



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Ošetrovateľská péče z pohledu tělesně
znevýhodněného pacienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Eliška Homolková

Vedoucí práce: Mgr. Jan Neugebauer

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče z pohledu tělesně znevýhodněného 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 1. 5. 2021

Eliška Homolková

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Janu Neugebauerovi, za cenné rady, podporu a čas, který mi po celou dobu psaní práce věnoval.

Dále bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumného šetření za účast a velké poděkování patří také mým rodinným příslušníkům a blízkým přátelům.

Ošetrovatelská péče z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

Abstrakt

Hlavním cílem výzkumu bylo analyzovat subjektivní pohled pacientů s tělesným znevýhodněním na poskytovanou péči v lůžkové a ambulantní sféře zdravotnických zařízení.

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na vnímání poskytované péče tělesně znevýhodněným pacientem a je zpracována za pomoci kvalitativní a kvantitativní metody. První část se zaměřuje na kvalitativní výzkumné šetření a základní údaje o informátorech, druh tělesného znevýhodnění a zkušenosti s ambulantní a lůžkovou sférou. V této části jsme také mapovali pozitiva a negativa prostředí, komunikaci a postoj sester z pohledu pacientů s tělesným znevýhodněním a technické inovace, které by v ošetrovatelské praxi uvítali.

Druhá část výzkumného šetření byla zpracovávána kvantitativní metodou za použití ankety, jako techniky sběru dat. V této části jsme ověřovali stanovené hypotézy a výsledky kvalitativní části výzkumného šetření.

Výzkumný soubor byl tvořen 10 informanty a 61 respondenty z řad osob s tělesným znevýhodněním, konkrétně s přítomnou paraplegií. Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo v období listopadu až prosince 2020 a po teoretické saturaci byly jednotlivé rozhovory analyzovány, kódovány a kategorizovány. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo v období března a dubna 2021 a po ukončení sběru dat proběhla frekvenční a deskriptivní analýza. Pro každou z hodnocených oblastí bylo vytvořeno grafické znázornění.

Výsledky naší studie poukazují na vyšší míru spokojenosti s ambulantní sférou, která je také preferována při výběru možnosti léčby, dispenzarizace apod. Výsledky výzkumného šetření dále uvádějí umožnění použití euroklíče, úpravu prostředí včetně sociálního zařízení, modernizaci prostoru a vybavení jako návrhy technických inovací ze stran tělesně znevýhodněných pacientů, které by požadovali v ambulantní sféře.

Vzhledem k rozpracování jednotlivých pozitiv a negativ doporučujeme využití spíše ambulantní léčby či přechod do komunitního ošetrovatelství v případě, že je tato možnost dostupná.

Klíčová slova

Tělesné znevýhodnění; klasifikace tělesného znevýhodnění; paraplegie; ošetrovatelská péče; potřeby; ambulantní sféra; lůžková sféra

Nursing care from the perspective of a physically disadvantaged patient

Abstract

The main goal of the research was to analyze the subjective view of patients with physical disabilities on the care provided in the inpatient and outpatient spheres of medical facilities.

The research part of the bachelor thesis is focused on the perception of care provided to physically disadvantaged patients and it is processed using a qualitative and quantitative method. The first part focuses on a qualitative research survey and basic data on informants, the type of physical disability and experience with the outpatient and inpatient sphere. In this section, we also mapped the positives and negatives of the environment, communication and attitudes of nurses from the perspective of patients with physical disabilities and technical innovations that they would welcome in nursing practice.

The second part of the research survey was processed by a quantitative method using a survey as a data collection technique. In this part, we verified the established hypotheses and the results of the qualitative part of the research survey.

The research group consisted of 10 informants and 61 respondents from the ranks of people with physical disabilities, specifically with paraplegia present. The qualitative research survey took place in the period from November to December 2020, and after theoretical saturation, the individual interviews were analyzed, coded and categorized. The quantitative research survey took place in the period of March and April 2021, and after the end of data collection, a frequency and descriptive analysis was performed. A graphical representation was created for each of the evaluated areas.

The results of our study point to a higher level of satisfaction with the outpatient sector, which is also preferred when choosing treatment options, dispensaries, etc. disadvantaged patients that they would require in the outpatient setting.

Due to the elaboration of individual positives and negatives, we recommend the use of outpatient treatment or the transition to community nursing if this option is available.

Keywords

Physically disabilities; classification of physical disabilities; paraplegia; nursing care; needs; outpatient sphere; inpatient sphere

Obsah

1	Současný stav	11
1.1	Tělesné znevýhodnění	11
1.1.1	Klasifikace tělesného znevýhodnění	12
1.1.2	Paraplegie	13
1.2	Potřeby pacienta s paraplegií	15
1.2.1	Biologické potřeby	15
1.2.2	Psychologické potřeby	16
1.2.3	Potřeby sociální	16
1.3	Ošetrovatelská péče o tělesně znevýhodněného pacienta	17
1.3.1	Oblast biologických potřeb	17
1.3.2	Oblast psychologických potřeb	21
1.3.3	Zásady ošetrovatelské péče o tělesně znevýhodněného pacienta	22
1.4	Sféry poskytování ošetrovatelské péče	23
1.4.1	Ambulantní sféra	23
1.4.3	Lůžková sféra	25
2	Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1	Cíl práce	27
2.2	Výzkumné otázky	27
3	Metodika	29
3.1	Design studie	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	29
3.3	Sběr a analýza dat	29
3.4	Kategorizace a příprava interpretace	30
4	Výsledky výzkumného šetření	32

4.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4.2	Kvalitativní výzkumné šetření	33
4.3	Kvantitativní výzkumné šetření	45
5	Diskuse	74
6	Závěr.....	82
7	Použitá literatura.....	84
8	Seznam příloh.....	93
9	Seznam zkratk.....	96

Úvod

Téma práce Ošetrovatelská péče z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta byla vybrána na základně osobního zájmu o danou problematiku. Tělesné znevýhodnění je stále častěji rozebíráno, z mého pohledu ale spíše mezi laickou veřejností než mezi zdravotníky.

Ošetrovatelský personál často provádí svou práci rutině a s vidinou jednotného cíle, a to uzdravení pacienta. Svou péči provádí dle ošetrovatelského plánu, svých znalostí, zkušeností a dovedností a co s nejlepším úmyslem. Mnohdy sestry provádějí pouze sebereflexi na základně zlepšení či zhoršení stavu pacienta, ale zpětnou vazbu od pacienta slyšet nechtějí. Z mého pohledu právě zpětná vazba od pacienta, tedy pocity, připomínky i chvála, které při poskytování péče pociťoval, jsou ty nejvzácnější, a hlavně díky nim se můžeme stávat lepšími a zkvalitňovat poskytovanou péči.

V rámci dlouholetých zkušeností a možnosti s tělesně znevýhodněnými jedinci trávit více času nejen v nemocničním zařízení jako zdravotník, ale i v osobním životě mi dává možnost nahlédnout do problematiky hlouběji a utvořit si nestranný názor. Nastřádala jsem pocity, že nejen v poskytování péče, komunikaci i postoji sestry, ale i v prostředí, v jakém je péče poskytována tělesně znevýhodněným pacientům, jsou určité nedostatky. Proto tedy byla sestavena tato práce, aby přiblížila jak pozitivní, tak negativní pohled tělesně znevýhodněných pacientů na poskytovanou péči nejen v ambulantní, ale i v lůžkové sféře.

1 Současný stav

1.1 Tělesné znevýhodnění

Tělesné znevýhodnění, dříve postižení nebo handicap, definuje Kočová et al. (2017) jako přetrvávající nebo trvalou nápadnost v pohybových schopnostech se značným nebo stálým vlivem na emocionální, kognitivní a sociální výkony. Světová zdravotnická organizace uvádí definici tělesného znevýhodnění jako částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu (Altman, 2014). Tělesné znevýhodnění tvoří vady pohybového a nosného ústrojí, také cévního zásobení, ale i nervového ústrojí projevující se poruchou hybnosti. Tělesné znevýhodnění má negativní dopad na zajištění sebeobsluhy jedince vzhledem k omezené soběstačnosti, nově vzniklým potřebám, a tak přichází závislost na druhé osobě a technických pomůckách (Hanková, Vávrová, 2017). Tělesné znevýhodnění může být také bráno jako jakékoliv postižení pohybové, nosné či nervové soustavy, jehož důsledkem je omezení nebo ztráta hybnosti (Klimentová, 2018). Znevýhodnění limituje životní šance jedince, zasahuje do jeho práce schopnosti a negativně ovlivňuje nejednu stránku života. Praktický dopad je odvozen od limitací motorických funkcí, které jsou blízce spojeny s percepční, emoční i kognitivní sférou a její porucha ovlivňuje celou osobnost jedince. Soběstačnost je dalším z řady dopadů tělesného znevýhodnění a je do jisté míry ovlivněna stupněm závažnosti, a tudíž i nezávislosti svého nositele. Veškeré definice jsou sice zcela nejednotné, ale obsahově velmi sblížené. K pochopení tělesného postižení je nutné být trpělivý a empatický, protože samotní pacienti musí přijímat svá poškození a nový životní styl. Proto je tedy nutné, aby sestry byly dostatečně vzdělané, uměly efektivně komunikovat s pacienty, dokázaly je podporovat, motivovat a překonávat jednotlivé etapy v nové životní cestě (Neugebauer, Tóthová, 2019).

Fox (2017) pod pojem zdravotní znevýhodnění zahrnuje celou řadu potíží s fyzickou funkcí těla se zaměřením na využití kompenzačních pomůcek. Chůze s pomůckami, potřeba mechanického vozíku nebo jen pomalá chůze, všechno toto je určitý problém v oblasti pohybové.

1.1.1 Klasifikace tělesného znevýhodnění

Tělesné znevýhodnění je rozděleno do tří skupin. První se zajímá o klasifikaci dle doby vzniku, zde popisujeme vrozené a získané znevýhodnění. Vrozenými vadami míníme ty, které vznikly v průběhu nitroděložního vývoje, při porodu nebo v novorozeneckém období. Rizikovými faktory vzniku vrozeného znevýhodnění může být genetická zátěž ze stran rodičů, matkou prodělané infekty v průběhu těhotenství či teratogenní faktory. Při porodu může dojít k asfyxii či úrazu plodu při klešťovém porodu. K získanému znevýhodnění nejčastěji dochází při úrazu i nemoci, kdy dojde k tělesnému znevýhodnění u dříve zdravého jedince. Druhá oblast se zabývá klasifikací dle míry závažnosti, která rozlišuje omezení pohybu na lehké, střední a těžké. Třetí a poslední skupina popisuje příčiny dle místa, kde nacházíme obrny, deformace, malformace a amputace (Disabled world, 2019).

Tělesné znevýhodnění klasifikuje Slowík (2016) dle typu na postižení hybnosti, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení. Další možné klasifikování je podle doby jeho vzniku na vrozené a získané, přičemž do vrozeného tělesného znevýhodnění řadíme zpravidla rozštěpy páteře, patra, rtů, dětskou mozkovou obrnu, nevyvinutí končetin nebo jejich částí a vrozené vady lebky. Do získaných spadají úrazy, zlomeniny, amputace, deformity páteře či následky onemocnění (například revmatismus).

Mezi další rozdělení patří klasifikace podle etiologie na skupinu tělesného oslabení a odchylek, kde popisujeme luxace kloubů, vady páteře, a tělesných vývojových vad, které zahrnují vady končetin, lebky a rozštěpy (Adeyemo et al., 2016). Třetí skupinou jsou úrazy, do kterých spadá tělesné postižení jakékoliv závažnosti s dočasnými či trvalými následky např. paraplegie/paraparéza, kvadrupelgie/kvadruparéza, vzniklé v důsledku poranění páteře s transverzální míšní lézí, nebo také amputace končetin (Nas, 2015). Čtvrtou skupinou jsou následky onemocnění CNS, např. encefalidity, tuberkulózy nebo nádorového onemocnění. Pátou skupinu tvoří dětská mozková obrna a to spastické i nespastické formy. A poslední je skupina dlouhodobých chronických onemocnění a zdravotního oslabení, jako jsou alergie, oslabená imunita, epilepsie a nádorová onemocnění (Gulley et al., 2018).

Jiné možnosti uvádí Novosad (2011), který svou klasifikaci situuje do tří okruhů. Prvním okruhem jsou chronická onemocnění a postižení z interních příčin. Hlavní myšlenkou je vliv chronického onemocnění na funkci člověka, který bývá právě vlivem tohoto chronického onemocnění znevýhodněn, nebo se pacient dostává do stavu po opakovaných či neléčených akutních forem např. kardiovaskulárního onemocnění (ICHS). Druhý okruh se zaměřuje na onemocnění plic a dýchacích cest (cystická fibróza, průduškové astma), poruchy imunity (autoimunitní onemocnění, chronický únavový syndrom), poruchy metabolických procesů (poruchy funkce jater, ledvin), nádorové onemocnění (zhoubné a nezhojbné nádory), epilepsie a kožní onemocnění (dermatózy, dermatitidy). Tělesné znevýhodnění je dále popisováno z hlediska příčiny (dědičné a vrozené) i projevů a je rozděleno na: obrny (dětská mozková obrna, Parkinsonova nemoc), deformace (nanismus, artritidy) a amputace, kdy u jednotlivých vad se mohou kategorie prolínat. Poslední okruh pojednává o tělesném znevýhodnění a stáří. Autor vychází z empirických dat, která poukazují na vzrůst četnosti znevýhodnění s rostoucím věkem (Motl et al., 2010; Motlon et al., 2017).

V souvislosti se stářím bývá tělesné znevýhodnění doprovázeno omezením v oblasti soběstačnosti, mobility nebo kontinence, které se řadí mezi komplexní příznaky stárnutí, také známé jako nemoci stáří (Fick, 2019; Doležalová, Tóthová, 2019). Tělesné znevýhodnění ve stáří není žádná nemoc či patologický jev, nýbrž fyziologická součást života a součást vývojové osy každého z nás (Novosad, 2011).

1.1.2 Paraplegie

Závažnost tělesného znevýhodnění závisí na lokalizaci a míře poškození. Páteř je rozdělena dle obratlů na krční - vertebrae cervicales (C1-C7), hrudní - vertebrae thoracicae (Th1-Th12), bederní - vertebrae lumbales (L1-L5), křížovou - os sacrum (S1-S5, srůst pěti obratlů) a kostrč - os coccygis (Co1-Co5, srůst čtyř nebo pěti obratlů) (viz příloha 1) (Hudák et al., 2017).

Paraplegie je popisována jako porušení pod míšním segmentem C8 (Wendsche, 2015). Další definice vyobrazuje paraplegii jako ztrátu citlivosti a ochrnutí svalů pod segmentem poškozené míchy v různé míře závažnosti (Bendová, 2015). Dle Pfeiffera

(2006) paraplegie vniká při porušení míchy od segmentu Th2, v těchto místech již nejsou poškozeny horní končetiny.

Při porušení ve výši Th2-Th5 dochází ke zmenšení dechového objemu plic, ale je zde úplná nezávislost ve všech denních činnostech, mechanický vozík je však nezbytnou pomůckou. Je možné cvičit chůzi přísunem za pomoci dvou podpažních berel. Při poruše Th6-Th10 je úplná nezávislost, mechanický vozík je nedílnou součástí a je zde možnost nacvičit chůzi švihem s aparáty na dolních končetinách a francouzskými berlemi (Luckerová, 2014). Dále následuje porušení v oblasti Th11-L3 kdy je opět nezávislost, ale chůze se může cvičit jako čtyřbodová. Při poruše ve výši L4-S2 je nezávislost doma i mimo bydlení. Vozík zde není klíčový, chůze je možná bez aparátů se dvěma francouzskými berlemi. Poslední popisované porušení je od L1, kde už se nejedná o poruchy míchy, ale míšních kořenů. Tato skutečnost již není nazývána centrální porušení hybnosti, nýbrž periferní porušení hybnosti (Hrabálek, 2011).

Dalším způsobem dělení paraplegie je členění na vysokou a nízkou paraplegii. Vysoká paraplegie udává poškození míchy v horním segmentu a jedinec se stává částečně pohyblivým. V horní části těla je pohyblivost částečně zachována. Opakem je dolní část, kde je pohyblivost nulová. Nízká paraplegie představuje poškození míchy v dolním segmentu míchy, jejímž následkem je částečná či úplná ztrátu pohyblivosti dolních končetin (Faltýnková, 2004).

K exaktní charakteristice míšního poranění je využíváno dělení do kategorií A, B, C, D, E na podkladu klasifikace míšních lézí AIS dle Americké asociace pro míšní léze (viz příloha 2) (Štětkářová et al., 2019).

V zahraniční lékařské literatuře se objevují ohledně termínu paraplegie určité nejasnosti. Tento termín se často využívá při popisování jakéhokoli typu motorické slabosti dolních končetin bez ohledu na úroveň poškození míchy (Capildeo, Maxwell, 1984). Novější zahraniční literatura s dřívější definicí částečně koresponduje. Slovo paraplegie je odvozené z řečtiny, kdy v doslovném překladu znamená „mrtvice na jenom boku“ a původně představovalo stav nazývaný hemiplegie. Moderní terminologie uvádí paraplegii jako ochrnutí dolních končetin, části či celého trupu, které je výsledkem postižení určité části trupu (What is Paraplegia?, © 2021). Hlavní popisované příčiny jsou dopravní nehody, poranění jako následek pádu, sportovní zranění, násilí a

chirurgické poranění (Living with Paraplegia..., 2019). Příčiny paraplegie můžeme rozdělit také do dvou celků. Prvním jsou traumatické příčiny, které vycházejí z náhlého traumatického úderu, jejímž výsledkem je zlomenina, vykloubení či stlačení obratlů, ale může se jednat i o střelné či bodné poranění. Druhým celkem je netraumatické poranění, kam patří poškození vzniklé zánětem, rakovinou nebo artritidou (Spinal Cord Injury, 2019).

Dělení komplikací dle času:

- komplikace v době úrazu: (zlomenina lebky, hrudníku, pánve, pneumothorax)
- rané komplikace: (hluboká žilní trombóza, zástava dýchání, paralytický ileus)
- střední komplikace: (orchitida, kožní infekce, kameny v močovém měchýři)
- pozdní: (vznik dekubitů, selhání ledvin, osteomyelitida, hypertenze, hemoroidy) (Mattingly, 2012).

Komplikace zasahují do vědomí a psychického stavu pacienta a tím i zhoršují funkci celého těla jednice. Pacient na novou skutečnost může reagovat depresi a neochotou spolupracovat a tím i předcházet vzniku komplikací (Smith, 2018).

1.2 Potřeby pacienta s paraplegií

1.2.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby se staví mezi priority uspokojování ošetřovatelským personálem. Potřeba výživy, hydratace, tepla, vyprazdňování, hygieny, dýchání, také být bez bolesti, aktivizace a ochrana před vlivy okolí patří do této skupiny. Veškeré tyto potřeby bezpochybně zasahují i do potřeby psychických a sociálních (Tóthová et al., 2014). Projevem nedostatečného upokojování fyziologických potřeb je dušnost, hlad a žízeň, nucení na močení a stolicí, zápach bolest či únava. Biologické potřeby jsou přítomny v každém z nás, jsou-li frustrovány, ovlivňují veškeré funkce osobnosti a vždy musí být odstraněny (Mastiliaková, 2014).

1.2.2 Psychologické potřeby

V roce 1954 Maslow propracoval svou klasifikaci ve vztahu k teorii utváření rozvoje osobnosti do tří skupin, kdy jedna z nich nese název právě Psychologické potřeby. Pojednává v ní o:

- **Potřebě sounáležitosti a lásky:**
kdy cílem je být akceptován, milován druhým a někomu patřit (Zacharová et al., 2011). Při neuspokojení potřeby sounáležitosti a lásky se objevují pocity odmítnutí, neschopnosti, prázdnoty a osamocení. Opak nastává při uspokojení, kdy dochází k hřejivému pocitu, že se uvnitř nás objevuje síla a pocit celistvosti (Stephen, 2018).
- **Potřebě uznání:**
kde nacházíme potřebu důvěry, souhlasu, respektu a výkonu (Zacharová et al., 2011). V potřebě „vážit si sám sebe“ jsou dle Maslowa oddělovány dva druhy potřeby uznání. První popisuje jako touhu jedince být úspěšný a schopný. Následující vyžaduje ocenění a uznání od druhých. V případě neuspokojení těchto dvou primárních potřeb je cítěn sama sebe jako podřadným, slabým a nezpůsobilým. Naopak uspokojení přináší pocity způsobilosti, sebevědomí a síly.

Dlouhodobé neuspokojování výše uvedených potřeb nese riziko vzniku nouzového a nefunkčního vzorce chování (Stephen, 2018).

1.2.3 Potřeby sociální

Člověk je od přírody tvor společenský, tak jako izolovaně není schopen žít, tak i stonat a umírat. Omezení styku s nejbližšími, přáteli je pro jedince nepředstavitelně zatěžující (Svatošová, 2012). Mnoho překážek ze sociální sféry spojené s pocitem nejistoty a nezájmu, mají vliv na duševní stav nemocného, vyvolávají smutek, úzkost, jsou velmi intenzivní a nemocný ztrácí chuť žítí. Nemocní své pocity ventilují různě, někteří je zastírají, tiše trpí, někteří nemají problém se svěřit nebo o nich mluvit. Často se v nemocničním zařízení setkáváme s projevem netrpělivosti, nemístnými vtipy i hrubostí vůči zdravotnickému personálu. Při reakci na tyto potíže se musíme naučit, jak a v jaké

situaci projevit účast s nemocným a kdy ukázat, že chování nebylo vstřícné. Zásadou je profesionální komunikace (Zacharová, 2017).

Není to tak dávno, kdy byly spirituální potřeby zapomínány. Pro věřícího jedince jsou duchovní potřeby neodmyslitelné, ví, co má dělat, a tudíž se dokáže lépe i v nemocniční sféře zařídit. Více problematičtí jsou lidé, pro které víra není úplnou součástí života, není-li tomu ale vždy. Většinou v souvislosti s vážnou nemocí se začínají zaobírat otázkami smyslu života. Každý přeci potřebuje dostat odpověď na to, že jeho život má či měl smysl, že mu bylo odpuštěno. Naplnění této potřeby smysluplnosti se rovná stavu duchovní nouze (Svatošová, 2012).

1.3 Ošetrovatelská péče o tělesně znevýhodněného pacienta

1.3.1 Oblast biologických potřeb

Cílem ošetrovatelské péče by mělo být uspokojení potřeb člověka. Každý jedinec má potřeby individuální, potřeba zde znamená nedostatek v uspokojení potřeb. Z potřeb biologických se ošetrovatelská péče zaměřuje na potřebu dýchání, výživy, vylučování, čistoty, spánku a potřebubýt bez bolesti (Šamánková, 2011).

1.3.1.1 Potřeba dýchání:

Dýchání je přirozenou základní životní potřebou, bez dýchání není možná existence. I když je dýchání natolik nezbytné, jeho potřebu si neuvědomujeme, dýcháme automaticky a nevědomě (Kuchynková et al., 2015). Neuspokojování potřeby dýchání končí často dramaticky a je doprovázeno psychickou odezvou, kdy se objevuje úzkost a strach. Jedinec s poruchou dýchání vyžaduje ošetrovatelskou péči, pomoc či pochopení (Trachtová, 2018).

Dechové potíže jsou závislé na míře poškozeného segmentu. Počáteční příčinou velkého množství poruch činnosti dýchacího ústrojí jsou poruchy dechové mechaniky a tím spojené ventilace plic. Tyto poruchy pozměňují proudový odpor v průduškovém stromu nebo mění poddajnost plicní tkáně. Porucha souhry činnosti kostěného systému hrudníku, dýchacích svalů a bránice je výsledek vzniklých změn. K obnově

nervosvalové koordinace a tím i regulérní dechové mechaniky je dechová rehabilitace (Jirků, Kyriánová, 2009).

Někteří jedinci s vysokou paraplegií mají problém s kašlem, který je zapříčiněný ochrnutím pomocných svalů k vykašlávání, nemohou tak odstraňovat hleny, které se v plicích přirozeně vytvářejí, a jsou ohroženi plicní infekcí. Prevencí je pravidelné polohování ze strany na stranu nebo do polohy, kdy jsou nohy výše nežli hlava, a také pravidelné, hluboké dýchání. Polohování by se mělo provádět denně alespoň dvakrát, tak aby se předešlo vzniku komplikací (Česká asociace paraplegiků, © 2021).

1.3.1.2 Potřeba výživy:

Funkce trávicího systému je nezbytná pro zabezpečení energie a látek potřebných pro stavbu, obnovu a činnost celého organismu (Orel, 2019). Poranění míchy u velké části jedinců nevyžaduje speciální dietu (Šamánková, 2011). Sestra při příjmu jedince počítá BMI (tělesný hmotnostní index) a zhodnotí aktuální stav výživy pacienta neboli zhotoví nutriční screening (Kapounová, 2020). Většina jedinců v akutní fázi pocítuje nechutenství a tím spojený nedostatek bílkovin. V případě, že je příjem potravy perorálně neboli ústy z určitého důvodu nemožný či nedostatečný, je zapotřebí živiny doplnit parenterálně (do krevního řečiště) nebo enterálně (do trávicího traktu). Jednotlivé metody se doplňují a v mimořádných situacích je lze použít společně (Kasper, 2015). U všech jedinců je zapotřebí sledovat bilanci tekutin (příjem a výdej), kontrolovat dodržování pitného režimu a motivovat ke kvalitní spolupráci (Šamánková, 2011).

1.3.1.3 Potřeba vylučování:

Vyprazdňování je základní, fyziologickou funkcí jedince. Ze stran fyziologické oblasti umožňuje pravidelné a úměrné uspokojování této potřeby zdárné udržení homeostázy, tedy rovnováhy vnitřního prostředí (Vokurka et al., 2019). Příjem, trávení, vyprazdňování patří do základního procesu metabolismu. Vyprazdňování zasahuje intimní oblast člověka, tudíž je velmi obtížné vést na toto téma rozhovor. Sestra při hodnocení vyprazdňování v souvislosti s ošetrovatelskou anamnézou musí zaujímat

diskrétní, citlivý a respektující postoj. Komunikace v této oblasti vyžaduje velmi profesionální chování, komunikační znalosti a dovednosti sestry (Trachtová, 2018).

- ***Péče o močové cesty:***

Dysfunkce dolních cest močových vzniklá následkem poranění míchy a nese s sebou značné riziko rozvoje sekundárního ireverzibilního poškození ledvinových funkcí (Charousová, 2017). Významným a častým příznakem poruchy funkce dolních cest močových v návaznosti na ovlivnění nervových zakončení ve svalu močového měchýře je porucha kontinence. Inkontinence moči neboli samovolný únik moči z močového měchýře je ze stran pacientů vnímána jako významný faktor snižující kvalitu života (Hanuš et al., 2015).

Porucha plnění a vyprazdňování močového měchýře je další neurogení dysfunkcí dolních cest močových. Hrozí zde rozvinutí komplikací jako jsou močové kameny, uroinfekce či poškození ledvin. Klíčovým faktorem je nastavení režimu vyprazdňování močového měchýře, který zabezpečí ochranu ledvin (Charousová, 2017). Hovoříme o dostatečném příjmu tekutin alespoň 3 litry denně, nutnosti vyprazdňování moči v intervalech přes den každé 3-4 hodiny a noci každých 6-8 hodin. Na místě je poučení pacienta o omezení příjmu tekutin před spaním (Česká asociace paraplegiků, © 2021).

- ***Péče o střeva:***

Česká asociace paraplegiků (© 2021) uvádí dva typy funkční poruchy střev. Reflexní neboli spastické střevo vzniká při poranění nad křížovými segmenty, kdy se rozvíjí spastická forma plegie. Jedná se o nemožnost cílené relaxace zevního svěrače s následným zadržováním stolice. Chabé střevo se vyskytuje při poruše ve výši křížových segmentů a následkem je postrádání peristaltického reflexu. Zevní svěrač má slabý tonus a tím dochází k pomalému pohybu stolice a vzrůstu rizika inkontinence pro hypotonický zevní svěrač (Strava a vyměšování lidí..., 2015).

U všech pacientů s poraněním páteře a míchy je zapotřebí zabezpečit pravidelné vyprazdňování (Vágnerová, 2015). V prvotní fázi onemocnění se pacient vyprazdňuje na lůžku, postupem času, kdy zvládá přesun za pomoci ergoterapeuta nebo sám, probíhá vyprazdňování na toaletě. Pokud má pacient s vyprazdňováním potíže, je zapotřebí provést klyasma, popřípadě mechanické vybavení stolice (Šamánková, 2011).

Zdravotnický personál musí vždy myslet na dodržování intimity pacienta. Vyprazdňování stolice je základní lidská potřeba, avšak k jejímu zvládnutí u pacientů s poruchou páteře a míchy vede zdlouhavá cesta, a ne všichni ji zvládnou bez pomoci (Burda, Šolcová, 2016).

1.3.1.4 Potřeba čistoty:

Hygienická péče je základní lidskou potřebou, utváří se od útlého věku jedince v podobě hygienických návyků, tudíž je pro každého individuální. Jedná se o soubor obecných pravidel, postupů nezbytných k ochraně a zachování zdraví (Burda, Šolcová, 2015). Sestra zastává nezbytně nutnou roli v zajištění, pomoci při hygieně a její povinnosti je zachování intimity a bezpečí člověka. Při poskytování profesionální péče je vhodné mapovat možné změny na kůži (Krátká, 2018).

Onemocnění ovlivní nároky na hygienickou péči jedince, mění její způsob a provedení. Rozsah omezení pohyblivosti a ztráta soběstačnosti udává následnou hygienickou péči. Koupel by měla být předem plánována a konzultována s pacientem, ošetrovatelský personál by měl vynaložit snahu, aby koupel nepředstírala pro nemocného stres, obavy, strach, ale naopak pohodu, radost a příjemný zážitek (Šamánková, 2011). Celková hygiena zahrnuje hygienickou péči o tělo, důkladné omytí genitálu, péči o vlasy a samozřejmě péči o dutinu ústní vše v souladu zachování intimity jedince. Zapojením jedince do procesu nacvičujeme samostatnost (Mlýnková, 2016).

1.3.1.5 Potřeba spánku:

Spánek patří do základních fyziologických potřeb jedince. Je to stav snížené pohybové i mentální aktivity, který slouží k regeneraci fyzických i psychických sil. Spánek je nezbytný nejen pro každý orgán v našem těle, ale také pro každého jedince (Walker, 2018). Potřeba délky spánku je individuální, záleží na věku, výkonnosti a stavu těla jedince. Dostatečný a kvalitní spánek je klíčový pro zdraví, výkonnost a pozitivní ladění člověka (Křepelová, 2018).

