

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Holistický přístup ke klientům v nefrologické ambulanci

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PhDr. Andrea Hudáčková

Anna Novotná

2009

Abstract

This Bachelor's work deals with the holistic approach to clients of nephrological departments. It would confront the approach of nurses with patients' expectations.

Nephrological patients are people of any age with acute or chronic renal dysfunction which needs special care of medical staff. A nephrological care is a process of planning, evaluating and special care and treatment of nephrological patients. People are cultural and spiritual beings who acquire a mind-body-spirit healing care. A holistic approach helps us get more information of clients and with it meet their mind-body-spirit needs.

The aim of this survey has been to gain information about the care and medical staff approach to patients in nephrological departments, if nurses can see mind-body-spirit aspects in their patients. The hypotheses and research questions were set like this: Clients are not given a holistic care. The attention is not paid to mind-body-spirit needs of clients. Can nurses see clients of nephrological departments holistically?

The hypotheses assumed at the beginning were not proved. The patients of the nephrological department where I did the survey are treated holistically and a special attention is paid to meeting mind-body-spirit requirements of the clients. The nurses of these departments can see their patients holistically.

The results of this work are really valuable and beneficial because nephrological departments are basic and important parts in the complex preparation of patients to further therapeutic methods.

Key words: holism, patient, nephrology, department, care, staff

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Holistický přístup ke klientům v nefrologické ambulanci“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 6.5.2009

.....

podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Andree Hudáčkové za cenné rady a připomínky. Mé velké díky patří nejbližší rodině za všestrannou pomoc a podporu během celého studia.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav	5
1.1 Holismus a holistický přístup v ošetrovatelské péči	5
1.1.1 Definice holismu, teorie holismu a holistické zdraví	6
1.1.2 Holismus v ošetrovatelské péči, v koncepčních modelech a teoriích ošetrovatelství	7
1.1.3 Komunikace v ošetrovatelství jako součást holistického přístupu	8
1.1.4 Druhy komunikace	8
1.1.5 Komunikace a ošetrovatelská praxe	10
1.1.6 Obecné zásady komunikace s pacientem	11
1.1.7 Specifické komunikační dovednosti sestry	13
1.2 Problematika selhání ledvin, možnosti léčby a ošetrování pacientů s chronickou renální insuficiencí v nefrologické ambulanci	14
1.2.1 Stručná anatomie, fyziologie ledvin	14
1.2.2 Definice selhání ledvin	15
1.2.3 Organizace a charakteristika práce v nefrologické ambulanci	16
1.2.4 Holistický přístup v nefrologické ambulanci	18
1.2.5 Efektivní komunikace v nefrologické ambulanci	20
1.2.6 Ošetrovatelství v nefrologické ambulanci, definice, cíle, charakteristika.....	21
1.2.7 Charakteristika lidských potřeb a jejich uspokojování.....	23
1.2.8 Klasifikace potřeb.....	24
1.2.9 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb.....	25

2. Cíle práce, předpokládané hypotézy, výzkumná otázka	27
2.1 Cíle práce	27
2.1 Předpokládané hypotézy.....	27
2.1 Výzkumná otázka	27
3. Metodika	28
3.1 Použité metody	28
3.1 Charakteristika výzkumných souborů	28
4. Výsledky výzkumného šetření.....	30
4.1 Výsledky kvantitativní části výzkumného šetření klientů v nefrologické ambulanci	30
4.2 Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření - rozhovory se sestrami	52
4.3 Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření - kategorizace dat v tabulkách.....	62
5. Diskuze	73
6. Závěr	81
7. Seznam použité literatury.....	83
8. Klíčová slova	86
9. Přílohy	87

***„Člověk je kulturní a duchovní biopsychosociální bytost,
která má schopnost a právo zvolit si svůj „plán života“,
jestliže má přístup k informacím, týkajícím se chování
a faktorů zachování zdraví.“***

(Konference WHO, Vídeň 1988)

Úvod

Každá nemoc a její průběh představují pro člověka často výraznou změnu dosavadního životního stylu. Nemocným je tato změna vnímána jako zátěž, nicméně je nucen nastalou situaci řešit.

Průběh onemocnění, způsob léčby a následky onemocnění vstupují nejen do života pacienta, ale často také ovlivňují život jeho blízkých. Choroba způsobuje patologické jevy v organismu, při kterých dochází k poruše nejen tělesných, ale i psychických funkcí. Tento proces snižuje výkonnost člověka a někdy i délku života. Musíme si uvědomit, že nemoc zasahuje nejen postižený orgán, ale celý organismus a výrazně se promítá i do psychiky pacienta a odráží se pak na jeho chování.

Z úvodního citátu vyplývá, že člověk je holistickou bytostí, a proto je nezbytné během ošetrovatelského procesu k němu takto přistupovat. Nové zkušenosti ukazují, že roste množství onemocnění, k jejichž rozpoznání je potřeba nejen klasické medicíny, ale i holistické medicíny, což předpokládá spojení obou metod a vytvoření komplexního přístupu. Tento komplexní, biopsychosociální a duchovní přístup je způsobem práce a myšlení, který vnímá člověka jako jedinečnou bytost. V současné době lékaři často upřednostňují složité diagnostické a terapeutické postupy a zapomínají, že teprve v systematicky budovaném vztahu s nemocným se vytváří atmosféra a spolupráce, která pak umožní i účinnější léčbu. V průběhu vývoje medicíny došlo k její stratifikaci na řadu oborů, zabývajících se malou částí lidského těla. Touto nadměrnou specializací pak lékař často ztrácí celkový pohled na nemocného i na jeho onemocnění, proto zdravotní sestry začaly v ošetrovatelské péči prosazovat holistický přístup k člověku a snaží se

o zachování rovnováhy mezi potřebami člověka a technickými vymoženostmi v diagnostice a terapii.

Nefrologická péče je speciálním oborem, který se zabývá pacienty s chronickým selháváním ledvin. Chronická renální insuficience představuje poškození nebo snížení funkcí ledvin, které trvá déle než tři měsíce. Pacienti s chronickou renální insuficiencí mají možnost dosáhnout pomocí této péče zpomalení progresu onemocnění ledvin a minimalizovat jeho komplikace. Je však zapotřebí vyvinout velké úsilí na obou stranách. Jsou nutné zásadní změny životního stylu pacienta a neméně důležitá je taktéž pevná víra v prospěšnost a užitečnost opatření, prováděných v rámci edukace v nefrologických ambulancích celým nefrologickým týmem.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě své dlouholeté praxe v nefrologické ambulanci a zájmu o zmíněnou problematiku. Rozhodla jsem se konfrontovat realitu přístupu zdravotnického personálu s očekáváním pacientů. Před praxí v nefrologické ambulanci jsem pracovala na hemodialyzačním středisku a díky těmto zkušenostem si o to více uvědomuji, jak důležitá a nepostradatelná je nefrologická ambulance v celkovém uzdravovacím procesu.

1. Současný stav

1.1 Holismus a holistický přístup v ošetrovatelské péči

Ošetrovatelství je vědní obor a jako takový má svou filosofii. Filosofii ošetrovatelství je holismus. Holistické chápání člověka není novodobým filosofickým pojetím, ani pojetím antické filosofie, ale pramení z hebrejského a biblického chápání člověka, jež prostřednictvím křesťanství zakořenilo v evropském myšlení. Jistěže prvky holistického přístupu nacházíme i v kultuře řecko-římské, např. u Hippokrata nebo Aristotela. Reprezentativním vzorem antického dualismu je Platónova filozofie. Pojímání člověka jako nedělitelného celku je však ryzím přínosem židovsko-křesťanského myšlení. Hebrejské biblické pojetí je vlastní i křesťanskému myšlení, i když bylo v průběhu dějin mnohokrát zastíněno sklony k dualismu, avšak oficiální církevní učení vždy nazíralo na člověka jako na celek. Hebrejskému myšlení byl cizí dualismus duše a těla, s jakým se setkáváme v antickém světě, ale pod označením jednotlivých částí těla nebo jeho orgánů je skryt člověk v celé své mohutnosti, důstojnosti, křehkosti, pomíjivosti a zranitelnosti. I když biblické texty hovoří o těle a jeho částech či o duši, vždy mají na mysli celého jedince v rovině fyzické, psychické i sociální (4, 9).

Stejně tak moderní koncepce holismu zdůrazňuje, že na celek nelze nahlížet jako na soubor jednotlivých částí. Z toho plyne, že v poslední době začíná holistický přístup vytlačovat starý názor na léčbu, kdy se léčilo jen tělo, zatímco důležitost vlivu mysli a ducha nebyla brána v potaz. V následujících větách si porovnejme holistický přístup s moderním medicínským přístupem z doby nedávno minulé. Klasická medicína se vždy zabývala léčením nemocí vyšetřováním a odstraňováním příznaků. Naproti tomu holistická medicína se zabývá předcházením nemoci, nalézáním jejích příčin a chápáním souvislostí nejrůznějších rovin. Holistické medicíně jde o uzdravení celého člověka. Holistické ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o člověka. Každá osoba má své jedinečné potřeby. Někteří jedinci upřednostňují více pozornosti vůči své fyzické stránce, a tudíž kladou důraz na klasické vyšetřovací postupy, jakými jsou

lékařské prohlídky, rozborů biologických materiálů, rentgenologická a endoskopická vyšetření. Naopak jiní jedinci potřebují více citové a duševní podpory, preferují proto pomoc psychologů, psychoterapeutů či homeopatů. Ideální stav nastává v okamžiku, kdy se o každého jedince staráme jako o jednotný celek a člověka vnímáme jako bytost biopsychosociální a duchovní (příloha3). Tímto naplňujeme filosofii ošetrovatelství, kterou je holismus (4, 9, 10).

1.1.1 Definice holismu, teorie holismu a holistické zdraví

Holismus (z řeckého Holas - celek) coby „filozofie celistvosti“ je filozofický směr blízký teorii emergentního vývoje.

Termín „holismus“ zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ v roce 1926 jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts. Podle něj *„celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí, nýbrž nehmotný a nepoznatelný, někdy až mystický činitel celistvosti,“*. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozložením celkovost zanikne. (25, s. 8).

Teorie holismu spočívá v tom, že vidí živé organizmy jako jednotlivé celky, které jsou ve vzájemné interakci se svým okolím. Zjednodušeně řečeno, celek člověka zahrnuje pět součástí: biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Pokud dojde k poruše v jedné z těchto částí, dochází k poruše celého systému (24, 25).

Pod pojem „holistické zdraví“ zahrnujeme celého člověka, celistvou bytost včetně všech stránek jeho životního stylu, tj. nejen tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnutí stresu, ale i citlivost k prostředí, sebepojetí a spirituálno. K poruše zdraví u člověka dochází, jestliže dojde k tělesné nerovnováze, která pak vytváří nerovnováhu psychickou a naopak. Musíme si uvědomit, že nemoc zasahuje nejen postižený orgán, ale celý organismus a výrazně se promítá do psychiky pacienta a odráží se v jeho prožívání a chování (24, 25).

Jinými slovy můžeme říci, že dlouhodobá psychická nepohoda nebo závažný stres může být příčinou, která vyvolá tělesné onemocnění. Všechny typy onemocnění jsou provázeny negativními emocemi, to znamená, že v případě onemocnění či nutnosti

podrobit se operačnímu zákroku prožíváme strach a úzkost. Psychické stavy, jako je strach, úzkost či napětí, vedou ke ztrátě kontaktu s prostředím, někdy až k sociální izolaci, a ta se stává příčinou negativních emocí, jako je strach, úzkosti a také hněv. Abychom mohli těmto stavům u pacientů předcházet, je nutné je rozpoznat, eliminovat je a zaměřit se na jejich odstranění. K tomu nám v ošetrovatelství přispívá využití holismu v koncepčních modelech a teoriích (34).

1.1.2 Holismus v ošetrovatelské péči, koncepčních modelech a teoriích ošetrovatelství

Jednou z fází ošetrovatelského procesu je stanovení ošetrovatelské diagnózy, která vychází z individuálních potřeb a problémů jednotlivců, kteří potřebují ošetrovatelskou péči, nejen stanovenou lékařskou diagnózu. Z toho plyne, že ošetrovatelský proces se především zabývá celistvou bytostí člověka, nejen nemocí samotnou (24, 25).

Koncepční modely jsou kombinace pohledů a názorů na jevy světa a znalostí o nich, soustřeďují pozornost na určité poznatky a fakta, poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci. Využívají a aplikují principy holismu, které jsou velmi důležité v přístupu k jedinci. Ukazují směr hledání, poznávání a praktického řešení. Ovlivňují naše vnímání světa. Tyto modely vznikají jednak cestou induktivní, tj. zevšeobecnováním pozorovaných jevů, jednak cestou deduktivní, což je vyvozování ze známých předpokladů a jejich následné použití jako příkladu na tvorbu názoru, pohledu a poznatku. Ošetrovatelské modely jsou teorie, které se stále rozvíjejí a mění způsob uspořádání myšlení a ošetrovatelských činností, odráží metody, postoje a cíle ošetrovatelství. Můžeme říci, že koncepční modely jsou myšlenkové kombinace, umožňující jedinci určitý přístup (model) řešení v rámci jedné nebo několika disciplín. Ošetrovatelské modely můžeme charakterizovat jako vzorové šablony, které v určitých podmínkách (společenských, kulturních, ekonomických) poskytují možnosti, jak koncepci ošetrovatelství realizovat v praxi. Charakterizují vztahy mezi zdravím, prostředím, člověkem (pacientem), ošetrovatelskou péčí (sestrou). Ošetrovatelské

modely pomáhají zdravotním sestrám plánovat ošetrovatelskou péči, zkoumat problémy, které se vztahují ke klinické praxi, studovat výsledky ošetrovatelských intervencí a zásahů s ohledem na biopsychosociální a duchovní potřeby člověka (1, 6, 20). Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je v rámci holistického přístupu velmi důležitá oblast sociálních dovedností. Veškeré dění se odehrává formou interakce a komunikace (36).

1.1.3 Komunikace v ošetrovatelství jako součást holistického přístupu

Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději (36). Komunikace patří mezi jednu z nejvýznamnějších dimenzí v ošetrovatelství. Vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem musí být založen na optimální důvěře. Pacientova důvěra v ošetrovatelský tým se buduje na základě verbální a neverbální komunikace. Právě zvládnutí komunikačních technik je nezbytné, pokud chceme přistupovat k pacientům holisticky (7, 31). V současné době již existuje mnoho literatury týkající se komunikace, a proto existuje i mnoho definic komunikace.

Marie Vágnerová v jedné ze svých knih uvádí tuto: *“Komunikace je proces vzájemného předávání informací v sociálním kontaktu pomocí různých prostředků, zahrnující i sdílení, tj. prožívání a hodnocení této situace”* (35, s. 29).

A umět komunikovat? Je těžké najít význam slova „umět“, v oblasti komunikace. Patří sem dobré vyjadřovací schopnosti? Nebo pozornost využitá při naslouchání? Trpělivost? Jistě, to všechno! A každého, kdo pracuje s nemocnými, napadne určitě ještě řada dalších atributů (36).

1.1.4 Druhy komunikace

Své myšlenky vyjadřujeme pomocí řeči, která je specificky lidským prostředkem, a v tomto směru pak hovoříme o verbální komunikaci. Ta je z historického a vývojového hlediska nejmladším a nejvyspělejším komunikačním kanálem.

Mimoslovní, neverbální komunikace je proces, při kterém se vzájemně dorozumíváme prostřednictvím celé řady různých projevů. Nonverbální komunikace se stává funkční ihned při spatření druhé osoby, dříve než jsou vyřčena slova. Z toho plyne, že nonverbální komunikace je velice rychlá, účinná a velmi často bývá neúmyslná. Prostřednictvím nonverbálních znaků snadněji vyjadřujeme své emoce, duševní stavy, pocity, afekty, prožitky. Nonverbální komunikace je nástrojem pro sdělování emocí a osobní přitažlivosti. Má svou důležitost nejen při vytváření dojmu, ale také při ovlivňování postoje nebo řízení vzájemného styku. Neverbální způsob chování je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou, prostředím, ve kterém žijeme, temperamentem, duševním a zdravotním stavem (16, 17, 28, 37).

Mezi neverbální projevy komunikace patří: mimika, posturika (řeč těla), kinezika (řeč pohybů), proxemika (sdělováním přiblížení a oddálením), haptika (hmat a dotek), gestikulace (řeč rukou). Mimikou rozumíme aktivitu obličeje, jejímž prostřednictvím můžeme sdělit velké bohatství emocionálních skutečností. Pomocí obličejové mimiky dokážeme vyjádřit sedm základních emocí. Jedná se o výrazy štěstí, neštěstí, neočekávaného překvapení, splněného očekávání, strachu, pocitu jistoty, radosti, smutku, klidu, rozzlobení, spokojenosti, nespokojenosti, zájmu a nezájmu. Výraz obličeje je druhý hlavní kanál komunikace, který používáme současně s verbálním projevem (15, 28). V obličejí rozeznáváme tři základní mimické zóny. Nejvyšší partií obličeje je oblast čela a obočí, která velmi dobře vyjadřuje překvapení. Střední část obličeje je oblast očí a očních víček, vyjadřující prožitky strachu nebo smutku (15). Oči jsou při komunikaci velice důležité, slouží jako prostředek navázání a udržení komunikace. Tváře, nos a ústa vyjadřují uvolnění, úsměv, smích a taky pohodu. Jde o dolní partii obličeje (15).

Posturika je řečí našich fyzických postojů a držení těla. Poloha, kterou jedinec v sociální interakci zaujímá, vyjadřuje nejen zájem, odstup či povýšenost, ale také vypovídá o psychickém stavu člověka. Chůze a držení mohou prozrazovat naše momentální duševní rozpoložení. Člověk, který se cítí dobře, má jistý krok a vzpřímený postoj. Naopak u jedince, kterému dobře není, je možné zaregistrovat, že jeho postoj

není vzpřímený, ale je shrbený a má pomalou šouravou chůzi. Hněv nebo strach může být vyjádřen rychlou neuvolněnou chůzí či napjatým postojem (37).

Proxemika (vzdálenost) je významným prvkem komunikace, jenž poukazuje na vzájemnou blízkost komunikujících a zároveň na hierarchičnost jejich vztahu (11). Při rozhovoru rozlišujeme podle vzdálenosti mezi komunikujícími čtyři zóny. Intimní (soukromá) zóna, která je vymezena do 30 cm mezi komunikujícími, představuje bezprostřední osobní kontakt s nejtěsnějším svazkem dvou jedinců. Osobní (přátelskou) zónu vymezují hranice 45-120 cm. V této souvislosti bývá uváděna vzdálenost pro podání ruky, např. při společenských posezeních nebo úředních rozhovorech. U sociální (formální, pracovní) zóny je přiměřená vzdálenost 120 cm a jde o sféru služebního styku mezi nadřízeným a podřízeným. Veřejná (lhostejná) zóna, jejíž hranice se pohybuje kolem 800 cm je sférou, kde dochází k běžnému kontaktu s ostatními lidmi.

Haptika je chápána jako tělesný dotyk, jenž je projevem bezprostředního kontaktu s druhým člověkem. Má přitom značný komunikační význam. Pomocí dotyků můžeme vyjadřovat nejen blízkost, ale i ohrožení. Míra tělesného kontaktu mezi lidmi závisí na věku a na jejich vzájemném vztahu (15).

Gestikulací rozumíme pohyby, které mají výrazný sdělovací účel a mohou být vědomé nebo nevědomé. Gesta jsou důležitým emocionálním doplňkem verbálního sdělení mohou však slovní projevy úplně zastoupit. Je třeba dávat pozor na používání gest v tom smyslu, aby nebyly v rozporu s verbálním sdělením (36).

1.1.5 Komunikace a ošetrovatelská praxe

Komunikace v ošetrovatelství je velmi důležitou, avšak též ožehavou záležitostí. Komunikace mezi pacientem a zdravotní sestrou je nepostradatelná pro dosažení kvalitní ošetrovatelské péče (31). Schopnost komunikace sester umožňuje navázat a rozvíjet kontakt s pacientem, zjišťovat a následně uspokojovat jeho biopsychosociální potřeby. V ošetrovatelské praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace: sociální, strukturovanou a terapeutickou. Sociální komunikace je neplánovaná, odehrávající se jako běžný hovor s nemocným při uspokojování jeho

biopsychosociálních potřeb, např. při ranní hygieně. Je však velice důležitá pro navazování vztahů s nemocným a získávání jeho důvěry v ošetrovatelský personál. Strukturovaná komunikace je plánovaná a má za úkol sdělit důležitá fakta, motivovat pacienta k další léčbě a edukovat jej. Během této komunikace sestra předává pacientovi mnoho informací a pomocí zpětné vazby zjišťuje, zda jí nemocný porozuměl (36). Sestra zjišťuje, co si pacient přeje, co potřebuje a co je připraven obětovat v zájmu svého zdraví. V komunikaci s nemocným sestra hledá možnosti, jak pacienta motivovat k co nejvhodnější spolupráci (7). Terapeutická komunikace probíhá formou rozhovoru, který má v tomto případě pacienta uklidnit, povzbudit a najít optimální řešení problémových situací (37). Během ošetřování pacienta sestra komunikuje i s jeho nejbližšími, se kterými je potřeba mnoho věcí projednat a vysvětlit nutnost vzájemné spolupráce pro dosažení co nejlepších výsledků týkajících se pacienta. Kromě toho sestra spolupracuje a tedy i komunikuje s celým multidisciplinárním týmem. To nejzávažnější při komunikaci v ošetrovatelství je, že ve všech směrech a ve všech rovinách komunikace sestra vyměňuje informace a zároveň motivuje lidi okolo k racionálnímu chování. Především však předává kousíček ze svého nitra pro dobro pacienta. Tento okamžik komunikace je velice obtížný, neboť onen kousíček nesmí být příliš veliký, aby nebyl vyčerpávající pro sestru, ale nesmí být ani příliš malý, aby se pacient necítil osamocen (7).

