten největší problém. K zjištění výsledků byla použita kvalitativní metoda formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími s „nechtěnými pacienty“. Pro rozsáhlost tématu byly zvoleny pouze tři skupiny těchto pacientů a na tomto základě byla vybrána i oddělení, kde výzkum probíhal.

V rámci bakalářské práce byly stanoveny dva cíle, a to zjistit problematiku ošetrovatelské péče u „nechtěného pacienta“ a zjistit jaký přístup mají sestry k „nechtěným pacientům“. K cílům byli stanoveny čtyři výzkumné otázky: Jaká specifika obsahuje práce s „nechtěným pacientem“, jaký mají sestry přístup k „nechtěnému pacientovi“, jak sestry komunikují s „nechtěným pacientem“ a co činní sestram největší problém v péči o „nechtěného pacienta“.

Pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že práce s těmito pacienty s sebou nese určitá specifika poskytování péče. „Nechtěný pacient“ vyžaduje mnohem větší pozornost a času než pacient, který nenese označení „nechtěný“. Je to způsobené také tím, že déle trvá pacienta přesvědčit ke spolupráci či se s ním vůbec dorozumět. Určité úkony u nich musí být prováděny s vyšší pozorností, protože je personál vystavován nátlaku ze strany pacienta. Zajímavé však je, že odborné výkony sestry nepovažují za nějak náročné. Problematická je spíše spolupráce a dorozumění se s pacientem. Mohlo by to být způsobené také tím, že sestry nemají s těmito pacienty dostatečné zkušenosti a trpělivost.

Druhá otázka byla zaměřena na přístup sester k daným pacientům. Bylo zjištěno, že kontakt s těmito pacienty vzbuzuje v sestrách nejistotu, snaží se k nim přistupovat profesionálně, ale občas se dostanou do situace, kdy i jejich chování není správně zvolené. Co se pocitů vyvolaných těmito pacienty týče, nejedná se pouze o strach, ale také o beznaděj, zbytečnost či zklamání.

Třetí otázka se zabírala komunikací s těmito pacienty, kdy bylo zjištěno, že tady je ten největší problém. Sestry mají z komunikace s těmito pacienty strach. Je to možná způsobené tím, že se výuce komunikace na školách se zdravotnickým zaměřením

nevěnuje dostatečná pozornost a sestry tak čerpají znalosti z praxe. Takto získané znalosti nejsou vždy těmi správnými. Avšak se snaží, i přes nesympatie, poskytovat pacientovi péči stejnou jako ostatním a nedělat mezi nimi rozdíly.

A poslední čtvrtá otázka měla zmapovat, co je pro sestry při poskytování péče „nechtěným pacientům“ největší problém. Výzkum ukázal, že největší problém při poskytování péče je komunikace. Sestry neví, jak v určitých situacích zareagovat, bojí se s nimi komunikovat nebo dokonce i v jistých případech komunikaci zcela odmítají.

Tato bakalářská práce je psaná tak, aby přinesla základní informace o agresivních pacientech, pacientech s demencí a depresí a také o ošetrovatelské péči a komunikaci s nimi. Měla by shrnout jaký postoj sestry k těmto pacientům mají a co vidí jako největší problém při práci s „nechtěnými pacienty“. Tato práce by mohla sloužit jako stručné zasvěcení do problematiky „nechtěného pacienta“ pro sestry, které s těmito pacienty pracují a mají zájem o danou problematiku.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BURDA, P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: NCONZO. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
4. CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V., a kol., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti z dospělých*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0364-3.
5. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
6. ČEŠKOVÁ, E., 2011. Léčba deprese ve stáří. *Medicína pro praxi*. 8(7 a 8), 330-332. ISSN1214-8687.
7. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 246 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
8. DRAGESET, J., EIDE, G. E., RANHOFF, A. H., 2013. Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. [databáze]. 27, 872-881. DOI 10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x
9. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-9855-4.
10. GLENNER, J., a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí. Průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
11. GULÁŠOVÁ, I., a kol., 2014. *Komunikace s depresivním pacientem* [online]. Praha: Česká onkologická společnost. Česká lékařská společnost. J. E. Purkyně [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/komunikace-s-depresivnim-pacientem/>
12. HARSA, P., KERTÉSZOVÁ, D., MACÁK, M., VOLDŘICHOVÁ, I., ŽUKOV, I., 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 13(1), 15-18. ISSN 1808-5272.