Potřebu spánku pacienti uvádějí jako problém nejčastěji. Spánek pocítují jako stresující faktor, a to z mnoha důvodů. Například z nedostatku soukromí, intimity či strachu. Ač

je pacienty uváděn nejčastěji, sestry tento problém podceňují (Gellerstedt et al., 2019). Pacienti vyžadující pomoc personálu, by měli být každé tři hodiny polohováni, samozřejmostí je dopřání klidu a soukromí. V nemocničním zařízení bývá potřeba spánku vyšší z důvodu nemoci. Je tedy nutné tuto skutečnost uznat a přijmout (Šamánková, 2011).

1.3.1.6 Potřeba být bez bolesti:

Bolest je nežádoucí, senzorický a emocionální prožitek spjatý s přítomným či budoucím poškozením tkání. Hovoříme o subjektivním jevu, který existuje vždy, kdy ho jedinec udává. Veškerá onemocnění jsou doprovázena bolestí, zdravotnický personál musí být o bolesti informován a věřit jí (Rokyta et al., 2017). Sestra by měla pravidelně získávat informace o bolesti pacienta, jejím rozsahu, lokalizaci, intenzitě, může využívat dostupné prostředky k měření bolesti (Šamánková, 2011).

Pacient s poraněním míchy má nejčastěji bolesti v době i místě zranění, které mohou být přítomny týdny, měsíce i roky. Přítomnost bolesti má mnoho důvodů, například zlomenina kostí, pohmožděné zádové svaly či operované pole. Důraz je kladen na pravidelné polohování pacienta, přikládání polohovacích pomůcek a případnému zajištění analgetické léčby (Šamánková, 2011).

1.3.2 Oblast psychologických potřeb

Psychologická péče je nedílnou součástí komplexní interprofesní péče o pacienta s poraněním míchy (Kříž et al., 2019). Proces přijímání nově vzniklé situace probíhá u každého člověka odlišně s ohledem na genetické, osobnostní vlastnosti a schopnosti přijímat zátěžové situace (Bužgová, 2015). Narušený psychický stav komplikuje léčbu a rehabilitace jedince (Kříž et al., 2019).

Vzájemná a aktivní spolupráce ze stran pacienta je spojena s porozuměním a respektováním jeho individuálních potřeb. Pacient nejvíce od ošetřovatelského personálu vyžaduje pochopení a pomoc, tedy empatii. Empatie je v tomto smyslu chápána jako schopnost pochopení vnitřních pocitů a představ jedince související s

dovedností ukázat porozumění. Je vhodné pacienta nepoučovat, ale naučit jeho samotného edukaci svého okolí (Hůlková, 2010).

1.3.3 Zásady ošetrovatelské péče o tělesně znevýhodněného pacienta

Scott et al. (2018) uvádí zásady či návod, jak postupovat při ošetřování pacienta s paraplegií v následujících dvanácti bodech:

- Vždy je zapotřebí řídit se dle bezpečnostních opatření, dbát na prevenci pádu, zkontrolovat, aby měl pacient vždy zvednuté postranice.
- Postel musí být vždy v nízké poloze.
- Signalizační zařízení by měl mít pacient při ruce, v případě, že pacient není schopen zařízení použít, je žádoucí častá kontrola pacienta.
- Pro minimalizace popálení, je zapotřebí kontrola vody při koupání, teplota stravy při podávání.
- Pravidelné polohování každé dvě hodiny směrem na východ.
- Nutná prevence dekubitů a dodržování plánu péče.
- Využívání podpurných zařízení dle plánu péče.
- Řídit se dle tréninkových programů pro správnou funkci střev a močového měchýře.
- Důležité je zachování funkce svalů a předcházení kontrakturám, podpoření rozsahu pohybu za pomoci cvičení dle programu.
- Podle potřeby pomáhat s jídlem a pitím.
- Opatření kompenzačních pomůcek dle potřeby.
- Nezbytně nutné je poskytnout emoční a psychickou podporu.
- Následování rehabilitačního programu daného pacienta.

V ošetrovatelské péči je velmi zásadní a nepostradatelná komunikace, která je součástí veškeré péče. Aby komunikace byla zvládnutá a efektivní, je zapotřebí dodržovat určité postupy (Norouzinia et al., 2015):

- Při komunikaci dbáme na udržení optimálního zrakového kontaktu, musíme si uvědomit, že pacient vnímá okolí z nižší úrovně než my, protože on je upoután

na mechanický vozík. Je tedy na místě se usadit, nebo si k jedinci sehnout, komunikace ve stoje není slušná ani efektivní.

- Za pomoci s pohybem na mechanickém vozíku je vhodné, zda to terén dovolí, kráčet vedle jedince a vozík tlačit jednou rukou. Jedinec tak nebude muset vyvracet hlavu dozadu, což je velmi bolestivé, a pocit závislosti na pomoci od druhého se výrazně sníží.
- Během doprovodu jedince na vozíku druhou osobou, například asistentem, hovoříme vždy jen s osobou, se kterou jednáme. Jedinec nepotřebuje tlumočníka, když k tomu nejsou dané důvody.
- Na poskytnutí pomoci se vždy ptáme, zda má daná osoba zájem a jak má pomoc vypadat. Dotyčný nám velmi rád vysvětlí postup pomoci a my tím předejdeme pochybení a napáchání škod.
- Kompenzační pomůcky by měly být vždy na blízku jedinci, jelikož pocit bezpečí a jistoty je na ně velmi vázán.
- V průběhu rozhovoru je vhodné se na téma spjatým s jejich onemocněním zeptat, ale ne o něm dlouze konverzovat (Slowík, 2010).

1.4 Sféry poskytování ošetrovatelské péče

1.4.1 Ambulantní sféra

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, hovoříme o zdravotní péči, kdy není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko ve zdravotnickém zařízení poskytující jednodenní péči, kterou poskytuje lékař primární péče nebo odborný specialista. V případě, kdy vznikne onemocnění, se pacient obrací nejprve na lékaře poskytující primární péči, tím myslíme praktického lékaře, gynekology, zubní lékaře, u kterého musíme být zaregistrovaní. Při vzniku akutní a neodkladné péče (úraz, akutní onemocnění) je lékař povinen pacienta ošetřit, i když u něj daný pacient není registrovaný, poté ale odešle pacienta k jeho ošetřujícímu lékaři. Ambulantní péče je poskytována jako:

- Primární ambulantní péče: účelem péče je poskytnutí preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče, konzultací a návazností poskytovaných

zdravotnických služeb odlišnými poskytovateli. Součástí primární ambulantní péče je návštěvní služba,

- Specializovaná ambulantní péče: je poskytování péče v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,
- Stacionární péče: cílem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav žádá opakující se denní poskytování ambulantní péče (Spišáková, 2016).

Popisovanými výhodami u ambulantní péče jsou:

- komplexnější zdravotní služba – řešení fyzických i emocionálních potřeb;
- pacienti mohou odejít domů a rychleji se zapojit do běžného života;
- nepřenocování v nemocničním zařízení znamená více času pro pacienta;
- více volna pro zdravotníky a rutinních plán;
- nižší nákladnost pro poskytovatele služby (Heinrich, 2017).

1.4.2 Pacient s tělesným znevýhodněním v ambulantní sféře

Z analýzy a sumarizace potřeb a základních informací o zásadách poskytování ošetrovatelské péče paraplegickému pacientovi lze vytvořit stručný manuál, pomůcku pro ošetřování tělesně znevýhodněného pacienta v ambulantní sféře:

1. Dbáme na bezpečnost a komfort pacienta vždy.
2. Po předchozí domluvě poskytujeme pomoc pacientovi dle jeho potřeb.
3. Umožníme pacientovi doprovod.
4. Komunikujeme hlavně s pacientem, ne s doprovodem, a to zřetelně a pomalu.
5. Při rozhovoru zaujmeme pozici, aby oči tvé a pacientovo byly ve stejné úrovni.
6. Je vhodné vyjádřit respekt, podporu.
7. Kompenzační pomůcky ponecháme pacientovi na blízku.
8. Při vyšetření vždy myslíme na zachování intimity pacienta.
9. Zajistíme vyšší časové rozmezí na ošetření pacienta.
10. Při domlouvání budoucí návštěvy se snažíme pacientovi vyjít vstříc (Desatero komunikace..., 2021).

1.4.3 Lůžková sféra

Lůžkovou péčí rozumíme zdravotní péči, u které se vylučuje poskytování ambulantně a pro její splnění je zapotřebí hospitalizace pacienta. Poskytování lůžkové péče je ve zdravotnických zařízeních poskytována (MZČR, 2021):

- Akutní lůžková péče standardní:
 - a) poskytována pacientům s náhle vzniklým onemocněním nebo akutním zhoršením chronického onemocnění, kdy vážně ohrožují zdraví pacientů, ale bezprostředně nesměřují k selhání životních funkcí,
 - b) prováděna za účelem poskytnutí zdravotních výkonů neproveditelných ambulantní cestou,
 - c) poskytována za účelem rané léčebné rehabilitace,
- Akutní lůžková péče intenzivní: je poskytována pacientovi v situaci akutního selhávání či akutního ohrožení základních životních funkcí nebo když lze tyto situace předpokládat (MZČR, 2021),
- Následná lůžková péče: je určena pacientům, kterým byla stanovena základní diagnóza a jejich zdravotní stav je stabilizovaný, nebo jsou částečně či zcela závislí na podpoře základních životních funkcí. Péče slouží k přijetí, zvládnutí akutní nemoci či akutního zhoršení chronického stavu a zdravotní stav žádá doléčení, podporu léčby například rehabilitační,
- Dlouhodobá lůžková péče: slouží pro pacienty, u kterých zdravotní stav nezle léčebnou péčí obnovit či zlepšit, a také pacientům s poruchou základních životních funkcí, kdy bez kontinuálního poskytování péče zdravotnickým personálem by se zdravotní stav nadále zhoršoval (Následná a dlouhodobá..., © 2021).

Lůžková péče má velké množství výhod, do kterých řadíme:

- pozornost ošetřujícího personálu, který dohlíží na to, aby bylo zajištěno pohodlí a podpora pacienta,
- přesné a včasné podání předepsaných léků včetně léků na bolest,
- diagnostické a laboratorní testování, pro včasné a přesné informace o zdravotním stavu a průběhu léčby,
- podávání stavy schválené lékařem,

- respirační, pracovní a fyzikální terapie, jako pomoc při získávání nezávislosti (Inpatient care, © 2021).

1.4.4 Pacient s tělesným znevýhodněním v lůžkové sféře

Stejně jako v ambulantní sféře, lze i v lůžkové dle získaných informací vytvořit vzorový, inspirativní postup poskytování ošetrovatelské péče tělesně znevýhodněnému pacientovi ošetrovatelským týmem:

1. Opatřeme pacientovi bezbariérový pokoj vždy.
2. Seznamme pacienta s prostorem pokoje.
3. Nastavme pacientovi postel do nízké polohy, poučme ho o zacházení s ovládacím systémem postele.
4. Naučme pacienta ovládnutí signalizačního zařízení.
5. Dbejme na prevenci pádu, zvedneme pacientovi postranice.
6. Kompenzační pomůcky ponecháme v blízkosti pacienta.
7. Vždy informujeme, řádně poučme pacienta a ověřme si, zda informacím porozuměl.
8. Při komunikaci udržujeme oči ve stejné úrovni s pacientem, komunikujeme pomalu, jasně a zřetelně.
9. Poskytneme prostor pacientovi vyjádřit své potřeby a pocity.
10. Zachovejme pacientovi dostatek soukromí a dodržujeme intimitu.
11. Zaměřme se na biologické potřeby a dle potřeb pacienta sestavme plán péče. Vše s pacientem konzultujeme.
12. Hygienické péči kladme velký důraz.
13. Komunikujeme s pacientem, vyjádříme pochopení, empatii.
14. Umožněme pacientovi dodržovat osvojené rituály.
15. Pravidelně pacienta dle potřeby polohujeme, aktivizujeme.
16. Dopřejme jedinci sociální kontakt.
17. Poskytujeme holistický přístup v poskytování ošetrovatelské péče (Práva tělesně postižených..., 2020).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Analyzovat subjektivní pohled pacientů s tělesným znevýhodněním na poskytovanou péči v lůžkové a ambulantní sféře zdravotnických zařízení.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat pozitiva ambulantní sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním.
2. Zmapovat negativa ambulantní sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním.
3. Zmapovat pozitiva lůžkové sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním.
4. Zmapovat negativa lůžkové sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním.
5. Zmapovat, jakou sféru poskytované péče pacienti s tělesným znevýhodněním preferují.
6. Zjistit, jaké technické inovace by pro pacienty s tělesným znevýhodněním byly přínosné a kde by inovace nejvíce uvítali.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká pozitiva v oblasti prostředí vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v lůžkové sféře?
2. Jaká pozitiva v oblasti komunikace vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v lůžkové sféře?
3. Jaká pozitiva v oblasti postoje sestry vnímají tělesně znevýhodnění pacienti v lůžkové sféře?
4. Jaká negativa v oblasti prostředí vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v lůžkové sféře?

5. Jaká negativa v oblasti komunikace vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v lůžkové sféře?
6. Jaká negativa v oblasti postoje sestry vnímají tělesně znevýhodnění pacienti v lůžkové sféře?
7. Jaká pozitiva v oblasti prostředí vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v ambulantní sféře?
8. Jaká pozitiva v oblasti komunikace vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v ambulantní sféře?
9. Jaká pozitiva v oblasti postoje sestry vnímají tělesně znevýhodnění pacienti v ambulantní sféře?
10. Jaká negativa v oblasti prostředí vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v ambulantní sféře?
11. Jaká negativa v oblasti komunikace vidí pacienti s tělesným znevýhodněním v ambulantní sféře?
12. Jaká negativa v oblasti postoje sestry vnímají tělesně znevýhodnění pacienti v ambulantní sféře?
13. Jakou sféru poskytované péče pacienti s tělesným znevýhodněním preferují?
14. V jaké sféře by pacienti s tělesným znevýhodněním více uvítali zdokonalení?
15. Jaké technické inovace pacienti s tělesným znevýhodněním navrhují pro zlepšení poskytované péče?

2.3 Hypotézy

1. Pacienti s tělesným znevýhodněním více preferují návštěvu ambulantní sféry než hospitalizaci v lůžkové sféře.
2. Pacienti s tělesným znevýhodněním vnímají v ambulantní sféře více pozitiv než v lůžkové sféře.
3. Pacienti s tělesným znevýhodněním více požadují zřízení technických inovací v lůžkové sféře než v ambulantní.

3 Metodika

3.1 Design studie

Výzkumná část byla vzhledem k dané problematice zpracována využitím kvalitativně/kvantitativního výzkumného šetření. První část výzkumu byla kvalitativní, kdy sběr dat byl zhotoven využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Jelikož problematika tělesného znevýhodnění je široký problém, zvolili jsme kritériální výběr pacientů. Polostrukturované rozhovory byly provedeny s jedinci s paraplegickým onemocněním. Rozhovor byl situován do 5 okruhů, kdy prvním okruhem byly základní informace o daných respondentech jako je věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, druh tělesného znevýhodnění a zkušenosti s ambulantní a lůžkovou sférou. V druhém okruhu se otázky zaměřovaly na ambulantní sféru, prostředí, komunikaci sestry a jejího postoje z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Třetí okruh se zaměřoval na totožnou problematiku, ale v lůžkové sféře. Čtvrtý okruh obsahoval otázku na preferenci sféry poskytované péče. Poslední okruh na technické inovace, které pacientům s tělesným znevýhodněním v ambulantní i lůžkové sféře chybí, a ve které by více uvítali zdokonalení (viz příloha 3). Druhá fáze byla konstruována na základě informací z kvalitativní části výzkumného šetření. V této fázi byla využita kvantitativní forma výzkumu za použití techniky ankety. Šetření se zaměřovala na potvrzení či vyvrácení získaných informací.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 10 jedinců s paraplegií (viz tabulka 1). Jedinci byli vybráni na základě kritériálního záměrného výběru, kdy prvním kritériem bylo, aby se jednalo o člověka s paraplegií ve věku od 15 do 30 let. Druhé kritérium bylo, aby pacienti měli zkušenosti s léčbou jak v ambulantní, tak lůžkové sféře. Z důvodu zachování anonymity jsou jednotliví respondenti dále označováni jako P1-P10. Druhá část výzkumného šetření probíhala za pomoci vytvoření anketního šetření, které bylo zasláno náhodným paraplegickým pacientům.

3.3 Sběr a analýza dat

Výzkum byl prováděn ve volném čase s osobami s tělesným znevýhodněním. Rozhovor probíhal po vysloveném souhlasu oslovených respondentů z celé České republiky.

Jednotlivá výzkumná šetření se uskutečnila po předchozí domluvě online formou z důvodu epidemiologické situace v České republice. Rozhovor byl uskutečňován mezi tazatelem a dotazovaným, bez zásahu dalších osob. Na začátku každého rozhovoru se tazatel představil, poté interpretoval svou bakalářskou práci, její název a cíle. Každý dotazovaný byl srozuměn se zachováním anonymity a dodržením zákona o GDPR a ujištěn, že veškeré odpovědi budou využity jen pro účel výzkumné části bakalářské práce. Dále byl každý dotazovaný obeznámen s možností na otázku neodpovídat či rozhovor kdykoliv ukončit. Před začátkem každého rozhovoru byl dotazovaný požádán o možnosti pořízení zvukového záznamu. Po většině byly zhotoveny písemné záznamy. Nahrané rozhovory byly převedeny do písemné formy. Každý rozhovor probíhal přibližně 35 minut. Sepsané rozhovory byly následně zpracovány metodou ověřeného kódování, za pomoci využití techniky papír – tužka. Dále byla sestavena anketa, která byla online formou zaslána náhodným paraplegickým pacientům, a následně byla data zpracována.

3.4 Kategorizace a příprava interpretace

V této části práce jsou představeny výsledky procesu výzkumného šetření metody rozhovoru. Pro jednodušší orientaci jsou výsledky uspořádané pod jednotlivé kategorie a podkategorie.

- Kategorie 1 Základní informace o respondentech

- podkategorie 1 - věk
- podkategorie 2 - pohlaví
- podkategorie 3 - nejvyšší dosažené vzdělání
- podkategorie 4 - druh tělesného znevýhodnění
- podkategorie 5 - zkušenosti s ambulantní péčí
- podkategorie 6 - zkušenost s lůžkovou péčí

- Kategorie 2 Ambulantní prostředí z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

- podkategorie 1 - pozitivní stránky prostředí ambulantní sféry
- podkategorie 2 - negativní stránky prostředí ambulantní sféry

- Kategorie 3 Komunikace sestry v ambulantní sféře z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

- podkategorie 1 - pozitivní zkušenosti s komunikací sestry v ambulantní sféře
 - podkategorie 2 - negativní zkušenosti s komunikací sestry v ambulantní sféře
- Kategorie 4 Postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta v ambulantní sféře
- podkategorie 1 - pozitivní pocity z postoje sestry
 - podkategorie 2 - negativní pocity z postoje sestry
- Kategorie 5 Prostředí lůžkové sféry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta
- podkategorie 1 - pozitivní stránky prostředí lůžkové sféry
 - podkategorie 2 - negativní stránky prostředí lůžkové sféry
- Kategorie 6 Komunikace sestry v lůžkové sféře z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta
- podkategorie 1 - pozitivní zkušenosti s komunikací sestry
 - podkategorie 2 - negativní zkušenosti s komunikací sestry
- Kategorie 7 Postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta v lůžkové sféře
- podkategorie 1 - pozitivní pocity z postoje sestry
 - podkategorie 2 - negativní pocity z postoje sestry
- Kategorie 8 Preferovaná péče z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta
- Kategorie 9 Přednostní sféra pro zdokonalení z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta
- Kategorie 10 Návrh technických inovací z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta pro zlepšení poskytované péče

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1 Struktura výzkumného souboru

	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Druh tělesného znevýhodnění	Zkušenosti s ambulancí péčí	Zkušenosti s lůžkovou péčí
R1	27	Muž	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	rozštěp páteře - nízká paraplegie	ano	ano
R2	28	Žena	Střední vzdělání s výučním listem	DMO - vysoká paraplegie	ano	ano
R3	30	Muž	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	Pouřazová nízká paraplegie	ano	ano
R4	22	Žena	Střední vzdělání s výučním listem	DMO - nízká paraplegie	ano	ano
R5	21	Žena	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	Rozštěp páteře - nízká paraplegie	ano	ano
R6	26	Muž	Střední vzdělání s výučním listem	Pouřazová nízká paraplegie	ano	ano
R7	22	Muž	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	DMO - vysoká paraplegie	ano	ano
R8	25	Muž	Základní vzdělání	Svalová dystrofie - nízká paraplegie	ano	ano
R9	29	Žena	Střední vzdělání s výučním listem	Pouřazová - vysoká paraplegie	ano	ano
R10	26	Žena	Základní vzdělání	Rozštěp páteře - vysoká paraplegie	ano	ano

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 zrcadlí základní informace o jednotlivých probandech. Výzkumného šetření se zúčastnili celkem 5 mužů a 5 žen ve věkovém rozmezí od 21 do 30 let. Tři oslovení respondenti mají vystudované střední vzdělání s maturitní zkouškou, pět vzdělání s výučním listem a dva jedinci základní vzdělání. Z deseti informantů trpí následkem

primárního onemocnění či poranění nízkou paraplegií 6 pacientů, vysokou paraplegií tedy 4. Všichni účastníci výzkumného šetření mají zkušenosti s ambulancí a lůžkovou sférou nemocničního zařízení.

4.2 Kvalitativní výzkumné šetření

Kategorie 1 Základní informace o respondentech

V této kategorii jsou interpretovány základní informace, které se týkají paraplegického pacienta, uvádějí druh tělesného znevýhodnění a zkušenosti s ambulancí a lůžkovou péčí.

Podkategorie 1.1 Druh tělesného znevýhodnění pacienta

Druhy tělesného znevýhodnění byly u informantů různé, informanti (P1, P5, P10) se paraplegickými pacienty stali z důvodu rozštěpu páteře. P1, P5, P10 trpí vrozenou vývojovou vadou, kdy se jedná o rozštěp páteře – spina bifida myelomeningocele. P1 hovoří o svém onemocnění s klidem: *„Je to vlastně nejčastější typ rozštěpu páteře, narodil jsem se s tím a už 27 let s tím taky žiju. Jsem smířený, je to osud, hold jsem od pasu dolu ochrnutej“*. P5 má stejné onemocnění, které popisuje: *„Mám rozštěp páteře, takže jsem vozičkářka, tenkrát to ještě nešlo tak uhlídat jako teď, mám to od malička, tak si ani neumím představit, jaký by to bylo bez“*. P10 je vysokým paraplegikem od narození: *„Rozštěp ze mě udělal invalidu s hrbem na zádech, ale já se nedala, smích“*. Skupina respondentů (P2, P4, P7) jsou paraplegickými pacienty z důvodu dětské mozkové obrny (DMO). Příčina informátora P2, P7 je v předčasném porodu matky. P2 dodává: *„Dmóčko je dost častý, matka měla komplikace a musela jsem rychle ven, ale zas tak rychle to nebylo, přidusila jsem se a krvácela do mozku, mám vysokou paraplegii“*. Příběh P7 je skoro totožný: *„Mám vysokou paraplegii, narodil jsem se v 33 týdnu, nemohl jsem dýchat a to ani po porodu“*. Poslední ze skupiny P4 trpí nízkou paraplegií: *„Z důvodu DMO jsem paraplegička, ale dokážu se o nohy opřít, i když jen na chvíli, pro mě je to zázrak“*. Jediný z informantů P8 vlastní diagnózu svalová dystrofie, dodává: *„Vlastně to začalo v 10 letech a šlo to rychle, jsem teď na dolní polovinu těla ochrnutej a musím se dost snažit, abych to zpomalil a byl schopnej normálně žít“*. Poslední tři informanti (P3, P6, P9) se shodli, že se stali paraplegiky

kvůli úrazu. P3 trpí nízkou poúrazovou paraplegií: „*Jsem po autonehodě na vozíku, nezvládnul jsem řízení na ledovce, bylo to docela velký. Hodně rehabilituju, vrátit to nejde, ale snažím se abych byl co nejvíc soběstačný*“. Z P6 je stal paraplegik po úraze na motocyklu, hovoří o svém znevýhodnění takto: „*No, srazil jsem se s autem, které mi na křižovatce nedalo přednost. Já si ho vůbec nevšiml a vlastně mě ani nenapadlo, že by tam někdo vyjel. V prvních chvílích jsem doufal, že to bude dočasný, že se to prostělepší operací, ale omyl. Jsem na vozíku už 4 roky*“. P9 popsal své znevýhodnění takto: „*Na vozíku jsem se ocitla po pádu z koně, kdy byla nadějí operace, která se nepovedla. Hodně špatně jsem to nesla, kdo bude chtít holku na vozíku? Doteď docházím na terapie. Nejčastější otázkou je, co já a koně, no nepřešlo mě to, miluju je pořád, smích...*“.

Podkategorie 1.2 Zkušenosti s ambulantní péčí

Každý z pacientů (P1-P10) má zkušenosti s ambulantní sférou a jejím poskytování péče. P1 uvádí: „*Zkušenosti mám, ambulanci jsem za tu dobu navštěvoval více, ale jednu bych vypíchl a to byla ambulance mého praktického lékaře, kam stále docházím, je a byl tou největší oporou*“. Informanti (P2 a P7) na tuto otázku odpověděli velmi podobně, P2: „*Největší zkušenosti mám s ortopedickou ambulancí u nás v nemocnici, tam docházím už x let*“. P7: „*Určitě ortopedická ambulance, jen ji už nenavštěvuji tak hojně jako dříve*“. Informanti (P3, P8) má zkušenost s rehabilitační ambulancí, jak uvádí: „*Na rehabilitační ambulanci chodím na regenerační terapie, docházím i do jiných, např. praktik, oční a tak, ale ta rehábka nejvíc*“. P8 uvádí: „*Kvůli své diagnóze musím hodně cvičit, takže docházím 2x týdně na rehabilitace*“. Zkušenosti P4 jsou: „*Docházím nyní na ortoticko-protetickou ambulanci, kde mi dělají speciální vložky do bot, pro lepší stabilitu*“. P5 má také zkušenosti s ambulantní péčí: „*Docházím na kožní ambulanci, kde mi sledují pihuv místě vaku na zádech, dále ortopedická*“. Informátor P6 dochází na ambulanci zad, jak uvedl: „*Mám nyní akutní bolesti zad, tak chodím do ambulance bolesti na kapačky*“. Respondent P9 dochází na pravidelné terapeutické hodiny: „*Jak už jsem zmiňovala, po úrazu chodím k psychologovi, abych se cítila líp, moc mi to pomáhá*“. P10 popisuje: „*Já musím dojíždět na odběry na Quicka, protože beru léky na ředění krve, jezdím teda na interní ambulanci u nás do nemocnice*“.

Podkategorie 1.3 Zkušenosti s lůžkovou péčí

Všichni zúčastnění (P1-P10) mají zkušenosti s lůžkovou péčí. Informanti (P1, P5, P8) mají zkušenost s rehabilitačním oddělením, kdy P1 hovoří: *„Byl jsem na vícero oddělení v životě, ale nejvíce zážitků mám z rehabilitačního oddělení“*. P5 uvádí: *„Já každý rok pobývám na rehábce, pro intenzivní cvičení“*. Odpověď informanta P8 byla velmi podobná: *„Nedávno jsem byl na rehabilitačním oddělení, měl jsem problém se zády, muselo se tomu pomoci intenzivním cvičením, samozřejmě v minulosti těch oddělení bylo více, říkám teď to aktuální“*. Skupina informantů (P6, P9) uvádí své zkušenosti s traumatologickým oddělením, kdy P6 tvrdí: *„Po úraze jsem byl dlouhou dobu na traumatologickém oddělení, tuším že to bylo asi tři týdny, tak bych asi zmínil toto oddělení“*. P9 odpovídá: *„Zmíním jako první traumačku, tam mám nejvíce pozitivních zkušeností, smích. Dále rehabilitační, chirurgické, takže myslím, že na další otázky budu mít co říct“*. Zkušenosti se spinální jednotkou uvádějí (P3 a P7). Odpověď P3 zní: *„Po úraze jsem byl na spinální jednotce v Praze docela dlouhou dobu. Na lůžkách jsem byl ještě na urologii. Zkušenosti tedy mám“*. P7: *„Hlavní u mě je spinální jednotka, kde jsem se ocitl při zhoršení stavu na nemalou chvíli. Potom jsem ležel taky na neurologii i rehabilitaci“*. Dosud nezmíněné oddělení uvádí P2, kde se ocitla svojí vinou jak popisuje: *„Asi před pěti měsíci jsem byla hospitalizovaná na oddělení plastické chirurgie, a to kvůli své nešikovnosti, kdy jsem si opařila hrudník, když jsem na sebe svrhla hrneček horkého čaje. To bylo teď aktuální, jinak určitě mám i jiné zkušenosti“*. Informátorka P4 uvádí že je nyní hospitalizovaná na gynekologickém oddělení: *„Ležím právě teď na gynekologii, praskla mi cysta na vaječniku, tak ti můžu říct zkušenosti z tohoto oddělení, kde na vozíčkáře nejsou úplně připravený“*. Poslední informant P10 uvedl: *„Ležel jsem na hodně odděleních, ale poslední byla interna, kde mě hospitalizovali kvůli tomu, že mi vyšly špatné výsledky z krve, měl jsem málo minerálů, špatnou srážlivost krve a tak mě chtěli dát dohromady“*.

Kategorie 2 Ambulantní prostředí z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

Zde jsou sepsána jednotlivá tvrzení informantů k prostředí ambulantní sféry. Jedna podkapitola uvádí pozitiva prostředí vnímané tělesně znevýhodněnými pacienta a druhá podkategorie opak, tedy negativa prostředí ambulantní sféry očima paraplegického pacienta.