1.1.6 Obecné zásady komunikace s pacientem

Komunikace se samozřejmě liší podle osobnosti pacienta, jeho nemoci a také podle jeho duševního stavu, který většinou souvisí s jeho onemocněním. Jinak komunikujeme s pacientem handicapovaným (neslyšícím, nevidomým, s tělesně nebo mentálně postiženým), jinou komunikaci povedeme s pacientem problémovým (např. agresivním, úzkostlivým, depresivním, narcistickým) a jiným způsobem budeme komunikovat s pacienty různých věkových kategorií (např. se starými lidmi a dětmi). Pro efektivnější a účinnější komunikaci dodržujeme řadu prvků verbálních i neverbálních. Podstatou je, aby v kontaktu s druhou osobou během komunikace byl

soulad toho, co říkají naše ústa, s tím, co vyjadřuje naše tělo. Při verbálním projevu používáme řeč, u které sledujeme nejen stránku obsahovou, ale i neobsahovou, přičemž obě tyto složky sehrávají důležitou roli při komunikaci s nemocným. Obsahová stránka řeči zahrnuje správné používání slov, členění a pomlky v řeči, intonaci a dynamiku řečeného, způsob projevu (prosté pojmenování věcí, emotivně zabarvené popisování). U neobsahové (paralingvální) stránky řeči věnujeme pozornost intenzitě, výšce a barvě hlasu. Dále se zaměřujeme na délku hovoru, rychlost řeči i její plynulost. A v neposlední řadě sledujeme chyby v řeči, kvalitu řeči a její členění (16, 36, 37). Znalosti a zkušenosti z oblasti paralingválních vyjadřovacích prostředků mají nezanedbatelný význam ve zdravotnické praxi. Často patří mezi důležitá znamení, kterými pacient vyjadřuje svůj psychický stav (37).

K tomu, aby došlo ke správnému předání důležitých informací mezi komunikujícími, je nezbytné dodržet základní kritéria účinné komunikace. Za první kritérium považujeme jednoduchost, kdy informace musí být jasná, výstižná a k její reprodukci použijeme běžná a srozumitelná slova. Dbáme na to, abychom nepoužívali odbornou terminologii, která by mohla být pro pacienta nesrozumitelná. Vždy pomocí zpětné vazby ověřujeme, zda nemocný porozuměl našim informacím. Důvěryhodnost je snad nejdůležitějším kritériem účinné komunikace, komunikující strany si navzájem musí důvěřovat. Mezi další kritéria efektivního komunikování patří věrohodnost podávaných informací, která musí být přesvědčivá a tudíž vycházet z dokonalé znalosti problematiky. Stručnost podané informace působí profesionálně, ale nesmíme stručnost zaměnit za strohost nebo neochotu hovořit. Sledujeme pacientovy reakce, které nám umožňují zjistit, zda informace nebyla až příliš stručná, popřípadě jej vybídneme k dotazům. Zřetelnost patří k dalším kritériím účinné komunikace a její podstatou je mluvit pomalu a správně artikulovat. Během sdělení volíme vhodná slova, která jasně vyjadřují podstatu věci. Důležité informace podáváme v klidném, nerušeném prostředí a při jejich sdělování nespěcháme. Nezbytné je vhodné načasování těchto informací. Přitom je třeba sledovat pacientovu schopnost adaptability a jeho reakce na podávané zprávy. Podávání dalších informací tak uzpůsobujeme na základě vzniklé situace (21, 36).

Abychom dosáhli co možná nejvyšší oboustranné komunikace sestry s pacientem, je nutné ke každému pacientovi zaujmout individuální a specifický přístup. Tím zjistíme, jaké jsou jeho osobní potřeby, které je pak možné snadněji uspokojovat. Nepostradatelným požadavkem v komunikaci je empatie, což znamená umění vcítit se do pacientova prožívání nemoci. Při komunikaci nesmíme zapomínat na dodržování úcty k člověku, na respektování jeho práv a potřeb a nezbytnosti ponechat mu určitou autonomii. V neposlední řadě musíme mít pozitivní vztah k nemocnému, který se projevuje ve všech dimenzích lidské činnosti (35, 36).

1.1.7 Specifické komunikační dovednosti sestry

Zdravotnický personál se během přípravy na své povolání musí naučit specifickým komunikačním dovednostem, které se tak stávají součástí jeho profesionálního vybavení. Schopnost využít komunikačních dovedností je předpokladem k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem a tím ke zkvalitnění ošetrovatelské a léčebné péče (37).

Naslouchání patří mezi nejdůležitější komunikační dovednosti sester, které mohou být pasivní nebo aktivní. Pokud jen přijímáme a zpracováváme zvukové signály, ale nesnažíme se je pochopit, porozumět hloubce vyřčených slov, pak hovoříme o pasivním naslouchání. Sestry však musí umět naslouchat aktivně. To znamená nejen vnímat pacientova slova, ale především se snažit jim porozumět a zároveň soucítit s pacientem. Aktivní naslouchání nám umožňují tři subjekty: sluchové receptory (uši), zrakové receptory (oči) a emocionální „receptor“ (srdce). Pomocí uší slyšíme slova vnímáme nejen jejich obsahovou, ale i paralingvální stránku řeči, která nás mnohdy jako první informuje o psychickém stavu pacienta. Oči nám umožňují sledování neverbálních projevů komunikace, které nám hodně vypoví o pocitech pacienta. Vidíme bolest, která se odráží ve tváři pacienta, strach můžeme vyčíst z jeho postoje a jeho pohled může znamenat prosbu, žádost o pomoc apod. Naslouchání srdcem je schopnost reagovat na různé podněty prostřednictvím emocí. Podpora v projevu je další komunikační dovedností, kterou sestry musí zvládat. Podpora komunikace je zapotřebí

u mnoha pacientů z různých příčin. Za pomoci následujících technik můžeme pacienta podpořit v jeho projevu. Rezonance, neboli ozvěna, je druhem zpětné vazby. Pacientovi zopakujeme jeho slova a tím jej ujistíme o tom, že ho vnímáme a plně rozumíme významu jeho slov. Pacienta v hovoru můžeme podpořit tzv. reflexí, neboli odezvou, která je nejen součástí zpětné vazby, ale i schopností ve správném okamžiku reflektovat pacientovy obavy a podpořit jej. Prostřednictvím sumarizace, což je shrnutí pacientova sdělení, sestra pokládá podněcující nebo tázací otázku pro možnost dalšího pokračování komunikace. Cílem našeho zájmu o další pacientova sdělení je povzbudit jej k další komunikaci. Empatie je neodmyslitelnou součástí efektivní komunikace v ošetrovatelství a nepostradatelnou komunikační dovedností sester. Empatii charakterizujeme jako schopnost sestry vcítit se do současného pacientova stavu. Důležité je také umět správně využívat a chápat mlčení. I mlčet znamená komunikovat. V rozhovoru s pacientem mlčíme tehdy, když přemýšlíme o tom, jak v komunikaci co nejlépe pokračovat. Pacient může mlčet, protože během rozhovoru obdržel zprávu, která jej doslova šokovala. Mlčení může být spjata s tématem rozhovoru, týkajícím se intimních záležitostí pacienta. Hluboké ticho nastává v okamžiku, kdy již vše bylo řečeno. Jde o tzv. ozdravné ticho. Všechny tyto komunikační dovednosti sestra využije k podpoře psychiky pacienta a také k motivaci pro celý ošetrovatelský a léčebný proces (11, 17, 36, 37).

1.2 Problematika selhání ledvin, možnosti léčby a ošetrování pacientů s chronickou renální insuficiencí v nefrologické ambulanci

1.2.1 Stručná anatomie, fyziologie ledvin

Každý zdravý jedinec má dvě ledviny, které jsou uloženy v bederní oblasti, jejich tvar připomíná fazole o velikosti 12 x 6 x 3 cm a hmotnosti 150 g. V ledvině rozeznáváme kůru a dřev, která je tvořena 8 - 18 pyramidami. Základní funkční jednotkou ledviny je nefron, každá ledvina obsahuje 1.000.000 – 1.200.000 nefronů.

Každý nefron se skládá ze dvou částí: glomerulu a tubulu. V glomerulech se krev filtruje a vzniká glomerulární filtrát, který se svým složením prakticky neliší od extracelulární tekutiny. Obsahuje vodu, ionty, ureu, kreatinin, aminokyseliny, glukózu a jiné látky. Ve zdravých ledvinách se denně vytvoří 173 l tohoto filtrátu, ale většina se vstřebává zpět do krve. Filtrát je dál zpracováván v tubulech, kde dochází k reabsorpci látek důležitých pro organismus (např. ionty, voda, aminokyseliny, glukóza, aj.) a k vyloučení látek pro organismus nežádoucích. Výsledkem této činnosti je resorpce 99% filtrátu a vznik 1 - 2 l moči, jejíž složení je jiné než složení extracelulární tekutiny. Mezi funkce ledvin, jak již bylo zmíněno, patří tvorba moči filtrací krve, zpětné vstřebávání nezbytných elektrolytů a vylučování odpadních látek. Prostřednictvím tohoto děje udržují ledviny homeostázu (stálost vnitřního prostředí), rovnováhu tekutin, acidobazickou rovnováhu a rovnováhu elektrolytů. Ledviny mají také hormonální funkce: produkují renin, nezbytný pro regulaci krevního tlaku, a erytropoetin, který podporuje tvorbu červených krvinek. Významnou úlohu sehrávají ledviny i při syntéze vitamínu D, který je nezbytný pro vstřebávání vápníku ze střeva. Zjednodušeně řečeno mají ledviny funkci vylučovací, regulační a metabolickou (22, 23).

1.2.2 Definice selhání ledvin

“Selhání ledvin je stav, kdy ledviny ani za bazálních podmínek nejsou schopny zbavit se produktů dusíkatého metabolismu a udržet stálost vnitřního prostředí. Výsledkem je akumulace urey, kreatininu, acidóza a minerální rozvrat.,,(22, s.11).

Dojde-li k náhlé ztrátě funkce, mluvíme o akutním selhání ledvin. Ledviny ale mohou svou funkci za různě dlouhou dobu obnovit i do normálních hodnot. Jestliže funkce ubývá pozvolna (měsíce, roky), mluvíme o chronickém selhání ledvin s různým pokračováním.

Chronické onemocnění ledvin je postupná progrese od stavu zdraví do stavu nemoci, kdy dojde až k trvalému selhání vylučovacích, regulačních a hormonálních funkcí ledvin. Chronické onemocnění může postupovat pomalu po dobu mnoha měsíců nebo let. Během tohoto období dochází k postupné ztrátě nefronů, funkce ledvin může

být stabilní po určité časové období, lze ji léčit a oddálit tak terminální stádium. Chronické onemocnění ledvin v počátečních fázích bývá často bez příznaků. Většinou je diagnostikováno v okamžiku, kdy se projeví nedostatečnost ledvin a v krvi se zadržují uremické toxiny. Poškození ledvin způsobené chronickým onemocněním ledvin je nevratné a záleží, jak dobře je pacient v časných stádiích léčen. Pokud je léčba nedostatečná, může být již nemožné zpomalit nebo zastavit postup do pozdějších fází selhání ledvin a pacient pro udržení života nutně potřebuje některý z typů náhrady funkce ledvin. Včasné odhalení chronického onemocnění ledvin je velmi důležité, neboť poskytuje vysokou šanci zmírnit onemocnění a snížit kardiovaskulární riziko s ním spojené. Tím, že zpomalíme progresi onemocnění, snížíme počet pacientů, kteří vyžadují léčbu nahrazující funkce ledvin, zlepšujeme kvalitu jejich života a průběh nemoci. Nárůst počtu diagnóz chronického onemocnění ledvin je multifaktoriální a je částečně spojen se stárnutím populace, protože lidé žijí déle a zároveň došlo i ke zlepšení léčby tohoto onemocnění. Chronické onemocnění ledvin je důsledkem řady nemocí, jež mají dopad na funkce ledvin, např. glomerulární onemocnění (glomerulonefritida), cystická onemocnění (polycystické ledviny), systémová onemocnění (mnohočetný myelom), cévní onemocnění (vysoký krevní tlak), obstrukční potíže (ledvinové kameny), reakce na léky (Paracetamol, NSAIDS). Vysoké riziko selhání ledvin je u diabetiků a pacientů s hypertenzí, a proto tyto pacienti obvykle podstupují pravidelnou roční kontrolu funkce ledvin. Pomocí tohoto screeningu často zachytíme změny funkcí ledvin v raném stádiu. Pro další rozvoj a pokrok v oblasti onemocnění ledvin je potřeba porozumět anatomii a fyziologii ledvin (22).

1.2.3 Organizace a charakteristika práce v nefrologické ambulanci

Nefrologická ambulance je součástí nefrologických oddělení nebo dialyzačních středisek. Nefrologická ambulance je zařízení odpovídající za celkovou organizaci a léčení nefrologických pacientů, kteří sem docházejí. Nefrologická ambulance je zřizována, vybavována a organizována tak, aby odpovídala celostátním předpisům,

vyhláškám, zákonům. V praxi je tomu tak, že normy jsou stanoveny s ohledem na bezpečnost, účinnost, pohodlí a etické aspekty.

Kdo vlastně dochází do nefrologické ambulance? A jaké možnosti ambulantní péče je zde poskytována? Kdo pečuje o tyto pacienty? Jak je důležitá komplexní péče v predialyzačním období pro další vývoj nemoci i pro podporu pacienta?

Do takovéto ambulance dochází tzv. nefrologický pacient, kterým se stává každý člověk (bez ohledu na věk) s určitým stupněm akutní nebo chronické renální dysfunkce, která vyžaduje speciální zásah lékaře a sestry.

Nefrologická péče je dynamický proces zahrnující péči o nefrologické pacienty na oddělení nefrologie nebo v ambulantním zařízení. Je to proces, při kterém dochází k plánování, vyhodnocení a ke speciální péči o pacienta a jeho léčbě. Včasné odhalení chronického onemocnění ledvin je velmi důležité, protože nám umožňuje zamezit komplikacím a dalšímu zhoršování onemocnění. Zpomalení pokračování onemocnění má pozitivní vliv na zlepšení kvality života a na průběh nemoci. Progrese onemocnění ledvin může být zpomalena správnou léčbou, zaměřenou na snížení krevního tlaku, snížení příjmu soli, snížení tělesné hmotnosti, snížení lipidů, důsledná kompenzace diabetu a v neposlední řadě neužívání léků, které způsobují toxicitu ledvin. Při včasné zachytu onemocnění ledvin je zahájena konzervativní léčba. Je to postup, který spočívá v úpravě nebo ovlivňování metabolických odchylek při chronickém selhání ledvin za pomoci speciální diety a láků. Tato léčba je však postačující jen do doby, než clearance endogenního kreatininu neklesne pod 0,1 - 0,2 ml/s (tzv. glomerulární filtrace). V opačném případě se jedná o terminální selhání ledvin, kdy ledviny již nejsou schopny plnit svoji funkci. Pokud ledviny nefungují, jsou indikovány náhradní terapeutické metody: hemodialýza a peritoneální dialýza. Efektivnost obou dialýz je stejná, záleží jen na zdravotním stavu pacienta a jeho volbě, kterou z metod bude preferovat. Dialýza však nezastoupí všechny funkce ledvin, pouze jejich část, a proto nejúčinnější náhradou je transplantace ledviny od vhodného dárce (3, 22, 23, 33).

O tyto pacienty se stará multidisciplinární tým, který zahrnuje sestry, dietní sestry, nefrology, sociální pracovníce, psychology a ostatní pracovníky přispívající k optimální péči o pacienty.

1.2.4 Holistický přístup v nefrologické ambulanci

V dnešní době se většina pacientů, kterým je sdělena diagnóza chronického selhání ledvin, dovídá tuto diagnózu několik měsíců nebo dokonce několik let před tím, než dojde k definitivnímu, nezvratnému selhání ledvin s nutností její náhrady. Právě toto mezidobí je nezbytné, dává nám čas a prostor nejen pro již zmíněnou konzervativní léčbu, ale hlavně pro komplexní přípravu pacienta. Dobré využití predialyzačního období může výrazně ovlivnit pacientův stav, jestliže se pacient přizpůsobí více budoucím změnám a tím úspěch své léčby zvýší. Prvotním úkolem je získat informace o emočním stavu pacienta, zjistit, jakého jedince vlastně nemoc postihla, prostřednictvím vlastního pozorování, naslouchání pacientovi a sledování jeho neverbálních projevů. Z rozhovorů zjistíme, jak pacient prezentuje sám sebe, jakou sociální roli zastává, jaký je jeho charakter a jeho životní postoje. V průběhu návštěv pacienta na nefrologických ambulancích se snažíme získat odpovědi na další otázky: v čem je pacientova síla a naopak jaké má slabiny, zda má dobré rodinné zázemí, jaké byly reakce rodiny na problémy v minulosti, zda je optimistou nebo pesimistou ad. Musíme pochopit, jaký význam pacient chorobě přikládá. V dnešní době dochází k velké migraci obyvatel, a proto je potřeba zjistit, jestli u pacienta existují nějaké jazykové, kulturní nebo kognitivní faktory, které by mohly ovlivnit jeho schopnost chápání situace. Podaří-li se nám o pacientovi nashromáždit co nejvíce informací, pak vzájemná spolupráce a výsledný efekt péče bude kvalitní. Zhodnotíme-li dobře osobnost pacienta, snáze odhadneme problémy, které mohou nastat, lépe porozumíme pacientovým reakcím (2, 3, 12, 14, 18).

Důležitá je edukace pacienta v predialyzačním období, která funguje na mnoha úrovních. Začneme podáním základních informací o funkci ledvin. Asi nejdůležitější je vysvětlit, jak jsou ledviny negativně ovlivněny krevním tlakem. Pacientovi je objasněna situace, kdy je pro jeho ledviny důležité nastavit krevní tlak tak, aby byl co nejpríznivější pro stávající funkci ledvin. Vysoký krevní tlak výrazně poškozuje funkci ledvin, a proto apelujeme na pacienty, aby dodržovali dietní doporučení. Ti, co mají nadváhu, ji musí zredukovat, a nesmí zapomínat brát léky na snížení tlaku. Právě zde

může nastat zádrhel, neboť léky na snížení tlaku mohou v počátku pacientovi způsobit stavy, kdy se cítí hůře. Úkolem personálu pracujícího na ambulanci je tyto pacienty přesvědčit o pozitivním dopadu medikamentózní léčby na jejich budoucí zdravotní stav (3, 23).

Další funkcí je tvorba erythropoetinu, jenž má za úkol zabránit vzniku anémie, avšak v poškozených ledvinách se netvoří. To znamená, že pacientům je tento hormon uměle dodáván. Protože je však třeba jej tělu dodávat v pravidelných intervalech a pacient musí docházet do ambulance, edukujeme pacienta o podávání daného hormonu (3, 23).

Nesmírně důležitou funkcí ledvin je také aktivace vitamínu D, jenž je nezbytný pro zdraví kostí. U pacientů, jimž je vitamin D medikamentózně podáván, je rovněž podstatné důsledné brání předepsaných léků.

Z hlediska získávání informací ohledně pacienta je třeba se věnovat také sociální problematice: snažíme se v krátkosti zjistit podmínky jeho bydlení, jež jsou důležité např. pro výběr metody dialýzy. Zásadní jsou i informace o rodinném zázemí, které nám pomohou zhodnotit péči o pacienta do budoucnosti. Např. mladé matky s nutností dialýzy je potřeba dopředu informovat o možnostech přizpůsobení rozvrhu dialýz jejich potřebám péče o děti. Staří lidé žijící sami mají často obavy, jak budou dojíždět na dialýzu. Ujistíme je tedy o možnosti využití sanitní dopravy (3, 23).

Dalším neopomenutelným bodem je zaměstnání. Podporujeme pacienta a snažíme se mu maximálně vyjít vstříc během jeho návštěv na ambulanci. Pracovní zařazení pro pacienta znamená nejen finanční příjem, ale zároveň zlepšuje jeho emoční zdraví, neboť mu brání se zaobírat pouze svou chorobou. Zaměstnání pacientovi zároveň pomáhá udržet si dosavadní identitu a sociální roli, která je odlišná od role pacienta. Tuto situaci vyřešíme společně s pacientem v okamžiku, kdy je nutné zahájit dialýzu, ale již předem nastíníme možnosti skloubení pracovních povinností s léčbou. Pro pacienta je velice důležité vidět perspektivu možnosti, že i při dialýze je možno pracovat a uzpůsobit rozvrh dialýz jeho práci. Pacienty upozorníme na možnosti požádání o sociální dávky, na které mají nárok (3, 23).

Nepostradatelné jsou i informace o pacientových koníčcích a jeho zálibách. U některých je možné, že se jich pacient bude muset vzdát. Cílem zdravotnického týmu je, aby dopad léčebné metody byl pro pacienta co možná nejmenší (3, 23).

Během ambulantních kontrol se ošetrovatelský tým snaží u pacienta docílit aktivního pocitu zodpovědnosti za zachování vlastního zdravotního stavu. Pokud vycítíme zájem ze strany pacientů, zprostředkujeme jim možnost setkání s dialyzovanými pacienty, a to jak peritoneálními, tak hemodialyzovanými, s následnými ukázkami. Názornou demonstrací rozptýlíme nesprávné představy i obavy pacienta o hemodialýzu a peritoneální dialýzu. Pacient si bude moci snáze vybrat jednu z metod náhrady, až jí bude třeba (3, 13, 23, 27).

1.2.5 Efektivní komunikace v nefrologické ambulanci

Základem úspěchu v práci ambulantní sestry jsou dobré komunikační dovednosti, o kterých již byla zmínka. Úroveň a kvalita komunikace je závislá na mnoha faktorech, na vztahu pacienta a sestry, na době probíhající komunikace, na prostředí, kde vzájemně komunikujeme. Sestra se podílí na uvolněné atmosféře nejen v ambulanci, ale i v čekárně, napomáhá eliminovat strach a obavy pacienta. První kontakt pacienta při příchodu na ambulanci je kontakt se sestrou. Správné chování sestry vůči pacientovi je velice důležité, protože ten si všímá každého jejího projevu, gest, slov, ale i celkového vzhledu (čistoty oblečení, úpravy) a podle toho posuzuje kvalitu poskytované péče. K nezbytným zásadám efektivní komunikace v ambulanci, které je potřeba dodržovat, patří tyto: pacienta vnímáme jako jedince majícího zdravotní problémy, s kterými mu chceme pomoci; k pacientovi přistupujeme ohleduplně a slušně; sestra zná a používá neverbální projevy komunikace; sestra je starostlivá, milá, ochotná, schopná vytvořit příjemné prostředí a akceptuje pacienta takového, jaký je; sestra dbá nejen na úpravu svou, ale stará se i o prostředí ambulance a čekárny; sestra je vnímavá, citlivá, empatická a respektuje potřeby pacienta; důležitá je včasná příprava chorobopisů objednaných pacientů a ujasnění způsobu jejich pozvání do ambulance, neboť pacienti velice těžko snášejí, pokud není dodržen čas na sjednávacím lístku, ztrácí

důvěru k lékaři, cítí bezmoc, hněv a tento stav vede k vytvoření komunikačních bariér, proto sestra sleduje, zda je dodržován čas objednání, a jakmile není, pacientům tento fakt sděluje a omlouvá se za zpoždění (těm, kteří nemohou nebo nechtějí čekat, bez problémů nabídne jiný termín); sestra oslovuje pacienty příjmeními, popřípadě jejich titulem, dává tak najevo úctu a zájem; sestra musí jasně a jednoduše vysvětlit pacientovi, jak má postupovat při různých vyšetřeních, vždy vyžaduje zpětnou vazbu kvůli ujištění, že jí pacient porozuměl; sestra musí eliminovat výskyt komunikačních bariér, za pomoci neverbální komunikace projevuje zájem o pacienta, pozorně sleduje jeho emoční projevy; formulace otázek musí být co nejsrozumitelnější a musí odpovídat věku, vzdělání, kulturnímu prostředí pacienta; sestra, která umí komunikovat, poskytne pacientovi potřebné informace, vysvětlí mu doporučení lékaře a zpětně dokáže zhodnotit, zda jí pacient porozuměl (cílem dobré komunikace je pomoci pacientovi zorientovat se v nové situaci a zároveň podpořit přiměřený proces jeho adaptace se změněnými životními podmínkami) (5, 8, 9, 19, 26).