13. HAUKE, M., 2017. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. 308 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
14. HOLMEROVÁ, I., BAUMANOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., a kol., 2011. Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 12(2), 62-64. ISSN 1808-5272.
15. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
16. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka pro sestry*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
17. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 632 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
18. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
19. JANSEN, S., BALL, L., DESBROW, B., a kol., 2015. Nutrition and dementia care: Informing dietetic practice. *Nutrition&Dietetics*. [databáze]. 73, 36-46. DOI 10.1111/1747-0080.12144.
20. JIRÁK, R., 2014. Demence. *Postgraduální medicína*. 8(6), 49-54. ISSN 1212-4184.
21. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
22. JOOTUN, D. MCGHEE, G., 2011. Effective communication whit people who have dementia. *Nursing Standard* [databáze]. 25 (25), 40-46. DOI nebylo uvedeno.
23. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, J., a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
24. KAREL, L., ŽÁK, A., a kol. 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
25. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
26. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl. Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
27. KLEVETOVÁ, D., 2011. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření* [online]. Praha: Sestra [cit. 2017-12-30]. Dostupné z:

<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/supervize-jako-prevence-syndromu-vyhoreni-461758>

28. KOMISE PRO TVORBU STANDARDŮ., 2012. Omezení pacienta ve volném pohybu. *Standard ošetrovatelské péče č. 037*. Nemocnice České Budějovice, a.s.
29. KOPECKÁ, E., 2014. *Duševní hygiena sester a umění odpočívát* [online]. Praha: Sestra [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/dusevni-hygiena-sester-a-umeni-odpocivat-475014>
30. KOVÁŘÍKOVÁ, H., JIRKOVSKÝ, S., 2009. *Problematika hospitalizace agresivních pacientů* [online]. Praha: Sestra [cit. 2018-01-08]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/problematika-hospitalizovanych-agresivnich-pacientu-429767>
31. KÖNIG, J., ZEMLIN, C., 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-1184-6.
32. KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-1491-4.
33. KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Jak zvládat depresi*. 3. vydání. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-4774-3.
34. KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-4007-2.
35. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
36. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 978-80-247-0179-0.
37. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., a kol. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
38. MALÍKOVÁ, E., 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
39. MARTINKOVÁ, J., BATÍKOVÁ, A., 2012. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. *Sestra*. 12(2), 28-29. ISSN 1210-0404.
40. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství II*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
41. NAWKA, A., 2012. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. 13(2), 69-74. ISSN 1808-5272.

42. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
43. ØDBEHR, L. S., KVIGNE, K., HUAGE, S., DANBOLT, L. J., 2015. Spiritual care to persons with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. BMC Nursing [databáze]. DOI 10.1186/s12912-015-0122-6
44. OREL, M., a kol., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
45. OREL, M., a kol., 2016. *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. 2. vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
46. PETERA, J., 2014. Metodická cvičení Pražská 155 – Úloha nemocnice. *Urgentní medicína*. 17(1), 10-12. ISSN 1212-1924.
47. PETR, A., 2013. *Agresivní pacient – ošetrovatelský přístup a používání omezovacích prostředků v psychiatrii*. [online]. Černošice: Sestra.in [cit. 2018-07-18]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=498>
48. PETR, T., MARKOVÁ, E., a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
49. PRIEB, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
50. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
51. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
52. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J., a kol., 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5126-9.
53. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., a kol., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
54. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D., 2012. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
55. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
56. STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládat*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
57. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace – komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

58. ŠVARC, J., 2008. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 9(5), 243-245. ISSN 1808-5272.
59. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
60. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
61. VÁGNEROVÁ, M., 2010. *Základy psychologie*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9.
62. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
63. VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., 2011. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
64. VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P., 2011. Agrese a násilné chování. *Postgraduální medicína*. 18(2), 220. ISSN 1212-4184.
65. VLČEK, J., FIALOVÁ, D., a kol., 2010. *Klinická farmacie I*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-3169-8.
66. VYBÍHALOVÁ, L., 2010. *Agresivní pacient – výzkum*. [online]. Praha: Sestra. [cit. 2018-05-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/agresivni-pacient-vyzkum-456624>
67. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
68. WOLF, F., FREYTAG, A., a kol., 2017. German general practitioners' self-reported management of patients with chronic depression. *BMC Psychiatry*. [databáze]. DOI 10.1186/s12888-017-1564-z.
69. ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína*. 11(10), 471. ISSN 1803-5256.
70. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. Částka 131. s. 4730–4801. ISSN 1211-1244.
71. ZUZÁKOVÁ, M., 2007. *Obtížný pacient v práci sestry*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JČU

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky pro sestry k rozhovoru

Příloha 2 – CD s přepsanými rozhovory

Příloha 3 – Ukázka kódování metodou „tužka papír“

9 Seznam zkratek

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

TEN – tromboembolická nemoc

CNS – centrální nervová soustava

CT – počítačová tomografie

MR – magnetická rezonance

SPECT – jednofotonová emisní výpočetní tomografie

PET – pozitronová emisní tomografie

EEG – elektroencefalografie

GDS – Global Deterioration Scale

Příloha 1 – Otázky pro sestry

Kolik let jste v praxi?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Na jakých předešlých odděleních jste pracovala?

Co pro Vás znamená pojem „nechtěný pacient“?

Koho byste do této skupiny zařadili?

S jakými pacienty z této skupiny se setkáváte ve své práci nejčastěji?

Jaké ve Vás kontakt s „nechtěnými pacienty“ vzbuzuje pocity?