Podkategorie 2.1 Pozitivní stránky prostředí ambulantní sféry

V odpovědích všech informátorů (P1-P10) bez výjimky zazněla vždy dvě pozitivna ve vztahu k prostředí a těmi jsou: výtah a bezbariérový přístup. P1 uvedl: *„Velmi kladně hodnotím v rámci prostředí prostornost ambulance, klimatizování prostoru, které je opravdu úžasné, výtah a bezbariérový přístup“*. P2 kromě výtahu a bezbariérového přístupu vyzdvihuje: *„Mně osobně přijde super nápad dětský koutek, i když své děti nemám, ale pro rodiče je to fajn pomoc, například při čekání, určitě prostornost ambulance“*. Shodu vyslovili (P3, P5), kdy P3: *„Pro mě je nejlepší televize v čekárně ambulance, kdy mi to pomáhá zkrátit dlouhou chvíli. Tam, kam chodím já, je vždy puštěná hudba, tak mě to i příjemně naladí, dál výtah a bezbariérovost“*. Stejně tak P5 uvedl ve své odpovědi televizor: *„Chválím televizi, která mi zkrátí případné čekání, líbí se mi vybavenost ambulance, tím myslím obrázky, předměty, není to prostě holý, výtah a bezprahový přístup je už asi v dnešní době nutností“*. Informátoři (P4, P7, P10) jako největší pozitivum prostředí zmiňují připojení na Wi-Fi. P4 hovoří: *„V dnešním světě určitě připojení k internetu, pro mě je to velmi důležité, protože často na vyšetření dojíždím veřejnou dopravou, tak si často hledám spoje. Samozřejmě výtah a bezbariérové přístupy, jak už jsem zmiňovala, kdyby to tak nebylo, sama bych to občas nezvládla“*. P7: *„Jednoznačně Wi-Fi, i když teda ještě není ve všech ambulancích, kde jsem byl, dále bezbariérové prostředí a výtah“*. P10 dodává: *„Klidné prostředí, je tam ticho a klid, ne jako na lůžkách, ale možná je to i tím, že každý je na telefonu díky volnému přístupu na internet. Musím zmínit i prostorný výtah, bezbariérové přístupy a jasné a výstižné vysvětlivky, nápisy prostoru ambulance“*. Pro informátora P6 je velkým plus prostornost ambulance, jak dále vysvětluje: *„Je super, že je ve většině ambulancí velký prostor, dokážu se tam krásně vytočit, je tam dost prostoru i pro doprovod, většinou i židle, kam se může posadit, dále taky odkládací prostor v mojí výškové úrovni, kam si mohu odložit batoh, bundu a nemusím prosit sestru o pomoc se zavěšením na věšák, kam nedosáhnu“*. Pro P8 je v rámci prostředí nejpodstatnější: *„Velmi si cením toho, že skoro všechny ambulance, které jsem kdy navštěvoval, byly v areálu nemocnice, takže člověk nemusel nikam cestovat a mohl jít z vyšetření na ambulanci či z lůžek na ambulanci“*. Poslední informátor P9 udává: *„Pro mě je velmi zásadní zachování intimity, jsem velmi stydlivá, tak oceňuji, když má ambulance více místností či alespoň plentu, aby se člověk v klidu a soukromí mohl připravit“*.

Podkategorie 2.2 Negativní stránky prostředí ambulantní sféry

V této podkategorii se odpovědi zásadně nelišily. Informátoři (P1-P10) měli často alespoň z poloviny stejné názory. V odpovědích (P1, P3, P5) zazněla stížnost na čistotu WC. P1: *„Sice jsou toalety pro vozíčkáře, ale vevnitř to tak určitě nevypadá, toaleta většinou není čistá, vždy tedy s sebou nosím dezinfekční ubrousky pro očištění“*. P3 uvádí: *„Nejvíce mi vadí, že WC není udržované. Už jsem se i setkal, že na WC byl odpadkový koš otevírací pomocí nohy, tak to jsem se fakt zasmál...“*. P5 zmiňuje: *„Velký problém je čistota, dále mi vadí, že na toalety chodí i pacienti, kteří to opravdu nepotřebují. Docela bych ocenila euroklíč“*. Informátoři (P4, P7, P8) uvedli problém s velikostí toalety. P4: *„Je fajn, že jsou přímo záchody pro vozíčkáře, ale ten prostor tomu úplně neodpovídá, na WC mi chybí prostor na odložení věcí“*. P7: *„Na toaletě bylo málo prostoru, když jdu s doprovodem, tak jsme měli co dělat, abychom se vešli“*. P8 také udává: *„Hodně často se setkávám s malým prostorem na toaletách, také pomůcky nejsou uspořádány, tak jak by měly být. Například zrcadlo, které je ve výšce chodícího pacienta“*. Informátor P2 udává: *„V ambulanci mi chybí polohovací vyšetřovací lůžko, tam, kam docházím, ho nemají, tak je to docela problém, musím chodit s doprovodem“*. P6 popisuje: *„Já jsem většinou spokojený, jen mi občas vadí že je toaleta uzamčená a já si musím říkat o klíčky. Tak asi to jediné mi přijde nevhodné“*. P9: *„Já bych osobně přidala odkládací prostor, sice je prostor za plentou, kde se můžu vysvléknout, ale už není odkládací prostor, kam bych si veškeré věci dala, jedna malá stolička toho moc nepobere“*. Poslední informátor P10 popisuje negativa: *„Jako problém vidím ze svého pohledu nepřípravenost ambulance na vozíčkáře v tom smyslu, že umyvadlo je ve výšce chodících, všák také, tak tam, kde je ambulance takto nepřípravená raději chodím s doprovodem, abych sestry nemusela otravovat s pomocí“*.

Kategorie 3 Komunikace sestry v ambulantní sféře z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

V této kapitole jsou uvedeny jednotlivá tvrzení informantů na téma komunikace sestry v ambulantní sféře. První podkapitola popisuje pozitivní zkušenosti s komunikací sestry v ambulantním prostředí z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta, druhá podkapitola zrcadlí negativní zkušenosti s komunikací sestry v ambulantním prostředí pohledem tělesně znevýhodněného pacienta.

Podkapitola 3.1 Pozitivní zkušenosti s komunikací sestry v ambulantní sféře

Na otázku, zda by mohl/a popsat pozitivní zkušenosti s komunikací sestry v ambulantní sféře, informanti (1-10) odpovídali následovně. Odpověď P1: *„Sestra jednala slušně, mluvila pomalu a jasně“*. P2 udává: *„Musím vyzdvihnout komunikativnost, smysl pro humor“*. Informanti (P3, P4, P7) uvedli stejné pozitivum, sestra hovořila s nimi, ne s doprovodem. P3 dodává: *„Opravdu si toho vážím, nepřijdu si pak jak dítě“*. P4: *„Určitě ještě profesionalitu, toto mi tam totiž zapadá“*. P7 říká: *„Člověk se necítí zbytečný, naopak přijatý a samostatný“*. Odpověď P2: *„Pozitivní zkušenost byla, když mě sestra vyslechla a mluvila se mnou i když měla napilno, takže profesionální chování“*. Informanti (P5, P8) udávají jako pozitivum rovnocennost v rozhovoru. P5: *„Když se mnou sestra mluvila, posadila se na židli, byly jsme na tom v tu chvíli stejně“*. P8 popisuje: *„Sestra si ke mně při předávání informací sedla, to se jen tak nevidí“*. Pacient P6 uvádí: *„Trpělivost v komunikaci, když mi lékař sdělil informace v latině a já se sestry neustále vyptával, byla velmi ochotná mi informace sdělit znovu a lépe“*. P9: *„Sestra mi dá prostor se vyjádřit, zajímá se o můj názor a je ochotna diskutovat“*. P10 říká: *„Otevřenost, bezprostřednost, zřetelnost“*.

Podkapitola 3.2 Negativní zkušenosti s komunikací sestry v ambulantní sféře

Velká část informátorů (P1, P2, P6, P9, P10) uvedla jako negativní zkušenost, kdy sestra mluvila s doprovodem, ne s pacientem, a kdy sestra při rozhovoru nezaujala pozici, aby oči pacienta a sestry byly ve stejné úrovni. P1 říká: *„Nejhorší je, když na vás sestra mluví od dveří a vy se na ní nemůžete ani otočit, většinou pak naváže kontakt s doprovodem a je hotovo“*. P2: *„Já nemám ráda, když sestra rovnou mluví s doprovodem a vyptává se ho i na subjektivní věci, ale není tomu tak vždy...“*. P6 dodává: *„Sestra je sice trpělivá vše mi vysvětlí, ale musím být bez doprovodu, jinak se upíná na něj, tudíž ani žádná změna polohy“*. P9: *„Když vám sestra něco vysvětluje a stojí nad váma a vy jste jí po pas, cítíte se jak dítě, ale občas jsem ráda i za tohle, jindy vás z rozhovoru spíš vynechá“*. P10 popisuje situace velmi podobně jako předešlí informátoři, plus dodává *„Je to prostě nevhodné, ale nikdy jsem se neodvážila na tyto největší dva problémy upozornit“*. P3 *„Nepříjemné je, když sestra mluví hlasitě a rychle“*. P4 popisuje: *„Mámasi jen jedno negativum a to je neosobní přístup, pouze jen profesionální“*. P5 udává: *„Sestra se občas vyhýbá komunikaci“*. Informátor P7: *„Netrpělivost, vadí mi, že*

na mě sestra vytváří tlak, když na něco nevím odpověď, neustále se dotazuje, občas i nevhodně“. Poslední dotazovaný P8 uvedl: „Sestra mluvila příliš odborně, občas jsem ji nerozuměla, při opakovaném dotazování začala být hlučná“.

Kapitola 4 Postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta v ambulantní sféře

Tato kapitola nastíní odpovědi informantů na otázku postoje sestry k tělesně znevýhodněnému pacientovi právě z jeho pohledu. V první podkapitole je popsán pozitivní postoj sestry k tělesně znevýhodněnému pacientovi, v druhé podkapitole negativní postoj z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta.

Podkapitola 4.1 Pozitivní postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta v ambulantní sféře

Informátoři (P1-P10) na otázku, jaká pozitiva vnímají v postoji sestry k nim, jako tělesně znevýhodněným pacientům, všichni uvedli respekt. P1 popisuje: „Sestra mě respektovala, neodsuzovala“. P2 dodává: „Většinou je empatická, přátelská, záleží na náladě“. Odpověď informátorů P3 a P4 byla velmi podobná, P3: „Sestra mě brala jako sobě rovného, byla slušná“. P4 udává: „Cítila jsem, že sestra neděla rozdíly, brala mě jako každého jiného pacienta, přístup byl profesionální“. Pacienta P5: „Bylo cítit pochopení, profesionalita“. P6: „Napadá mě jen zdravý respekt“. Informátoři P7 a P8 se dále shodují, P7: „Sestra se vždy snažila vyjít vstříc“. P8 uvádí: „Vždy mi chtěla co nejvíce vyhovět, chápala mé potřeby“. Odpověď P9 zní: „Sestra byla pozorná, empatická, pozitivní“. P10 popisuje: „Přátelská, lidská a pozorná, po odběru vždy dostanu něco sladkého, haha“.

Podkapitola 4.2 Negativní postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta v ambulantní sféře

Informátoři (P1-P10) na toto téma odpovídali zajímavě. P1 uvedl jako negativní zkušenost: „Sestra byla odtazítá, málo společenská“. P2 popisuje: „Sestra je občas až moc lítostivá, mé znevýhodnění zveličuje“. P3 říká: „Bere mě hodně jako sebe rovného, což je dobře, ale někdy jí nedojde, že určité věci nesvedu“. Informátoři (P4, P5) se shodují. P4 říká: „Když viděla sestra, že mám doprovod, veškerou pomoc přenechala jemu“. P5 uvádí velmi podobně: „Veškerou pomoc, kterou potřebuji sestra nechává na doprovodu, ani se nezeptá, zda potřebujeme pomoci“. P7 popisuje: „Moc negativní

zkušenosti nemám, snad jen občasné zlehčování problémů“. P8 a P10 neuvádí žádný negativní zážitek. P8: *„Asi jsem nic nezažil, nebo to hned vypouštím*“. P10: *„Vůbec nic mě nenapadá*“. Pacient P9 hovoří: *„Sestra byla hodně aktivní, netrpělivá*“.

Kategorie 5 Prostředí lůžkové sféry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

V této kategorii budou interpretovány informace získané od probandů (P1-P10) na téma prostředí lůžkové sféry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. První podkategorie popisuje pozitivní stránky prostředí lůžkové sféry, druhá podkategorie uvádí informace na téma negativní stránky prostředí lůžkové sféry.

Podkategorie 5.1 Pozitivní stránky prostředí lůžkové sféry

Každý z dotazovaných (P1-P10) uvedl jako pozitivum bezbariérový pokoj, který byl samozřejmostí. P1 říká: *„Pokoj byl na pomezí sesterny a jídelny, takže jsem to měl všude kousek*“. P2 udává: *„Můj bezbariérový pokoj byl jen pro mě, tudíž jsem měla potřebné soukromí*“. P3 popisuje: *„Pokoj byl prostorný, zařízený přesně dle specifických potřeb*“. P4 uvádí: *„Pokoj jsem si mohla přizpůsobit svým potřebám*“. P5 a P6 popisují pozitivum ve velikosti sociálního zařízení. P5: *„V pokoji jsem měla svou koupelnu a toaleta v ideální rozloze*“. P6 popisuje: *„Sociální zařízení v pokoji bylo prostorné a zařízené vhodnými pomůckami*“. P7 udává jako pozitivum: *„Pokoj byl po dvou, vybavený televizí a možnost oddělení lůžka závěsem pro zachování soukromí*“. P8: *„Pokoj byl světlý, příjemný*“. P9 udává: *„Líbilo se mi, že oddělení bylo prostorné, hezky popsané a klidné*“. P10: *„Dostatek úložného prostoru, televize na pokoji a lůžko přístupné z obou stran*“.

Podkategorie 5.2 Negativní stránky prostředí lůžkové sféry

V této podkategorii se jednotlivé odpovědi natolik neslučovaly. P1 udává negativa: *„Ač byl pokoj bezbariérový, prostoru tam bylo velmi málo, pokoj byl pro dva, místo pro jednoho*“. P2 popisuje své zkušenosti: *„Koupelna v pokoji byla prostorově nedostačující, musela jsem využívat centrální koupelnu, kde chyběl prostor na odkládání, vytápění*“. P3: *„Vyložení negativum nemám, byl jsem spokojený, jen možná vzhled oddělení byl zastaralý*“. P4 popisuje: *„Vyšetřovna na oddělení nebyla přizpůsobena vozíku, vždy to byla doslova překážková dráha*“. P5: *„Docela mi vadilo, že pokoj neměl oddělovací plenty, když mi přišla návštěva, nebo probíhalo vyšetření, nebylo možné zachovat soukromí*“. Informátor P6 říká: *„Nebylo mi umožněno si pokoj*

přizpůsobit, předělat dle svých potřeb“. P7 informuje: *„Celé oddělení i pokoj vypadal tmavě, nevybaveně“.* Odpověď P8 zní: *„Určitě bych požadoval větší kvalitu matrace. Dostal jsem úplně proleženou, takže jsem musel rehabilitovat i bolavá záda“.* P9 uvádí: *„Nevhodné bylo rozmístění postelí v pokoji a s tím spojené problémy s větráním“.* Poslední informátor P10 popsal: *„Oddělení bylo velmi hlučné a můj pokoj byl v blízkosti sesterny, takže tam byl hluk neustále“.*

Kapitola 6 Komunikace sestry v lůžkové sféře z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

Tato kategorie sumarizuje jednotlivé odpovědi informátorů (P1-P10) na téma komunikace sestry v lůžkové sféře z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. První podkategorie uvádí pozitivní zkušenosti s komunikací sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta, druhá negativní zkušenosti s komunikací sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta.

Podkategorie 6.1 Pozitivní zkušenosti s komunikací sestry v lůžkové sféře

Informanti (P1-P10) na toto téma odpovídali následovně. P1 jako svou zkušenost uvedl: *„Sestra se pobyt snažila zpříjemnit odlehčenou komunikací, mluvila klidně a trpělivě“.* P2 popisuje: *„Má zkušenost je, že mi sestra vše vysvětlila, zajímala se, zda tomu rozumím“.* P3 uvádí: *„Sestra se při rozhovoru posadila, klidně ke mně do lůžka, bylo to velmi příjemné a kamarádké“.* Informátoři (P4, P5) se v odpovědích shodují. P4: *„Když jsme někam se sestrou šly, snažila se jít co nejvíce vedle vozíku, tak abych nemusela při komunikaci vyvracet hlavu“.* P5: *„Sestry na vyšetření jezdily se sanitářem, bylo příjemné, že sestra mohla jít vedle mě a já nemusela mluvit do prázdna“.* P6 říká: *„Komunikace probíhala v soukromí, vždy byla vedená klidnou a srozumitelnou formou“.* Pacient P7 vysvětluje: *„Já mám v komunikaci jen samé negativa“.* Odpověď P8 zní: *„Sestra za mě nerozhodovala a vždy se mě ptala na můj vlastní názor“.* P9 uvedl: *„Sestra komunikovala se mnou, ne s návštěvou“.* P10 informuje: *„Sestry se mě při rozhovoru snažily podpořit, vyjádřit porozumění.“.*

Podkategorie 6.2 Negativní zkušenosti s komunikací sestry v lůžkové sféře

Všichni informanti (P1-P10) mají negativní zkušenost v oblasti komunikace sestry. Informanti (P1,P2) popisují totožné negativum, které se týká nedodržení zásady komunikace s tělesně znevýhodněným pacientem. P1 uvedl: *„Při rozhovoru si ke mně*

sestra nesedla ani nesklonila. To mi hodně vadí, vždy se cítím podřadně“. P2 podobně popisuje: *„Sestra byla sice velmi milá a komunikativní, ale nikdy se mi nestalo, že by se přizpůsobila na mojí úroveň očí*“. P3 informuje: *„Sestry byly velmi hlasité, přišlo mi, že si snad myslí že jsem neslyšící*“. P4 uvedl: *„Sestra mi podsouvala její názory a snažila se za mě rozhodovat, nedala mi v komunikaci dostatečný prostor a svobodu*“. P5 popisuje: *„Při komunikaci sestra nedbala na soukromí. Na velmi intimní záležitosti se ptala i od dveří*“. P6: *„Sestry se mezi sebou nedokázaly dohodnout, často se mě ptaly na určité otázky několikrát za den*“. Dotazovaní (P7, P8) jako negativum uvedli velmi podobnou situaci. P7 situaci popisuje: *„Sestra při komunikaci vykonávala jinou činnost, oční kontakt byl minimální*“. P8: *„Sestry se mnou často mluvily při podání infuze, aplikace injekce, takže žádný oční kontakt, přišlo mi to takové neosobní, ale chápu, že asi nemají čas*“. P9 udává: *„Sestra mi jen zřídka popsala jak a proč jde provádět daný výkon*“. P10 říká: *„Občas byla komunikace urychlená, nesrozumitelná*“.

Kategorie 7 Postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta v lůžkové sféře

Uvedená kategorie nastiňuje odpovědi informátorů (P1-P10) na otázku týkající se postoje sestry z jejich pohledu v lůžkové sféře. Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií, kdy první zrcadlí pozitivní pocity tělesně znevýhodněných pacientů z postoje sestry v lůžkové sféře. Druhá podkategorie se zajímá o negativní pocity z postoje sestry z pohledu tělesně znevýhodněných pacientů.

Podkategorie 7.1 Pozitivní pocity z postoje sestry

Informanti (P1-P10) na otázku jaké mají pozitivní zkušenosti s postojem (chováním) sestry v lůžkové sféře, odpovídali následovně. P1 uvedl: *„Sestra se chovala slušně, přijala mě takového, jaký jsem*“. P2: *„Sestry byly vstřícné, respektovaly mě*“. P3 uvedl: *„V určitých ohledech profesionální postoj*“. Informátor P4 popisuje: *„Sestra byla vzdělaná ve svém oboru, cítila jsem z ní jistotu*“. P5 uvádí: *„Z pozitiv nejspíše pozitivní, více mě nenapadá*“. P6 ve své odpovědi uvedl: *„Sestra ze zajímala o mé potřeby, řekl bych tedy, že byla pečlivá a empatická*“. P7 odpověděl: *„V lůžkové sféře jsem moc spokojený nebyl, nenapadají mě nyní žádná pozitiva, spíš negativa*“. P8: *„Z chování byl cítit hlavně respekt, neměla potřebu mě ovlivňovat*“. Informátor P9 líčí: *„Sestra upřednostňovala mě před návštěvou nebo doprovodem. Chování mi přišlo z tohoto hlediska profesionální*“. P10: *„Sestra se chovala empaticky*“.

Podkategorie 7.2 Negativní pocity z postoje sestry

Na tuto podkategorii informanti (P1-P10) odpovídali následovně. Informanti (P1, P2) uvedli pochyby s profesionalitou. P1 udává: „*Sestra nedodržela zásadní a základní pravidla při komunikaci, přijde mi to jako neprofesionální chování*“. P2 odpovídal velmi podobně: „*Docela neprofesionální postoj sestry v určitých oblastech péče*“. P3 popisuje: „*Občas jsem z sestry cítil vyhoření, odpovídalo tomu její chování*“. P4: „*Sestra zapomínala, že jsem tělesně znevýhodněný, ne nesvéprávný. Někdy za mě rozhodovala*“. P5: „*Sestra byla bezohledná k mé bolesti, zacházela se mnou, jako bych žádnou neměl*“. P6: „*Stalo se mi, že sestra neunesla své emoce a byla velmi nepříjemná. Nebylo tomu tak ale vždy*“. P7 hovoří: „*Sestra o mě moc nejevila zájem, když jsem byl psychicky slabý, nedokázala být empatická*“. Odpověď P8: „*Nevím, co bych jako negativum zmínil, převážně bylo chování adekvátní*“. P9 uvedl: „*Sestra vždy chvátala, věnovala se mi jen v nutných nebo předepsaných případech*“. Poslední informátor P10 říká: „*Sestra se občas zajímala o osobní informace, které mi bylo nepříjemné sdílet, rekla bych teda nevhodně zvidává*“.

Kategorie 8 Preferovaná péče z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

Odpovědi informantů (P1-P10) se dělily do dvou skupin, kdy první skupina (P1, P2, P4, P5, P7, P9, P10) označila jako svou preferenci ambulantní sféru. P1: „*Já jsem radši doma, takže ambulance*“. P2: „*Na lůžkách je sice péče rozsáhlejší, ale já se nejlépe psychicky cítím doma*“. P4 udává: „*Radši si dojedu do ambulance, než trávit celé dny v nemocnici*“. P5: „*Já jsem společenská, takže ambulance, na lůžkách mi chybí kontakt s nejbližšími*“. P7 popisuje: „*Jednoznačně ambulance, hlavně kvůli pohodlí*“. P9: „*Preferuju ambulantní sféru z důvodu rodinných povinností*“. P10: „*Více ambulanci, cítím se méně na obtíž*“. Informátoři (P3, P6, P8) uvedli, že jsou raději hospitalizováni na lůžkové sféře. P3: „*Já se cítím na lůžkách více v bezpečí, i zajištění mého stavu*“. P6: „*Hospitalizace je pro mě více komfortní, mám problém s dojížděním*“. P8 uvedl: „*Přijde mi, že když jsem v nemocnici, tak je o mě více postaráno, po všech směrech*“.

Kategorie 9 Návrh technických inovací z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta pro zlepšení poskytované péče

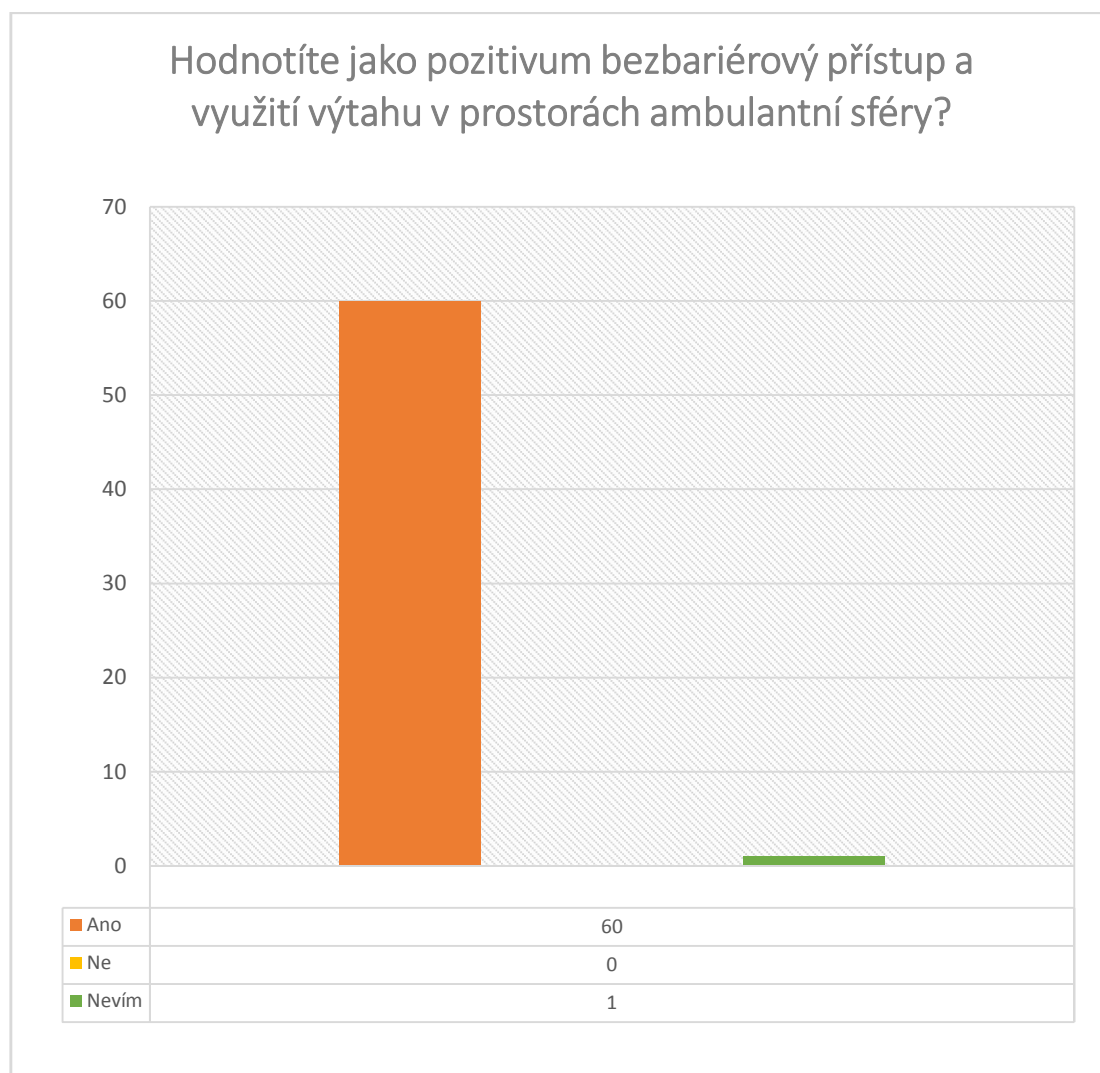
Tato kategorie popisuje nápady informantů (P1-P10) na technické inovace z pohledu pacienta s tělesným znevýhodněním. Informanti (P1-P3) ve svých odpovědích uvedli dostupnost euroklíče. P1: „Myslím, že by bylo vhodné zřídit více provozoven s využitím euroklíče. Vyřešilo by to spoustu potíží“. P2 uvádí: „Slyšel jsem o euroklíči, osobně jsem se s tím ještě nesetkal, ale přijde mi to jako zajímavý nápad, který bych rád vyzkoušel“. P3: „Já mám euroklíč, ale ve spoustě ambulancí chybí eurozámky, například na WC“. P4: „Přínosem by byla stmívatelná světla, kde by se dala ovlivnit intenzita osvětlení“. P5 uvedl: „Pro zachování soukromí bych uvítal zástěny mezi postelemi, tak aby se daly zatáhnout a odtáhnout dle potřeby“. P6: „Určitě pravidelné a povinné semináře pro sestry, klidně i počítačovou formou. Určitě by to zlepšilo kvalitu poskytované péče“. P7 uvádí: „Technická úprava toalet. Skoro všude se setkávám s problémem místa na WC“. P8: „Určitě výměna matrací, lůžkovin pro zajištění většího komfortu“. P9 vysvětluje: „V ambulanci bych uvítal plně polohovací vyšetřovací lůžko“. P10: „Jednoznačně klimatizace na pokoji“.

Kategorie 10 Přednostní sféra pro zdokonalení z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta

Odpovědi informantů na otázku: „Jakou sféru byste vybrali pro zdokonalení?“ se opět řadí do dvou skupiny na ambulantní a lůžkovou sféru. Informanti (P1, P2, P3, P7, P9) uvedli ambulantní sféru. P1: „Já bych vybral ambulanci, tam ten euroklíč má větší smysl“. P2: „Určitě ambulantní sféra“. P3: „Za mě ambulance, tam mi eurozámky fakt chybí“. P7 udává: „Hlavně v prostorách ambulance jsou toalety velmi neadekvátní“. P9 popisuje: „Ambulance, má jisté nedostatky, které by bylo třeba řešit“. Lůžkovou sféru uvedli informanti (P4, P5, P6, P8, P10). P4 uvedl: „Lůžka určitě, tam je to většinou na delší dobu“. P5: „V ambulanci to přežiji, ale na oddělení mi to znepríjemňuje pobyt“. P6: „Lůžková sféra“. P8: „Na lůžkách jsem docela často, takže bych to uvítal tam“. P10 uvedl: „Hospitalizace v letních měsících je bez klimatizace velmi úporná, takže lůžková sféra“.

4.3 Kvantitativní výzkumné šetření

Graf 1 Bezbariérový přístup v ambulantní sféře

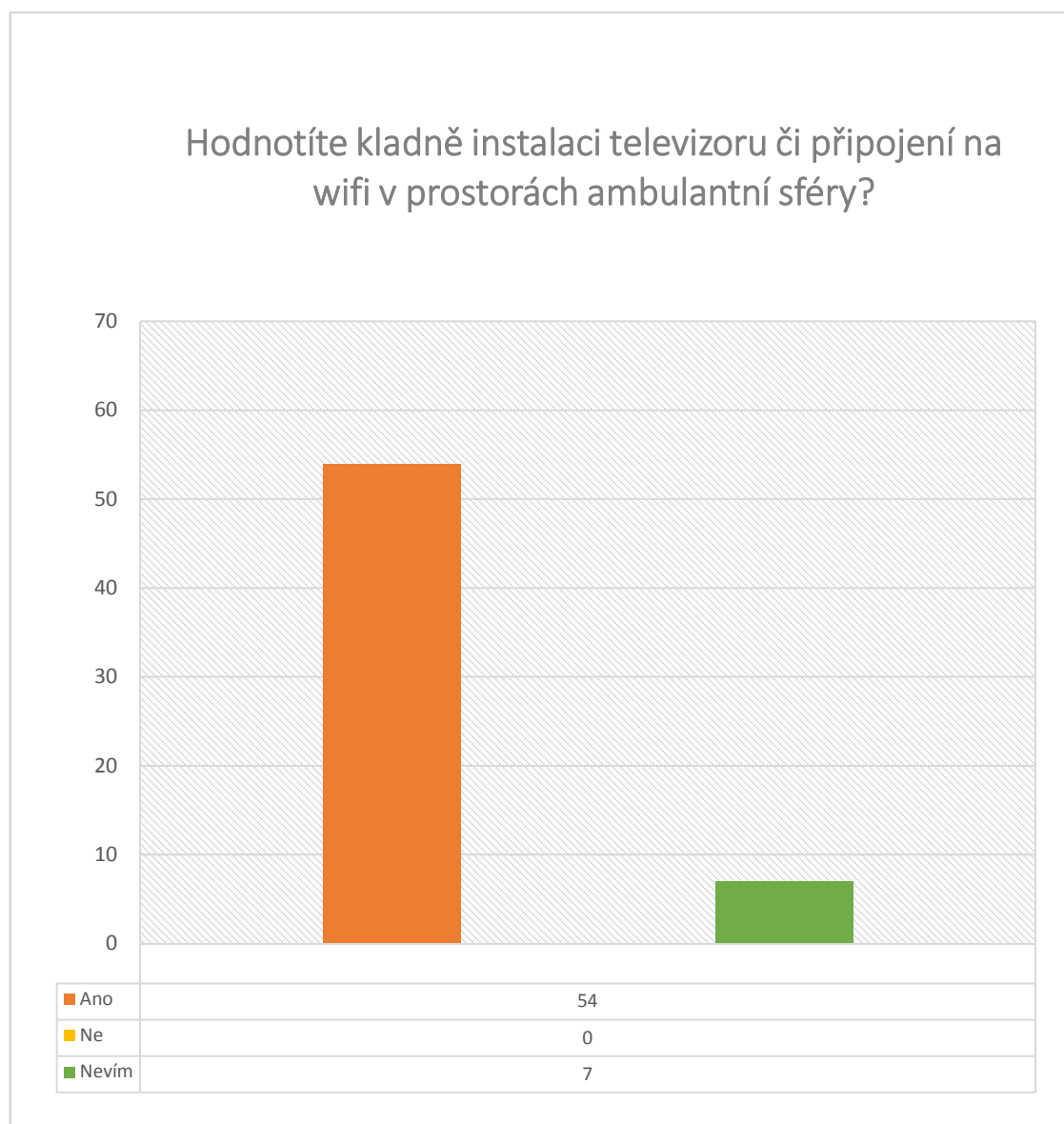


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 1 vychází potvrzení výsledku první části, tedy že znevýhodnění pacienti vnímají jako pozitivum bezbariérový přístup a využití výtahů v prostorách ambulantní sféry.