1.2.6 Ošetřovatelství v nefrologické ambulanci, definice, cíle charakteristika

Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví každého jedince. Současné změny moderního ošetřovatelství jsou zaměřeny na potřeby nemocných a sestra na tyto potřeby reaguje a následně je vyhodnocuje (29).

Nefrologická péče je speciální obor, v němž pracují nefrologické sestry, které mají velice důležitou roli při získávání informací o potřebách pacientů a udržování vysokého standardu péče o ně. V této kapitole si opět připomeneme, že k pacientovi musíme přistupovat celostně. Důraz klademe na komplexní hodnocení pacienta včetně hodnocení jeho psychosociálního stavu. Rovněž nesmíme zapomínat přistupovat k pacientům individuálně. Po sdělení diagnózy dochází u řady pacientů k šokové reakci, k náhlému vzniku stresové situace, která naruší pacientův pocit bezpečí a životních jistot. Pocity silných obav se mohou nakumulovat do té míry, že pacient se stává velmi zranitelným. Právě v této fázi je potřeba, aby sestra pacienta podpořila, vyslechla ho a snažila se snížit jeho obavy na minimum. Další nepříznivou situací pro pacienta je

špatné snášení léčby. Část pacientů může mít zpočátku problémy s aplikací erythropoetinu, a to z různých důvodů (např. nechťejí si sami aplikovat tento lék). Opět musí zasahovat sestra a důslednou edukací přesvědčit pacienta o nutnosti tohoto výkonu, případně společnými silami najít jiná možná řešení. Pravidelné a stále se zkracující intervaly docházení do ambulance u některých pacientů rovněž vyvolávají emocionální reakce, jako je úzkost, hněv, deprese, smutek. Úzkost je vyvolána, pokud pacient bere vzniklou situaci jako své ohrožení. Naopak hněv, vztek se projeví u pacienta, který se domnívá, že tato situace znemožní uskutečnění jeho cílů. Smutek, deprese se mohou objevit tam, kde se pacient bude muset vzdát některých ambicí, funkcí, které pro něho byly důležité. V tomto okamžiku je potřeba, aby sestra zjistila co nejvíce potřebných informací a správně vyhodnotila situaci, protože ke každému pacientovi, jak již bylo zmíněno, musí přistupovat individuálně. Je nezbytné spojit se s rodinou pacienta a společně situaci probrat a nalézt možná řešení. Z předcházejících vět vyplývá, že nefrologická sestra pomáhá pacientovi a jeho rodině přizpůsobit se konečné fázi selhání ledvin prostřednictvím zintenzivnění péče pacienta o sebe samého. Podporuje pacienta a jeho rodinu, aby dosáhli společně v rámci ošetrovatelské péče i v rámci společnosti plnohodnotného pacientova života a nezávislosti (3, 30, 32).

Předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče mimo jiné je i znalost teorie ošetrovatelství, a proto uvádím pár důležitých informací.

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína, zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. „(29, s. 8).

Hlavním cílem ošetrovatelství je permanentní a všestranné uspokojování potřeb člověka s ohledem na individuální kvalitu života, která směřuje k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. K dosažení těchto cílů je potřeba vzájemné spolupráce všech členů interdisciplinárního týmu a pacienta (29). Světová zdravotnická organizace stanovila tři základní cíle ošetrovatelství: podporovat a upevňovat zdraví, navracet zdraví, zmírnit utrpení nemocného.

Co rozumíme pod pojmem zdraví? Jde o stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a nejen absence nemoci. Zdraví podporujeme a upevňujeme pomocí preventivní péče, na které se podílejí zdravotní sestry formou edukace pacienta na všech stupních: primárním, sekundárním a terciálním (6).

Jedním z charakteristických rysů moderního ošetrovatelství je holistický přístup k člověku. Jde o komplexní ošetrovatelskou péči a uspokojování biopsychosociálních a spirituálních potřeb jedince. Nesmíme zapomínat, že každý jedinec má jiné potřeby, a proto péče musí být individualizována. Takovouto individualizaci nám umožňuje ošetrovatelský proces, který má za úkol aktivně vyhledávat a plánovat uspokojování potřeb člověka. Ošetrovatelské činnosti probíhající u pacientů vyžadují kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče. Dalším kýženým charakteristickým rysem je poskytování vícestupňové ošetrovatelské péče, což předpokládá existenci ošetrovatelského týmu složeného z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace (25, 29).

1.2.7 Charakteristika lidských potřeb a jejich uspokojování

Potřebou rozumíme určitý nedostatek něčeho, co je nezbytné urychleně odstranit, neboť prožívání nedostatku ovlivňuje komplexně psychickou činnost člověka. Lidské potřeby se v průběhu života mění, vyvíjejí a kultivují se jak kvalitativně, tak i kvantitativně. Každý jedinec je individualita, a proto má své individuální potřeby, postoje, názory, které je potřeba respektovat. Musíme zdůraznit, že všichni lidé mají určité potřeby společné, ale tyto potřeby mohou být uspokojovány různými způsoby života. Potřeby můžeme uspokojovat žádoucím způsobem, který neškodí danému jedinci, ani neomezuje jiné. Tudiž je ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami člověka a potřeby jsou uspokojovány v mezích normy. Na straně druhé jde o nežádoucí uspokojování potřeb, které může poškodit nejen samotného jedince, ale i ostatní osoby. Není tedy ve shodě s jejich sociálně-kulturními hodnotami, nebo dokonce přesahuje hranice zákona (6, 34).

Pojem potřeba má z obecného pohledu několik významů. Biologická potřeba vyjadřuje stav, kdy dochází k narušení fyziologické rovnováhy (homeostázy), zatímco ekonomická potřeba je stav, kdy jedinec vyjadřuje nutnost vlastnit nebo užívat určitý objekt. Specifickou potřebou je psychologická potřeba, která vyjadřuje psychický stav jedince, způsobený nějakým nedostatkem (34).

1.2.8 Klasifikace potřeb

Psychologové sestavují různé indexy potřeb, v ošetrovatelství je však nejvíce využívaná hierarchie potřeb podle A. H. Maslowova.

Podle amerického psychologa A. H. Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těchto silných jsou ještě silnější. Tato skutečnost je v literatuře znázorňována jako Maslowova pyramida potřeb. Základnu této pyramidy tvoří nižší potřeby, v první řadě to jsou potřeby fyziologické (potřeba výživy, vyprazdňování, kyslíku, čistoty, spánku, pohybu, sexuální). Tyto potřeby vznikají, dojde-li k porušení homeostázy, a vyjadřují tak potřeby organismu, které jsou nezbytné k přežití. Člověk uspokojuje své fyziologické potřeby průběžně během denního rytmu, aniž by si to zvláště uvědomoval. V okamžiku, kdy se fyziologické potřeby stávají aktuálními, jsou dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání jedince. Mezi nižší potřeby, ale již stojící nad fyziologickými, patří potřeba jistoty a bezpečí, vyjadřující touhu po důvěře, spolehlivosti, osvobození od strachu a úzkosti, potřeba ochránce, ekonomického zajištění. Vyšší potřeby jsou na Maslowově pyramidě umístěny od třetí příčky základny až na vrchol pyramidy. Právě na třetí příčce se nachází potřeba sounáležitosti a lásky, jde o potřebu milovat a být milován, která vystupuje do popředí v okamžiku, kdy je jedinec sám, opuštěn. Nad touto potřebou nalézáme potřebu uznání a sebeúcty. Dále pak je potřeba kognitivní - jde o potřebu, kdy chceme poznávat, vědět, rozumět. Před samým vrcholem je potřeba estetiky, potřeba symetrie a krásy. Na vrcholu pyramidy je potřeba seberealizace, každý člověk chce realizovat své schopnosti a záměry. Vyšší potřeby jsou podle Maslowa pozdějším stupněm fylogenetického i ontogenetického

vývoje. Maslow rovněž tvrdí, že čím vyšší potřeba, tím je méně podstatná pro přežití, a tak může být její uspokojování posunuto. Vyšší potřeby jsou tak subjektivně méně naléhavé. Uspokojování vyšších potřeb vede k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života. K uspokojování vyšších potřeb musí být vytvořeny příznivé vnější podmínky, především musí být uspokojeny potřeby nižší.

Závěrem můžeme říci, že jedinci, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci, u kterých tyto potřeby nebyly uspokojeny (6, 34).

1.2.9 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Známe celou řadu faktorů znemožňujících, znesnadňujících, narušujících či měnících způsob uspokojování potřeb člověka.

Nemoc nejen, že brání jedincům v uspokojování jejich potřeb, ale sama ovlivňuje i způsob jejich vyjádření a možnosti jejich uspokojování. Záleží na závažnosti nemoci a také na schopnostech sester rozpoznávat, pochopit a zajistit uspokojování potřeb nemocného, k čemuž jí pomáhá ošetrovatelský proces. Sestra získává co nejvíce informací v souvislosti s pacientem a jeho nemocí, zjišťuje, jak nemoc ovlivňuje uspokojování jeho potřeb, jak nemoc působí na pacientovy sociální poměry, jak je možné potřeby pacienta ovlivnit a tak předcházet komplikacím a vzniku nových potřeb.

Okolnosti, za kterých nemoc vzniká, modifikují potřeby nemocného, který bude mít jiné potřeby v domácí péči, jiné během hospitalizace v nemocnici, jiné během onemocnění v cizině a jiné potřeby mají chroničtí pacienti docházející na nefrologickou ambulanci. Pacienti dochází na nefrologickou ambulanci v různých časových intervalech, (kontroly mohou probíhat jednou ročně, dvakrát do roka, jednou za čtvrt roku, měsíčně nebo jednou za čtrnáct dní) a tomu odpovídají i jejich potřeby. Čím jsou kontroly častější, tím jsou potřeby pacientů rozmanitější. Mezi nejdůležitější potřebu v období selhávání ledvin, které zdravotnický tým musí uspokojovat, je potřeba dostatečné informovanosti a edukace. Každý pacient je jedinec, který má potřebu dostatečných informací a dostatečné edukace o možných metodách umělé náhrady

ledvinné funkce a poskytnutí pomoci při jejich volbě. V každém stádiu nefrologického selhání je potřeba respektování pacientovy důstojnosti. Nezbytná je potřeba podpoření pacientovy nezávislosti vlastní péčí o vlastní zdravotní stav. Ke každému pacientovi v tomto období přistupujeme individuálně, neboť každý z nich je jedinečnou osobností, záleží na typologii člověka. Jiné potřeby bude pociťovat extrovert, jiné pak introvert, jinak bude své potřeby hodnotit emocionálně labilní člověk a jinak emocionálně stabilní, nemalou roli také sehrává stres. Narušená sebekoncepce snižuje schopnost nejen uspokojení základních potřeb, ale i schopnost uvědomit si, zda byly či nebyly uspokojeny.

Jestliže jedinec splní svou vývojovou roli a získá důvěru, pak snáze dosáhne naplnění základních potřeb, pocitu bezpečí a jistoty. Narušené mezilidské vztahy, které jsou zejména mezi příbuznými, blízkými pacienta, způsobují neuspokojování potřeb. A právě zdravotní sestry vstupují do těchto vztahů a pomáhají nemocnému uvědomit si své potřeby a uspokojovat je (6, 30, 34).

2. Cíle práce, předpokládané hypotézy, výzkumná otázka

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda v nefrologické ambulanci zdravotnický personál přistupuje ke klientům holisticky

Cíl 2: Zjistit, zda ošetřující personál klade důraz na uspokojování biopsychosociálních potřeb

2.2 Předpokládané hypotézy

H1 V nefrologické ambulanci není pečováno o klienty holisticky.

H2 V nefrologické ambulanci není kladen důraz na uspokojování biopsychosociálních potřeb klientů.

2.3 Výzkumná otázka

1. Vnímají sestry klienty navštěvující nefrologickou ambulanci holisticky?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Jedná se o kvantitativně – kvalitativní výzkumné šetření. Pro zmapování holistického přístupu ke klientům v nefrologické ambulanci bylo použito kvantitativního výzkumného šetření, pomocí dotazníku. Výsledky kvalitativního výzkumného šetření byly získány pomocí polostandardizovaného rozhovoru. Výzkumný úsek bakalářské práce byl rozdělen do dvou částí. První část výzkumného šetření (kvantitativní) se týkala klientů v nefrologické ambulanci. Bylo zjišťováno, zda je dodržován holistický přístup k těmto klientům a zda jsou uspokojovány jejich biopsychosociální potřeby.

Sběr dat byl proveden metodou dotazování, technikou dotazníku. Tento dotazník (příloha 1) byl sestaven pro klienty v nefrologické ambulanci a obsahuje 39 otázek. Z toho je 38 otázek uzavřených a jedna otázka otevřená. Z uzavřených otázek jsou zde otázky identifikační a otázky zjišťující uspokojování biopsychosociálních a duchovních potřeb. Sběr těchto dat probíhal od listopadu 2008 do února 2009. Vyplnění dotazníku probíhalo anonymně do předčištěných formulářů, klienti tyto dotazníky vyplňovali doma. Klientům byly dotazníky rozdávány při odchodu z odběrů a při kontrole je odevzdávali.

Ve druhé části výzkumného šetření (kvalitativní) byl zjišťován přístup sester ke klientům v nefrologických ambulancích. Technikou sběru dat pro kvalitativní šetření byl polostandardizovaný otevřený rozhovor (příloha 2).

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

V rámci tohoto výzkumného šetření byly použity dva výzkumné soubory. První výzkumný vzorek (kvantitativní části) tvořili klienti nefrologické ambulance, která je součástí hemodialyzačního střediska s.r.o. FMC v Praze v Krči.

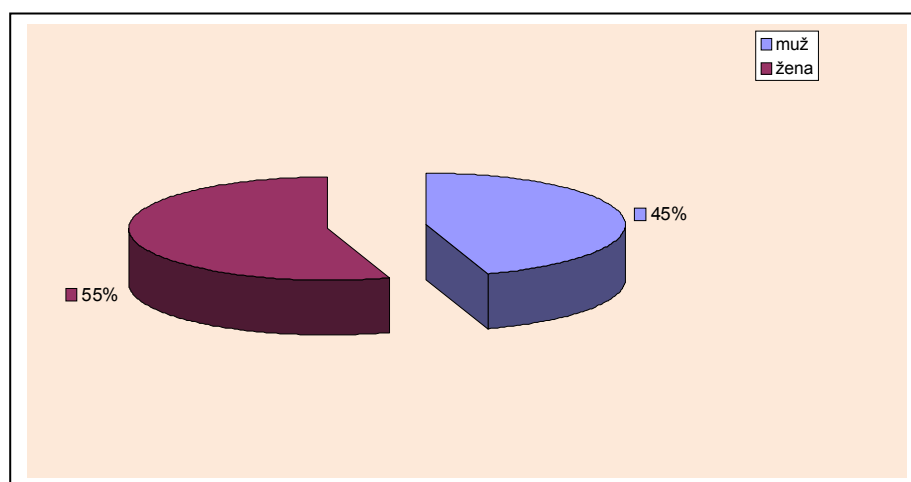
Nejprve bylo rozdáno 15 dotazníků, které byly použity pro pilotní studii. Po té bylo rozdáno 105 dotazníků, vrátilo se všech 105 (105 %) dotazníků a 5 dotazníků bylo pro nekomplexnost vyplnění vyřazeno. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 100 dotazníků. Dotazníky byly zpracovány pomocí grafů a čísla jsou udávána v procentech (kapitola 4.1)

Druhý výzkumný vzorek (kvantitativní části) tvořilo 5 sester, které pracují na nefrologických ambulancích (Karlovy Vary, Chomutov, Sokolov, Benešov, Praha - Vinohrady). Sběr dat probíhal formou individuálního polostandardizovaného otevřeného rozhovoru (kapitola 4.2). Výsledky byly zpracovány slovně a část byla zpracována do kategorizačních tabulek (kapitola 4.3).

4. Výsledky výzkumného šetření

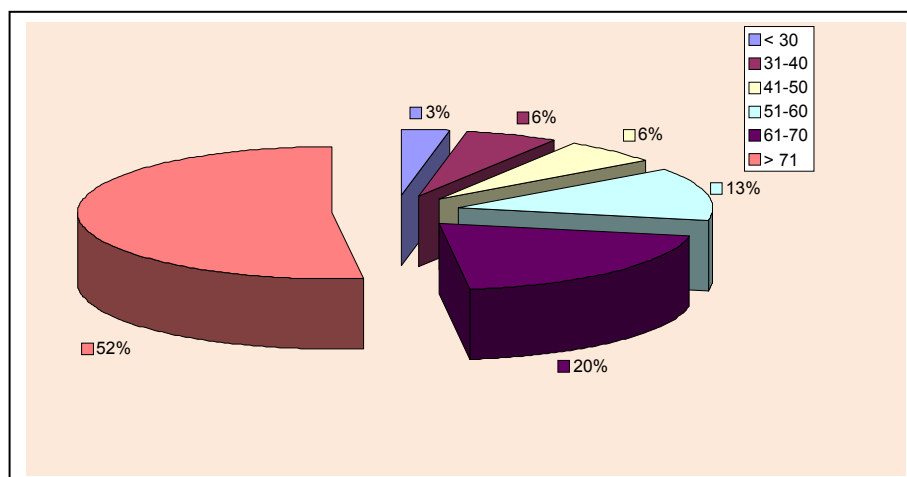
4.1 Výsledky kvantitativní části výzkumného šetření klientů v nefrologické ambulanci

Graf 1 Pohlaví respondentů



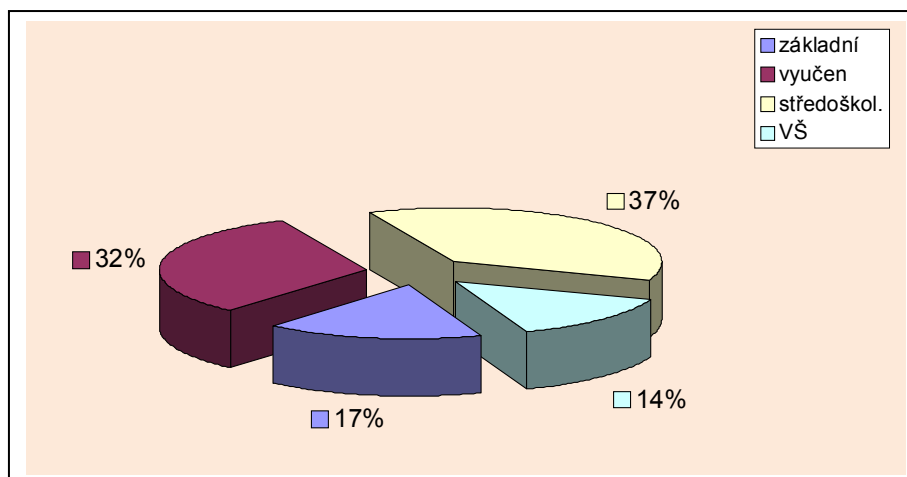
Graf ukazuje zastoupení pohlaví ve výzkumném šetření, kterého se zúčastnilo celkem 100 respondentů (100 %), z toho bylo 55 žen (55 %) a 45 mužů (45 %).

Graf 2 Věková kategorie



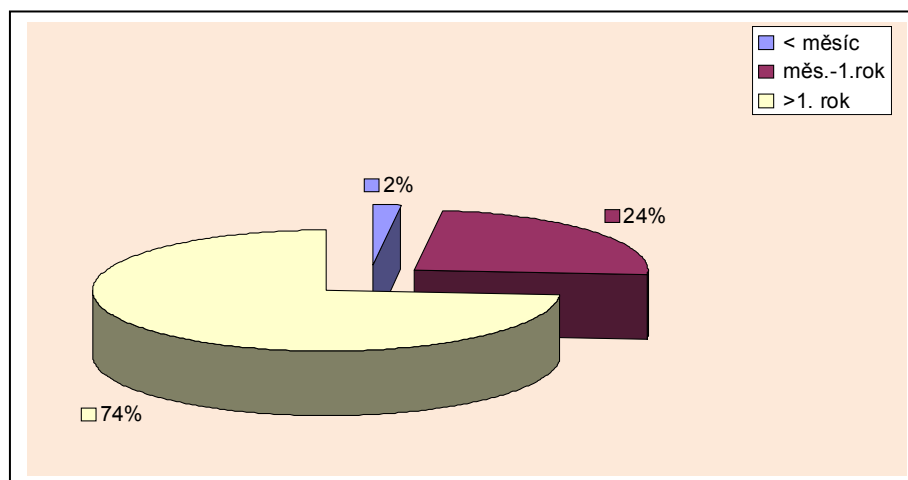
Graf zachycuje jednotlivé věkové kategorie. Ze 100 respondentů (100 %) jsou 3 respondenti (3 %) mladší 30 let, 6 respondentů (6 %) je ve věku 31 až 40 let, 6 respondentů (6 %) je ve věku od 41 do 50 let, 13 respondentů (13 %) tvoří skupinu ve věku 51 až 60 let, 20 respondentů (20 %) je ve věkové kategorii 61 až 70 let a nejvíce zastoupenou věkovou kategorií je věk nad 71 let, který je reprezentován 52 respondenty (52 %).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



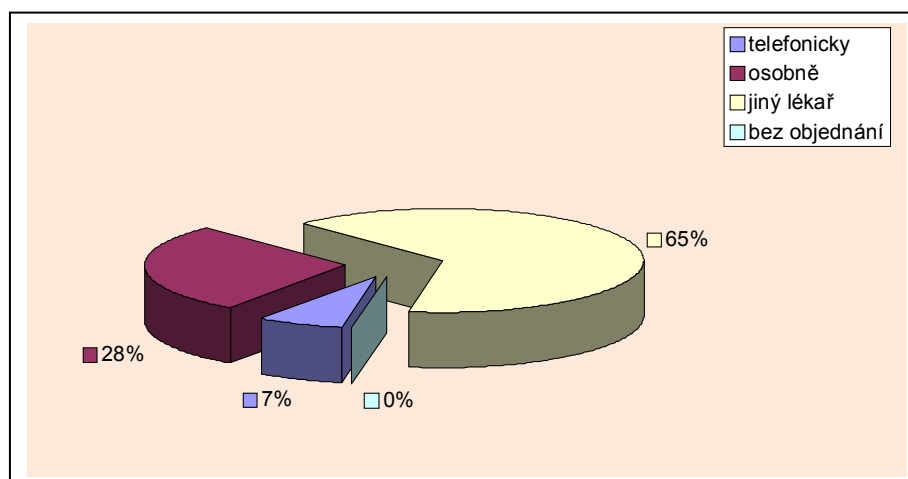
Graf ukazuje, že ze 100 respondentů (100 %), 17 respondentů (17 %) má základní vzdělání, 32 respondentů (32 %) je vyučen, 37 respondentů (37 %) má středoškolské vzdělání a 14 respondentů (14 %) má vysokoškolské vzdělání.