Co vidíte jako největší úskalí při ošetrovatelské péči o „nechtěného pacienta“?

Zkuste zhodnotit, jak zvládáte komunikaci s „nechtěným pacientem“?

Jsou Vaše znalosti dostačující?

Nyní se zastavíme u agresivních pacientů a zaměříme se na ně podrobněji.

Jakého pacienta si představíte, když se o něm dozvíte, že je agresivní?

Jaké máte zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o agresivního pacienta?

Podotázka: Zkušenosti s verbálně agresivním pacientem? (nějaký příklad)

Zkušenosti s nonverbálně agresivním pacientem? (nějaký příklad)

Dopustila jste se někdy chyby při ošetrovatelské péči o agresivního pacienta? Pokud ano, jaké?

Jakou volíte strategii při verbálním napadení pacientem?

Jakou volíte strategii při nonverbálním napadení pacientem?

Čemu věnujete při komunikaci s agresivním pacientem největší pozornost?

Jak jste získala znalosti v ošetrovatelské péči o agresivního pacienta?

Posuneme se k dalšímu z našich „nechtěných pacientů“ a k problematice ošetrovatelské péče a komunikace o pacienta s demencí.

Přicházíte na tomto oddělení do kontaktu s pacienty s demencí? Jak často?

Na co se v ošetrovatelské péči o pacienta s demencí zaměřujete? (hygiena, stravování, volný čas..., prosím přesně dané úkony).

S jakými problémy se při péči o pacienta s demencí setkáváte nejčastěji?

Jaké jsou vaše ověřené postupy při komunikaci s pacientem s demencí?

V další části se budeme zabírat problematikou depresivního pacienta.

Jak poskytujete péči pacientovi trpícímu depresí? (Specifika)

Jaký styl komunikace uplatňujete v péči o depresivního pacienta?

Neméně důležitou součástí ošetrovatelské péče o „nechtěného pacienta“ je komunikace, a tak se na ni trochu zaměříme.

Myslíte si, že komunikaci s pacienty ovládáte na dobré úrovni?

Jaké nejčastější chyby v komunikaci děláte?

Snažíte se nějakým způsobem v komunikaci s pacienty zdokonalovat?

Zlepšila se Vaše komunikace během odpracovaných let?

Porovnejte výuku komunikace na školách, které máte absolvované?

Jaká byla kvalita výuky komunikace na školách, kterými jste prošla?

A poslední částí je syndrom vyhoření a duševní hygiena.

Když víte, že na Vás v práci čeká „nechtěný pacient“, přicházíte do práce s obavami?

Jaký vliv na Vás má ošetrovatelská péče o „nechtěného pacienta“? (spíte hůř, těšíte se do práce, odcházíte domu s čistou hlavou?)

Co Vám po směně nejvíce pomáhá k relaxaci a odpočinku po náročném dni?

Příloha 3 – Ukázka kódování metodou „tužka papír“

Kolik let jste v praxi?

2 roky

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Středoškolské s maturitou

Na jakých předešlých odděleních jste pracovala?

Pracuji na chirurgickém oddělení a zatím na jiném oddělení jsem nepracovala.

Co pro Vás znamená pojem „nechtěný pacient“?

Asi pacient, co potřebuje častější kontrolu a více času, prostě pacient, co nám stěžuje práci.

Koho byste do této skupiny zařadili?

Agresivního, infekčního pacienta, bezdomovce, umírajícího pacient, pacienty s demencí, s psychiatrickým onemocněním třeba jako schizofrenie nebo deprese.

S jakými pacienty z této skupiny se setkáváte ve své práci nejčastěji?

Se všemi a je jich čím dál víc.

Jak ve Vás kontakt s „nechtěnými pacienty“ vzbuzuje pocity?

Strach, jestli to všechno zvládnu v klidu, někdy dokonce i lítost.

Co vidíte jako největší úskalí při ošetrovatelské péči o „nechtěného pacienta“?

Rozhodně komunikaci.

Zkuste zhodnotit, jak zvládáte komunikaci s „nechtěným pacientem“?

Zhodnotit komunikaci s těmito pacienty je velmi obtížné. Většina pacientů jsou staří, bývají postiženi demencí či se jedná o nějakého agresora či s psychiatrickými obtížemi. Není to jednoduché.

Jsou Vaše znalosti dostačující?

Myslím si, že ne.

Nyní se zastavíme u agresivních pacientů a zaměříme se na ně podrobněji.

Jakého pacienta si představíte, když se o něm dozvíte, že je agresivní?

Starý muž, většinou se jedná o důchodce s demencí a po celkové narkóze.

Jaké máte zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o agresivního pacienta?

Zkušenosti mám minimální, ale většinou tyto pacienty kurtujeme.

Podotázka: Zkušenosti s verbálně agresivním pacientem? (nějaký příklad)

Nadávký, vykřikování, vyhrožování a tako podobně. Ale já na to nějak nereaguji.

Zkušenosti s nonverbálně agresivním pacientem? (nějaký příklad)

Nemám žádnou.