Konkrétně odpovědělo 60 respondentů (98,4 %) kladně a 1 respondent (1,6 %) neutrálně.

Graf 2 Dostupnost televizoru a připojení na wifi síť v ambulantní sféře

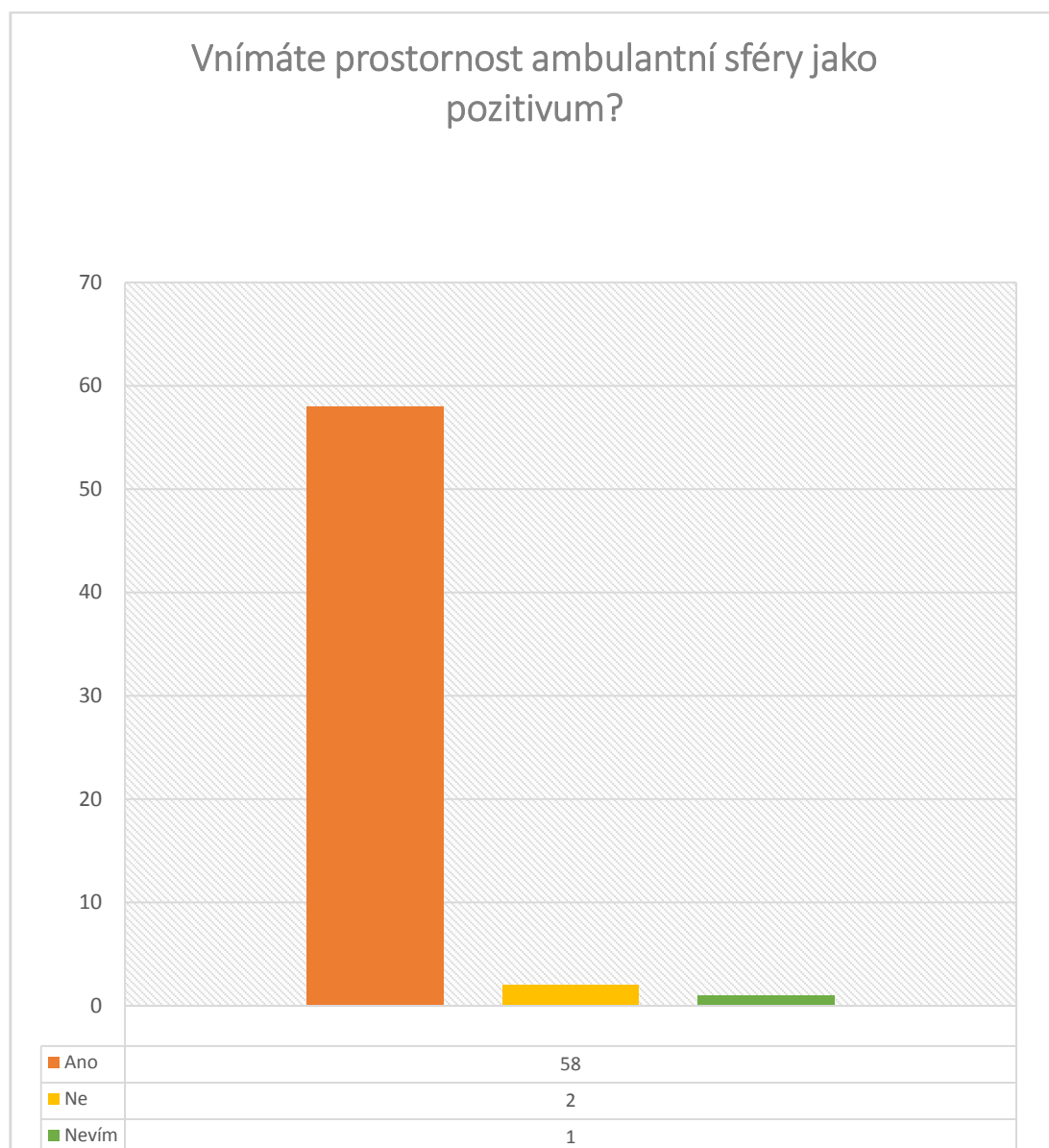


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 2 vychází potvrzení výsledků první části, tedy že znevýhodnění pacienti hodnotí kladně instalaci televizoru a připojení na wifi v prostorách ambulantní sféry.

Konkrétně odpovědělo 54 respondentů (88,5 %) kladně a 7 respondentů (11,5 %) neutrálně.

Graf 3 Prostornost ambulantní sféry

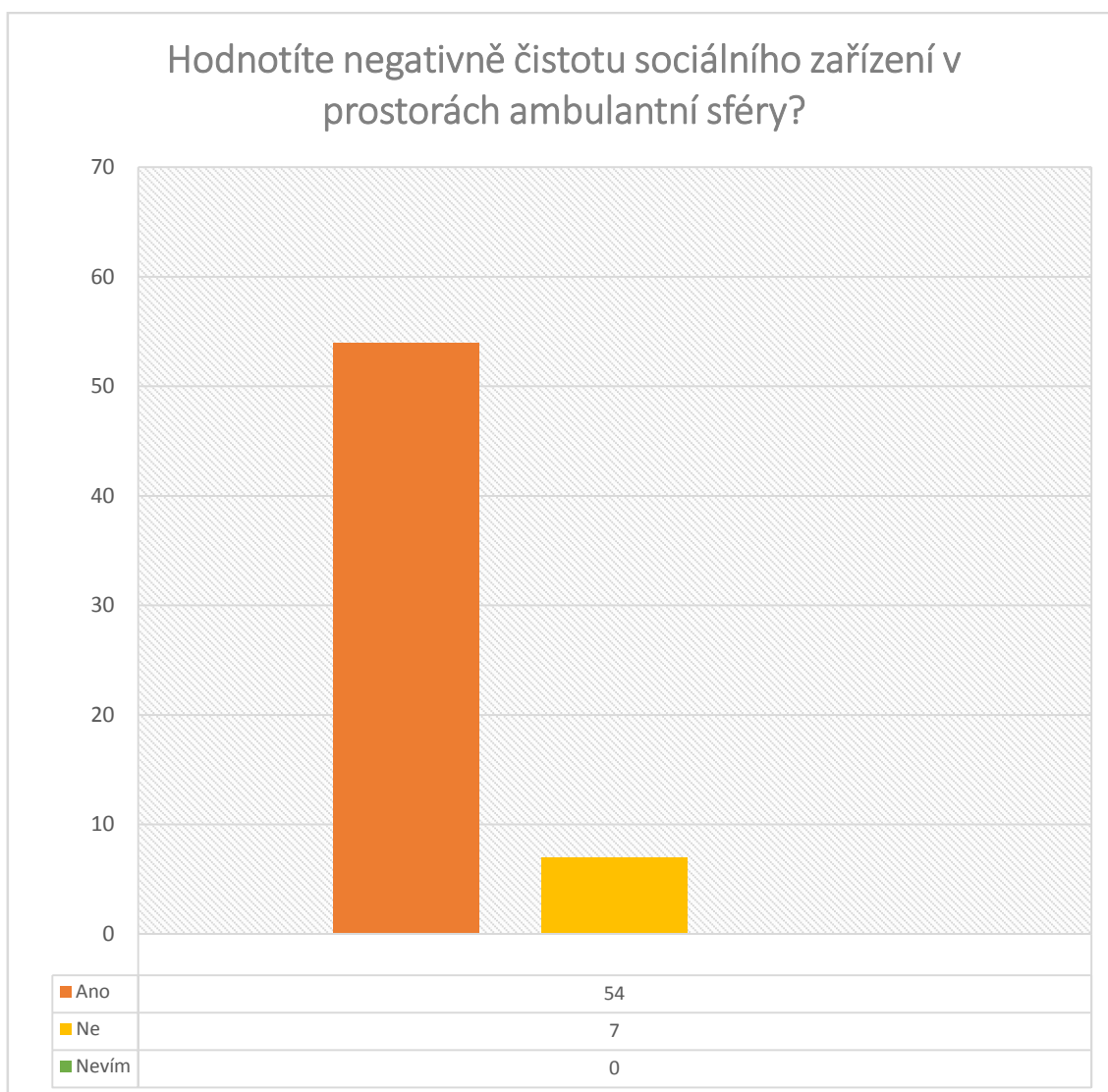


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 3 vychází potvrzení výsledků první části, tedy že znevýhodnění pacienti vnímají prostornost ambulantní sféry jako pozitivum v prostorách ambulantní sféry.

Konkrétně odpovědělo 58 respondentů (95,1 %) kladně, záporně 2 respondenti (3,3 %) a 1 respondent (1,6 %) neutrálně.

Graf 4 Čistota sociálního zařízení v ambulantní sféře

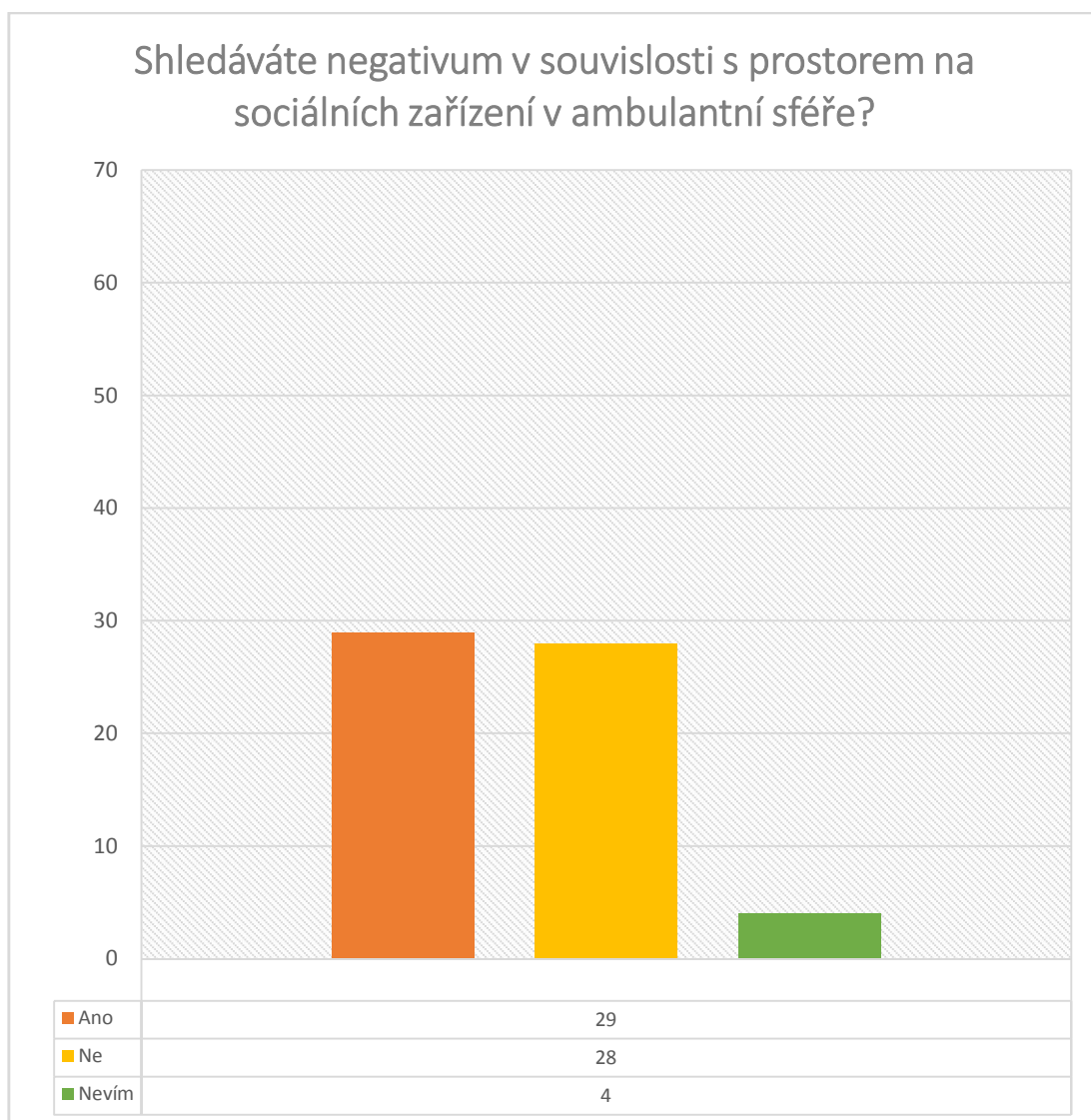


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 4 vychází potvrzení výsledku první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti negativně hodnotí čistotu sociálního zařízení v ambulantní sféře.

Konkrétně odpovědělo 54 respondentů (88,5 %) kladně a 7 respondentů (11,5 %) záporně.

Graf 5 Prostor na sociálních zařízeních v ambulantní sféře

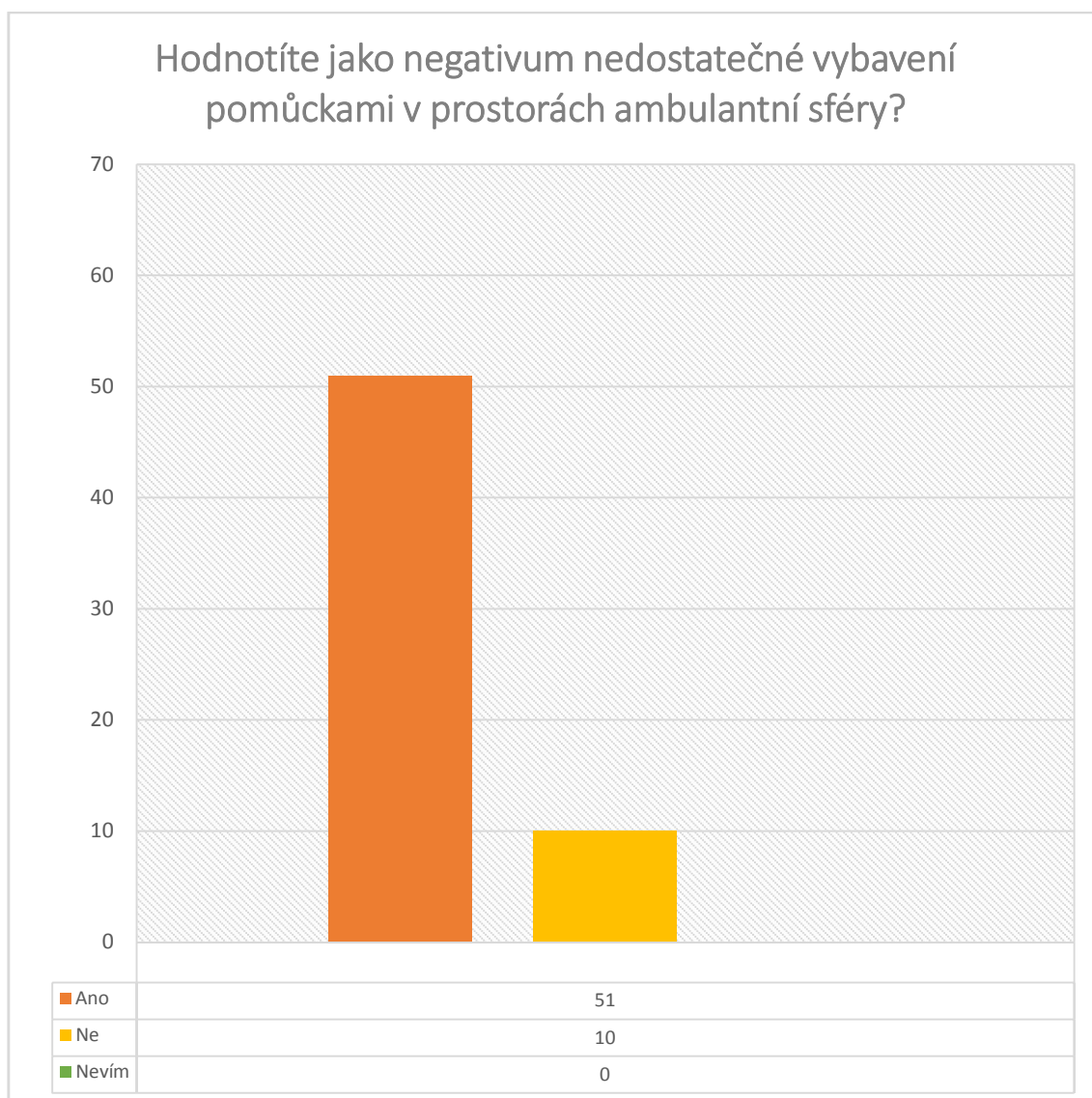


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 5 vychází potvrzení výsledku první části výzkumu v počtu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti shledávají negativum v souvislosti s prostorem na sociálních zařízeních v ambulantní sféře.

Konkrétně odpovědělo 29 respondentů (47,5 %) kladně, záporně 28 respondentů (45,9 %) a 4 respondenti (6,6 %) neutrálně.

Graf 6 Nedostatek pomůcek v ambulantní sféře

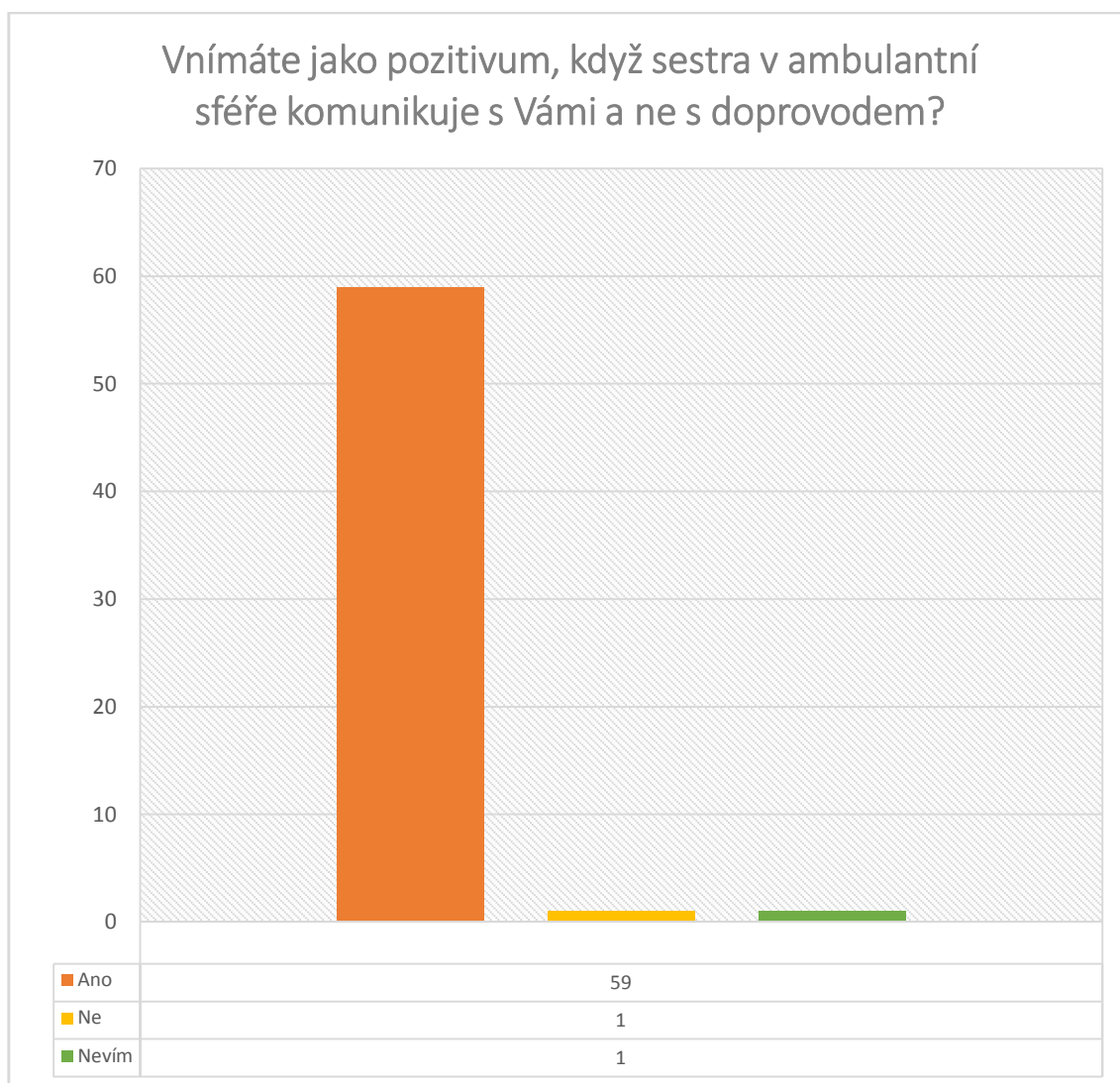


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 6 vychází potvrzení výsledku první části výzkumu, tedy že pacienti jako negativum hodnotí nedostatečné vybavení pomůčkami prostory ambulantní sféry.

Konkrétně odpovědělo 51 respondentů (83,6 %) kladně a 10 respondentů (16,4 %) záporně.

Graf 7 Komunikace sestry s doprovodem v ambulantní sféře

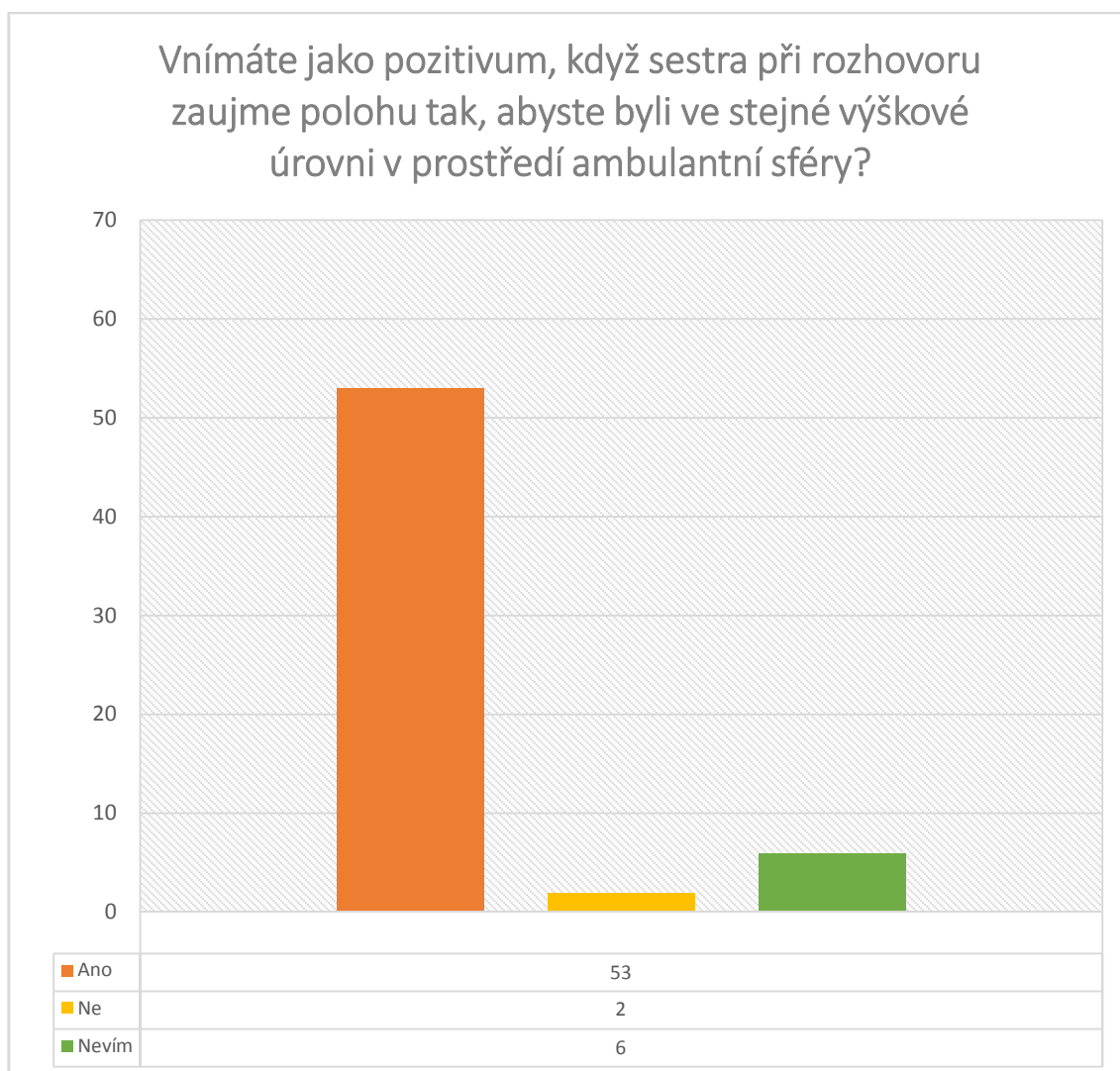


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 7 vyplývá potvrzení výsledku první části výzkumu, tedy že znevýhodnění pacienti vnímají jako pozitivum, když sestra komunikuje s nimi, a ne s doprovodem v ambulantní sféře.

Konkrétně odpovědělo 59 respondentů (96,7 %) kladně, záporně 1 respondenti (1,6 %) a 1 respondent (1,6 %) neutrálně.

Graf 8 Zásady správné komunikace s tělesně znevýhodněným v ambulantní sféře

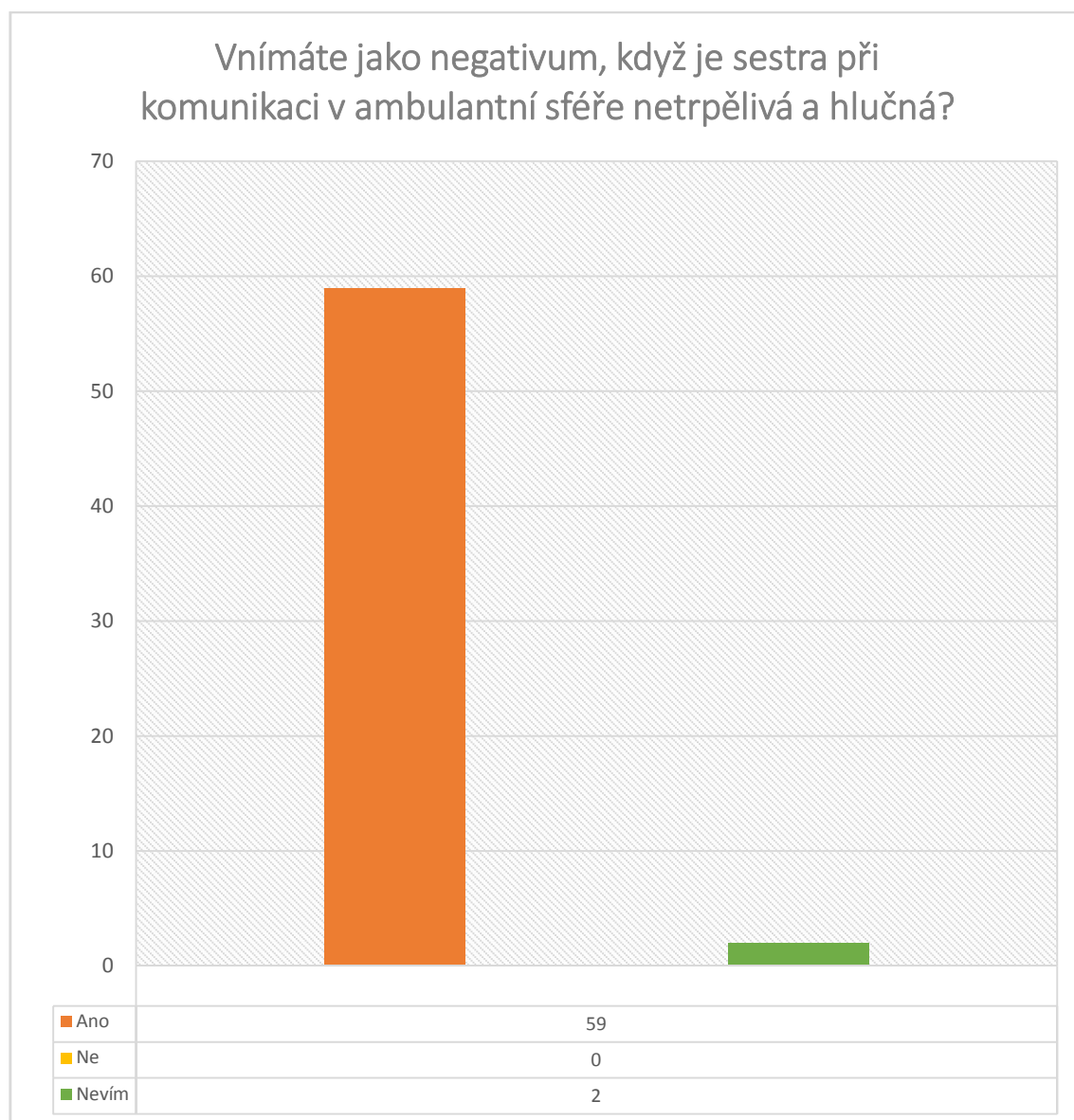


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 8 vyplývá potvrzení výsledku první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti vnímají jako pozitivum, když sestra zaujme polohu, aby byli ve stejné výškové úrovni při rozhovoru v ambulantní sféře.