Graf 4 Doba docházky do této ordinace



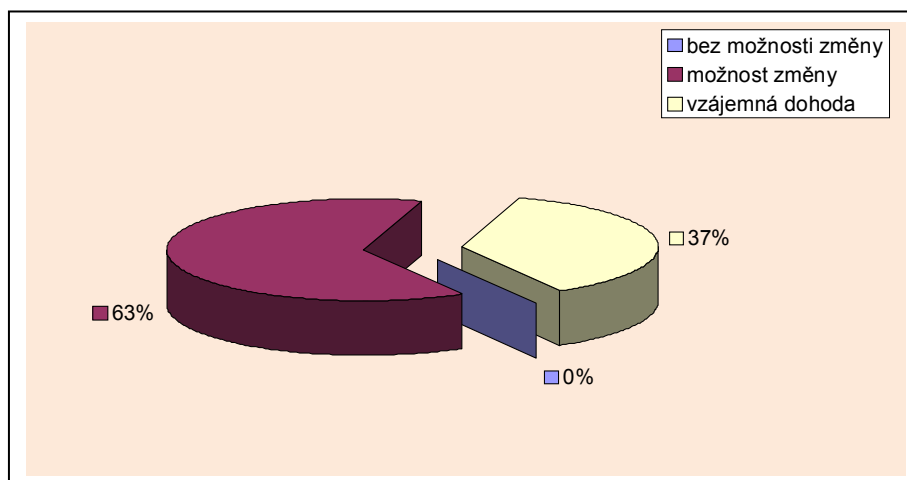
Graf zachycuje délku docházky respondentů do nefrologické ambulance. Ze 100 respondentů (100 %), 2 respondenti (2 %) dochází do ambulance méně než jeden měsíc, 24 respondentů (24 %) dochází do ambulance od 1 do 12 měsíců a 74 respondentů (74 %) dochází do ambulance déle než rok.

Graf 5 První objednání do nefrologické ambulance



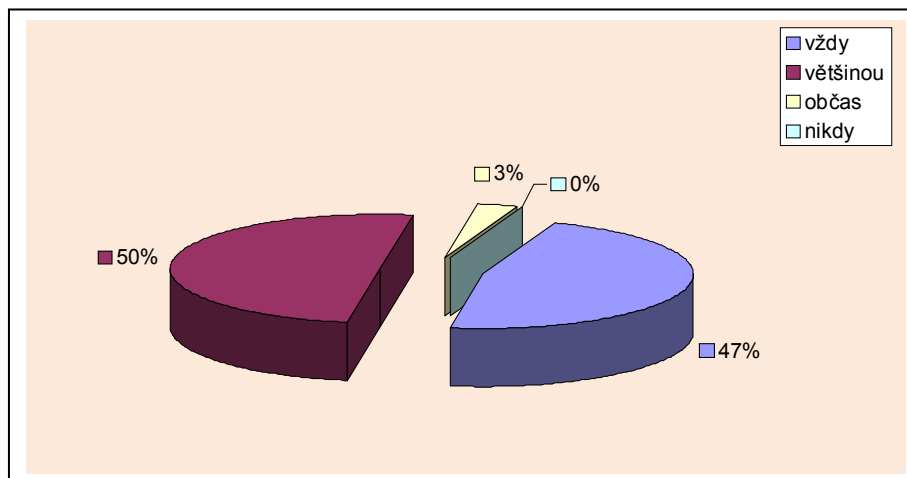
Graf ukazuje možnosti prvního objednávání do nefrologické ambulance. Ze 100 respondentů (100 %) využilo možnost telefonického objednání 7 respondentů (7 %), osobně se bylo objednat 28 respondentů (28 %), 65 respondentů (65 %) bylo objednáno jiným lékařem a bez objednání nepřišel do ambulance žádný (0 %) z dotázaných respondentů.

Graf 6 Objednávání dalších kontrol



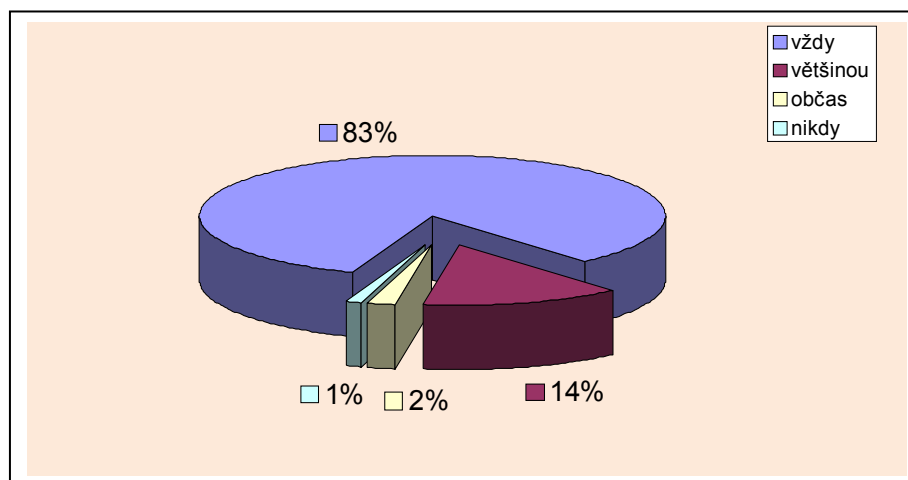
Graf zachycuje rozsah možností objednávání dalších kontrol v nefrologické ambulanci. Ze 100 respondentů (100 %), 63 dotázaných respondentů (63 %) zaškrtnulo objednání na určité datum a hodinu s možností změny, 37 respondentů (37 %) udává objednání dle vzájemné domluvy. Objednání bez možnosti změny neudává žádný (0 %) z oslovených respondentů.

Graf 7 Dodržování objednáací doby



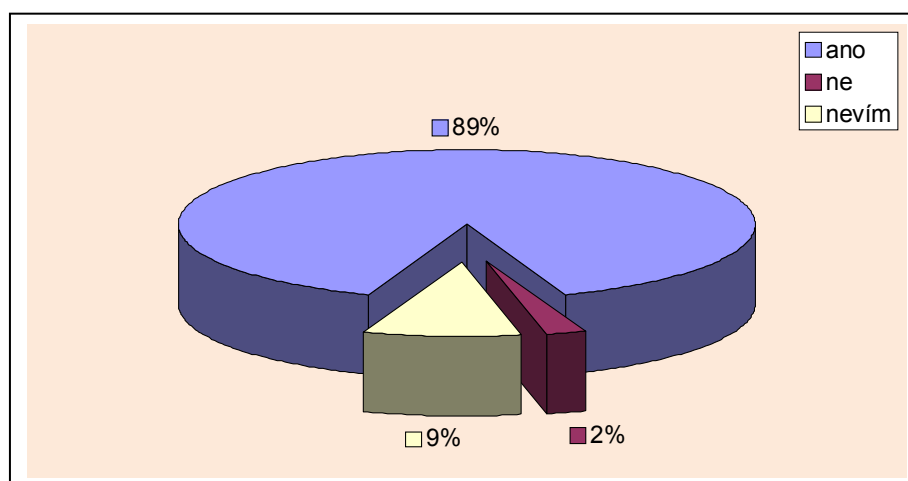
Graf představuje přehled, jak pacienti vnímají dodržování času objednání. Z celkového počtu 100 pacientů (100 %), 50 dotázaných pacientů (50 %) tvrdí, že doba objednání je většinou dodržena. 47 pacientů (47 %) je přesvědčeno o tom, že čas objednání je dodržován vždy, a 3 respondenti (3 %) se domnívají, že doba objednání je dodržována jen občas. Možnost odpovědi „nikdy není dodržena doba objednání“ neoznačil nikdo (0 %).

Graf 8 Informovanost o zpoždění a následná omluva



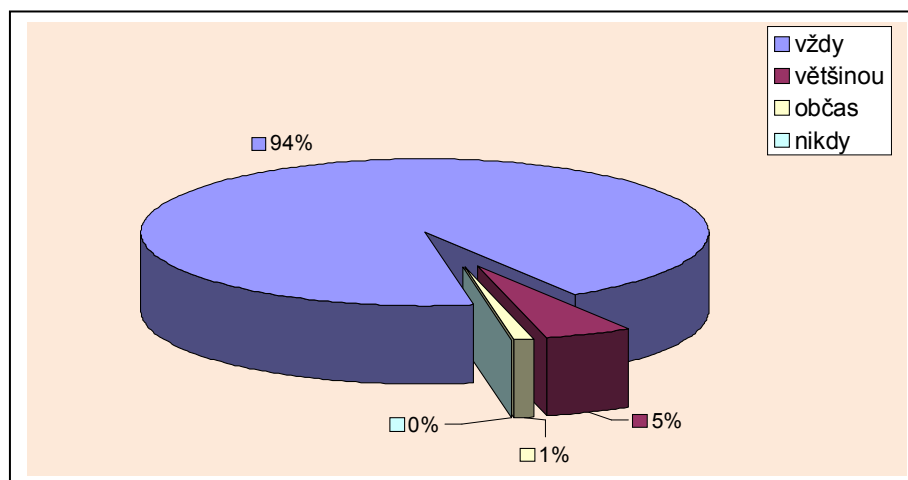
Graf zachycuje přehled možností omluvy zpoždění. Ze 100 pacientů (100 %), 83 pacientů (83 %) uvádí, že sestra vždy informuje o zpoždění a zároveň se omluví, 14 pacientů (14 %) udává, že sestra většinou podává informaci o zpoždění a současně se omlouvá. 2 pacienti (2 %) uvádí, že sestra o dané skutečnosti pacienty občas informuje a 1 pacient (1 %) uvádí, že sestra nikdy neinformuje o zpoždění.

Graf 9 Představení se při prvním kontaktu



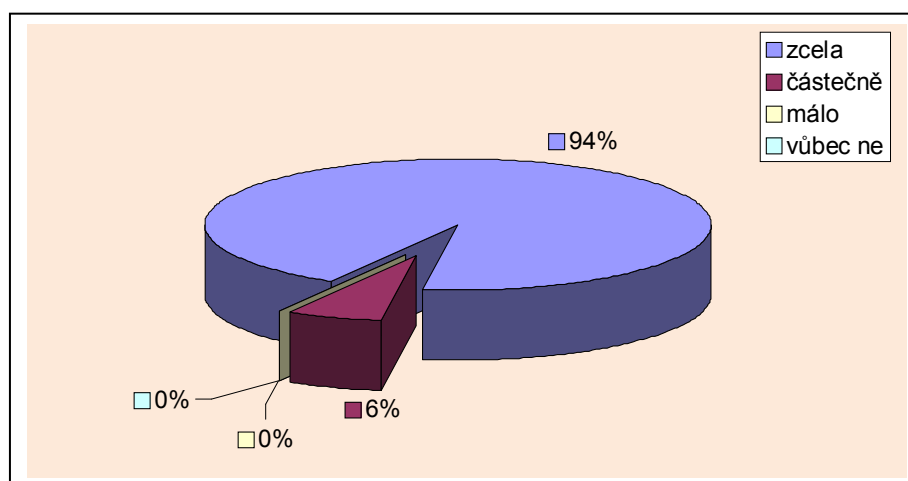
Graf zachycuje první kontakt sestry a pacienta - zda se sestra představila. Ze 100 dotázaných pacientů (100 %) 89 pacientů (89 %), odpovídá kladně, že se jim sestra představila. 9 oslovených respondentů (9 %) si nepamatuje, zda se sestra představila, a 2 pacienti (2 %) uvedli, že se jim sestra nepředstavila.

Graf 10 Vysvětlení prováděných výkonů



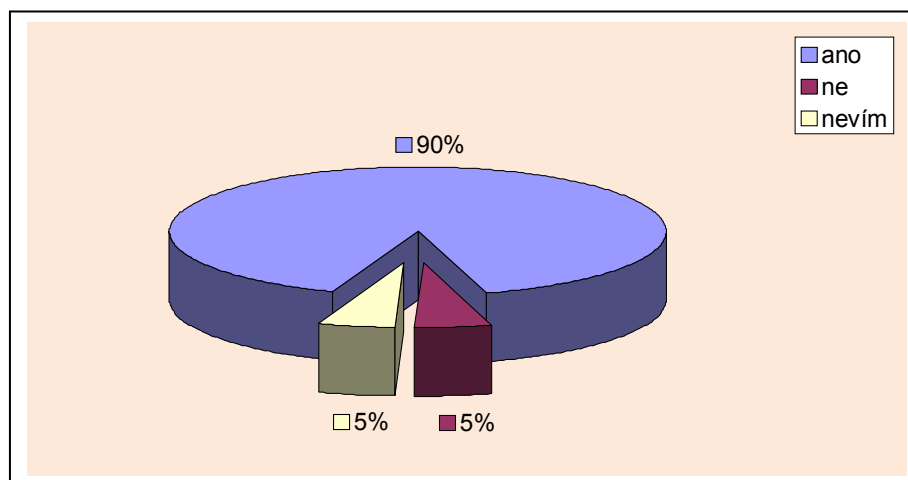
Graf zachycuje přístup sestry k pacientům. Otázka zněla, zda sestra vysvětluje výkony prováděné u pacientů. Ze 100 pacientů (100 %), 94 pacientů (94 %) odpovídá, že sestra jim vždy výkony vysvětlí. 5 pacientů (5 %) má dojem, že k vysvětlení dochází většinou. Jen 1 pacient (1 %) zaznamenává vysvětlení výkonů občas. Z dotázaných pacientů žádný (0 %) nezaznamenal, že by jej sestra nikdy o prováděném výkonu neinformovala.

Graf 11 Poučení o průběhu vyšetření



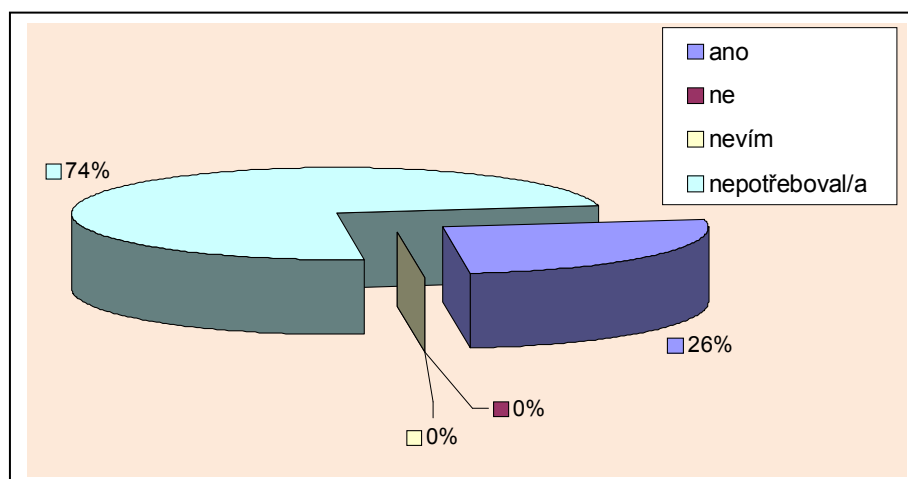
Graf zachycuje rozsah poučení pacienta při odeslání na odborná vyšetření mimo nefrologickou ambulanci. Ze 100 respondentů (100 %), 94 respondentů (94 %) bylo zcela poučeno a jen 6 respondentů (6 %) mělo pocit částečného poučení. Odpověď, že by byly poučení málo (0 %) nebo vůbec ne (0 %), nebyla respondenty zaznamenána.

Graf 12 Informace, zda se pacient dostane sám na vyšetření



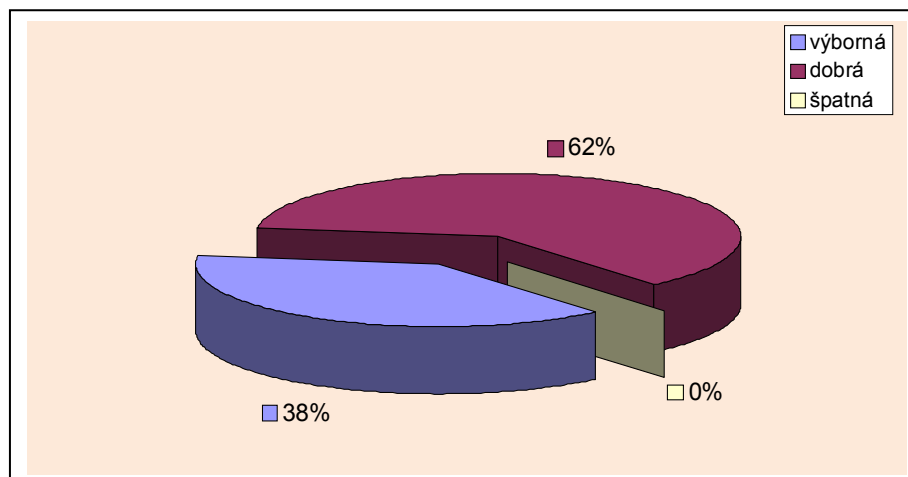
Graf ukazuje, jak se sestra zajímá, zda se pacient dopraví na vyšetření sám. Z celého počtu 100 respondentů (100 %) 90 pacientů (90 %) odpovědělo, že se sestra informovala na možnost dopravy. 5 pacientů (5 %) již neví, zda jim byl takový dotaz položen, a 5 pacientů (5 %) tvrdí, že se jich sestra neptala.

Graf 13 Zajištění dopravy



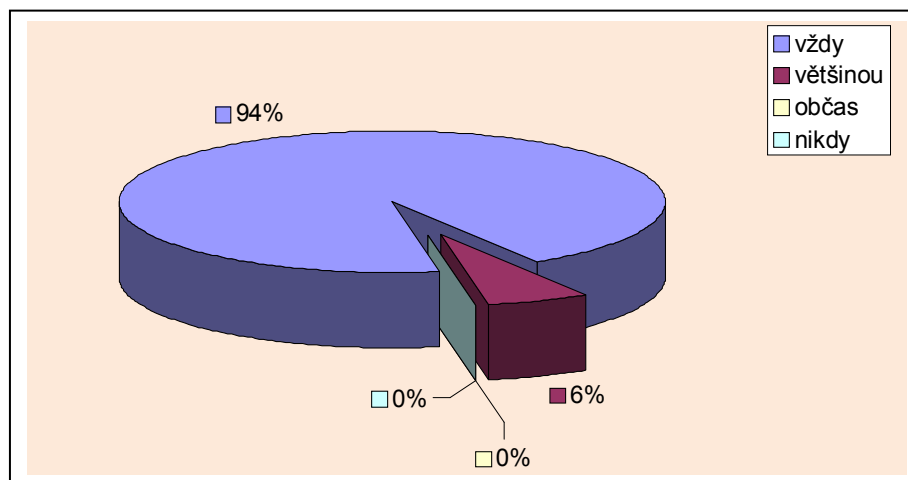
Graf navazuje na předchozí a znázorňuje zajištění dopravy sestrou. Z počtu 100 pacientů (100 %) bylo 74 pacientů (74 %), kteří nepotřebovali zajistit dopravu, byli schopni se dopravit sami, nebo dopravu zajistila rodina. Sestra zajišťovala dopravu u 26 pacientů (26 %). Odpověď „ne, nezajistila nebo nevím“ nebyla respondenty (0 %) zaznamenána.

Graf 14 Hodnocení dopravy



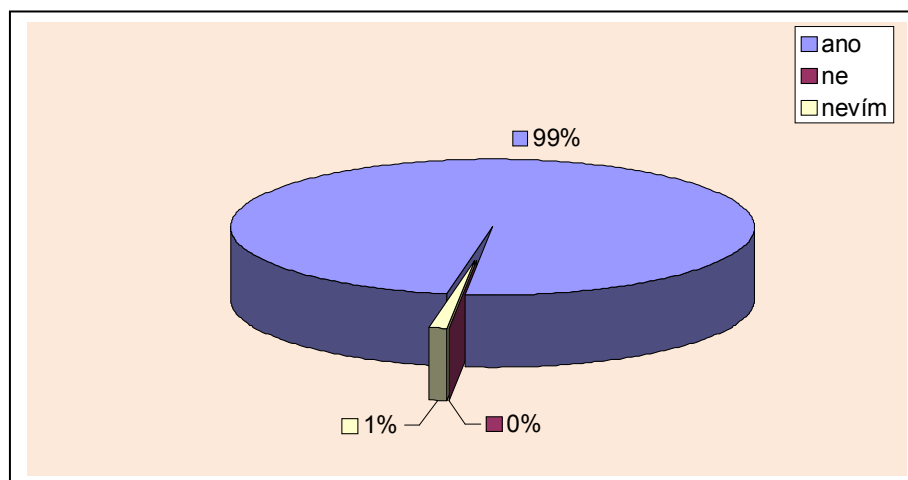
Graf znázorňuje hodnocení přepravy sanitním vozem. Z celkového počtu 100 pacientů (100%) tuto možnost využilo 26 pacientů (100 %). Z tohoto počtu 16 pacientů (62 %) hodnotilo dopravu jako dobrou a 10 pacientů (38 %) ji klasifikovalo jako výbornou. Žádný pacient (0 %) ji nehodnotil jako špatnou.