Konkrétně odpovědělo 53 respondentů (86,9 %) kladně, záporně 2 respondenti (3,3 %) a 6 respondentů (9,8 %) neutrálně.

Graf 9 Netrpělivost a hlučnost sestry v komunikaci v ambulantní sféře

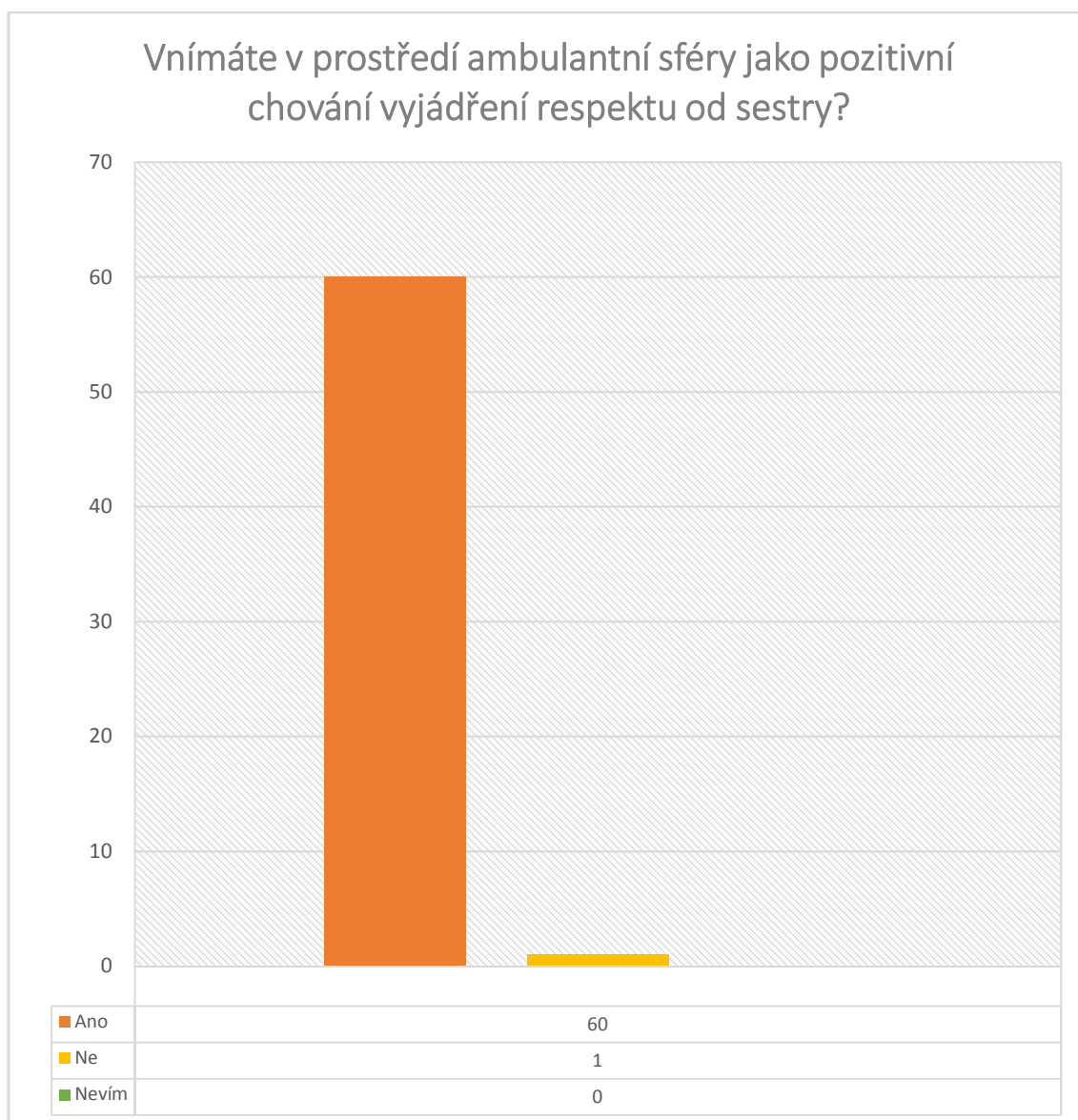


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 9 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti vnímají jako negativum, když je sestra při komunikaci netrpělivá a hlučná.

Konkrétně odpovědělo 59 respondentů (96,7 %) kladně a 2 respondenti (3,3 %) neutrálně.

Graf 10 Respekt sestry v ambulantní sféře

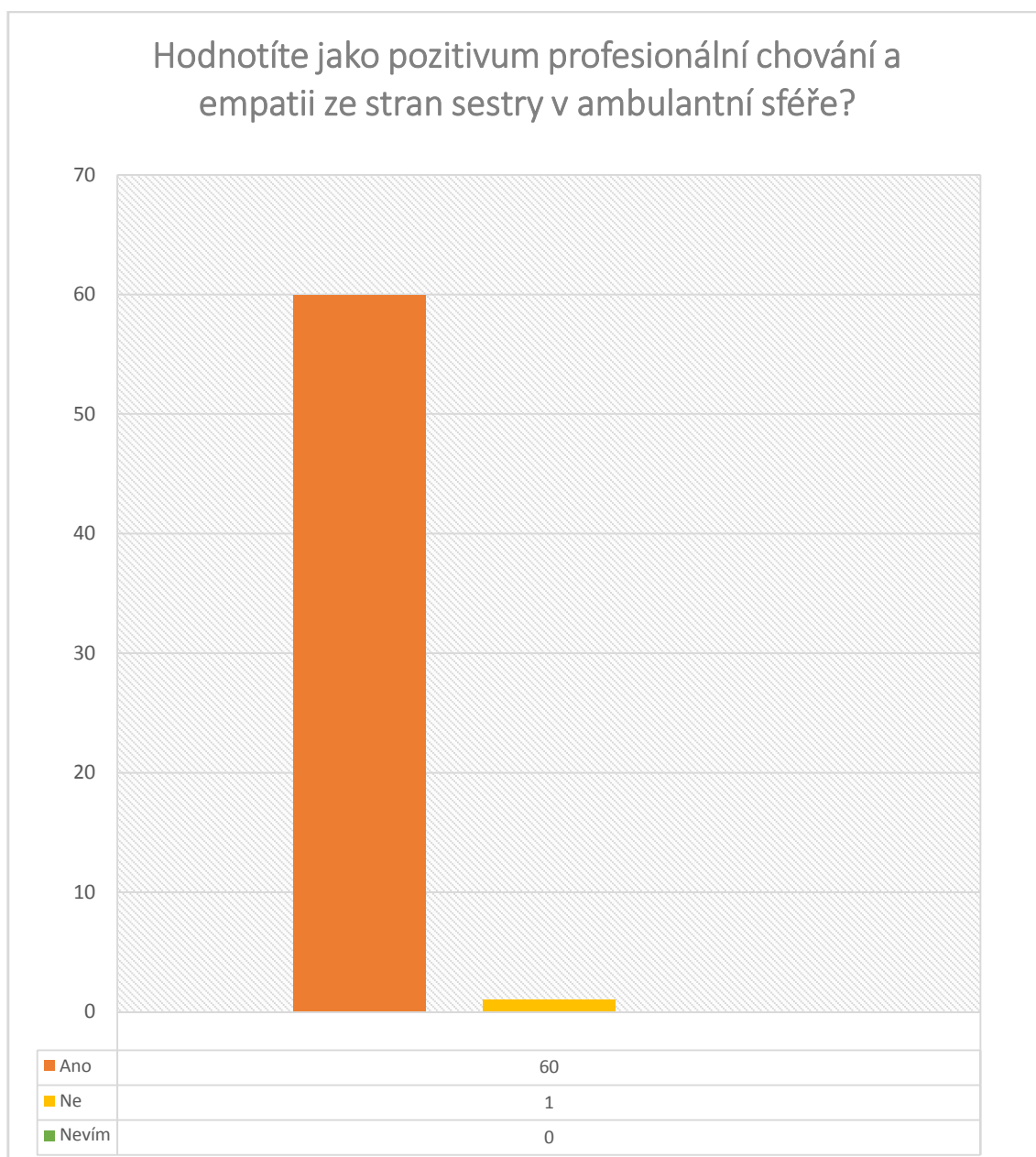


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 10 vychází potvrzení výsledku první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti pozitivně vnímají vyjádření respektu v chování sestry v ambulantní sféře.

Konkrétně odpovědělo 60 respondentů (98,4 %) kladně a 1 respondent (1,6 %) záporně.

Graf 11 Profesionální chování a empatie ze stran sestry v ambulanci

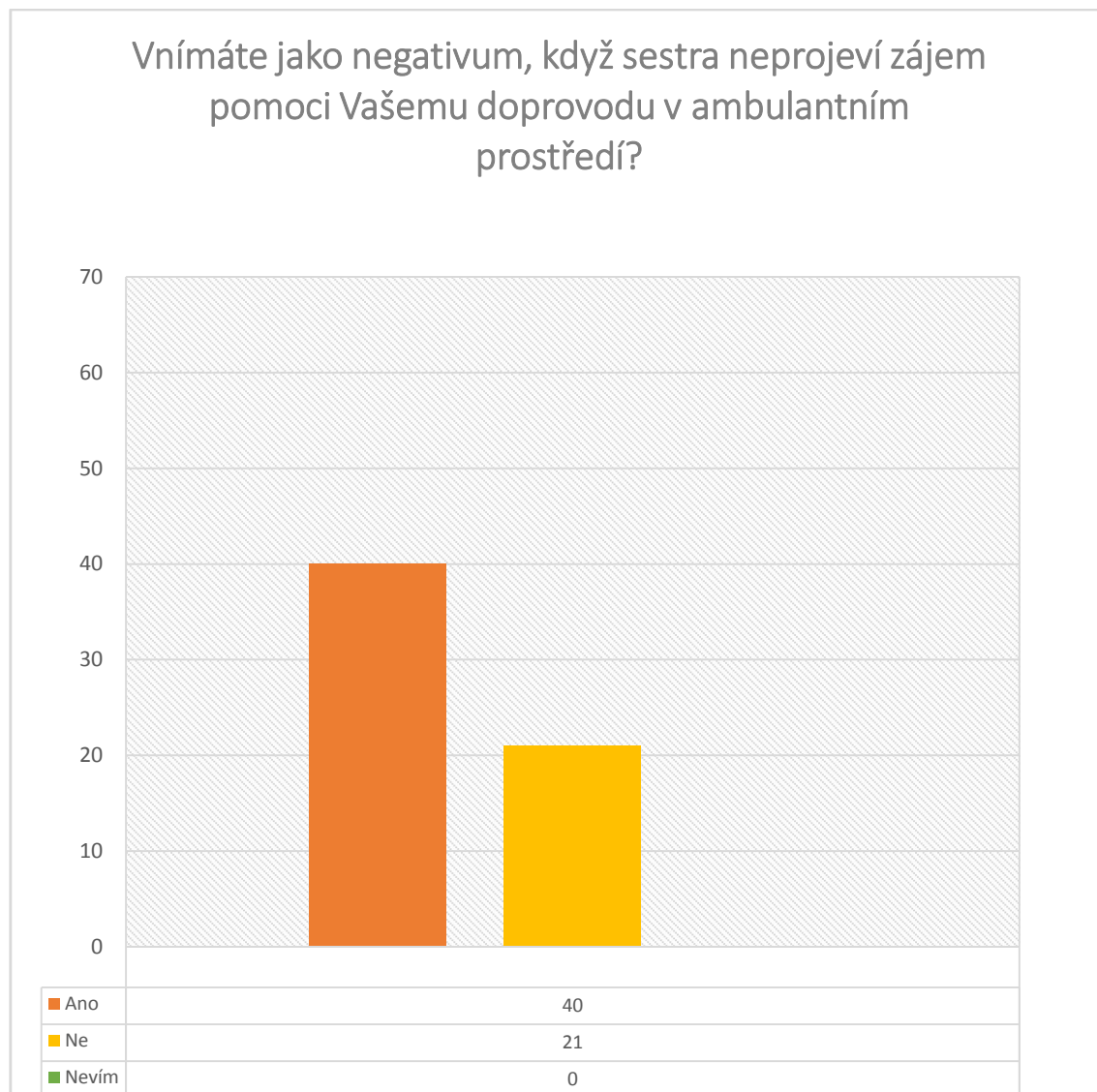


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 11 vychází potvrzení výsledku první části výzkumu, tedy že profesionální chování a empatii hodnotí tělesně znevýhodnění pacienti jako pozitivum v ambulanci.

Konkrétně odpovědělo 60 respondentů (98,4 %) kladně a 1 respondent (1,6 %) záporně.

Graf 12 Neprojevení zájmu pomoci doprovodu tělesně znevýhodněného pacienta v ambulantní sféře.

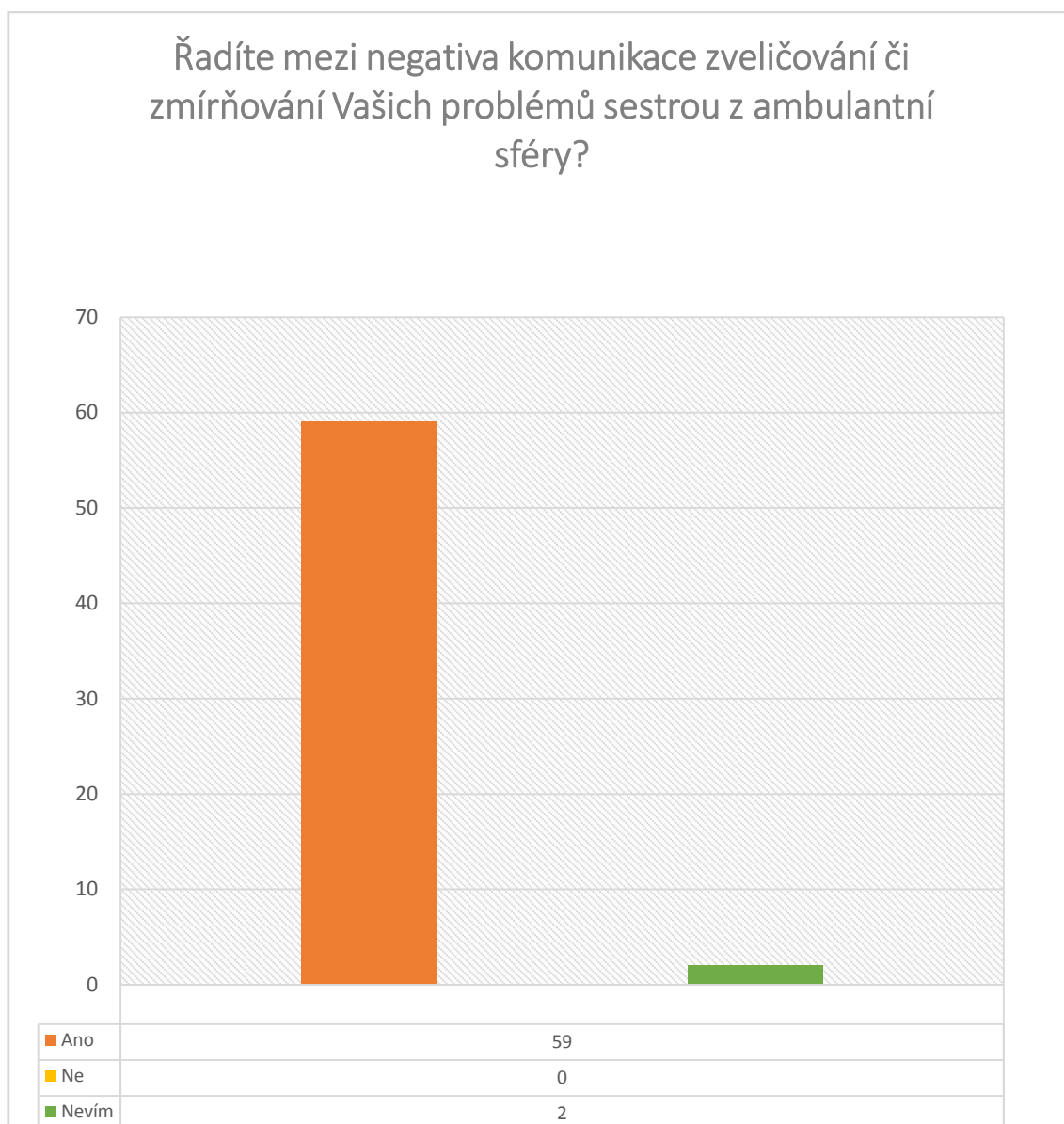


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 12 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti vnímají jako negativum, když sestra neprojeví zájem pomoci jejich doprovodu v ambulantní sféře.

Konkrétně odpovědělo 40 respondentů (65,6 %) kladně a 21 respondentů (34,4 %) záporně.

Graf 13 Zveličování a zmírňování problémů od sestry v ambulantní sféře

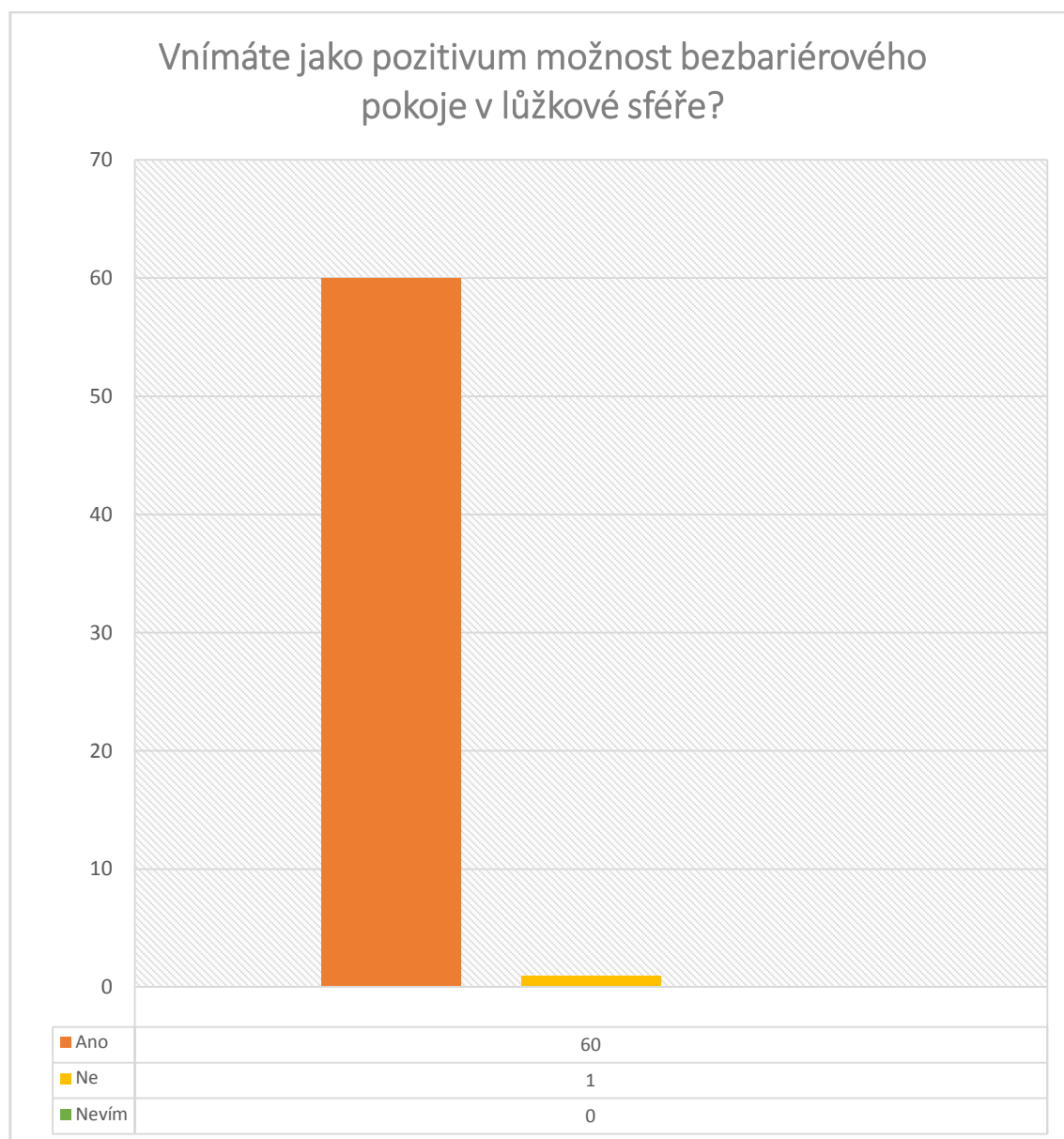


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 13 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti řadí mezi negativa komunikace zveličování či zmírňování problémů ze stran sestry v ambulantní sféře.

Konkrétně odpovědělo 59 respondentů (96,7 %) kladně a 2 respondenti (3,3 %) neutrálně.

Graf 14 Bezbariérový pokoj v lůžkové sféře

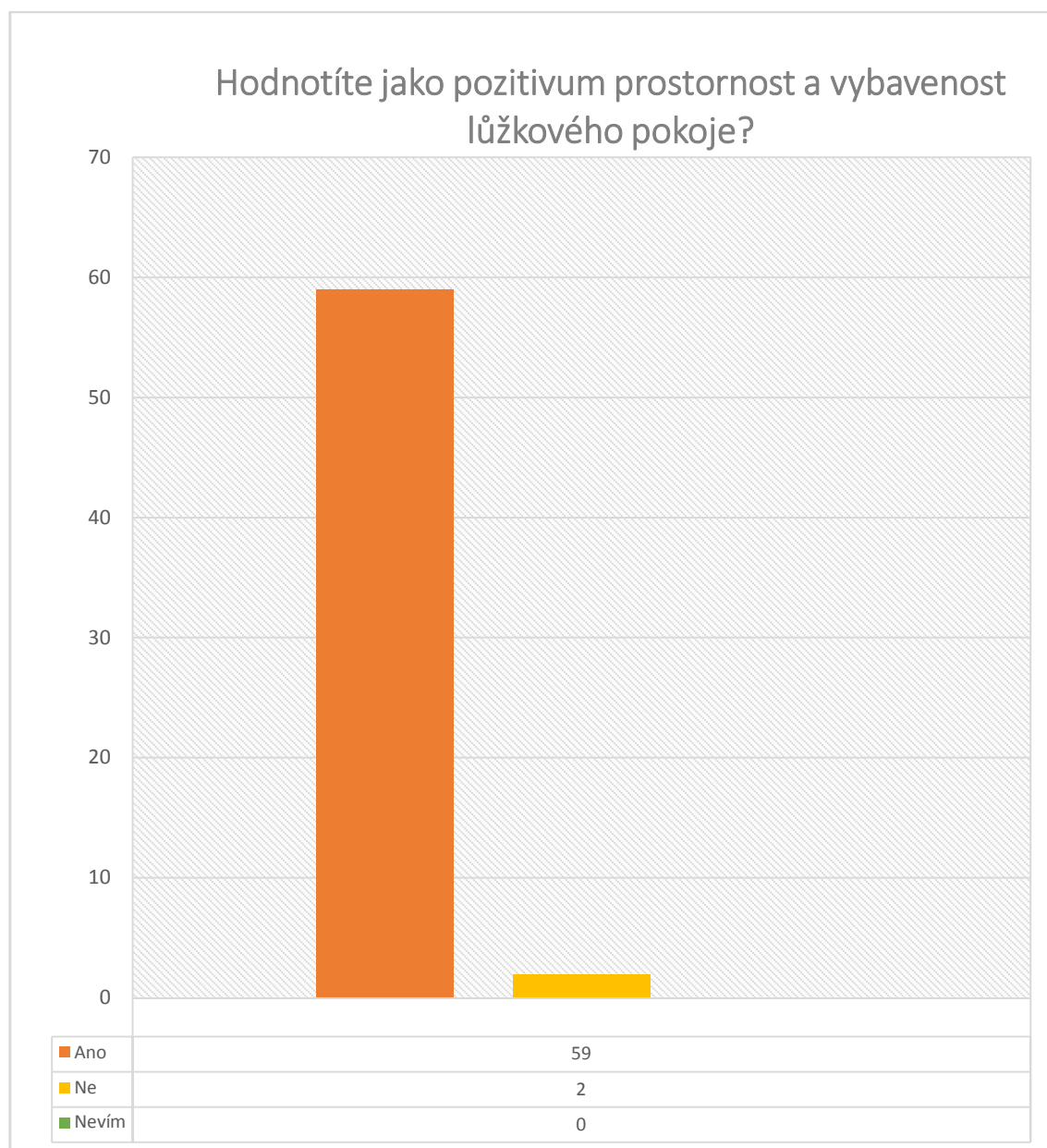


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 14 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti vnímají jako pozitivum možnost bezbariérového pokoje v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 60 respondentů (98,4 %) kladně a 1 respondent (1,6 %) záporně.

Graf 15 Prostornost a vybavenost lůžkového pokoje

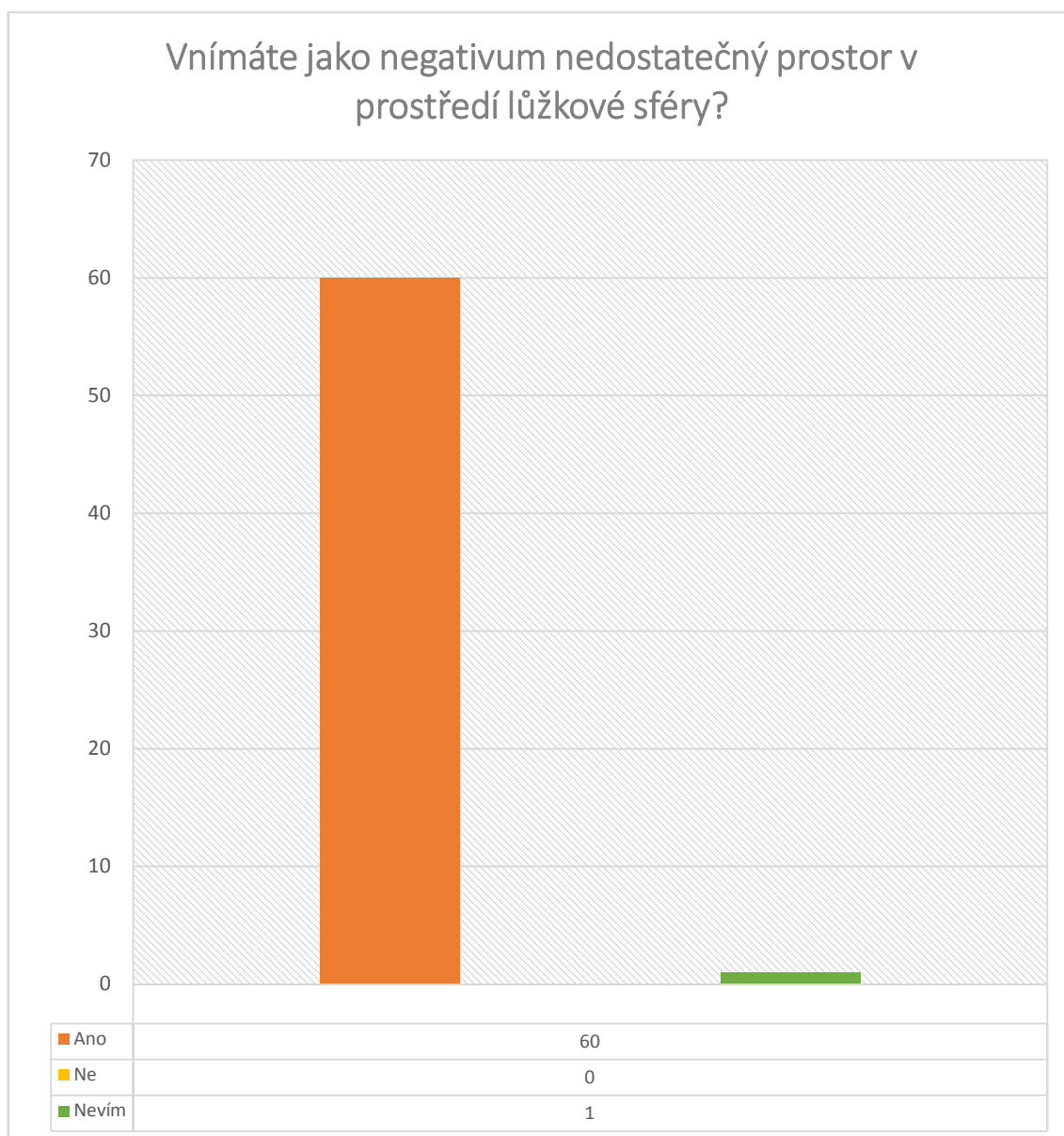


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 15 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti hodnotí jako pozitivum prostornost a vybavenost lůžkového pokoje.

Konkrétně odpovědělo 59 respondentů (96,7 %) kladně a 2 respondenti (3,3 %) záporně.