Graf 15 Srozumitelnost otázek



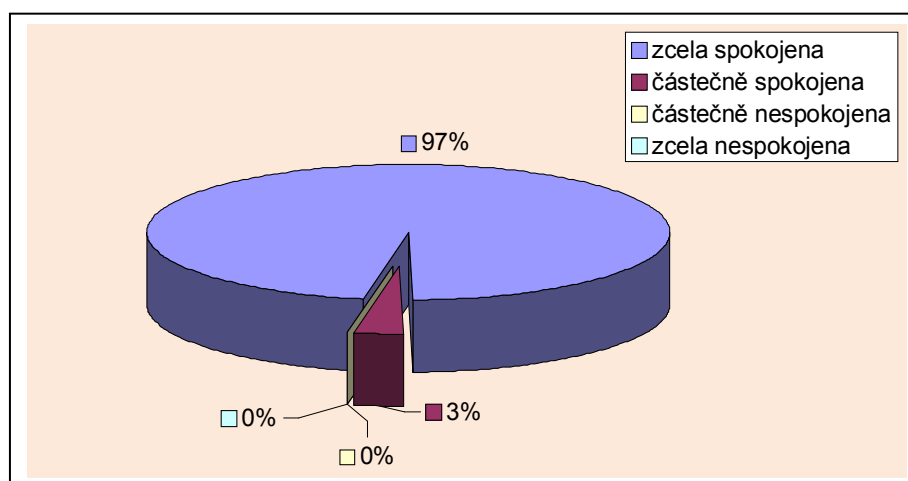
Graf ukazuje, zda sestra srozumitelně odpovídala pacientům na jejich dotazy. Z počtu 100 respondentů (100 %) 94 pacientů (94 %) zaznamenalo, že sestra jim vždy odpověděla srozumitelně. U 6 respondentů (6 %) bylo zaznamenáno, že sestra většinou srozumitelně odpověděla. U možností „občas“ a „nikdy“ nebyly zaznamenány žádné (0 %) odpovědi.

Graf 16 Schopnost sester naslouchat a pohovořit o problémech pacienta



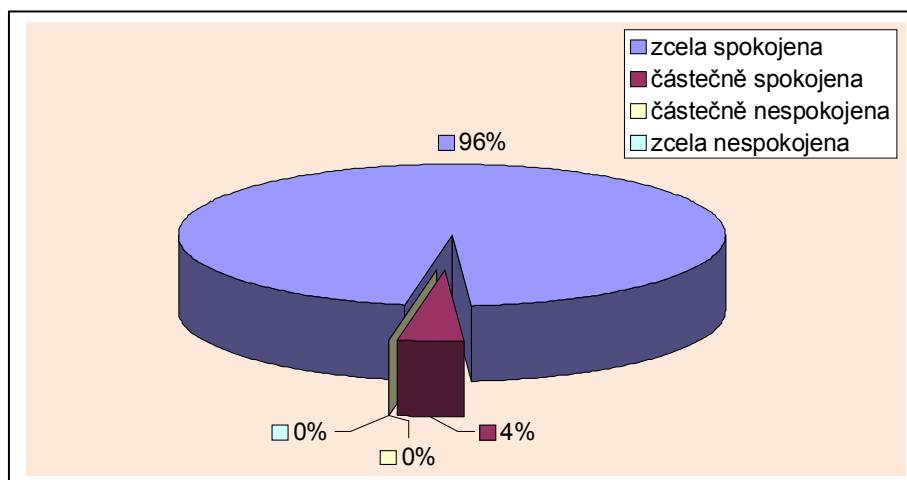
Graf nám ukazuje, kolik pacientů byla sestra ochotna vyslechnout a následně s nimi pohovořit o jejich problémech. Ze 100 pacientů (100 %) na tuto otázku 99 pacientů (99 %) odpovědělo kladně. 1 pacient (1 %) odpověděl, že neví. Nikdy se nestalo, že by sestra nebyla ochotna pacienta vyslechnout.

Graf 17 Hodnocení čistoty a hluku v čekárně



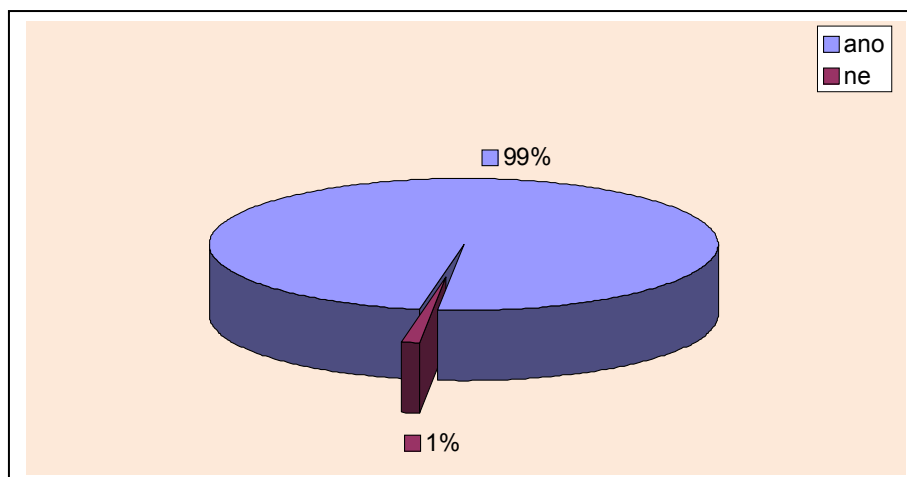
Graf zachycuje spokojenost pacientů s místem, kde čekají na kontrolu. Jak vyplývá z grafu ze 100 pacientů (100 %), 97 pacientů (97 %) je zcela spokojeno s místem čekání a 3 pacienti (3 %) jsou jen částečně spokojeni. Žádný (0 %) z oslovených pacientů nevyužil odpovědi, že je částečně nebo zcela nespokojen.

Graf 18 **Hodnocení čistoty a pořádku na ambulanci**



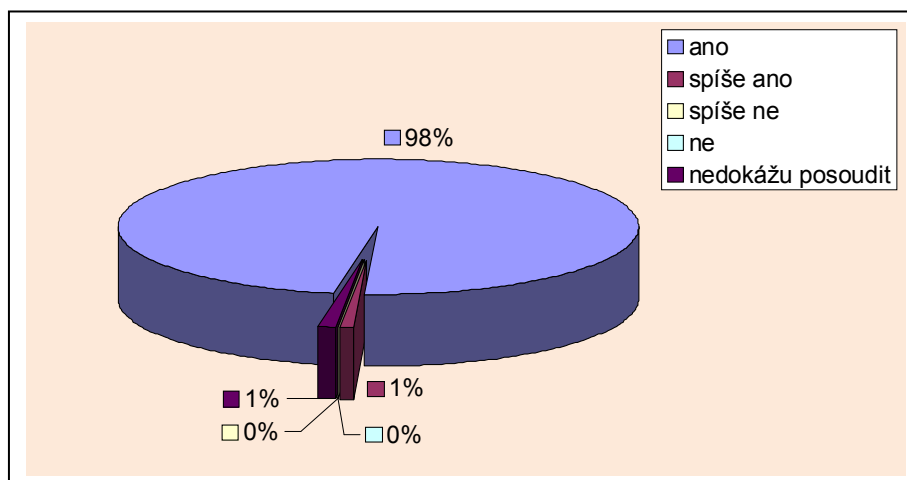
Graf znázorňuje, jaký mají respondenti celkový dojem z čistoty a pořádku na ambulanci. Ze 100 dotázaných respondentů (100 %) 96 (96 %) je zcela spokojeno s čistotou a pořádkem v ambulanci, částečně jsou spokojeni zbylí 4 respondenti (4 %). Částečná nespokojenost a naprostá nespokojenost není udávána žádným (0 %) z dotázaných pacientů.

Graf 19 **Znalost jména ošetřujícího lékaře v ambulanci**



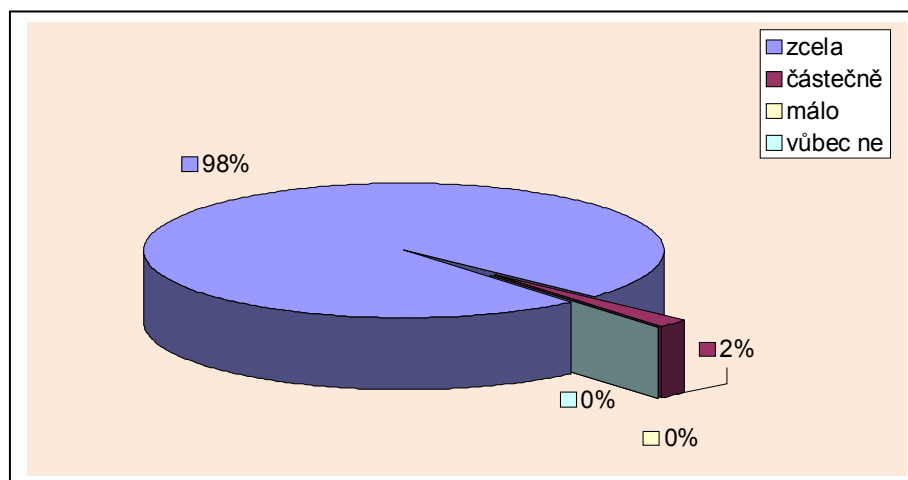
Graf zachycuje, kolik respondentů zná jméno ošetřujícího lékaře v ambulanci. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) na tuto otázku odpovědělo kladně 99 respondentů (99 %) jen 1 respondent (1 %) odpověděl záporně.

Graf 20 Pozornost, kterou lékař věnuje pacientům



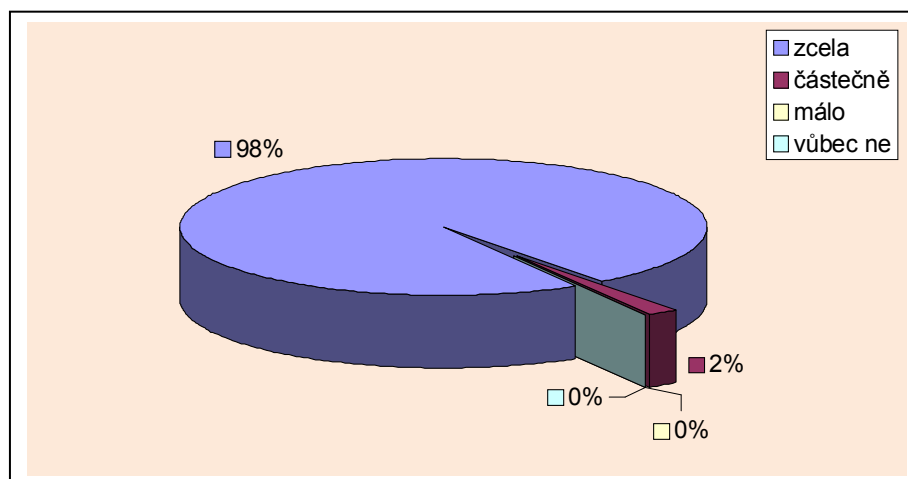
Graf zachycuje, jak respondenti vnímají pozornost, kterou jim lékař věnuje. Ze 100 pacientů (100 %), ano, lékař věnuje pacientům dostatek času“, odpovědělo 99 dotázaných respondentů (99 %) a 1 respondent (1 %) odpověděl, že spíše ano. Odpovědi „spíše ne“ a „ne“ (0 %) se u oslovených respondentů nevyskytovaly. 1 respondent (1 %) odpověděl, že situaci nedokáže posoudit.

Graf 21 Podání informací o nemoci



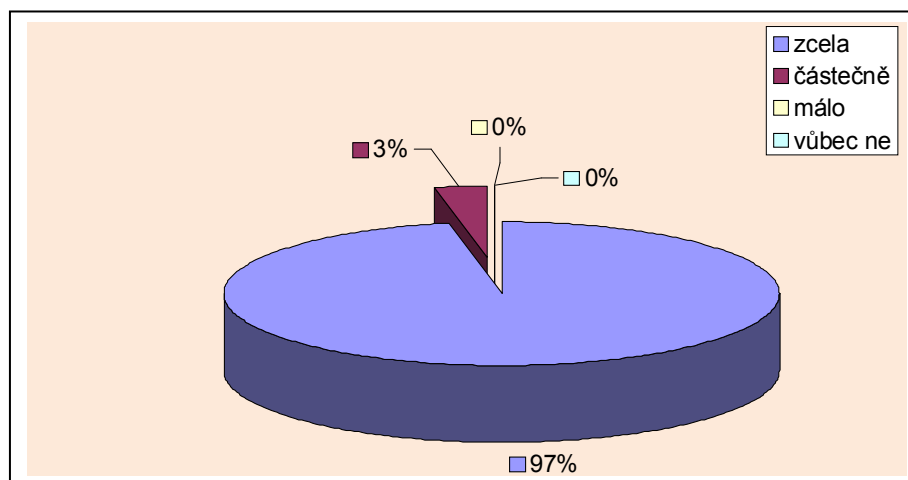
Graf znázorňuje pacientovy názory na podávání informací o své chorobě. Ze 100 pacientů (100 %) 98 pacientům (98 %) zcela postačoval rozsah podávaných informací o své chorobě. 2 pacientům (2 %) z celkového počtu dotázaných informace postačovaly jen částečně. Odpovědi „málo“ a „vůbec ne“ nebyly (0 %) dotazovanými pacienty vybrány.

Graf 22 Způsob podání informací o léčbě, nezbytném výkonu



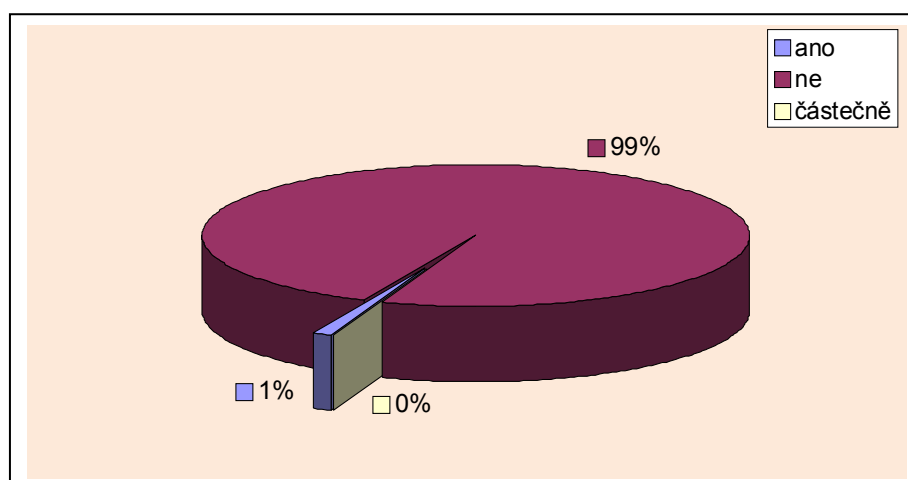
Graf zachycuje, zda pacientům vyhovoval způsob seznámení se s léčbou a nezbytným výkonem, s jeho následky a možnými riziky. Ze 100 dotázaných pacientů (100 %) zcela vyhovoval způsob informací 98 pacientům (98 %), částečně vyhovoval 2 pacientům (2 %).

Graf 23 Informovanost o dalším způsobu a průběhu léčby



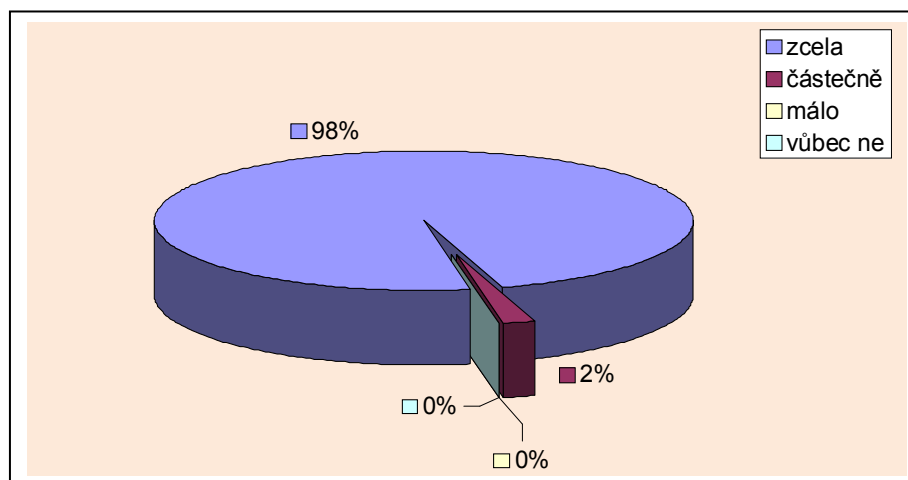
Graf ukazuje, zda pacienti mají dostatek informací o další léčbě a o průběhu choroby. Z celkového počtu 100 pacientů (100 %) odpovědělo 97 pacientů (97 %), že mají dostatek informací. 3 pacienti (3 %) dostali informace jen částečně.

Graf 24 Negativní reakce ze strany personálu



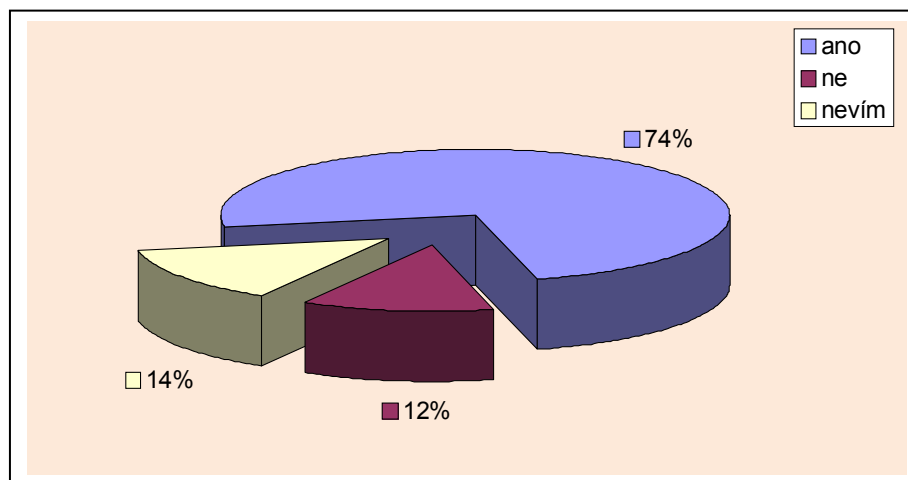
Graf vypovídá o tom, zda se respondenti, kteří dochází do nefrologické ambulance, setkali s negativním přístupem personálu. Z celkového počtu 100 pacientů (100 %) 99 pacientů (99 %) odpovídá záporně, to znamená, že se nesetkali s negativním přístupem. Pouze 1 pacient (1 %) uvedl kladnou odpověď. A na otázku, zda tuto situaci řešil, odpověděl, že ano.

Graf 26 Dostatek soukromí během vyšetření



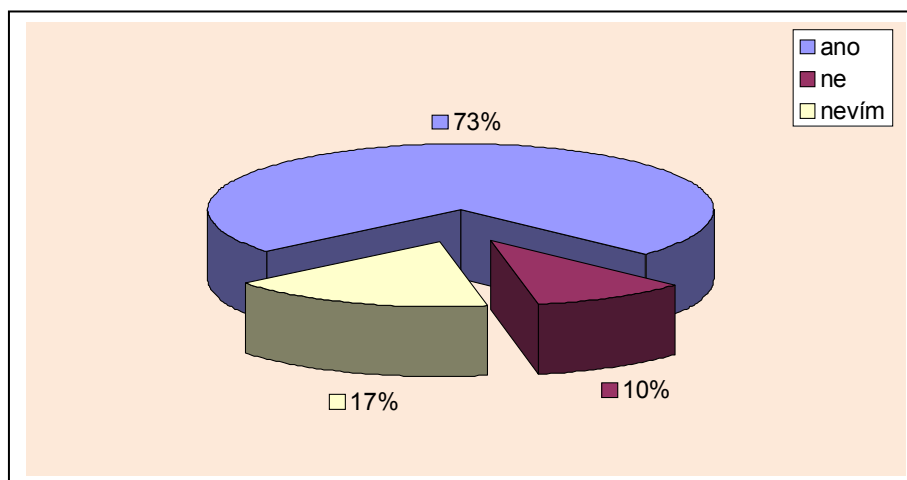
Graf znázorňuje, zda byl pacientům během vyšetření zajištěn dostatek soukromí. Na tuto otázku zcelkového počtu 100 pacientů (100 %) 98 pacientů (98 %) odpovědělo, že personál ambulance zcela zajistil jejich soukromí během kontroly. Jen s částečným zajištěním soukromí se setkali 2 pacienti (2 %).

Graf 27 Zjišťování opory v rodině v souvislosti s onemocněním ze strany sestry



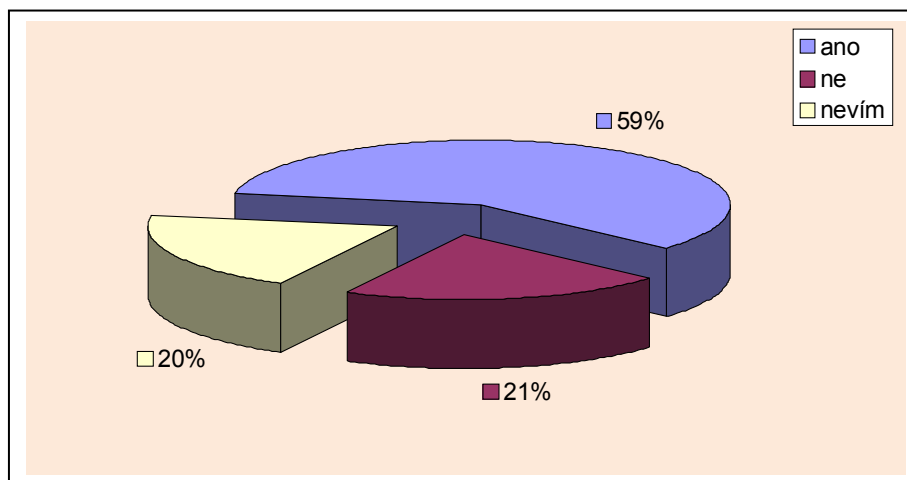
Graf seznamuje s rozsahem, jakým sestra zjišťuje, jakou má pacient v souvislosti se svým onemocněním oporu v rodině. Ze 100 dotázaných (100 %) 74 pacientů (74 %) odpovídá, že sestra zjišťuje, jaká je opora v rodině. 12 pacientů (12 %) odpovídá, že sestra nezjišťuje podporu ze strany rodiny, a zbylých 12 pacientů (12 %) neví, zda se sestra o tuto informaci zajímá.

Graf 28 Zjišťování zásahu onemocnění do aktivit pacientů ze strany sestry



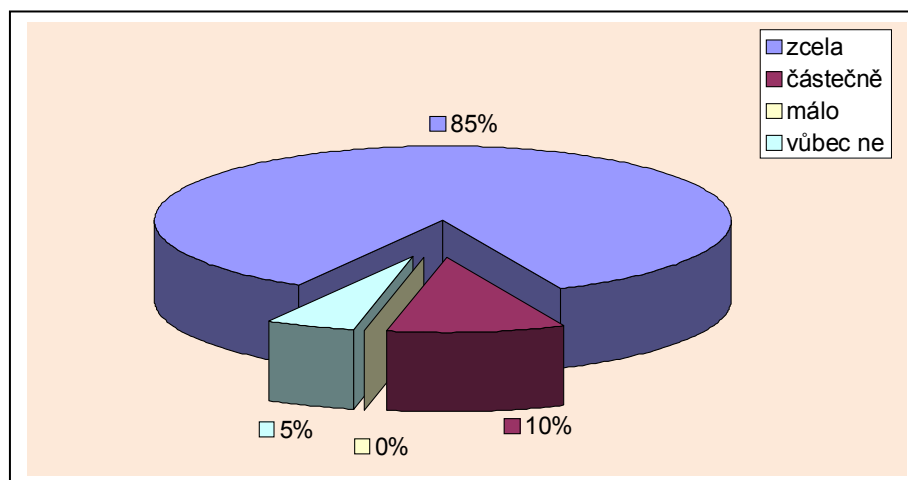
Graf uvádí procentuální přehled, jak sestra zjišťuje, zda onemocnění zasáhlo do pacientových aktivit. Ze 100 oslovených (100 %) 73 pacientů (73 %) uvádí, že sestra se zajímá, jak dalece onemocnění zasáhlo do pacientových aktivit. 10 pacientů (10 %) udává zápornou odpověď, že se sestra nezajímá, a 17 pacientů (17 %) si nevzpomíná, neví, zda jim takový dotaz položen.

Graf 29 Zjišťování reakce pacientovy rodiny v souvislosti s onemocněním ze strany sestry



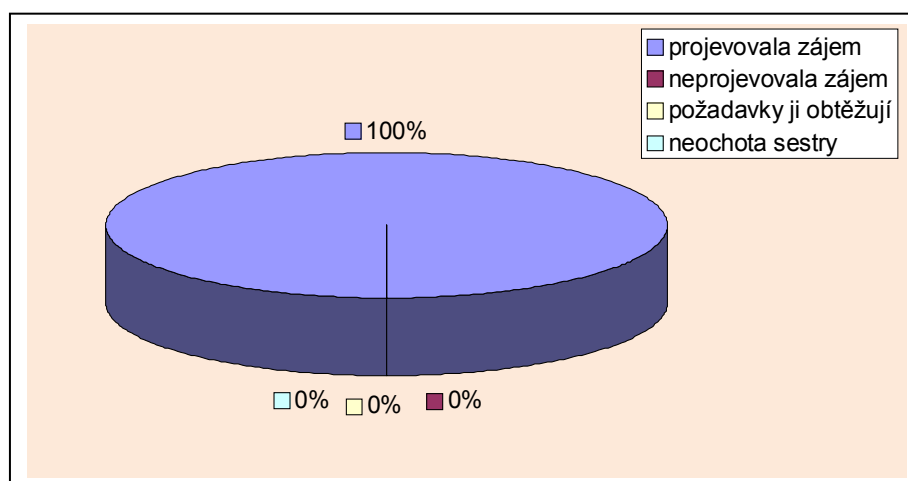
Graf zachycuje, zda se sestra informuje, jak reagovala pacientova rodina v souvislosti se zjištěním jeho onemocnění. 59 pacientů (59 %) ze 100 dotázaných (100 %) zaznamenává kladnou odpověď. Záporně odpovídá 21 pacientů (21 %) a 20 pacientů (20 %) neví, zda sestra zjišťovala reakci rodiny na jejich onemocnění .

Graf 30 Zájem sestry o obavy a strach pacienta před kontrolou



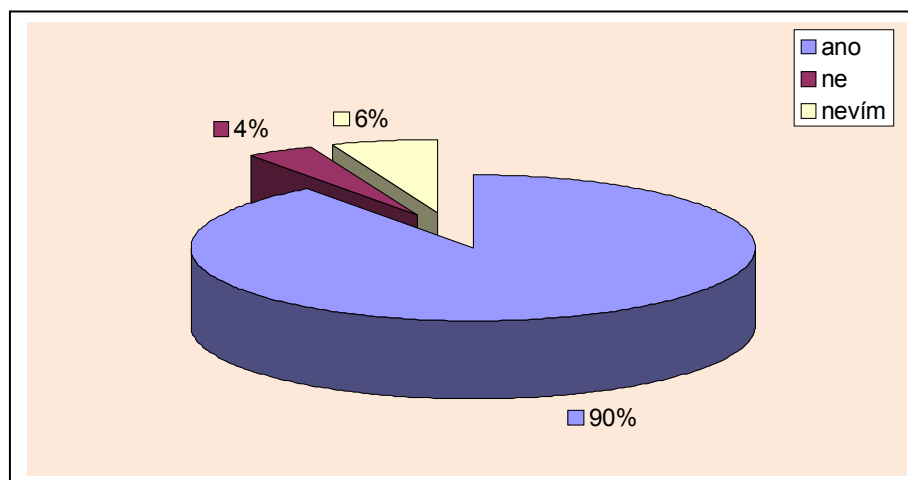
Graf procentuálně zobrazuje, jak se sestra zajímá o pacientovy obavy a strach před kontrolou. Z celkového počtu 100 pacientů (100 %) 85 pacientů (85 %) udává, že se sestra zcela zajímá o obavy, strach před kontrolou. 10 pacientů (10 %) zaznamenává jen částečný zájem ze strany sestry a pouze 5 pacientů (5 %) tvrdí, že se sestra vůbec nezajímá o jejich obavy, strach.

Graf 31 Přístup sestry k pacientům



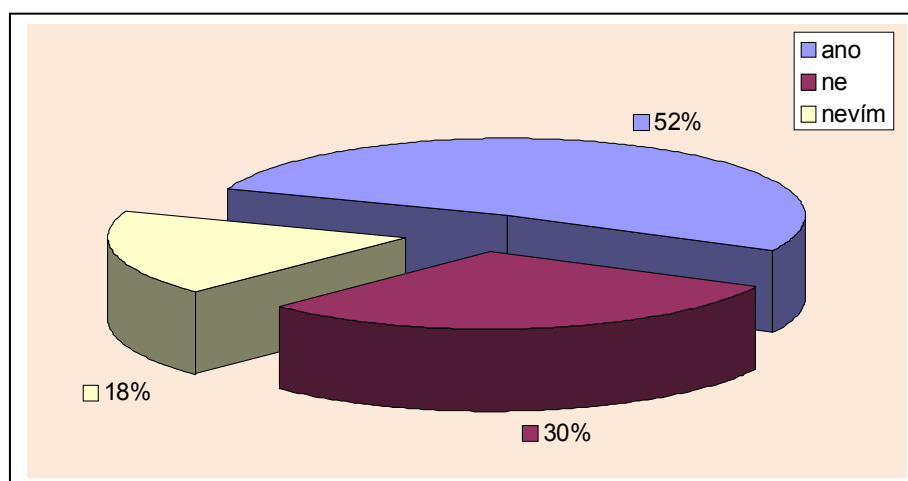
Graf ukazuje, jak pacienti vnímají přístup sestry k jejich osobě. Ze 100 dotázaných pacientů (100 %) všichni pocítují, že sestra projevuje zájem o jejich potřeby.

Graf 32 Zájem personálu o problémy pacientů spojené s onemocněním



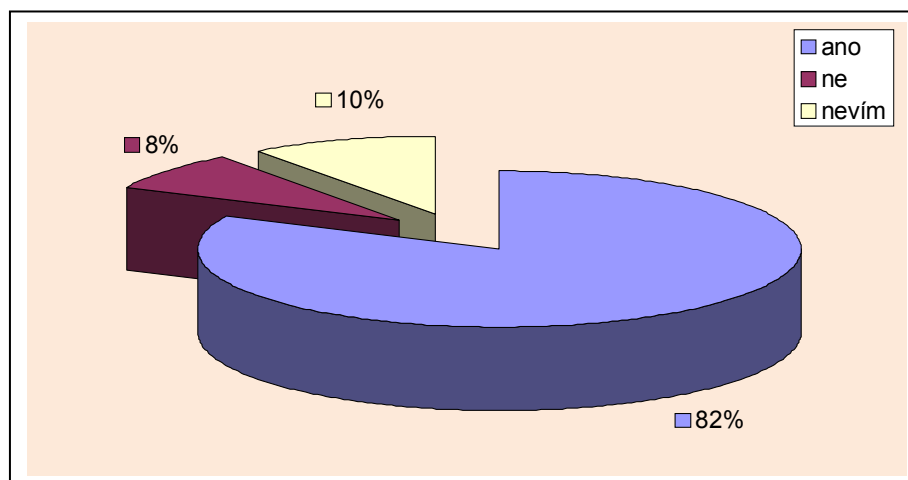
Graf vyhodnocuje, jaký je zájem personálu o problémy pacientů spojené s jejich onemocněním. Ze 100 pacientů (100 %) 90 pacientů (90 %) odpovídá kladně, že se personál zajímá o problémy spojené s jejich onemocněním. 6 pacientů (6 %) neví, zda se personál zajímá o takovéto problémy, a jen 4 pacienti (4 %) podávají zápornou odpověď, že se personál nezajímá o problémy spojené s jejich onemocněním.

Graf 33 Zájem personálu o potřeby pacienta - spánek



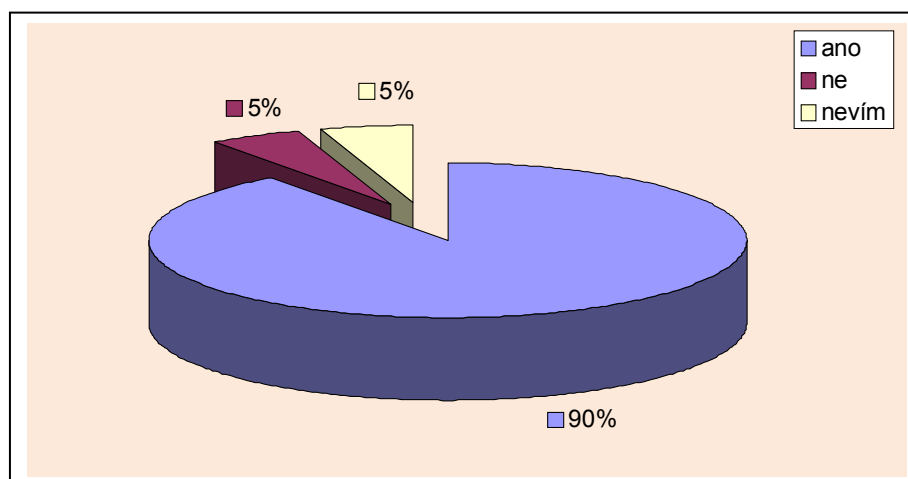
Graf procentuálně hodnotí, zda se personál zajímá o potřeby pacienta, v tomto případě o kvalitu spánku. Ze 100 dotazovaných (100 %) 52 pacientů (52 %) je přesvědčeno, že se personál zajímá o kvalitu jejich spánku. 30 pacientů (30 %) odpovídá záporně, zbývajících 18 pacientů (18 %) neví, zda jim personál někdy tuto otázku položil.

Graf 34 Zájem personálu o potřeby pacienta - výživa



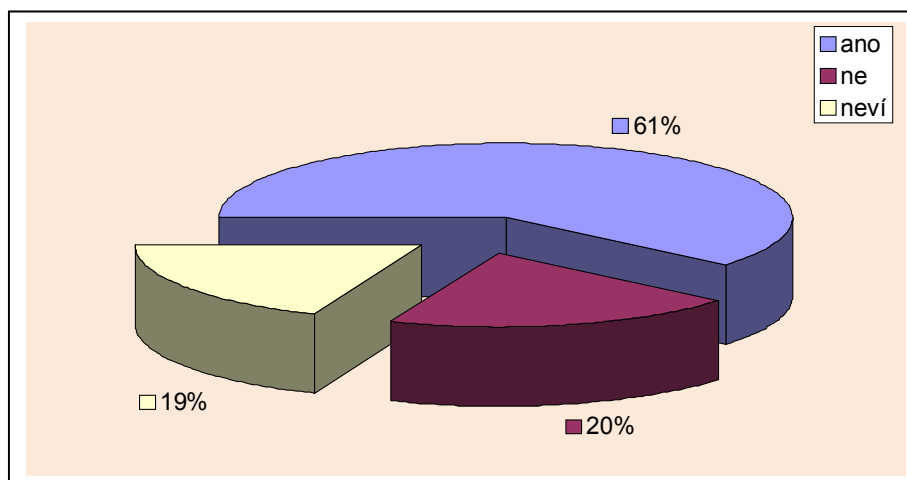
Graf opět procentuálně hodnotí, zda se personál zajímá o potřeby pacienta, tentokrát o jeho výživu. Kladně odpovídá 82 pacientů (82 %) ze 100 dotazovaných (100 %). Pouze 8 pacientů (8 %) udává, že se zdravotnický personál nezajímá o stravovací návyky pacientů. 10 pacientů (10 %) neví, zda se personál dotazoval.

Graf 35 Zájem personálu o potřeby pacienta – vylučování moči



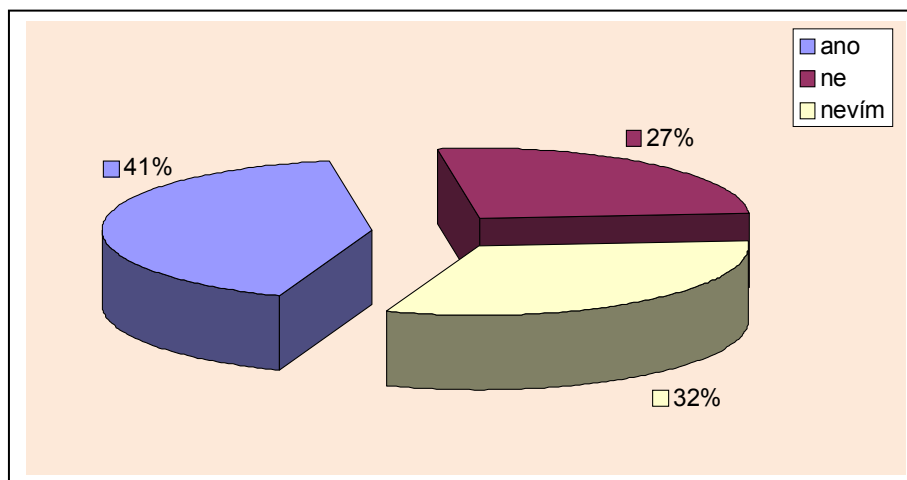
Graf opět procentuálně hodnotí, zda se personál zajímá o potřeby pacienta, tentokrát o vylučování moči. Z celkového počtu 100 oslovených (100 %) 90 pacientů (90 %) odpovídá, že se personál zajímá o jejich vyprazdňování moči. U 5 pacientů (5 %) je zaznamenána záporná odpověď, personál se nezajímá o tuto potřebu, a 5 pacientů (5 %) neví, zda se personál dotazuje na vylučování moči.

Graf 36 Zájem personálu o pacientovy plány spojené s onemocněním



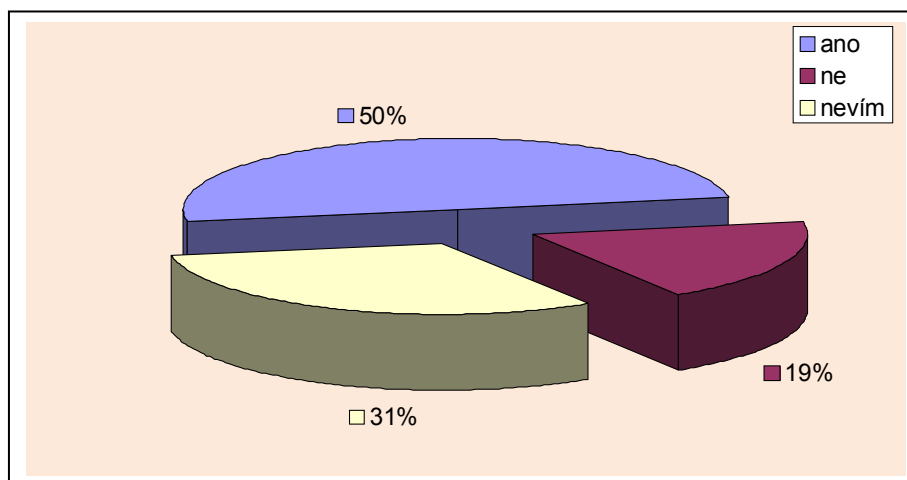
Graf znázorňuje, zda zdravotnický personál hovořil s pacienty o plánech do budoucna v souvislosti s jejich onemocněním. Zájem personálu udává 61 respondentů (61 %) ze 100 oslovených (100 %). 20 pacientů (20 %) odpovídá záporně. 19 pacientů (19 %) neví, jestli jim byla takováto otázka někdy položena.

Graf 37 Zájem personálu o dosažení pacientových cílů v souvislosti s nemocněním



Graf ukazuje, zda zdravotnický personál hovořil s pacienty o vnímání jejich choroby ve vztahu k dosažení jejich životních cílů. Na tuto otázku kladně odpovídá 41 pacientů (41 %). z celkového počtu 100 pacientů (100 %) u 27 pacientů (27 %) je zaznamenána záporná odpověď a zbylých 32 pacientů (32 %) neví, zda se zdravotnický personál ptal na tuto otázku.

Graf 38 Zájem personálu o životní jistoty pacientů spojené s onemocněním



Graf zachycuje, zda zdravotnický personál hovořil s pacienty o životních jistotách v souvislosti s jejich onemocněním. Ze 100 dotázaných pacientů (100 %) 50 pacientů (50 %) udává kladnou odpověď, záporně odpovídá 19 pacientů (19 %) a 31 pacientů (31 %) neví, zda se personál zajímal o jejich životní jistoty spojené s onemocněním.

4.2 Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření – rozhovory se sestrami

Respondent č. 1

Nefrologická ambulance je součástí hemodialyzačního střediska. Práci všeobecné zdravotní sestry zde vykonává T. K., DiS. Pracuje zde již čtvrtým rokem a současně pracuje jako peritoneální sestra. Vystudovala VZŠ a nyní si ještě zvyšuje kvalifikaci speciálním studiem v Brně.

S teorií holismu se seznámila nejen na VZŠ, ale i na nefrologických konferencích, kterých se pravidelně zúčastňuje. Na otázku, v čem spočívá holistický přístup v péči o klienta, sestra odpověděla, že holistický přístup znamená celkový přístup k pacientovi, kdy jsou centrem pozornosti jeho problémy zdravotní, psychické i sociální. Při položení otázky, jak je tento přístup využíván v její ambulanci, poskytla sestra tuto odpověď: „V nefrologické ambulanci vedle zdravotních problémů jsme schopni řešit i problémy psychické za pomoci speciálních odborníků, se kterými spolupracujeme. Rovněž je zabezpečena i sociální oblast; pro získání potřebných informací dáváme pacientům kontakty na odborníky v dané oblasti.“

Při příjmu nového pacienta do ambulance se dotazovaná zdravotní sestra vždy představuje, a to i přestože má na všeobecně viditelném místě vizitku se svým jménem a příjmením. Již při prvním kontaktu sestra vysvětluje pacientovi, co se v následujících okamžicích bude odehrávat. Při dalším kontaktu s pacientem vysvětluje každý jednotlivý výkon, který u pacienta provádí. Například při aplikaci léku Aranesp sestra nejen vysvětlí, jak lék bude aplikovat, ale i zdůvodní, proč je potřeba tento lék aplikovat a jak často jej bude pacient dostávat. V případě odeslání pacienta na vyšetření sestra vysvětluje přípravu před vyšetřením (pokud je potřeba), průběh vyšetření a pokyny po vyšetření (např. po fistulografii je potřeba hodně pít). Několika dotazy si sestra zjišťuje, zda jí pacient porozuměl.

Pacienta se ještě vždy dotazován, jak se na vyšetření dostane. Pokud se pacient dopraví sám, nebo si odvoz zajistí, sdělí mu sestra přesnou adresu, kde bude vyšetření probíhat. V případě, že sám není schopen se na vyšetření dopravit, zajistí mu sestra

sanitku. Pacient dostane do ruky lístky na převoz sanitkou a je mu sdělena přibližná doba, kdy má být připraven na její příjezd. Pokud by sanitka nepřijela do určité doby, je pacient informován, že má kontaktovat ambulantní sestru, která se postará o nápravu. Pacienti jsou objednáváni na určitou dobu, která není vždy dodržována. V takových případech se sestra neopomene pacientům omluvit.

Přestože je v ordinaci lékař společně se sestrou, pacienti mají zajištěn dostatek soukromí. Je-li přáním pacienta mít v ordinaci někoho z rodiny nebo blízkou osobu, je mu vyhověno. Naopak u pacientů, kdy již dochází k výběru metod dialýzy (hemodialýzy, peritoneální dialýzy) je jim přímo doporučováno, aby si přivedli také někoho z rodiny.

V průběhu docházení pacientů do nefrologické ambulance sestra během hovorů zjišťuje pacientovu sociální situaci, rodinné zázemí, jeho aktivity, jeho krátkodobé plány. Zajímá se o stravování, zvláště pokud je viditelný problém ve výsledcích, a zajišťuje nutričního specialistu. Pacientův strach, stres se snaží mírnit vlídným slovem, rozhovorem o jeho problémech, čekáním v příjemných prostorách.

Respondent č. 2

Nefrologická ambulance je součástí hemodialyzačního střediska. Práci všeobecné ambulantní sestry zde zastává P. P. Po mateřské dovolené se již nevrátila na hemodialýzu, kde pracovala 12 let, ale v oboru zůstává a již čtvrtým rokem pracuje na nefrologické ambulanci. Vystudovala SZŠ a nyní dokončuje speciální studium v Brně.