Graf 16 Nedostatečný prostor v prostředí lůžkové sféry

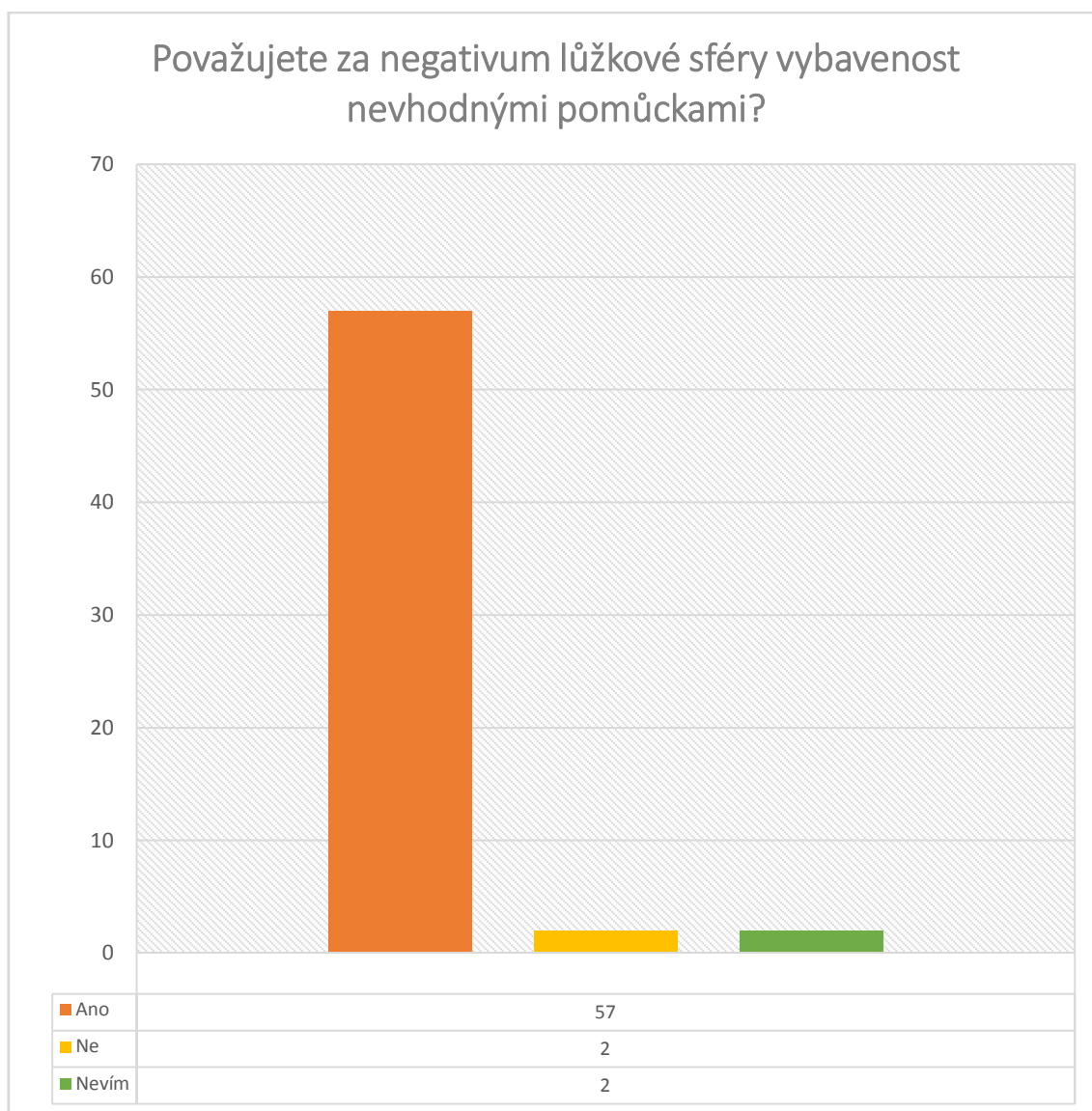


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 16 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti shledávají jako negativum nedostatečný prostor v prostředí lůžkové sféry.

Konkrétně odpovědělo 60 respondentů (98,4 %) kladně a 1 respondent (1,6 %) neutrálně.

Graf 17 Vybavenost lůžkové sféry nevhodnými pomůckami

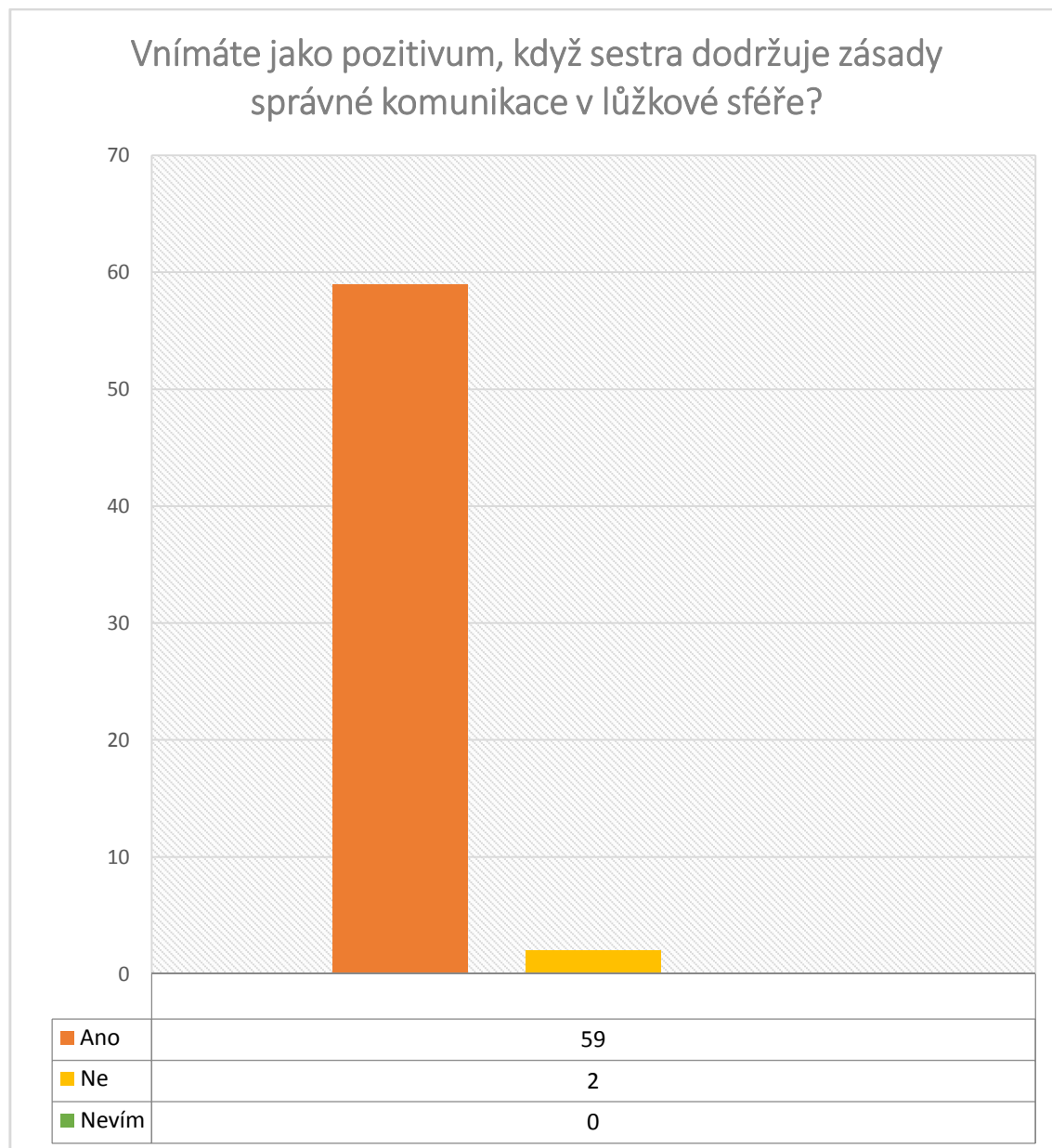


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 17 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti shledávají negativum ve vybavenosti nevhodnými pomůckami lůžkovou sféru.

Konkrétně odpovědělo 57 respondentů (93,4 %) kladně, záporně 2 respondenti (3,3 %) a 2 respondenti (3,3 %) neutrálně.

Graf 18 Zásady správné komunikace s tělesně znevýhodněným pacientem v lůžkové sféře

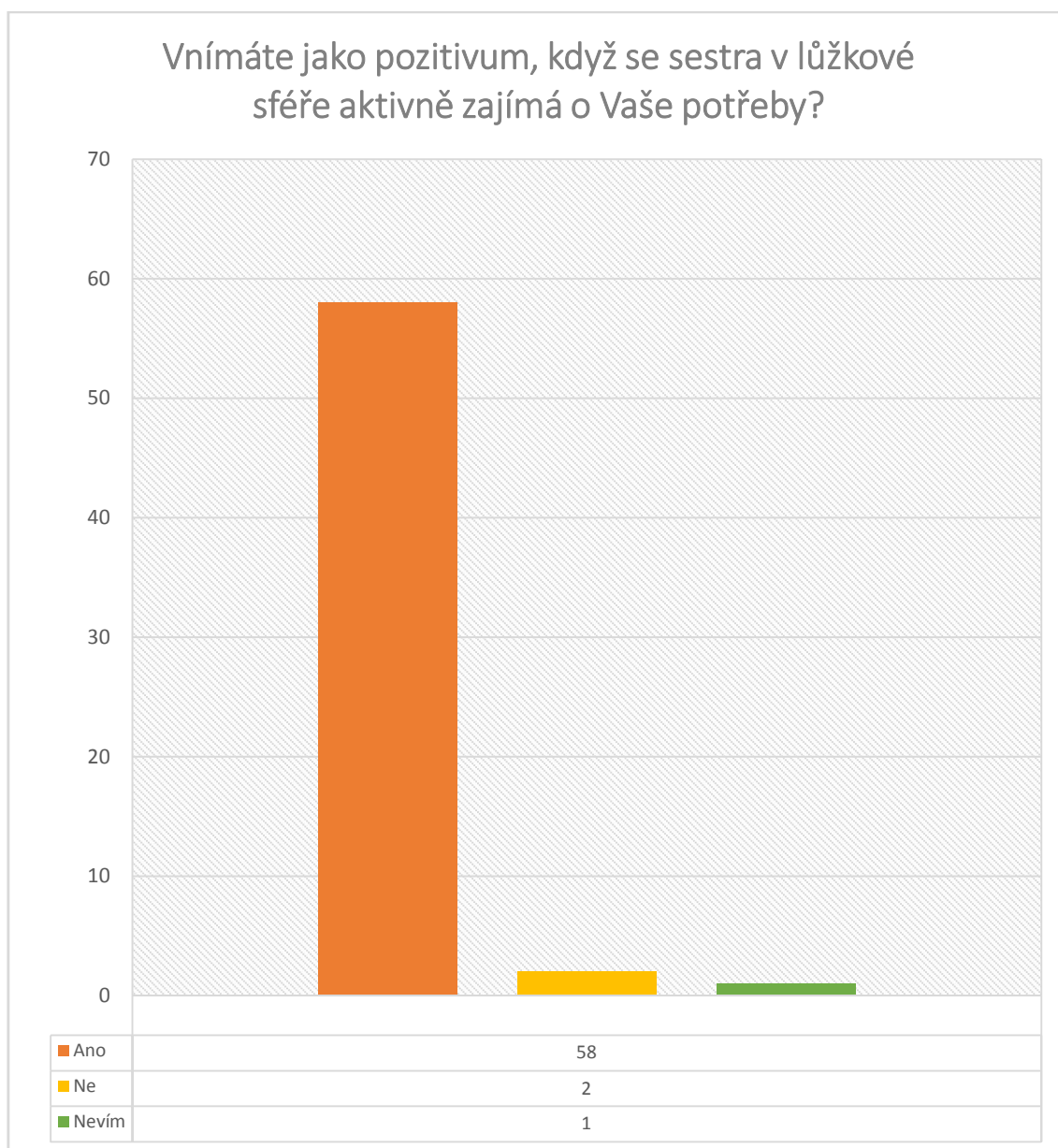


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 18 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti vnímají jako pozitivum, když sestra dodržuje zásady správné komunikace v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 59 respondentů (96,7 %) kladně a 2 respondenti (3,3 %) záporně.

Graf 19 Aktivní zájem o potřeby pacienta ze stran sestry v lůžkové sféře

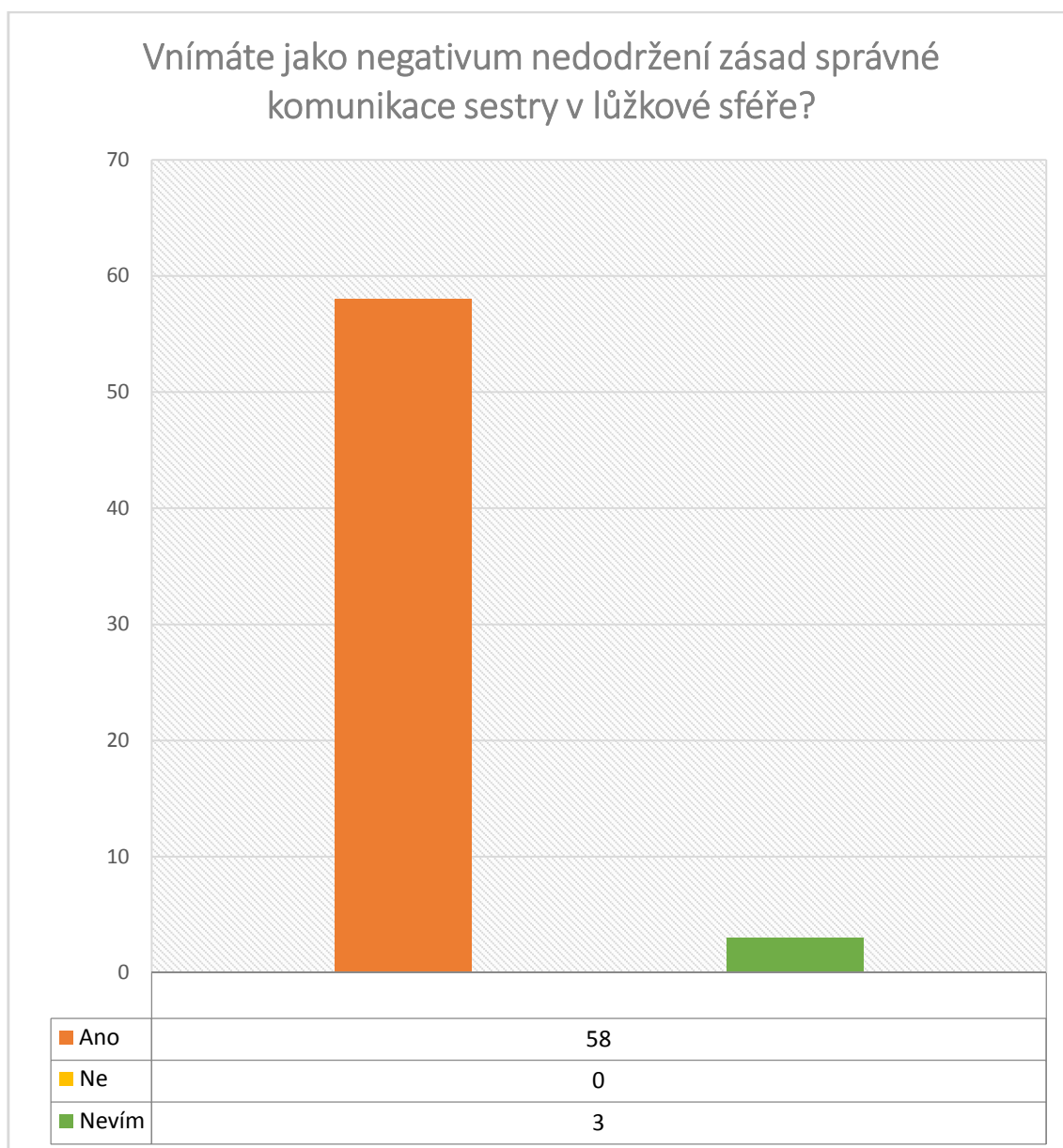


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 19 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti vnímají jako pozitivum, když se sestra v lůžkové sféře aktivně zajímá o jejich potřeby.

Konkrétně odpovědělo 58 respondentů (95,1 %) kladně, záporně 2 respondenti (3,3 %) a 1 respondent (1,6 %) neutrálně.

Graf 20 Nedodržení zásad správné komunikace sestrou v lůžkové sféře

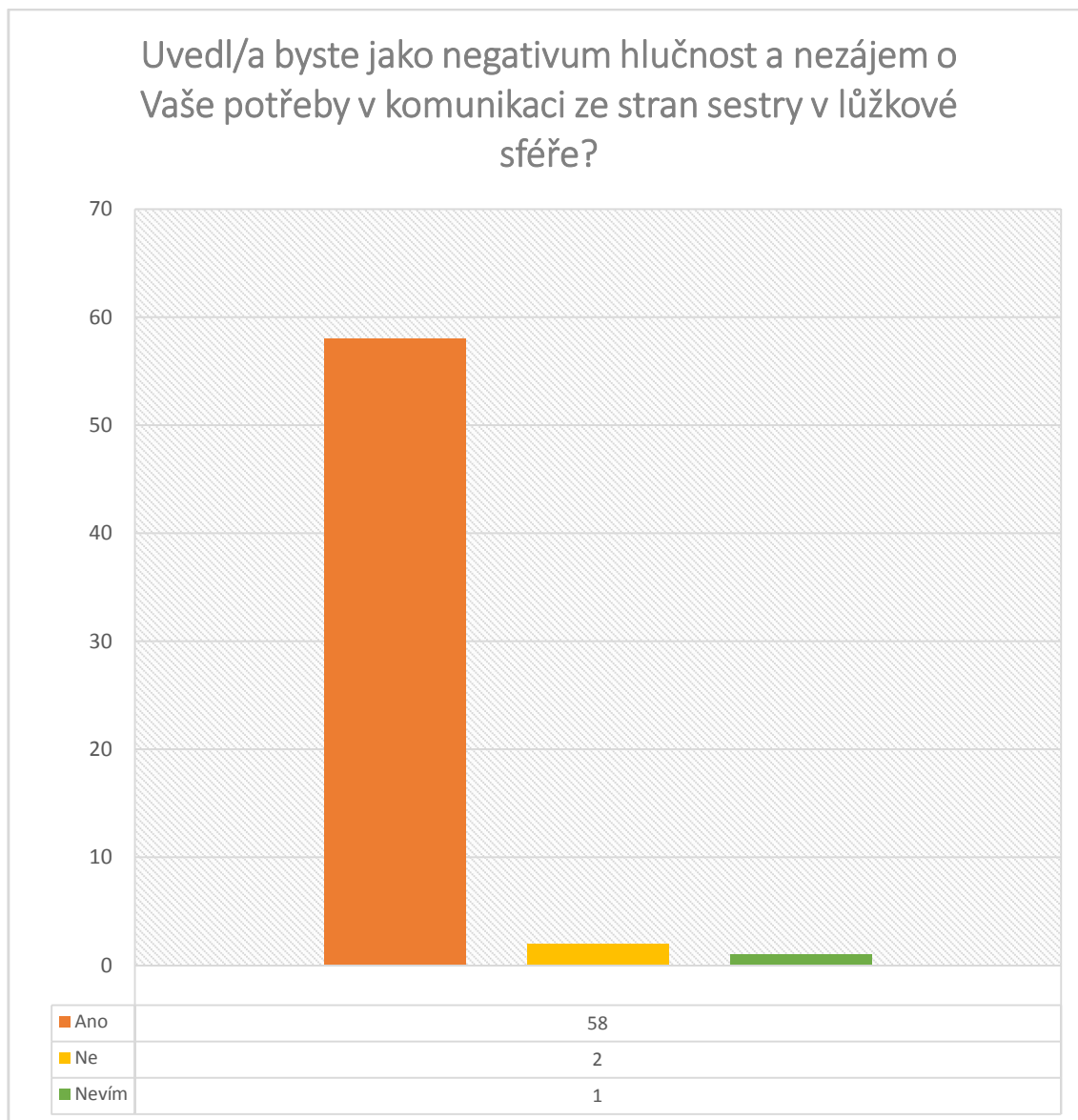


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 20 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti jako negativum vnímají nedodržení zásad správné komunikace ze stran sestry v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 58 respondentů (95,1 %) kladně a 3 respondenti (4,9 %) neutrálně.

Graf 21 Hlučnost a projevení nezájmu o potřeby tělesně znevýhodněného pacienta ze stran sestry v lůžkové sféře

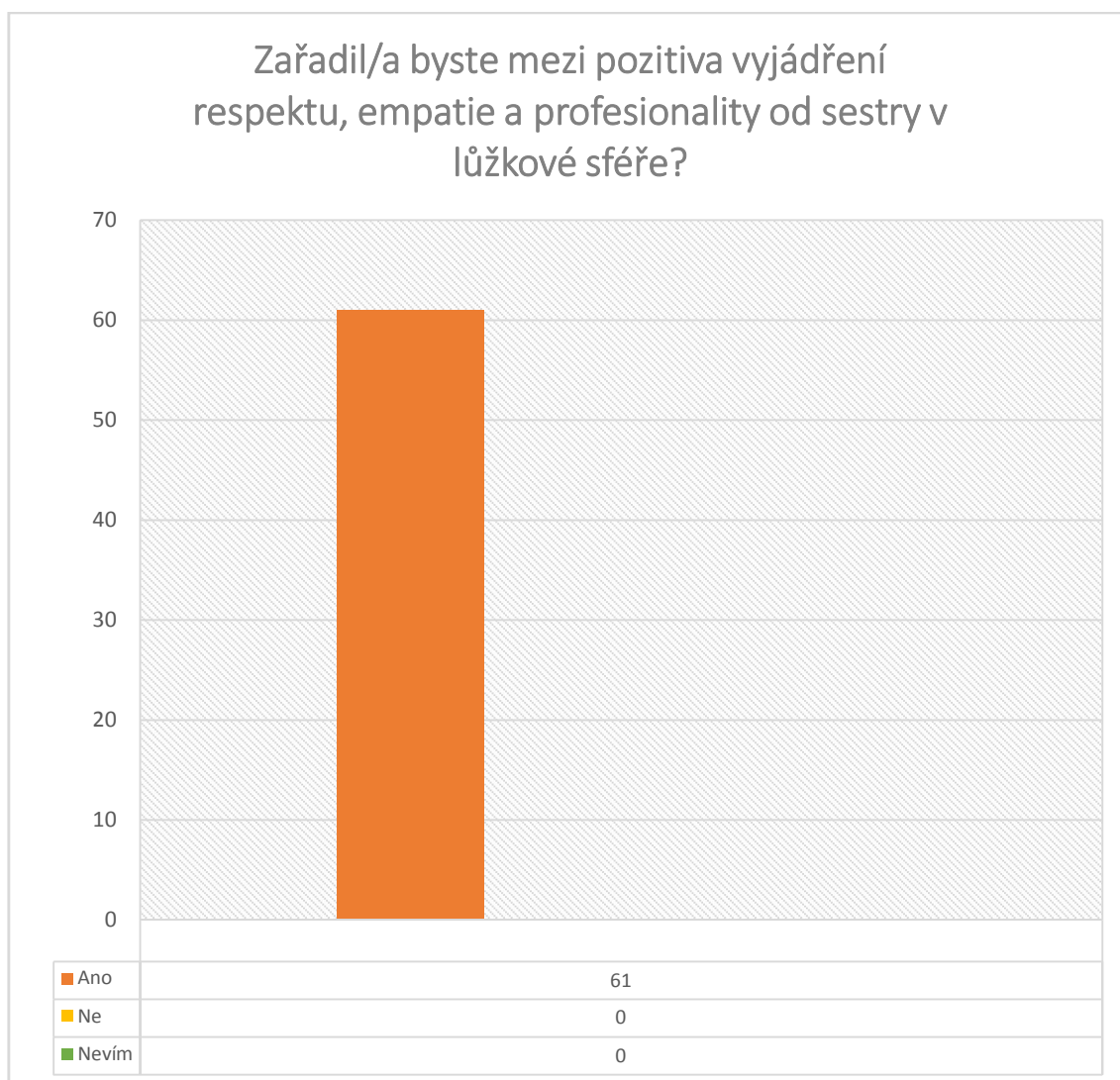


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 21 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti pocíťují jako negativum hlučnost a projevení nezájmu o jejich potřeby v komunikaci od sestry v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 58 respondentů (95,1 %) kladně, záponě 2 respondenti (3,3 %) a 1 respondent (1,6 %) neutrálně.

Graf 22 Projevení respektu, empatie a profesionality ze stran sestry v lůžkové sféře

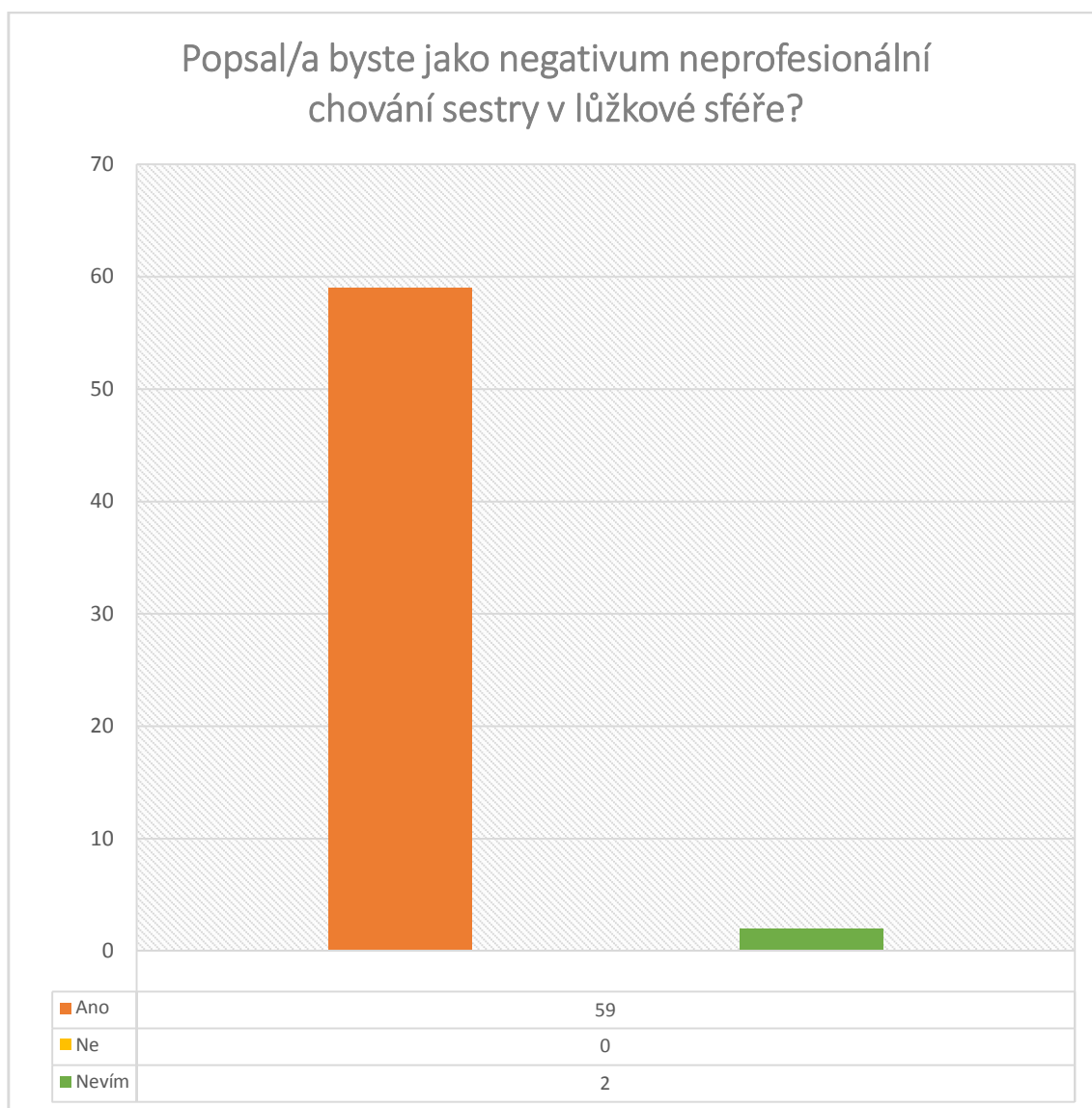


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 22 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti vnímají jako pozitivum vyjádření respektu, empatie a profesionality ze stran postoje sestry v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 61 respondentů (100 %) kladně.

Graf 23 Neprofesionální chování sestry v lůžkové sféře

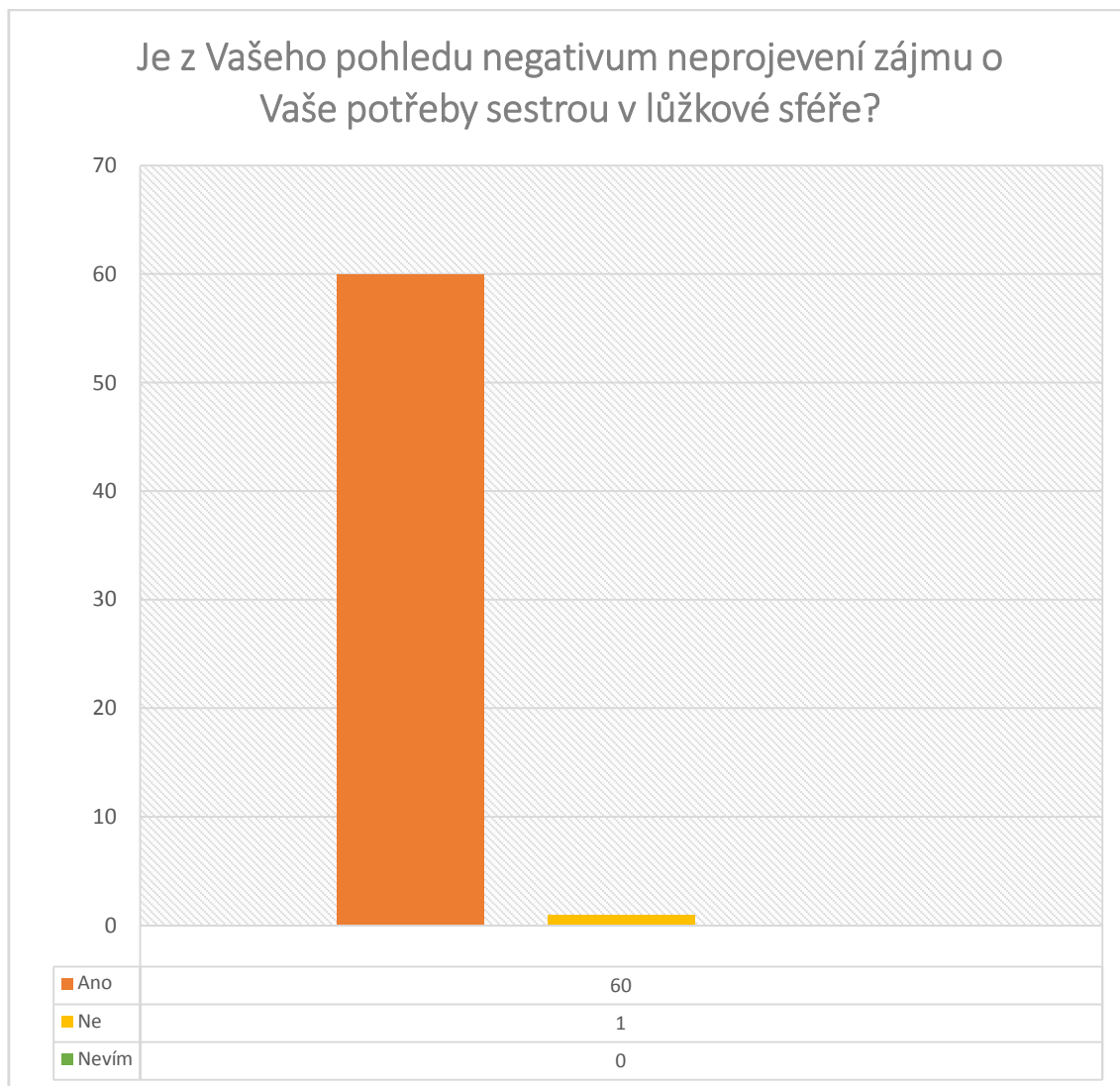


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 23 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti negativně vnímají neprofesionální chování sestry v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 59 respondentů (96,7 %) kladně a 2 respondent (3,3 %) neutrálně.