S teorií holismu se seznámila prostřednictvím studia v Brně a také při přednáškách na nefrologických konferencích. Na otázku, v čem spočívá holistický přístup v péči o klienta, sestra odpověděla, že spočívá v celkovém přístupu k pacientovi i k jeho rodině. „Staráme se nejen o nemoc pacienta, ale i o vše, co se děje kolem něho, co ho ovlivňuje, včetně jeho rodiny.“ Při položení otázky, jak jej využívá ve své ambulanci, její odpověď zněla: „Zajímáme se, jak pacient žije, s kým žije, v případě, že žije sám, zjišťujeme, zda je schopen se o sebe postarat. Pacientovi, který není schopen se o sebe postarat, nabídneme pomoc: domluvíme schůzku se sociální pracovnící, případně ve spolupráci s obvodním lékařem sjednáme domácí péči.“

Při příjmu nového pacienta do ambulance se dotazovaná sestra vždy představuje, přesto však má vizitku se svým jménem a příjmením. Již při prvním kontaktu sestra vysvětluje pacientovi, co se v následujících okamžicích bude odehrávat. Při každém dalším kontaktu s pacientem mu vysvětluje jednotlivé výkony, které jsou u něj prováděny. Například při aplikaci očkovací látky proti hepatitidě sestra nejen vysvětlí, jak lék bude aplikovat, ale i důvod proč a jak často je potřeba tento lék podávat. V případě odeslání pacienta na vyšetření sestra vysvětluje podrobnosti ohledně přípravy před vyšetřením (pokud je potřeba), průběh vyšetření a pokyny po vyšetření. Na otázku, zda se na daném pracovišti bere v potaz systém zpětné vazby, odpověděla sestra kladně s tím, že pacienti jsou vždy dotazováni, zda rozumí všemu, co jim bylo řečeno.

I zde je zohledněna problematika způsobu dopravy k vyšetření. Pokud je pacient schopen dopravit se sám, nebo si může odvoz zajistit, je mu sdělena přesná adresa, kde bude jeho vyšetření probíhat. V případě, že není v pacientových možnostech dopravit se na vyšetření samostatně, sestra mu zajistí sanitku. Pacient dostane do ruky lístky na převoz sanitkou a je mu sdělena přibližná doba, kdy má být připraven na příjezd

sanitky. Pokud by došlo k případu, že by sanitka do určité doby nepřijela, je pacient informován o tom, že má kontaktovat ambulantní sestru, která se postará o nápravu.

Pacienti jsou objednáváni na určitou dobu, která není dodržována jen ve výjimečných situacích (např. pokud se lékař musí dostavit k akutní dialýze); v takovémto případě se sestra pacientům omlouvá.

V ambulanci jsou přítomni pouze lékař a sestra, takže pacient má dostatek soukromí zcela jistě zajištěn. Specifické požadavky pacientů v tomto ohledu jsou přitom respektovány a velmi často pacienta doprovází i člen rodiny - ostatně při edukaci je to pacientům přímo nabízeno.

V průběhu docházení pacientů do nefrologické ambulance se sestra zajímá o všechny jejich biopsychosociální a duchovní potřeby.

Respondent č. 3

Nefrologická ambulance je součástí hemodialyzačního střediska. Posledních 7 let zde pracuje ambulantní zdravotní sestra M.K., která vystudovala SZŠ.

S holistickou teorií se seznámila prostřednictvím seminářů, kterých se účastní. Na otázku, v čem spočívá holistický přístup v péči o klienta, sestra odpověděla, že holistické metody se zaměřují na příčiny, které způsobují nemoc a na odstranění těchto příčin. Nejde však o fyzikální, chemické a medicínské příčiny v klasickém pojetí smyslu těchto termínů, ale o vztah k energiím a jejich vzájemnému vlivu, což působí na fyzické, duševní a citové zdraví člověka. Na otázku, jak tento přístup využívá ve své ambulanci, nám poskytla odpověď, že k pacientům je přistupováno individuálně, svou pomoc a podporu zaměřují na oblast psychickou, sociální, tělesnou i duchovní.

Při příjmu nového pacienta do ambulance se sestra vždy představuje, přesto však nosí vizitku se svým jménem a příjmením. Již při prvním kontaktu sestra vysvětluje pacientovi vše, co se v následujících okamžicích bude odehrávat. Při každém dalším kontaktu s pacientem vysvětluje každý jednotlivý výkon, který u pacienta provádí. V případě odeslání pacienta na vyšetření sestra vysvětluje přípravu před vyšetřením (pokud je potřeba), průběh vyšetření a pokyny důležité pro dobu po vyšetření. Na otázku, zda je v dané ambulanci využíván systému zpětné vazby, reagovala sestra kladně s následným dovysvětlením, že se pomocí několika krátkých otázek zjišťuje, zda pacient všemu porozuměl, a následně se ještě pro jistotu zrekapituluje to nejpodstatnější.

Pacienta se ještě dotazován, jak se na vyšetření dopraví. Pokud je schopen dopravit sám či si odvoz zajistit, je mu sdělena přesná adresa, kde bude vyšetření probíhat. V případě, že nemá možnost si dopravu sám opatřit, sestra mu zajistí sanitku. Pacient dostane do ruky lístky na převoz sanitkou a je mu sdělena přibližná doba, kdy má být připraven na příjezd sanitky. Pokud by sanitka nepřijela do určité doby, je pacient informován, že má kontaktovat ambulantní sestru, která se postará o nápravu. Pacienti jsou objednávaní na určitou dobu, která je většinou dodržována. Pokud ne, sestra se pacientům omlouvá.

Je-li v ambulanci pacient, je zde pouze lékař a sestra, takže dostatek soukromí je samozřejmostí. Stejně tak jsou respektovány specifické požadavky pacientů a přítomnost člena rodiny je naprosto běžnou záležitostí. Při edukaci je to pacientům přímo nabízeno.

V průběhu docházení pacientů do nefrologické ambulance se sestra zajímá o zdravotní, psychické, sociální a duchovní potřeby pacientů.

Respondent č. 4

Nefrologická ambulance je součástí hemodialyzačního střediska. Práci všeobecné zdravotní sestry zde vykonává R. J. V této ambulanci pracuje jeden rok a je absolventkou SZŠ.

S teorií holismu se seznámila na nefrologických konferencích, jichž se pravidelně zúčastňuje. Na otázku, v čem spočívá holistický přístup v péči o klienta, sestra odpověděla, že je založen na celkovém pohledu na klienta, kdy tento není posuzován pouze z hlediska nefrologického, ale středem zájmu je i jeho celkový fyzický a psychický stav. Na otázku týkající se praktického využívání holistického přístupu v ambulanci sestra odpověděla, že je zde posuzován zdravotní stav pacientů ve vztahu k diagnóze vždy komplexně, což například znamená, že při volbě peritoneální dialyzační metody je třeba posoudit pacientův fyzický i psychický stav a zjistit okolnosti jeho sociálního zázemí.

Při příjmu nového pacienta do ambulance se sestra vždy představuje, přesto však má vizitku se svým jménem a příjmením. Pacientovi vždy podrobně a srozumitelně vysvětluje, jaká vyšetření u něho budou provedena za účelem stanovení diagnózy. Zároveň jej upozorní, o jaký typ vyšetření se jedná, jak toto vyšetření bude probíhat a zda je bolestivé. Jednoduchými dotazy se sestra přesvědčuje o tom, zda pacient podaným informacím rozuměl.

Pacienta se sestra dále dotazuje, zda je schopen se na vyšetření dopravit sám či zda mu odvoz zajistí někdo z rodiny. Není-li schopen se dopravit sám ani nemá jinou možnost zajištění dopravy, sestra objedná dopravu sanitní. Pacient dostane do ruky lístky na převoz sanitkou a je mu sdělena přibližná doba, kdy má být připraven na příjezd sanitky. Pokud by sanitka nepřišla do určité doby, je pacient informován o tom, že má kontaktovat ambulantní sestru, která se postará o nápravu. Pacienti jsou objednávaní na kontrolu dle plánovacího kalendáře, kde je přesně stanoven den a hodina návštěvy. Pokud pacient požádá o změnu, je mu vyhověno. Doba kontroly je dodržována, v opačném případě se sestra pacientům omlouvá a sděluje jim příčinu zpoždění.

Odpověď na otázku týkající se zachovávání soukromí pacientů během vyšetření byla kladná. Přítomnost člena rodiny nebo jinak blízké osoby je dnes již samozřejmostí. Dokonce pacienti, u nichž již dochází k výběru metod dialýzy (hemodialýza, peritoneální dialýza) jsou přímo nabádáni, aby si nějakou blízkou osobu přivedli.

Také k poslednímu soubor otázek, které se věnují zohlednění psychických, sociálních a duchovních potřeb pacientů, se sestra vyjádřila kladně.

Respondent č. 5

Nefrologická ambulance je součástí hemodialyzačního střediska. Práci všeobecné zdravotní sestry zde již deset let vykonává J. F., která je absolventkou VZŠ.

S teorií holismu se seznámila na nefrologických konferencích, kterých se pravidelně zúčastňuje. Na otázku, v čem spočívá holistický přístup v péči o klient, sestra odpověděla, že to znamená celkový přístup k pacientovi, centrem pozornosti jsou jeho problémy zdravotní, psychické i sociální. K otázce, jak tento přístup využívá v ambulanci, kde pracuje, podotkla, že v dané nefrologické ambulanci jsou vedle zdravotních problémů pacientů schopni řešit i jejich problémy psychické za pomoci speciálních odborníků, jejichž spolupráce je využívána. Rovněž je zabezpečena i sociální oblast v péči o pacienty; pro získání potřebných informací jsou pacientům poskytovány kontakty na odborníky v příslušné oblasti.

Při příjmu nového pacienta do ambulance se sestra vždy představuje, přesto však má vizitku se svým jménem a příjmením. Pacientovi vždy vysvětluje každý jednotlivý výkon, například při aplikaci léku Ferrlecit je třeba objasnit, jak bude lék aplikován, proč je nutná jeho aplikace a jak často je třeba jej podávat. V případě odeslání pacienta na vyšetření sestra vysvětluje přípravu před vyšetřením (pokud je potřeba), průběh vyšetření a další pokyny nezbytné pro období po vyšetření. Několika dotazy si sestra zjišťuje, zda jí pacient porozuměl.

Pacienta je ještě dotazován, jak se na vyšetření dostane. Pokud se dopraví sám nebo si odvoz zajistí, je mu sdělena přesná adresa, kde bude vyšetření probíhat. V případě, že není schopen si dopravu samostatně obstarat, zajistí mu sestra sanitku. Zároveň pacienta upozorní na možnost požádat obvodního lékaře o přepravu sanitním vozem. Pacient dostane do ruky lístky na převoz sanitkou a je mu sdělena přibližná doba, kdy má být připraven na příjezd sanitky. Pokud by nepřijela do určité doby, je pacient informován o tom, že má kontaktovat ambulantní sestru, která se postará o nápravu. Pacienti jsou objednáváni na určitou dobu, která není vždy dodržována. V takovémto případě se sestra pacientům omlouvá a současně jim sděluje příčinu zpoždění.

Na otázku, zda mají pacienti zajištěn dostatek soukromí, sestra odpověděla, že o tom příliš přesvědčená není, neboť je možné v čekárně slyšet vše, co je v ordinaci řečeno, i přes zavřené dveře. Během vyšetření navíc do ordinace chodí i personál hemodialyzačního střediska pro různé informace a tím se soukromí pacienta rovněž narušuje. Přání pacienta mít v ordinaci někoho z rodiny nebo blízkou osobu je vždy respektováno. Dokonce pacienti, u nichž již dochází k výběru metod dialýzy (hemodialýza, peritoneální dialýza) jsou přímo nabádáni, aby si nějakou blízkou osobu přivedli.

V průběhu docházení pacientů do nefrologické ambulance sestra během rozhovoru zjišťuje pacientovu sociální situaci, rodinné zázemí, podrobnosti o jeho aktivitách. Zajímá se o stravování a pokud je viditelný problém ve výsledcích, zajišťuje nutričního specialistu. Pacientův strach a stres se snaží zmírnit vlídným slovem, rozhovorem o jeho problémech, čekáním v příjemných prostorách.

4.3 Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření - kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 1 Hodnocení délky praxe sester v nefrologické ambulanci

DÉLKA PRAXE V NEFROLOGICKÉ AMBULANCI					
RESPONDENTI = R	R 1	R 2	R3	R 4	R 5
POČET LET	4 roky	4 roky	7 let	1 rok	10 let

Tabulka 1 zaznamenává jaká je délka praxe u oslovených respondentů. Nejkratší doba praxe v nefrologické ambulanci z oslovených respondentů je 1 rok, nejdelší doba praxe v nefrologické ambulanci je 10 let.

Tabulka 2 Hodnocení nejvyššího dosaženého vzdělání sester

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ					
RESPONDENTI =R	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
VZDĚLÁNÍ	VZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ

Tabulka 2 udává, že jen jeden respondent má vyšší odborné vzdělání, ve vzdělávání pokračuje a nyní studuje ARIP. Ostatní čtyři respondenti mají střední zdravotní školu, z toho jeden si v současné době zvyšuje kvalifikaci a studuje ARIP.

Tabulka 3 Hodnocení znalostí sester o holistickém přístupu

ZNALOST HOLISTICKÉHO PŘÍSTUPU						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 3 udává, že všichni dotazovaní respondenti o holistickém přístupu nejen slyšeli, ale mají i dostatečné znalosti.

Tabulka 4 Hodnocení využití holistického přístupu v nefrologických ambulancích

VYUŽITÍ HOLISTICKÉHO PŘÍSTUPU V AMBULANCÍCH						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

V tabulce 4 je zaznamenáno, že holistický přístup je v nefrologických ambulancích plně využíván.

Tabulka 5 Hodnocení skutečnosti, zda se sestra klientům představuje

PŘEDSTAVUJETE SE KLIENTŮM						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 5. U odpovědi na tuto otázku panovala u všech respondentů shoda: klientům se vždy při prvním kontaktu představují.

Tabulka 6 Hodnocení skutečnosti, zda sestra vysvětluje klientům postupy prováděných výkonů

VYSVĚTLUJETE PROVÁDĚNÉ POSTUPY						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 6. Všichni respondenti tvrdí, že klientům prováděné výkony vysvětlují.

Tabulka 7 Hodnocení, zda sestra vysvětluje klientům vyšetření, která podstupují

VYSVĚTLUJETE VYŠETŘENÍ KLIENTŮM						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 7. I v tomto případě byla odpověď všech dotazovaných sester kladná, pacientům vždy vysvětlují postupy vyšetření i přípravu na něj.

Tabulka 8 Hodnocení skutečnosti, zda sestra používá systém zpětné vazby

POUŽÍVÁTE SYSTÉM ZPĚTNÉ VAZBY						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 8. Všechny sestry odpověděly, že systém zpětné vazby používají; vždy si ověřují, zda pacienti pochopili všechny jim sdělené informace.

Tabulka 9 Hodnocení skutečnosti, zda se sestra zajímá o možnost klientovy dopravy na vyšetření

INFORMUJETE SE O MOŽNOSTECH KLIENTOVY DOPRAVY						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 9. I na tuto otázku všechny dotázané sestry odpovídají kladně. Pacientů se vždy ptají, jakým způsobem se na vyšetření dostanou.

Tabulka 10 Hodnocení skutečnosti, zda sestra zajišťuje v případě potřeby klientům dopravu

ZAJIŠŤUJETE KLIENTŮM DOPRAVU						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 10. Všechny odpovědi shodně signalizují, že sestry zajistí pacientům dopravu sanitkou, pokud to jejich situace vyžaduje.

Tabulka 11 Hodnocení skutečnosti, zda sestra stanovuje klientům přesný termín kontroly

STANOVUJETE PŘESNÉ TERMÍNY KONTROLY						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 11. Všechny dotazované sestry odpověděly, že pacienty objednávají na konkrétní datum a čas, ovšem zohledňují přitom i pacientovy časové možnosti.

Tabulka 12 Hodnocení skutečnosti, zda je dodržován stanovený termín kontroly

DODRŽOVÁNÍ TERMÍNU KONTROLY						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	0	0	0	0	0	0
SPÍŠE ANO	0	1	1	1	0	3
NE	0	0	0	0	0	0
SPÍŠE NE	1	0	0	0	1	2

Tabulka 12. Tři sestry uvedly, že čas kontroly je zpravidla dodržován, ale ne vždy. Zbylé dvě sestry uvedly, že kontrola není vždy dodržována.

Tabulka 13 Hodnocení skutečnosti, zda se sestra omlouvá za zpoždění

OMLUVA ZA ZPOŽDĚNÍ						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 13. Pacientům se za zpoždění omlouvají všechny sestry a udávají též důvod zpoždění.

Tabulka 14 Hodnocení skutečnosti, zda je pacientům během kontroly poskytován dostatek soukromí

SOUKROMÍ PŘI KONTROLE						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	0	4
NE	0	0	0	0	1	1

Tabulka 14. Jedna sestra odpověděla záporně, domnívá se že klienti nemají dostatek soukromí. Zbylé čtyři sestry tvrdí opak.

Tabulka 15 Hodnocení skutečnosti, zda personál respektuje specifické požadavky klientů

RESPEKTUJETE PŘÍTOMNOST ČLENA RODINY						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 15. Všechny sestry odpověděly, že přítomnost člena rodiny či jiné blízké osoby nejen respektují, ale přímo ji i pacientům doporučují.

Tabulka 16 Hodnocení skutečnosti, zda se personál ambulance zajímá též o biologické potřeby pacientů – výživa pacientů

ZÁJEM O VÝŽIVU KLIENTŮ						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 16. Všech pět dotazovaných sester uvádí, že se zajímají o výživu pacientů.

Tabulka 17 Hodnocení skutečnosti, zda se personál ambulance zajímá také o další biologické potřeby pacientů – vylučování moči

ZÁJEM OHLEDNĚ VYLUČOVÁNÍ MOČI						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 17. Všechny sestry, kterým byla položena tato otázka, odpověděly shodně, že zajímají se o pacientovo vylučování moči.

Tabulka 18 Hodnocení skutečnosti, zda se personál ambulance zajímá také o další biologické potřeby pacientů - spánek

ZÁJEM PERSONÁLU O SPÁNEK KLIENTŮ V SOUVISLOTI S ONEMOCNĚNÍM						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 18. Všechny sestry uvádějí, že zjišťují, jaký vliv má onemocnění pacientů na jejich spánek.

Tabulka 19 Hodnocení skutečnosti, zda se personál zajímá též o psychologické potřeby pacientů – zmírnění strachu a obav

ZÁJEM O PACIENTOVŮV STRACH PŘED KONTROLOU						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 19. Všech pět dotázaných sester shodně odpovědělo, že se snaží zmírnit obavy a strach klientů před nadcházející kontrolou.

Tabulka 20 Hodnocení skutečnosti, zda se personál ambulance zajímá také o sociální potřeby pacientů

ZÁJEM O SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ PACIENTŮ						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 20. Kladné odpovědi jsou jednotné u všech pěti dotázaných sester.

Tabulka 21 Hodnocení skutečnosti, zda se personál ambulance zajímá také o duchovní potřeby pacientů – plány klientů do budoucna

ZÁJEM O PLÁNY KLIENTŮ V SOUVISLOSTI S ONEMOCNĚNÍM						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 21. Všechny sestry opět odpověděly kladně. O plány klientů v souvislosti s onemocněním se zajímají.

Tabulka 22. Hodnocení skutečnosti, zda se personál ambulance zajímá také o další duchovní potřeby pacientů – jistoty v budoucnosti

ZÁJEM O JISTOTY PACIENTŮ DO BUDOUCNA V SOUVISLOSTI S ONEMOCNĚNÍM						
RESPONDENTI=R	R1	R2	R3	R4	R5	SOUČET
ANO	1	1	1	1	1	5
NE	0	0	0	0	0	0

Tabulka 22. Odpovědi na tuto otázku byly opět jednotné: sestry se zajímají o pacientovy jistoty do budoucna v souvislosti s daným onemocněním.

5. Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda je v nefrologické ambulanci přistupováno k pacientům holisticky a zda jsou uspokojovány jejich biopsychosociální a duchovní potřeby.

Sledovanými byli pacienti docházející do nefrologické ambulance v Praze - Krči na hemodialyzačním středisku Fresenius Medical Care.

Ze zkoumaného vzorku 100 pacientů tvořili 45 % muži a 55 % bylo žen, jak je patrné z Grafu 1. Nejčastější věková skupina dotazovaných, 52 %, byli pacienti jednadsmesátiletí a starší (viz Graf 2). Tento vysoký věkový průměr je dán stárnutím populace. Jak uvádí ve své publikaci A. Mahon a K. Jenkins, lidský život se nejen prodlužuje, ale také došlo ke zlepšení léčby různých chronických onemocnění. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 37 % respondentů má středoškolské vzdělání a 32 % respondentů je vyučeno, tyto výsledky zřejmě souvisí s věkem dotazovaných (viz Graf 3).

Druhým výzkumným souborem byly sestry, které pracují v nefrologických ambulancích v Karlových Varech, Chomutově, Sokolově, Benešově a v Praze- Vinohradech.

V předložených tabulkách jsou zpracovány nejen dotazy vztahující se přímo k výzkumné otázce, ale také dotazy obecného charakteru, které s výzkumnou otázkou nesouvisí, avšak jsou podstatné pro všeobecný přehled o respondentkách, které se podílely na výzkumném šetření. Otázky obecného charakteru jsou zpracovány v tabulkách 1, 2.

Otázka dotazující se v čem spočívá holistický přístup v péči o klienta, je popisována a zpracována v tabulce 3. Z výsledků této tabulky je patrné, že všechny dotazované sestry, věděly v čem spočívá holistický přístup v péči o pacienta. Tento výsledek je potěšující, zejména proto, že novodobou filozofií v ošetrovatelství je celostní přístup – holismus. Ve velké míře se o něm zmiňuje ve svých publikacích D. Mastiliaková. Sestry se s celostním přístupem k pacientovi setkávají již na SZŠ, dále pak na VZŠ, v pomaturitních specializačních studiích, na seminářích a také na nefrologických konferencích. Tuto skutečnost mohu potvrdit také z vlastní zkušenosti. Avšak nestačí pouze znát pojem, ale důležité je především holistický přístup uplatňovat.

Z tabulky 4 vyplývá, že holistický přístup v dotazovaných nefrologických ambulancích je plně využíván.

Do nefrologické ambulance dochází 74 % respondentů déle než jeden rok (viz Graf 4). Z těchto výsledků vyplývá, že u uvedených pacientů došlo k brzkému odhalení chronického onemocnění ledvin. A právě to je velice důležité, neboť dává pacientům větší šanci zmírnit onemocnění, zlepšit kvalitu života a snížit komplikace, jak je uvedeno v literatuře (23). Otázka č. 5 byla zaměřena na způsob prvního objednání respondentů do nefrologické ambulance. Na tuto otázku 65 % respondentů odpovědělo, že bylo objednáno jiným lékařem. Toto zjištění nás informuje o správném přístupu lékařů, kteří včas zajistili pacientům vyšetření na specializovaném pracovišti. Odpovědi jsou uvedeny v Grafu 5.