Graf 24 Neprojevení zájmu v postoji sestry o potřeby tělesně znevýhodněného pacienta.

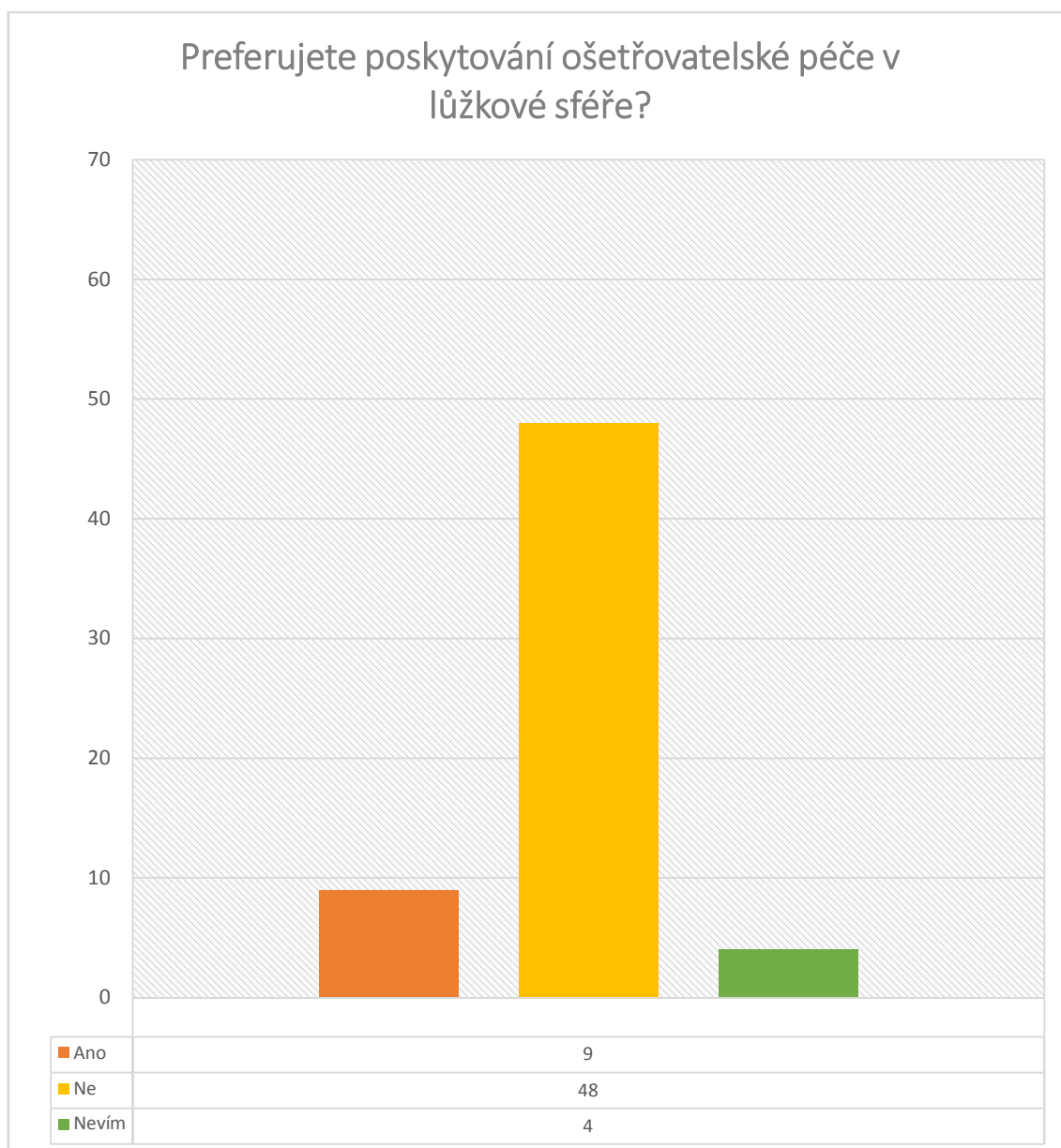


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 24 vyplývá potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti pocítují jako negativum neprojevení zájmu o jejich potřeby ze stran sestry v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 60 respondentů (98,4 %) kladně a 1 respondent (1,6 %) negativně.

Graf 25 Preference poskytování péče v lůžkové sféře

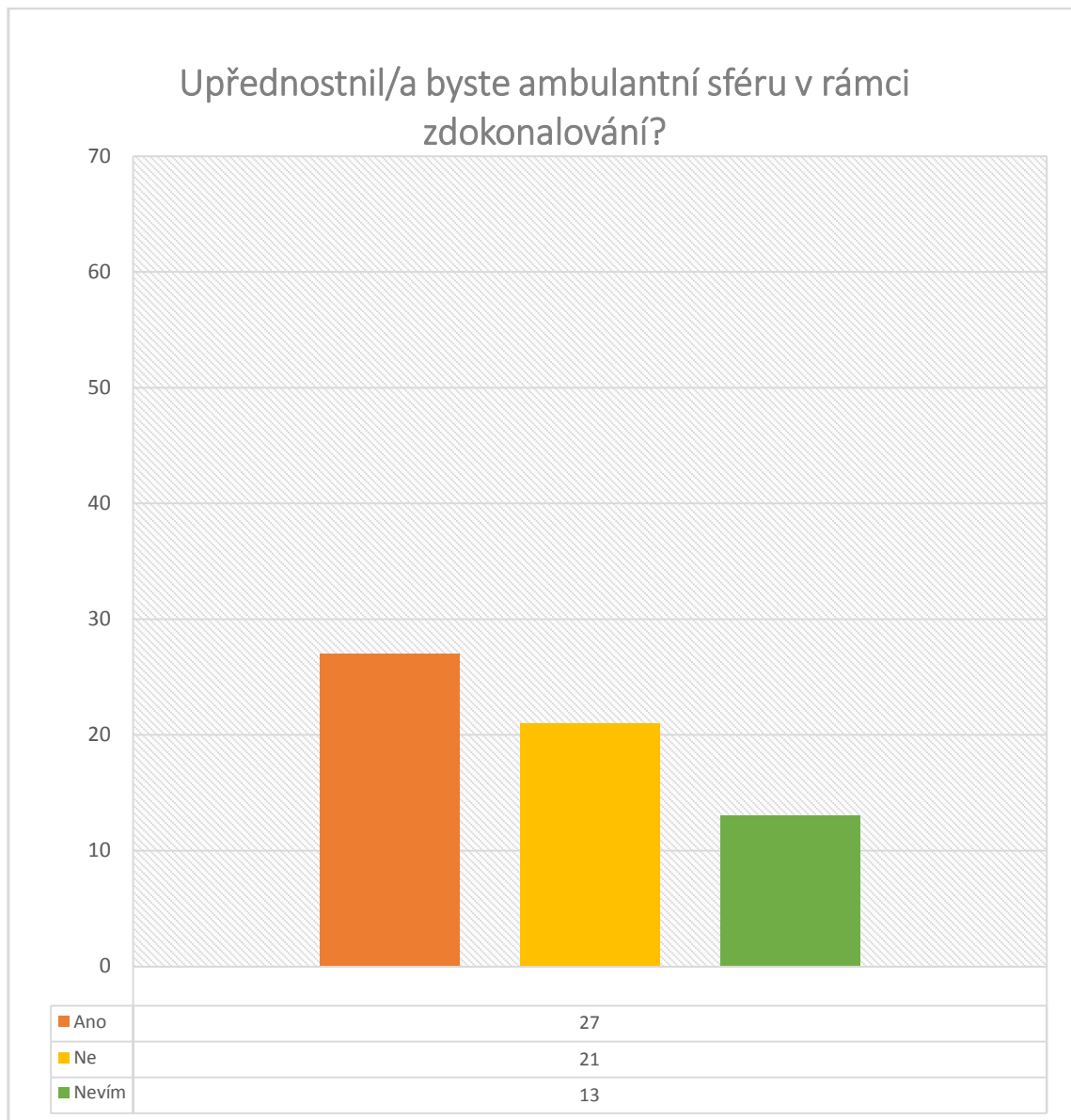


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 25 pramení nepotvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti nepreferují poskytování ošetrovatelské péče v lůžkové sféře.

Konkrétně odpovědělo 9 respondentů (14,8 %) kladně, záporně 48 respondentů (78,7 %) a 4 respondenti (6,6 %) neutrálně.

Graf 26 Preference ambulantní sféry v rámci zdokonalování

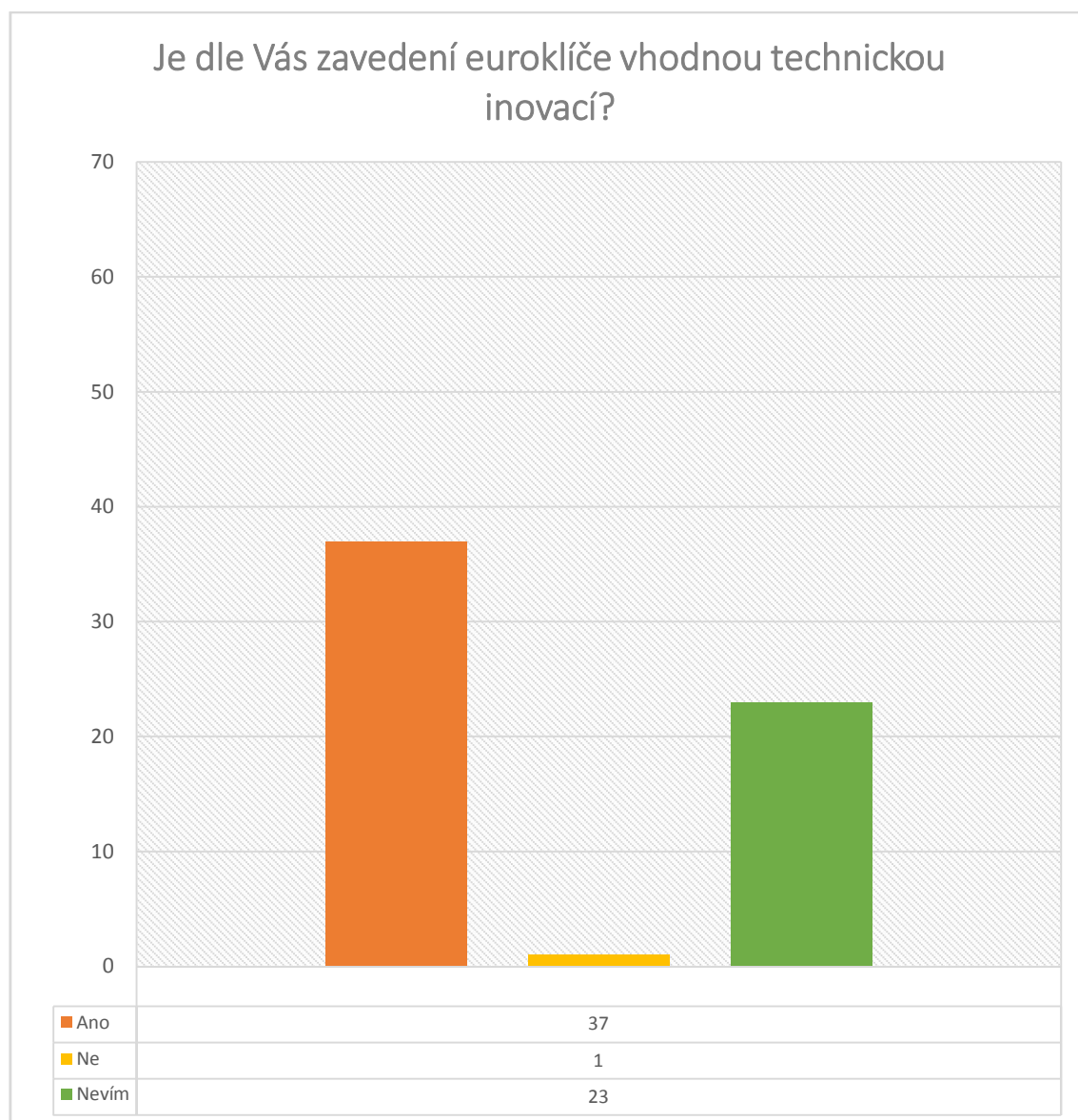


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 26 pramení ujednocení výsledku první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti upřednostňují ambulantní sféru v rámci zdokonalování.

Konkrétně odpovědělo 27 respondentů (44,3 %) kladně, záporně 21 respondentů (34,4 %) a 13 respondentů (21,3 %) neutrálně.

Graf 27 Euroklíč jako vhodná technická inovace

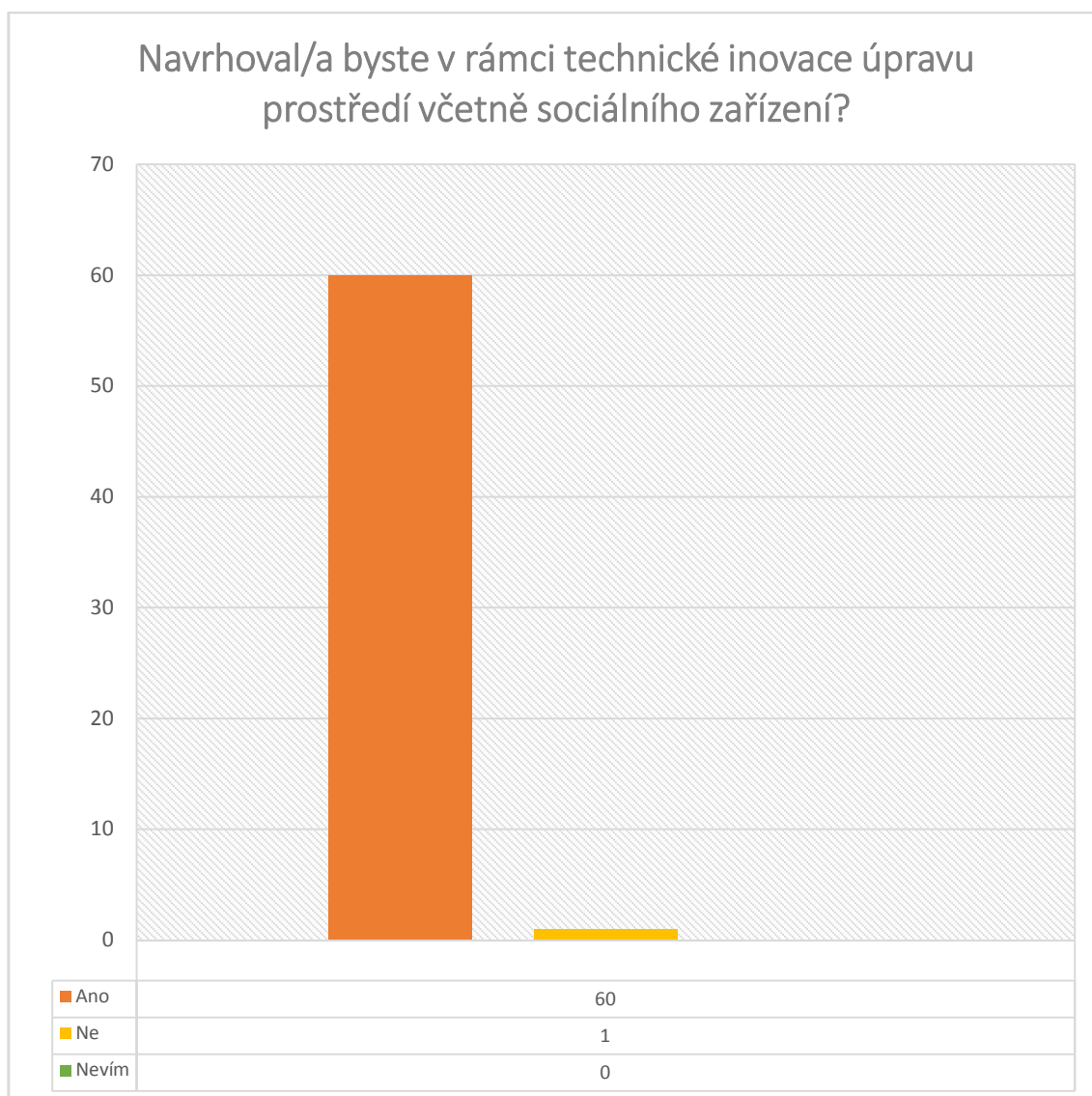


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 27 pramení potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti navrhuji zavedení euroklíče jako žádanou technickou inovaci.

Konkrétně odpovědělo 37 respondentů (60,7 %) kladně, záporně 1 respondent (1,6 %) a 23 respondentů (37,7 %) neutrálně.

Graf 28 Úprava prostředí včetně sociálního zařízení jako vhodná technická inovace

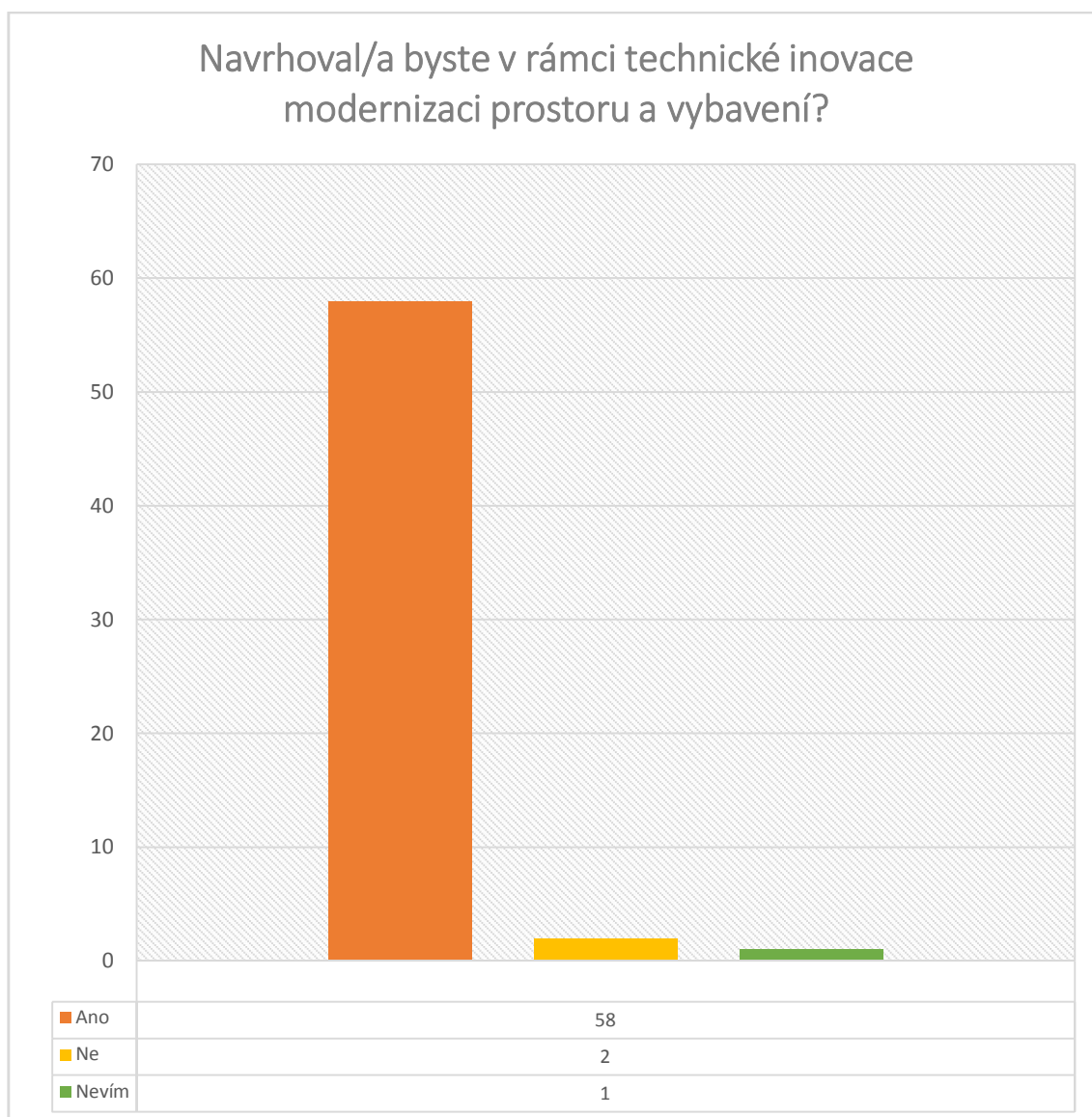


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 28 pramení potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti navrhuji jako technickou inovaci úpravu prostředí včetně sociálního zařízení.

Konkrétně odpovědělo 60 respondentů (98,4 %) kladně a 1 respondent (1,6 %) záporně.

Graf 29 Modernizace prostoru a vybavení jako vhodná technická inovace



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 29 pramení potvrzení výsledků první části výzkumu, tedy že tělesně znevýhodnění pacienti navrhují modernizaci prostoru a vybavení v rámci technické inovace.

Konkrétně odpovědělo 58 respondentů (95,1 %) kladně, záporně 2 respondenti (3,3 %) a 1 respondent (1,6 %) neutrálně.

5 Diskuse

Tato práce byla zpracována za účelem nahlédnutí do subjektivních pocitů pacientů s tělesným znevýhodněním na poskytovanou péči jak i ambulantní, tak lůžkové sféře se zaměřením na vnímaná negativa a pozitiva prostředí, komunikace a postoje sestry. Dále byla zjišťována preference sféry poskytované péče tělesně znevýhodněných pacientů, návrhy technických inovací a preferovaná sféra jejich zřízení. Proces přijímání nově vzniklé situace probíhá u každého člověka odlišně s ohledem na genetické, osobnostní vlastnosti a schopnosti přijímat zátěžové situace (Bužgová, 2015). S tím souvisí, že tedy i vnímání ošetrovatelské péče je subjektivní pocit a často se liší s objektivním. Pro potvrzení či vyvrácení odpovědí respondentů, byla sestavena anketa, která obsahovala nejčastěji uváděná tvrzení a byla nabídnuta pacientům s tělesným znevýhodněním, kteří trpí paraplegií.

5.1 Dílčí cíl 1 Zmapovat pozitiva ambulantní sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním

Prvním nastaveným cílem práce bylo zmapovat pozitiva ambulantní sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním. Nejdříve jsme zmapovali pozitiva prostředí ambulantní sféry. Z výsledků našeho šetření informátoři nejčastěji udávali bezbariérový přístup, výtah, dále instalace televizoru a možnost připojení na Wi-Fi a prostornost ambulance. Dále byla jednotlivými respondenty zmíněna klimatizace, zřízení dětského koutku, vzhled prostředí ambulance, vybavení ambulantní sféry a dále dostupnost ambulancí v nemocničních zařízeních. Nejčastěji zmíněné odpovědi byly ověřeny formou anketního šetření, které ukázalo, že respondenti se s odpověďmi informantů ztotožňují. Dříve provedený výzkum od Mikové (2016) ve svém shrnutí popisuje, že by zúčastnění respondenti, co se týká problematiky dané čekárny, nejvíce uvítali pořízení občerstvovacích automatů, dostupnost denního tisku, zpřístupnění Wi-Fi ve všech ambulancích či výzdobou v podobě obrázků. S naším výzkumem koresponduje požadavek na zpřístupnění Wi-Fi ve všech ambulancích. Naši informátoři již jako pozitivum připojení na Wi-Fi uvedli, můžeme tedy shledat zlepšení ve vybavenosti prostředí ambulantní sféry.

Následnou prozkoumanou oblastí byla pozitiva související s komunikací sestry v prostředí ambulantní sféry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Na základně výsledků naší studie část informantů uvádí, že sestra hovořila s nimi, a ne s doprovodem

a také rovnocennost v rozhovoru v tom smyslu, že oči sestry a pacienta byly ve stejné úrovni. Dále bylo jednotlivými informanty popsáno profesionální jednání, slušnost, pomalý a klidný tón hlasu, komunikativnost, smysl pro humor, trpělivost, ochota komunikovat, otevřenost, bezprostřednost a zřetelnost při rozhovoru. Nejčastěji zmíněné odpovědi byly ověřeny formou anketního šetření, která zmapovala, že výsledky první části jsou tělesně znevýhodněnými pacienty skutečně vnímány pozitivně. Výsledky naší studie podporuje Vítková (2020), která také uvádí, že při komunikaci s pacientem na kolečkovém křesle je potřeba komunikace hlavně s jedincem s znevýhodněním, myslet na to, že komunikujeme s rovnocennými partnery, vyhýbat se lítosti, pomoc nabídnout, ale nevnucovat, komunikovat. Porovnání uvedených výsledků s obecnými doporučeními je velmi lichotivé a vyplývá z toho, že sestry u určitých informantů postupovaly dle zásad komunikace s tělesně znevýhodněným pacientem.

Poslední zkoumanou oblastí prvního dílčího cíle byl pozitivní postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Z výsledků provedeného výzkumného šetření formou rozhovoru byl všemi informanty uveden respekt. Dále výsledky prokázaly, že sestra přistupovala k pacientovi jako sobě rovnému a také, že sestra vždy hledala způsob, jak pacientovi vyhovět. Byla přátelská, empatická, pozorná, chovala se slušně, profesionálně a snažila se vyjádřit pochopení. Nejčastěji zmíněné odpovědi byly ověřeny formou anketního šetření, jejíž výsledek se shoduje s výsledky z první části výzkumu. Naše výsledky jsme porovnali s výsledky výzkumného šetření Včeličkové (2010), která se ve svém výzkumu zajímala o charakterové vlastnosti sester. Popisováno je, že na prvním žebříčku stojí profesionální jednání dále komunikativnost, trpělivost, diskrétnost, svědomitost a vstřícnost, pozornost a manuální zručnost. V souladu s literaturou, která uvádí, že charakter jako vlastnost související s morálkou, udává principy, kterými se jedinec řídí, hodnoty, na kterých mu záleží a usiluje o ně (Helus, 2018), můžeme jednotlivé výzkumy navzájem posoudit a zhodnotit, že výsledky korespondují jen zřídka a došlo k novému poznatku.

V rámci vnímání pozitiv poskytování péče v ambulantní sféře tělesně znevýhodněnými pacienty, byla sestavena hypotéza 1 (Pacienti s tělesným znevýhodněním vnímají v ambulantní sféře více pozitiv než v lůžkové sféře). V porovnání jednotlivých výsledků dílčích cílů zaměřených na pozitiva ambulantní i lůžkové sféry, bylo zjištěno, že v ambulantní sféře uvedli tělesně znevýhodnění ve všech oblastech (prostředí,

komunikace i postoje sestry) 33 pozitiv. V lůžkové sféře tělesně znevýhodnění pacienti popsali 21 pozitiv. Můžeme tedy zhodnotit, že se nám hypotéza naplnila a označit, že pacienti s tělesným znevýhodněním vnímají více pozitiv v ambulantní sféře.

5.2 Dílčí cíl 2 Zmapovat negativa ambulantní sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním

Druhý cíl práce měl za úkol obsáhnout negativa ambulantní sféry v nemocničním zařízení z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Jako první byla zmapována negativa prostředí ambulantní sféry. Výsledkem výzkumného šetření jsou získané odpovědi od zúčastněných informátorů. Nejčastěji informanti uvedli nedostatečnou čistotu a velikost sociálního zařízení. Mezi další pocíťovaná negativa zařadili nevhodné vybavení ambulantní sféry, uzamykání sociálního zařízení a situování prostředí ambulantní sféry. Nejčastěji zmíněné odpovědi byly ověřeny formou anketního šetření, jejíž výsledek prokázal shodu s výsledky první části výzkumu. Vondráková (2018) ve svém výzkumu došla k zjištění, že pro osoby s tělesným znevýhodněním je stěžejní otázka architektonických bariér. I malé banality dokážou každý den negativně ovlivnit kvalitu života lidí nejen s tělesným znevýhodněním. Jako doporučení od autorky zaznělo, aby se architektonické překážky nebraly jako druhořadé. Při komparaci jednotlivých výsledků docházíme k zjištění, že zmiňované architektonické bariéry naši informátoři uvedli také, v čemž nastává shoda, ale nebyly pro ně natolik prioritní.

Následující mapování negativ se zaměřilo na komunikaci sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Výsledky výzkumného šetření popisují negativní zkušenosti probandů následovně. Polovina dotazovaných informantů uvedla, že dvěma největšími problémy je vynechání pacienta z komunikace a soustředění pozornosti sestry na doprovod, dále nejednotná úroveň očí sestry a pacienta. Z toho vychází, že sestra nedodržela zásady správné komunikace s tělesně znevýhodněným pacientem. Zbylí informanti uvedli hlasitou a rychlou komunikaci, dále neosobní přístup, vyhýbání se komunikaci, netrpělivost a používání odborných výrazů. Nejčastěji zmíněné odpovědi byly ověřeny formou anketního šetření, jejíž výsledek prokázal shodu negativ s výsledky první části výzkumu. Při hledání podobných výzkumů jsem narazila na bakalářskou práci, která mapovala problematiku osob s mentálním znevýhodněním z pohledu doprovázejících osob. A ačkoli se jedná o odlišné, zároveň ale velmi blízké téma, výsledky byly shledány velmi podobné. Autorka práce Al-Halabiová (2019)

zmapovala, že sedm z deseti probandů zmínilo opomíjení pacienta klienta v komunikaci, kdy někteří uvedli částečné vyčlenění z rozhovoru, někteří úplně. V porovnání s výsledky našeho výzkumu můžeme v obou případech znevýhodnění shledat tuto zásadní komunikační chybu a související nedodržení Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením ze stran zdravotnického personálu.

Ve třetí zkoumané oblasti negativ se jedná o postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Pomocí výzkumného šetření můžeme interpretovat jednotlivé odpovědi informantů uvádějící negativa spojená s postojem sestry. Shodná odpověď dvou respondentů udává, že sestra záměrně přenechala veškerou pomoc pacientovi na doprovodu. Dále jednotliví informanti uvedli lítostivost ze stran sestry, neadekvátní rovnocennost, zveličování problému a netrpělivost a aktivita sestry. Za pomoci anketního šetření bylo ověřeno nejčastějších odpovědí shodné s odpověďmi informátorů. Ve svém výzkumu uvádí Chrudimská (2014) popisovaná negativa ze stran pacientů bez tělesného znevýhodnění. Výsledné odpovědi uváděly nepříjemnost, aroganci a opovržlivost. Na tomto srovnání dvou výzkumů je vidět odlišnost negativ. Tělesně znevýhodnění si všímají nejen projevu, ale i činností, které sestra provádí, naopak pro jedince bez znevýhodnění je důležitý hlavně projev.

5.3 Dílčí cíl 3 Zmapovat pozitiva lůžkové sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním.

Třetím cílem práce bylo zmapovat pozitiva lůžkové sféry nemocničního zařízení z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Jako první se cíl zaměřil na pozitiva prostředí lůžkové sféry. Výsledky našeho výzkumného šetření jsou následující. Každý z informantů ve svém projevu uvedl jako pozitivum bezbariérový pokoj, zejména velikost sociálního zařízení, umístění pokoje v rámci oddělení, jeho vybavení a vzhled, možnost přizpůsobení nábytku, klid a dostatečný prostor. Nejčastěji zmíněné odpovědi ověřovalo anketní šetření, které potvrzuje výsledky kvalitativního šetření v obou případech. Furlan et al. (2018) sympatizují s našimi výsledky, a také uvádí, že u pacientů s tělesným znevýhodněním, zejména pak, pokud jsou limitováni v pohybu kompenzačními pomůckami, je potřebné, aby byl pokoj situován co nejbližší toaletám, koupelně a sesterně. V rámci diskuse nad pozitivivy doplňují, že možnost sledování TV, poslechu

rádia nebo individuální úpravy pokoje je ještě stále v některých zemích bráno za nadstandardní luxus, který není dostupný pro většinu populace.

Druhá zkoumaná oblast se upínala na pozitivní zkušenosti s komunikací sestry v lůžkové sféře z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Výsledky výzkumného šetření udávají shodu pozitiv v dodržení zásad správné komunikace. Dále zjištěna klidnost, trpělivost, komunikace v soukromí, zájem o názor pacienta, vyslovená podpora a porozumění. V této oblasti anketní šetření též potvrdilo jednotlivé výsledky první části kvalitativního šetření. Foltmanová (2011) ve výsledcích svého šetření interpretuje pohled sester na důležitost správné komunikace s pacientem. Sestry si ve 100% myslí, že správná komunikace je v jejich praxi potřebná a že dostatečná komunikace zvyšuje spokojenost pacienta. Při pohledu na výsledky pohledu pacientů se zdá, že komunikace určitých sester je na dobré úrovni a svým přesvědčením se řídí.

Následná mapovaná pozitiva se vztahují na postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta v lůžkové sféře. Výslednými pozitivy našeho výzkumu je nejčastěji respekt a poté empatie. Dále slušnost, vstřícnost, pozitivismus a pečlivost. Odpovědi ověřilo anketní šetření, které prokázalo naprostou shodu. Sejkorová (2013) se ve svém výzkumu věnovala otázce, zda jsou sestry ve zdravotnickém zařízení empatické. Nejvíce odpovědí získala možnost „některá ano, jiná ne“. Empatie tedy v relativně malém počtu. Ve své praxi se častěji setkávám s typem neempatické sestry, proto mě osobně překvapilo, že náš výzkum má empatii jako druhou nejčastější odpověď.

5.4 Dílčí cíl 4 Zmapovat negativa lůžkové sféry nemocničního zařízení pro pacienty s tělesným znevýhodněním.

Čtvrtý dílčí cíl práce měl přiblížit negativa prostředí lůžkové sféry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. První oblastí mapování byla negativa prostředí lůžkové sféry. Výsledkem našeho výzkumného šetření jsou odpovědi informátorů. Výsledky jsou velmi nejednotné, každý má svou vlastní negativní zkušenost. Bezbariérový pokoj nebyl dostatečně prostorný, stejně tak sociální zařízení bylo málo prostorné, vzhled oddělení působil zastaralé, nedostatečné vybavení pro zachování soukromí, nemožnost přizpůsobení pokoje, neadekvátní vybavení pokoje, nevhodné vybavení pokoje, hluchost sester na oddělení. Výsledkem anketního šetření je sjednocení negativ na nedostatečný prostor a vybavenost v lůžkové sféře. Fundová (2013) ve své výzkumné

části bakalářské práce mapovala hluk v souvislosti se spokojeností nemocničního zařízení. Nejvíce informantů odpovědělo, že hluk vnímají střední intenzitou, ale nevadí jim. Vnímané jsou hluky finesy a postelí. Jednotlivé výzkumy uvádějí jinou formu hluku, ale z obou vyplývá, že hluk není největším vnímaným negativem.

Následnou zkoumanou oblastí jsou negativa komunikace sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Výzkum poukazuje na hojně udávané negativum, kterým je nedodržení zásad správné komunikace s tělesně znevýhodněným pacientem. Konkrétněji jde o nezajištění stejné výškové úrovně při rozhovoru a dále nesoustředění na rozhovor s pacientem. Výzkum dále poukazuje na negativa hlučnosti sester, nedostatečný prostor v komunikaci, rozhodování za pacienta, neustálé dotazování, neseznámení s výkonem, nesrozumitelnost a urychlenost. Výsledky anketního šetření korespondují s výše popsány výsledky kvalitativního šetření. Z mého pohledu jsou toto velmi zásadní negativa, která jednoznačně zneprůjemňují pobyt pacienta v lůžkové sféře. Při osobním zamyšlení, proč je komunikace nezvládnutá, jsem při pátrání za odpovědí narazila na bakalářskou práci s názvem Přípravenost budoucích zdravotnických pracovníků na komunikaci s pacienty se zdravotním postižením od autorky Chmelíkové (2016), kdy na základně provedeného výzkumu autorkou bylo zjištěno, že střední zdravotnické školy dokument DESATERO, který správnou komunikaci popisuje z 80 %, nevyužívají. Je tedy možné, že právě nedostatečná informovanost personálu je důvodem nespokojenosti.

Poslední mapovanou oblastí byl negativní postoj sestry z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta. Častým výsledkem výzkumného šetření je uvedení neprofesionálního chování sestry. Dále syndrom vyhoření u sestry, nevhodné chování, bezohlednost, nepříjemnost, nedostatečná empatie a velký shon. Anketní šetření prokázalo shodu s neprofesionálním chováním a neprojeveným zájmem ze stran sestry. Částečná shoda nastala s diplomovou prací Alijev (2015), která ve svém závěru výzkumné části uvádí, že více než polovina respondentů se setkala s arogantním chováním, neochotným a otráveným. Dále zmapovala, že nadpoloviční část respondentů by uvítala odchod takovéto sestry. Výsledky obou výzkumných šetření jsou znepokojující.

5.5 Dílčí cíl 5 Zmapovat, jakou sféru poskytované péče pacienti s tělesným znevýhodněním preferují.

Dílčí cíl práce číslo pět klade důraz na zmapování preferované sféry poskytované péče pacienty s tělesným znevýhodněním. Výsledky tohoto výzkumného šetření udávají skoro jednoznačný výsledek, kdy preferencí poskytované péče je ambulantní sféra. Velmi malá část informantů uvedla lůžkovou sféru. Výsledek anketního šetření koresponduje s výsledkem prvního výzkumu, tedy s preferencí ambulantní sféry.

V souvislosti s preferencí sféry poskytované péče byla sestavena hypotéza 2 (Pacienti s tělesným znevýhodněním více preferují návštěvu ambulantní sféry než hospitalizaci v lůžkové sféře). Syntézou jednotlivých výsledků lze usoudit, že je hypotéza potvrzena, a že tělesně znevýhodnění pacienti preferují poskytování péče v ambulantní sféře nemocničního zařízení.

Naše výsledky korespondují s výsledky autorů Read et al. (2018), kteří potvrzují, že pacienti s tělesným znevýhodněním spíše preferují ambulantní sféru. Z výsledků této studie je evidentní zaměření na komfort a pocit bezpečí a jistoty pacientů. Rutinní výkony jako je např. čistá intermitentní katetrizace, se přesouvají do pole ošetrovatelského personálu a pacient se musí adaptovat na nové prostředí, zásah do intimity a uvedení do částečné soběstačnosti. Pacienti s tělesným znevýhodněním jsou v mnoha případech naučeni postupovat stereotypně a tento externí zásah v období hospitalizace je vnímán jako velice nekomfortní. Alkawai a Alowayyed (2017) doplňují preference o možnostech využití komunitní péče. Z jejich studie je preferována právě kombinace ambulantní a komunitní péče o pacienty s tělesným znevýhodněním. V takovém případě se redukuje i nevýhody ambulantní sféry, kterými může být např. dlouhá čekací doba, nevhodné umístění nebo zřízení toalet, absence bezbariérového přístupu, výtahů apod.

5.5 Dílčí cíl 6 Zjistit, jaké technické inovace by pro pacienty s tělesným znevýhodněním byly přínosné a v jaké sféře by technické inovace nejvíce uvítali.

Poslední dílčí cíl práce byl sestaven za účelem zmapování technických inovací navrhovaných tělesně znevýhodněným pacientem a zjištění preference sféry zřízení technických inovací. Výsledky udávají, že euroklíč (speciálně upravený klíč a systém zámků, který lidem se sníženou schopností pohybu či orientace umožňuje snadný, rychlý a bezbariérový přístup) je často žádanou technickou inovací. Dále byla uvedena

technická úprava sociálního zařízení, jako je možnost tlumení světla, zřízení zástěn mezi lůžky, pravidelné a povinné semináře pro sestry, inovace matrací a lůžkovin, plně polohovací lůžko a klimatizace. Náš výzkum také zmapoval preference sféry zřízení navrhovaných inovací. Zde výsledky nevykazují převládající sféru, ale početní shodu v obou sférách poskytované péče. Anketní šetření prokázalo shodu s výsledky první části výzkumu, tedy s navrhovanými inovacemi, ale navíc prokázalo, že tělesně znevýhodnění pacienti by uvítali zdokonalení ambulantní sféry, které v první části bylo nerozhodné. V souvislosti s tímto tématem lze využít projekt Kvalita očima pacientů, kde významnou složkou je vnímání kvality zdravotnictví právě pacienty. Data nabízejí výsledky zkušeností pacientů z různých pracovišť, která mohou posloužit při rozhodování, kde se nechá pacient léčit (Ratier, 2010).

Pro tuto oblast byla sestavena hypotéza 3 (Pacienti s tělesným znevýhodněním více požadují zřízení technických inovací v lůžkové sféře než v ambulantní.). Sumarizací jednotlivých výsledků a hypotézy shledáváme zásadní rozdílnost. Tato hypotéza tedy nebyla potvrzena. Shledáváme nový poznatek, že tělesně znevýhodnění pacienti rádi uvítají zdokonalení v ambulantní sféře.

Studie autorů Alkawai a Alowayyed (2017) uvádí již zmíněnou možnost využití komunitního ošetřovatelství s návštěvou ambulantních zařízení pro diagnostické i specifické léčebné zákroky. Tento koncept je v zahraničí využíván, mimo jiné, právě pro pacienty s tělesným znevýhodněním. Z těchto důvodů se domníváme, že i v Českém prostředí pacienti preferují spíše tento typ péče, a proto nejvíce technických inovací je směřováno do ambulantní sféry.

6 Závěr

Práce Ošetrovatelská péče z pohledu tělesně znevýhodněného pacienta byla primárně zaměřena na průzkum subjektivních pocitů tělesně znevýhodněných pacientů na poskytovanou ošetrovatelkou péči.

Hlavním cílem výzkumu bylo analyzovat subjektivní pohled pacientů s tělesným znevýhodněním na poskytovanou péči v lůžkové a ambulantní sféře zdravotnických zařízení. Práce byla směřována především na pohled tělesně znevýhodněného pacienta trpícím paraplegií. Pro naplnění hlavního cíle bylo stanoveno 6 dílčích cílů.

Za pozitivum ambulantní sféry je považován bezbariérový přístup (např. výtah), televizor, možnost Wi-Fi připojení a dodržení zásad správné komunikace se zaměřením na rovnocennost a respekt. Dále výsledky prokázaly, že sestra přistupovala k pacientovi jako sobě rovnému a také, že sestra vždy hledala způsob, jak pacientovi vyhovět. Jednotlivé výsledky prokázalo anketní šetření. Za negativa je považována nedostatečná čistota a velikost sociálního zařízení včetně uzamykání, nevhodné vybavení a samotné situování v prostorách budovy. Mezi další negativa patří absence profesionální komunikace, přenechání pomoci na doprovodu, neprofesionální projevy lítosti, netrpělivost nebo bagatelizace či přehnané reakce při řešení problému.

Mezi pozitiva lůžkové sféry patří bezbariérové pokoje a velikost sociální zařízení, situování pokojů blízko sesterny, jeho vybavení, vzhled a možnost přizpůsobení nábytku. V rámci komunikace patří mezi pozitivum dodržování zásad správné komunikace, klid, trpělivost, soukromí, zájem o názor pacienta a vyjádření podpory a porozumění. Mezi negativa patří zejména nedostatek prostoru, zastaralý vzhled, nedostatečné či nevhodné vybavení pokojů a nemožnost jeho přizpůsobení, nesprávné situování a hlučné prostředí. V rámci komunikace a postoje je za negativum považováno nedodržování zásad komunikace, nesrozumitelné a zmatené jednání, nedostatečný prostor pro komunikaci, neinformovanost, nedostatečná empatie a celkové negativní naladění.

V rámci hodnocení pozitiv a negativ bylo syntézou a sumarizací dat dosazeno závěru, že pacienti s tělesným znevýhodněním preferují poskytování péče v ambulantní sféře.

Mezi technické inovace patří možnosti využití euroklíče, úprava sociálního zařízení, instalace možnosti tlumení světla, zřízení zástěn mezi lůžky, vhodnější matrace a

lůžkoviny, plně polohovací lůžka a klimatizace. Nejvíce inovací by pacienti s tělesným znevýhodněním uvítali především v ambulantní sféře.

Hlavní cíl se za pomoci dílčích cílů z mého pohledu podařilo naplnit a každý z nich prokázal zajímavé výsledky, které mohou sloužit jako podklad pro další výzkumná šetření či vytvořený stručný manuál v teoretické části jako edukační materiál vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Doporučení pro praxi

Výsledky naší práce mohou sloužit jako podklad pro další výzkumná šetření nebo vytvoření manuál v teoretické části jako edukačního materiálu vedoucího ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Výsledky naší studie mohou dále sloužit pro zdokonalení ambulantních i lůžkových prostor pro zlepšení komfortu i léčby pacientů s tělesným znevýhodněním na základě vnímaných požadavků.

7 Použitá literatura

1. ADEYEMO, W. L., JAMES, O., BUTALI, A., 2016. *Cleft lip and palate: Parental experiences of stigma, discrimination, and social/structural inequalities*. *Annals of Maxillofacial Surgery*. 6(2). doi:10.4103/2231-0746.200336
2. AL-HALABIOVÁ, K., 2019. *Respektování důstojnosti osob s mentálním postižením ve zdravotnických zařízeních z pohledu doprovázejících osob*. Praha. Bakalářská práce. 3. LF UK.
3. ALIJEV, R., 2015. *Sorrorigenie z pohledu pacienta*. Plzeň. Diplomová práce. FZS ZČU.
4. ALKAWAI, F. M., ALOWAYYED, A. S., 2017. Barriers in accessing care services for physically disabled in a hospital setting in Riyadh, Saudi Arabia, cross-sectional study. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 7(2), 82-86. doi:10.1080/20009666.2017.1324237
5. ALTMAN, B. M., 2014. *Definitions, concepts, and measurge of disability*. *Annals of Epidemiologi.* , 24(1), 2-7. doi:10.1016/j.annepidem.2013.05.018
6. BENDOVIÁ, P., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
9. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
10. CAPILDEO, R., MAXWELL, A., 1984. *Progress in rehabilitation paraplegia*. London: The Contributors. 160 s. ISBN 978-0-333-34728-7.

11. ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ, © 2021. *Zdravotní komplikace*. [online]. Praha: CZEPA,Z.S. [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: <https://czepa.cz/zdravotni-komplikace/>
12. *Desatero komunikace s lidmi s tělesným znevýhodněním*, 2020. [online]. KMO pro handicap. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <http://www.kmoprohandicap.cz/desatero-komunikace-s-lidmi-s-telesnym-znevychodnenim/>
13. DISABLED WORLD., 2019. *Disabilities: Definition, Types and Models of Disability*. Disabled World [online]. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.disabled-world.com/disability/types/>
14. DOLEŽALOVÁ, J., Tóthová V., 2019. *Vybrané nástroje pro hodnocení geriatrické křehkosti*. *Geriatric a Gerontologie*. 8(3), 125-129. ISSN 1803-6597
15. MZČR, 2012. *Druhy zdravotní péče*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pece/>
16. FALTÝNKOVÁ, Z., 2015. *Strava a vyměšování lidí s poškozenou míchou*. [online]. Vozejkov. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://vozejkov.cz/cz/publikace/strava-a-vymesovani-lidi-s-poskozenou-michou>
17. FALTÝNKOVÁ, Z., et al., 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků Centrum Paraple. 83 s. ISBN neuvedeno.
18. FIALOVÁ, I. et al., 2012. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 222 s. ISBN. 978-80-7315-233-8.
19. FICK, D. M., 2019. *Aging and Disabilities: How to Age Well With Down Syndrome and Leave No One Behind*. *Journal of Gerontological Nursing*. 45(5), 2-4. doi:10.3928/00989134-20190410-01
20. FOLTMANOVÁ, M., 2011. *Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem*. Praha. Bakalářská práce. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové.

21. FOX, M., 2017. *Including Children 3-11 with Physical Disabilities: Practical Guidance for Mainstream Schools*. David Fulton Publishers. 176 s. ISBN 978-11-381488-9-5.
22. FUNDOVÁ, B., 2013. *Nemocniční prostředí z pohledu sester, pacientů a manažera konkrétního zdravotnického zařízení*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
23. FURLAN, A., et al. 2018. Rehabilitation service models for people with physical and/mental disability living in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 50(6), 487-498. doi:10.2340/16501977-2325
24. GELLERSTEDT, L., et al., 2019. *Nursing care and management of patients' sleep during hospitalisation: A cross sectional study*. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 28(19-20), 3400-3407 [cit. 2021-04-08]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.14915
25. GULLEY, S. P. et al., 2018. *At the intersection of chronic disease, disability and health services research: A scoping literature review*. *Disability and Health Journal*. 11(2), 192-203. doi:10.1016/j.dhjo.2017.12.012
26. HANKOVÁ, M., VÁVROVÁ, S., 2017. *Partnerské vztahy očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. 2. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0012-5.
27. HANUŠ, T., MACEK, P., a kolektiv, 2015. *Urologie pro mediky*. 1. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 305 s. ISBN 978-80-246-3008-3.
28. HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4675-3
29. HEINRICH, A., 2017. *What is Ambulatory care? Learning More About the Future of Health care*. [online]. Rasmussen College, LLC. [cit. 2021-2-5]. Dostupné z: <https://www.rasmussen.edu/degrees/nursing/blog/what-is-ambulatory-care/>

30. HRABÁLEK, L., 2011. *Poranění páteře a míchy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 27 s. ISBN 978-80-244-2842-0.
31. HUDÁK, R. et al., 2017. *Memorix Anatomie*. 4 vydání. Praha: Triton. 632 s. ISBN 978-80-906331-3-1.
32. HŮLKOVÁ, Z., 2010. *Rozdíly v ošetrovatelské péči u pacientů s paraplegií a kvadruplegií*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
33. CHAROUSOVÁ, K., 2017. *Vliv onemocnění paraplegie na aktivity denního života*. Praha. Bakalářská práce. Ústav ošetrovatelství 2. LF UK.
34. CHMELÍKOVÁ, N., 2016. *Připravenost budoucích zdravotních pracovníků na komunikaci s pacienty se zdravotním postižením*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové - Pedagogická fakulta.
35. CHRUDIMSKÁ, L., 2014. *Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení ambulantními pacienty*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice - Fakulta zdravotnických studií.
36. *Inpatient care*, © 2021. [online]. NY: URMC. [cit. 2021-2-1] Dostupné z: <https://www.urmc.rochester.edu/noyes/healthcare-services/inpatient-care.aspx>
37. JIRKŮ, H., KYRIÁNOVÁ, A., 2006. *Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků. 36 s. ISBN neuvedeno.
38. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
39. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Překlad 11. vydání. Praha: Grada. 529 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
40. KOČOVÁ, H. et al., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-5705-6.

41. KRÁTKÁ, A., 2018. [online]. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Studijní texty. ISBN 978-80-7454-764-5. [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43691/Hodnoty_a_potreby_cloveka_v_oseetrovatelske_praxi_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. KŘEPELOVÁ, A., 2018. *Kvalita spánku středoškolských studentů*. Praha. Bakalářská práce. FHS UK.
43. KŘÍŽ, J. et al., 2019. *Poranění míchy*. Praha: Galén. 532 s. ISBN 978-80-7492-424-8.
44. KUCHYNKOVÁ, Z., a kolektiv, 2015. *Dětská otolaryngologie: nejčastější situace v ambulantní praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-4177-2.
45. *Living With Paraplegia– Causes, Symptoms, & Treatment*, 2019. [online]. Medanta. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.medanta.org/patient-education-blog/living-with-paraplegia---causes-symptoms-treatment/>
46. LUCKEROVÁ, L., 2014. *Ošetrovatelská péče o pacienta v traumatologii*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 132 s. ISBN 978-80-7013-569-3
47. MATTINGLY, S., 2012. [online]. *Rehabilitation today*. Engelska: Springer Netherlands. 181 s. ISBN 978-94-011-7437-4. [cit. 05.03.2021]. Dostupné z: https://play.google.com/store/books/details?id=AIUJBgAAQBAJ&rdid=book-AIUJBgAAQBAJ&rdot=1&source=gbs_vpt_read&pcampaignid=books_booksearch_viewport
48. MASTILIAKOVÁ D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-9268-2
49. MIKOVÁ, V., 2014. *Měření spokojenosti zákazníků v ambulancích nemocnice*. Ostrava. Diplomová práce. Ekonomická fakulta - VŠB-TUO.

50. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost. 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
51. MOTL, R. W., MCAULEY, E., 2010. *Physical Activity, Disability, and Quality of Life in Older Adults*. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 21(2), 299-308. doi:10.1016/j.pmr.2009.12.006
52. MOLTON, I. R., YORKSTON, K. M., 2017. *Growing Older With a Physical Disability: A Special Application of the Successful Aging Paradigm*. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 72(2), 290-299. doi:10.1093/geronb/gbw122
53. MZČR, © 2021. *Národní zdravotnický informační portál*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 07.04.2021]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>
54. MZČR, © 2021. *Národní zdravotnický informační portál*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 07.04.2021]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>
55. NAS, K., 2015. *Rehabilitation of spinalcord injuries*. *World Journal of Orthopedics*. 6(1). doi:10.5312/wjo.v6.i1.8
56. *Následná a dlouhodobá lůžková péče*, © 2021. [online]. VZP ČR. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/zdravotnicka-zarizeni-a-specializovana-centra/nasledna-a-dlouhodobá-luzkova-pece>
57. NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V., 2019. *Physical disabilities in nursing – the use of selected tools to monitor physically disabled patients' needs*. *Kontakt*.21(4), 344-51, DOI: 10.32725.
58. NOROUZINIA, R. et al., 2015. *Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients*. *Global journal of health science*. 8(6), 65–74. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
59. NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

60. OREL, M., 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: Pro humanitní obory*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0531-1.
61. *Práva tělesně postižených při poskytování zdravotních služeb*, 2020. [online]. Florence - odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/prava-telesne-postizenych-pri-poskytovani-zdravotnich-sluzeb/>
62. PFEIFFER, J., 2006. *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
63. RAITER, T., 2010. *Kvalita očima pacientů: O projektu*. [online]. KOP Hodnocení nemocnic. [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>
64. READ, S., et al. 2018. Disabled people's experiences of accessing reasonable adjustments in hospitals: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3757-7
65. ROKYTA, R et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
66. SCOTT, K., et al., 2018. *Long-term caring. Residential, Home and Community Aged Care 4th edition*. Australia: Elsevier. 512 s. ISBN 978-0-7295-8684-9.
67. SEJKOROVÁ, N., 2013. *Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických zařízeních*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice - Fakulta zdravotnických studií.
68. SMITH, Y., 2018. *Paraplegia Complications*. [online]. News Medical Life Sciences. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/Paraplegia-Complications.aspx>
69. SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
70. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.

71. *Spinal cord injury*, 2019. [online]. Mayo Clinic. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/spinal-cord-injury/symptoms-causes/syc-20377890>
72. SPIŠÁKOVÁ, R., 2016. *Komparace zdravotního pojištění ve vybraných zemích*. Plzeň. Bakalářská práce. Fakulta ekonomická ZČU.
73. STEPHEN, J., 2018. *Autenticita*. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-292-1411-3.
74. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
75. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
76. ŠTĚTKÁŘOVÁ, I., a kolektiv, 2019. *Spinální neurologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 488 s. ISBN 978-80-7345-626-9.
77. TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 4. přepracované a rozšířené vydání*. Národní centrum ošetrovatelství. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
78. VÁGNEROVÁ, B., 2015. *Biopsychosociální potřeby osob s poraněním míchy*. Jihlava. Bakalářská práce. VŠPJ.
79. VČELIČKOVÁ, M., 2010. *Vztah sestry - pacient v ambulantním sektoru*. České Budějovice. ZSF JU.
80. VÍTKOVÁ, V., 2020. *Komunikace s lidmi s postižením*. [online]. Ombusman veřejný ochránce práv. [cit. 2021-4-4]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/projekt_ESF/00_2020_VA/SEMINARE/02_11_Umluva_v_cinnosti_organu_IP_Brno/02_11_Komunikace_s_lidmi_s_postizenim_V._Vitkova.pdf
81. VOKURKA, M., et al., 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry, 4. upravené vydání*. Univerzita Karlova: Karolinum. 320 s. ISBN 978-80-246-3563-7.

82. VONDRÁKOVÁ, L., 2018. *Problematika bezbariérovosti na území města Brna*. Brno. Bakalářská práce. MU - Pedagogická fakulta.
83. WALKER, Matthew, 2018. *Proč spíme: odhalte sílu spánku a snění*. Brno: Jan Melvil Publishing. 416 s. ISBN 978-80-7555-050-7.
84. WENDSCHE, P., VESELÝ R., 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. 344 s. ISBN 978-80-7492-211-4.
85. *What is paraplegia?*, © 2021. [online]. Spinal Cord Injury Model System. The University of Alabama at Birmingham. [cit. 2021-04-08]. Dostupné z: <https://www.uab.edu/medicine/sci/faqs-about-spinal-cord-injury-sci/what-is-paraplegia>
86. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-9675-3
87. ZACHAROVÁ, E. et al., 2011. *Zdravotnická psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-7107-6.
89. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 2011. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-35. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://zdravotni.praha.eu/public/81/9b/8c/1333561_225893__2011_374

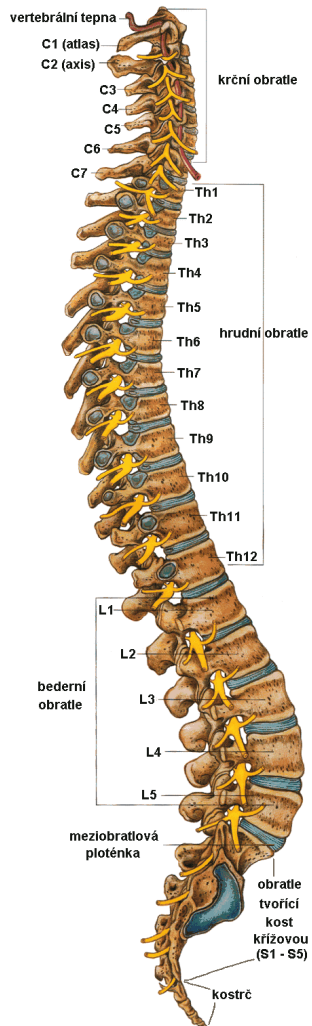
8 Seznam příloh

Příloha 1: Vizualizace páteře a míchy

Příloha 2: Klasifikace míšních lézí AIS dle Americké asociace pro míšní léze

Příloha 3: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha1: Vizualizace segmentů páteře



(Dostupné z: <https://www.zdravotni-zidle.cz/nazory-lekaru/o-pateri>)

Příloha 2: Klasifikace míšních lézí AIS dle Americké asociace pro míšní léze

Kategorie	Neurologická klinická charakteristika
<i>A kompletní</i>	žádné senzoričké ani motorické funkce v sakrálních segmentech S4–S5
<i>B inkompletní</i>	zachovány pouze senzoričké funkce, nikoliv motorické, pod úrovní míšní léze až do sakrálních segmentů S4–S5
<i>C inkompletní</i>	motorické funkce zachovány pod úrovní léze, takže většina svalů (podrobně specifikovaných) je schopna vyvinout sílu menšího stupně než 3 (dle svalového testu*)
<i>D inkompletní</i>	motorická funkce je zachována pod úrovní léze, takže většina svalů (podrobně specifikovaných) je schopna vyvinout sílu rovnající se nebo převyšující stupeň 3 (dle svalového testu*)
<i>E normální</i>	normální senzoričké a motorické funkce

* Svalový test (0-5 stupeň): stupeň 3 představuje pohyb svalu jen proti gravitaci (Štěkářová a kolektiv, 2019, s. 217).

Příloha 3: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Úvod - základní informace o informátorech

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaký je druh Vašeho tělesného znevýhodnění?
4. Docházíte aktuálně nebo jste docházel/a do ambulantní sféry?
4. Jste aktuálně hospitalizován/a nebo jste v minulosti byl/a?

Otázky - ambulantní sféra

5. Dokázal/a byste mi říci Vaše zkušenosti s ambulantní sférou?
6. Přiblížil/a byste mi Vaše pozitivní zkušenosti s prostředím ambulantní sféry?
7. Přiblížil/a byste mi Vaše negativní zkušenosti s prostředím ambulantní sféry?
8. Jaká pozitiva vnímáte v komunikaci sestry v ambulantní sféře?

9. Jaká negativa vnímáte v komunikaci sestry v ambulantní sféře?
10. Jaké máte pozitivní zkušenosti s postojem sestry k Vám v ambulantní sféře?
11. Jaké máte negativní zkušenosti s postojem sestry k Vám v ambulantní sféře?

Otázky - lůžková sféra

12. Dokázal/a byste mi říci Vaše zkušenosti s lůžkovou sférou?
13. Co vnímáte jako pozitiva prostředí lůžkové sféry?
14. Co vnímáte jako negativa prostředí lůžkové sféry?
15. Jaká pozitiva vnímáte v komunikaci sestry v lůžkové sféře?
16. Jaká negativa vnímáte v komunikaci sestry v lůžkové sféře?
17. Jaké jsou Vaše pozitivní zkušenosti s postojem sestry k Vám v lůžkové sféře?
18. Jaké jsou Vaše negativní zkušenosti s postojem sestry k Vám v lůžkové sféře?

Otázky - preference sféry poskytované péče

19. Jakou sféru poskytované péče preferujete?

Otázky - návrhy inovací a preferovaná sféra zdokonalení

20. Jaké technické inovace byste navrhoval/a pro zdokonalení poskytované péče?
21. V jaké sféře byste více uvítal/a zdokonalení?

9 Seznam zkratek

AIS	ASIA (American Spinal Injury Association) Impairment Scale
BMI	Tělesný hmotnostní index
CNS	Centrální nervová soustava
DMO	Dětská mozková obrna.
ICHS	Ischemická choroba srdeční
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)