Na základě výsledků získaných tímto výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pacienti jsou na ambulantní kontroly objednávání na určité datum a hodinu s možností změny nebo na určité datum a hodinu dle vzájemné domluvy sestry a klienta. Jak vyplývá z Grafu 6, 63 % pacientů se setkalo v praxi s první možností a 37 % respondentů označilo druhou možnost. Shodně vypovídaly i dotazované sestry, které skutečně pacienty objednávají na určitý termín, pokud však pacient nemůže tento termín dodržet, jsou sestry přístupné vzájemné domluvě. K otázce, zda je dodržována doba plánované kontroly, se vztahuje Graf 7, kdy 47 % pacientů usoudilo, že doba je dodržována vždy, 50 % zaznamenalo, že doba kontroly je dodržována většinou a 3 % pacientů jsou přesvědčena, že doba kontroly je dodržena jen občas. Při konfrontaci sester ohledně této otázky došlo ke shodě s pacienty. I sestry totiž uvádějí, že ne vždy se podaří kontrolu provést v předem určeném časovém termínu. Na tato fakta navazuje Graf 8, který hodnotí, zda se sestra omlouvá za případná zpoždění. Uspokojováním biopsychosociálních potřeb pacientů se zabývá E. Trachtová ve své knize, kde klade důraz na uspokojování všech potřeb podle aktuálnosti. Ve chvíli, kdy dochází k časovému zpoždění, je podstatné pacientovi vysvětlit situaci, aby neměl obavy a byl klidný. Nezáměr ze strany zdravotníků může vést k tomu, že pacienti ztrácejí důvěru nejen ve zdravotnický personál, ale i léčbu.

83 % pacientů uvádí, že sestra se vždy omlouvá za nepředvídatelná zpoždění. 14 % pacientů však tvrdí, že se sestra omlouvá většinou, 2 % pacientů zaznamenala, že se sestra omlouvá jen občas a 1 % pacientů uvedlo, že se sestra za zpoždění neomlouvá nikdy. Dotazované sestry se v tomto případě s pacienty úplně neshodly, neboť odpovědi všech oslovených sester byly kladné. Pacientům se podle svých slov vždy omlouvají a zároveň udávají důvod zpoždění. Z tohoto výsledku plyne, že se sestry shodují s literaturou a aktuálně reagují na uspokojování biopsychosociálních potřeb pacientů v nefrologických ambulancích. Porovnáme – li odpovědi pacientů a sester na otázku, zda se sestra při prvním kontaktu pacientům představila, zjistíme následující: všechny dotazované sestry jsou přesvědčeny o tom, že se pacientům představují. Jak popisuje H. Haškovcová pacient je trpící člověk, který má obavy a strach. Do zdravotnického zařízení přichází, protože vyhledává pomoc a prvním člověkem, s kterým se setkává, je právě všeobecná sestra. Ta se snaží získat si důvěru pacienta ihned při prvním kontaktu, a následně ji pak udržovat a rozvíjet. Odpovědi oslovených pacientů nejsou tak jednoznačné, pouze 89 % klientů souhlasí s tím, že se jim sestra představila. Odborná literatura přitom zdůrazňuje nezbytnost správné komunikace ambulantní sestry s pacienty docházejícími do této ambulance (5). Z odpovědí dotazovaných pacientů na otázku, která je zpracována v Grafu 10, vyplynulo, že 94 % respondentů bylo sestrou vždy informováno o prováděných výkonech. Sestry v dotazovaných nefrologických ambulancích jsou přesvědčeny o tom, že pacientům vždy vysvětlují výkony, které u nich provádějí. Jak dále uvádí literatura, cílem komunikace zdravotnického personálu by mělo být předávání co nejpřesnějších informací za pomoci využití strukturované komunikace. Tato komunikace je plánovaná a má za úkol sdělit důležitá fakta, motivovat pacienta k další léčbě a edukovat jej (36). Tato problematika je znázorněna v Grafech 11, 12, 15. Jak vyplývá z Grafu 11, 94 % dotazovaných pacientů uvádí, že byli zcela edukováni o vyšetření, které měli podstoupit. Zbývajících 6 % pacientů se domnívá, že byli poučeni jen částečně. Sestry, které odpovídaly na tuto otázku, se narodil od pacientů shodly na tom, že nejen pacienty seznamují s nadcházejícím vyšetřením, ale si i pomocí zpětné vazby ověřují, jak je pacient pochopil. Tuto komunikační dovednost zajímavě popisují M. Venglářová a G. Mahrová

v odborné literatuře. Uvádějí, že sestra během komunikace předává pacientovi mnoho informací a pomocí zpětné vazby zjišťuje, zda jí nemocný porozuměl (36).

Z Grafu 15 vyplývá dobrá komunikace mezi sestrou a pacientem, 94 % pacientů pochopilo odpověď sestry na jimi položenou otázku. Jak je uvedeno v literatuře, schopnost využít komunikačních dovedností je předpokladem k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem a tím ke zkvalitnění ošetrovatelské a léčebné péče (37). V literatuře se též uvádí, že naslouchání patří mezi nejdůležitější komunikační dovednosti sester, je třeba nejen vnímat pacientova slova, ale snažit se jim porozumět a projevit empatii (11, 17, 36, 37). Na tuto skutečnost reaguje Graf 16, kdy 99 % pacientů vyhodnotilo situaci kladně, sestra jim byla ochotna naslouchat. Vzhledem k obsahu práce, která je zaměřená na holistický přístup klientů v nefrologické ambulanci, není možné, abychom se nezmínili o výsledcích v Grafech 17, 18. Z Grafu 17 vyplývá, že 97 % pacientů je zcela spokojeno s prostředím, kde čekají na kontrolu, 3 % pacientů jsou spokojena částečně.

Graf 18 vyhodnocuje, že 96 % pacientů je zcela spokojeno s čistotou a pořádkem na ambulanci, zbývajících 4 % jsou částečně spokojeni. Tyto výsledky jsou příznivé, neboť jak je uváděno v literatuře, úroveň a kvalita komunikace je závislá mimo jiné i na prostředí, kde komunikujeme. První pacientův kontakt se zdravotnickým zařízením se odehrává na místě, kde vyčkává příchodu zdravotnického personálu. Tento prostor by měl pacienta uspokojit a uklidnit, ale rozhodně jej neodradit. Stejně je tomu i s ambulancí, kde by rovněž mělo být čisto a v rámci možností i útulno (5, 8).

Grafy 21, 22, 23 znázorňují míru informovanosti pacientů docházejících do nefrologické ambulance. Z Grafu 21 vyplývá, že 98 % pacientů zcela postačoval rozsah informací o jejich chorobě podaných lékařem. Z Grafu 22 vyplývá, že 98 % dotazovaných respondentů zcela vyhovoval způsob seznámení se s léčbou (s chystaným výkonem, operací). Z Grafu 23 vyplývá, že 97 % klientů byl poskytnut dostatek informací o způsobu a dalším průběhu léčby. Souhlasíme s literaturou (3), která uvádí, že pacienti a jejich rodiny potřebují co nejvíce informací o chorobě a léčbě, aby si mohli plánovat budoucnost. Pro zajímavost bychom zde ještě uvedli, že výsledky

zjištěné výzkumným šetřením se shodují s literaturou, když zdravotnický personál využívá predialyzačního období k poskytování dostatku informací.

Z Grafu 26 vyplývá, že 98 % oslovených pacientů bylo zcela zajištěno soukromí během kontroly. Na tuto skutečnost má pozitivní vliv nejen práce sestry a lékaře, ale i dobrá organizace a správně přizpůsobené prostory pro provádění kontrol. Z pěti dotazovaných sester čtyři udávají, že je soukromí pacientů dodržováno. Jedna sestra uvedla, že hovor z ambulance je slyšet do čekárny, tudíž pacienti nemají zajištěn dostatek soukromí. Dalším momentem, který narušuje soukromí pacientů v ambulanci, je vyrušování zaměstnanců dialyzačního střediska, kteří docházejí konzultovat s lékařem vzniklé problémy na hemodialýze.

K hypotéze H 2, že v nefrologické ambulanci není kladen důraz na uspokojování biopsychosociálních potřeb klientů, se vztahují Grafy 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38. Na základě výsledků byla tato hypotéza vyvrácena, což zhodnotíme při rozboru jednotlivých grafů.

Velké množství odborné literatury, která se věnuje problematice uspokojování biopsychosociálních a duchovních potřeb, uvádí, že úloha sestry při zjišťování a vyhodnocování těchto potřeb je nezastupitelná. Hlavním cílem ošetrovatelství je permanentní a všestranné uspokojování potřeb člověka s ohledem k individuální kvalitě života, která směřuje k udržení, nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. K dosažení těchto cílů je potřeba vzájemné spolupráce všech členů interdisciplinárního týmu a pacienta (29). Výsledky vyplývající z Grafu 27 nás informují o tom, zda sestra zjišťovala, jakou oporu mají klienti v rodině v souvislosti s onemocněním. 74 % dotazovaných respondentů uvedlo, že daná skutečnost sestru zajímala. 12 % uvádí, že sestra se o podporu v rodině nezajímala, a zbývajících 14 % neví, zda jim sestra takový dotaz vůbec položila. Souhlasíme s názorem, který je uvedený v literatuře (3), že hodnocení rodiny by mělo zahrnovat informace nejen o partnerovi nebo osobě, která se nejvíce podílí na péči o pacienta, ale i o rodinném zázemí, pokud ho pacient má. Hodnocení sociálního statutu pacienta je důležité pro výběr dialyzační metody. Všechny dotazované sestry se shodly, že zjišťují sociální zázemí u klientů. Výsledky vyhodnocené v Grafu 28 nás informují, zda sestra

zjišťovala, jak onemocnění zasáhlo do pacientových aktivit. 73 % respondentů odpovědělo kladně. Shodujeme se literaturou, že je velmi důležité zjistit, jak pacient tráví volný čas, jaké má záliby a jak moc mu onemocnění zasahuje do jeho aktivit, neboť cílem léčby je, aby klient mohl svůj život nadále prožívat co nejhodnotněji (3). Jak uvádí E. Trachtová, nemoc člověka je obvykle provázena nežádoucími pocity úzkosti, strachu a obav, což je psychickou odezvou neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí. Člověk potřebuje vědět, že má pro své okolí určitou cenu, že je respektován, milován a že je o něj pečováno (3). Ošetřující zdravotnický personál má rozhodující vliv na psychiku klienta a tím i na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Tuto situaci vyhodnocuje Graf 30, 85 % respondentů uvedlo, že se sestra zcela zajímá o jejich obavy a strach před kontrolou. 10 % pacientů se domnívá, že se sestra zajímá o jejich obavy a strach jen částečně, a zbylých 5 % udává, že se sestra vůbec nezajímá o jejich strach a obavy před kontrolou. Sestry, které odpovídaly na otázku se shodly, že se snaží zmírnit obavy pacientů tím, že s nimi komunikují. Při každém chronickém onemocnění záleží nejen na osobnosti pacienta a jeho schopnostech vyrovnat se situací, ale i na přístupu ošetřujícího personálu ke klientovi. S radostí můžeme konstatovat, že skutečnosti, které jsou vyjádřené v Grafu 31, se pacienti stoprocentně shodli: sestra projevovala zájem o jejich potřeby. Jak je uvedeno v literatuře, dietoterapie má důležité postavení v konzervativní léčbě nemocných s chronickou renální insuficiencí. Konzervativní léčba je stav, kdy upravujeme nebo ovlivňujeme metabolické odchylky chronického selhání ledvin za pomoci speciálních diet a medikamentů (33). A proto je důležité, aby se zdravotnický personál v nefrologických ambulancích zajímal o výživu pacientů. Jak vyplývá z Grafu 34, 82 % respondentů uvedlo, že zdravotnický personál se zajímá o jejich stravovací návyky. Pouze 8 % pacientů zaznamenalo odpověď, že se zdravotnický personál nezajímá o jejich stravovací návyky. Pro přesnost musím uvést, že 10 % respondentů v dotazníku zaškrtnulo možnost, že neví, zda se zdravotnický personál zajímal o jejich výživu. V této otázce se dotazovaní klienti zcela neshodli se sestrami, neboť odpovědi všech oslovených nefrologických ambulantních sester byly totožné. Zdravotnický personál se zajímá o výživu klientů a při jejich nevhodné nebo nedostatečné výživě zajišťuje konzultaci s nutričním specialistou. Jak uvádí V.Teplan,

dobrý metabolický a nutriční stav pacientů v predialyzačním období je zárukou dobré kondice a psychické pohody. Důležitým faktem je i dobrá výchozí pozice pro dialyzační léčbu. V dotazníku měli klienti odpovědět na otázku, zda se zdravotnický personál zajímal o vyprazdňování moči. Jak popisuje literatura, pacient v chronické renální insuficienci je ohrožen jak retencí tekutin, tak dehydratací. Při retenci dochází nejen ke zvýšení krevního tlaku, ale mohou zde být i známky srdeční insuficience. Dehydratace vede k dalšímu snížení reziduální glomerulární filtrace a tím ke zvýšení kreatininu a urey v krvi (33). Výsledky jsou zaznamenány v Grafu 3, 90 % respondentů uvedlo, že se zdravotnický personál zajímal o pacientovo vylučování moči. 5 % pacientů neví, zda jim zdravotnický personál položil takovou otázku, a zbývajících 5 % klientů je přesvědčeno, že se jich nikdo z personálu na vylučování moči nezeptal. I u této otázky nedošlo k úplné shodě mezi pacienty a sestrami pracujícími na nefrologických ambulancích, neboť odpovědi všech sester byly kladné. Domnívám se, že pacienti, kteří odpověděli „ne“ nebo „nevím“ si neuvědomují, že i sběr moči za 24 hodin je informací o jejich vylučování. Tuto proceduru podstupuje každý nově příchozí pacient do nefrologické ambulance. Jednou z položených otázek v dotazníku bylo, zda se zdravotnický personál zajímal o plány pacientů do budoucnosti v souvislosti s onemocněním. Vyhodnocení výsledků je v Grafu 36, kde 61 % pacientů uvádí, že se zdravotnický personál zajímá o plány do budoucna spojené s jejich onemocněním. Avšak sestry, kterým byla položena tato otázka, odpověděly shodně, že jsou přesvědčeny, že se personál pacientů dotazuje, neboť v predialyzační péči je potřeba zjistit o pacientovi co nejvíce informací. Tyto poznatky o pacientovi pomohou zdravotnickému personálu zajistit správný přístup a léčbu. Pacienti musí mít při výběru dialyzační metody k dispozici nejen maximum informací, ale také si musí ujasnit své plány do budoucna a podle okolností zvolit správnou metodu léčby. Souhlasíme s literaturou (3), kde jsou tato fakta popsána. Graf 37 vyhodnocuje otázku, zda se zdravotnický personál zajímal o to, jak pacienti vnímají vliv choroby na dosažení životních cílů. Ani zde se dotazované sestry neshodly s oslovenými respondenty, neboť všechny sestry uvedly kladnou odpověď, ale jen 41 % respondentů s nimi dle své výpovědi souhlasí. Je možné se domnívat, že vzhledem k vyššímu věku respondentů

nebyla vždy tato otázka položena. Obdobně byla vyhodnocena i otázka, zda zdravotnický personál s pacienty hovořil o životních jistotách. Sestry se opět všechny shodly, že se o danou skutečnost zajímají, ale v souladu s jejich odpověďmi vypovídalo jen 50 % dotazovaných pacientů (viz Graf 38). Výsledky z problematiky obsažené v posledních dvou otázkách nedopadly v provedeném šetření úplně uspokojivě a proto je důležité, aby se ošetřující personál více zaměřil na duchovní potřeby pacientů.

6. Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na holistický přístup zdravotnického personálu v nefrologické ambulanci k pacientům s chronickou insuficiencí ledvin. Každé chronické onemocnění představuje pro jedince náročný proces adaptace na danou změnu. Je proto nezbytné, aby pacientům a jejich rodinám byla poskytnuta nejen podpora, ale i konzultace s psychologem, aby se pak lépe dokázali přizpůsobit novým životním podmínkám, které plynou ze zhoršené funkce ledvin nebo dokonce jejich selháním. A právě péče o pacienty na nefrologických ambulancích v predialyzačním období musí poskytovat prostor pro zvládnutí všech problémů souvisejících s onemocněním.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda v nefrologické ambulanci zdravotnický personál přistupuje ke klientům holisticky. Druhým cílem bylo získat informace o tom, zda ošetřující personál klade důraz na uspokojování biopsychosociálních potřeb klientů. Oba cíle práce byly splněny.

V rámci kvantitativní části výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. V první hypotéze jsme předpokládali, že v nefrologické ambulanci není pečováno o klienty holisticky. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že v nefrologické ambulanci je o pacienty pečováno v souladu s holistickým přístupem, a proto byla hypotéza H 1 vyvrácena. V druhé hypotéze jsme předpokládali, že v nefrologické ambulanci není kladen důraz na uspokojování biopsychosociálních potřeb klientů. Z výsledků výzkumného šetření i zde vyplynulo, že tomu tak není, a proto byla také hypotéza H 2 vyvrácena. Přestože hypotézám nebylo dáno za pravdu, jsou určité oblasti v celé komplexní péči, kde můžeme zvýšit úsilí a péči ještě zkvalitnit. Určitě se můžeme více orientovat na péči o duchovní potřeby klientů, i když většina pacientů byla přesvědčena, že i tyto potřeby jsou uspokojovány.

V kvalitativní části byla položena výzkumná otázka: „Vnímají sestry klienty navštěvující nefrologickou ambulanci holisticky?“ Z odpovědí dotazovaných sester vyplynulo, že sestry vnímají pacienty jako holistické bytosti a také k nim podle toho přistupují. Všechny oslovené sestry v nefrologických ambulancích souhlasí s názorem,

že holistický přístup ke klientům je zprostředkováván nejen jejich prostřednictvím, ale péčí celého multidisciplinárního týmu.

S výsledky této bakalářské práce bychom rádi seznámili sestry, které pracují nejen v nefrologických ambulancích, ale i v ostatních ambulantních provozech. Prezentace se může uskutečnit v rámci seminářů a přednášek na odborných konferencích.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. DINGWALL, R.R. *Pro lepší porozumění*. Přel. F. Lopot 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 95 s. ISBN 80-7013-406-2.
4. DOSKOČIL, O. *Biblická antropologie jako pramen holistického přístupu k člověku*. *Kontakt* 2005, čl s 314-317, ISSN 121-4117.
5. DŽUMELOVÁ, M., KADUČÁKOVÁ, H. Efektívna komunikácia s pacientom v ambulancii. (online) Dostupné z <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=632> [cit. 2008-06-08].
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. Přel. V. Tóthová 1. čes.vyd. Martin: Osvěta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063- 227-8.
7. HALUZÍKOVÁ, J. Komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a nemocným. *Dimenze moderního zdravotnictví*. Praha:2007, roč.1,č.1,s. 3-4. ISSN1802-4084
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5 Manuálek o etice*. 1. vyd.Brno: IDV PZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. komentované vyd. Havířov: A.Krtilová, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-O-7.
10. *Holistická medicína* (online) Dostupné z <http://www.volny.cz/homeopatie/holistickamedicina.htm> [cit. 2008-06 -08].
11. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galen, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
12. HONZÁK, R. *I v nemoci si buď přítelem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 160 s.08-058-089.
13. HONZÁK, R. et al. *Úzkostný pacient*. vyd. Praha: Galen, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-2.

14. HONZÁK, R. *Psychické změny a poruchy při interních chorobách*. Praha: Avicenum, 1985. 100 s. O8-087-85.
15. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
16. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 108 s. O8-065-89.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČÁNKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
20. KOLEKTIV AUTORŮ, *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Přel. V. DiCara, H. Vidovičová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
21. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
22. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
23. MAHON, A., JENKINS, K. *Chronické onemocnění ledvin. Úvod do klinické praxe*. 1. vyd. Praha: 2007, 185 s. ISBN 978-84-611-8259-6.
24. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství-I. Díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
25. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
26. MOROVICSOVÁ, E. *Nemoc v prožívání člověka* (online) Dostupné z <http://www.sestra.cz/scripts/detail.ph?id=277577> [cit. 2008-15-08].
27. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

28. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
29. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I Koncepce českého ošetrovatelství, základní terminologie*. 2.vyd. přepracované. Brno: NCO NZO 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
30. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Nadměrné obavy a úzkost a jak je překonat*. Praha: TNM Print, 2005. 95 s. ISBN 80-903539-1-6.
31. ŠIMEK, J. *Komunikace v ošetrovatelství. Dimenze moderního ošetrovatelství*. Praha:,2007, roč.1, čl.1, s. 2 ISSN 1802-4084.
32. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, P., KUDLOVÁ, R., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.
33. TESAŘ, V., SCHÜCK, O., et al. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 652 s. ISBN 30-247-05-03-6.
34. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* .2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
35. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
36. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
37. ZACHARDOVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8.Klíčová slova

Holismus

Pacient

Nefrologie

Ambulance

Péče

Personál

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Soubor otázek pro rozhovor se sestrami v nefrologických ambulancích

Příloha 3 Lidská bytost z hlediska holistického přístupu

Příloha 1: Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Anna Novotná a jsem studentkou 3. ročníku ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je nedílnou součástí mé závěrečné bakalářské práce. Vyhodnocení tohoto dotazníku by mělo přispět ke zkvalitnění ambulantní péče.

Dotazník bude zpracován naprosto **anonymně**. Účast na tomto výzkumu je zcela **dobrovolná**.

Výzkum je prováděn se souhlasem hlavní sestry, Fresenius Medical Care – DS, s.r.o.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který jste strávili vyplňováním dotazníku.

Instrukce pro vyplnění:

1. Vždy si prosím pozorně přečtete zadání.
2. Po vyplnění, prosím zkontrolujte, zda jste vyplnili opravdu všechny otázky.
3. Vyplněný dotazník vhod'te do uzavřené schránky na ambulanci. Tímto bude zachována Vaše úplná anonymita.

1. Vaše pohlaví?

- ☐ muž
- ☐ žena

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- ☐ méně než 30 let
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ 61-70
- ☐ 71 let a výše

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ základní
- ☐ vyučen/á
- ☐ středoškolské
- ☐ vysokoškolské

4. Jak dlouho chodíte do této ordinace?

- ☐ méně jak 1 měsíc
- ☐ měsíc - 1 rok
- ☐ více než 1 rok

5. Jakým způsobem jste se do ordinace poprvé objednal/a?

- ☐ telefonicky na určité datum a hodinu
- ☐ osobní objednání na určité datum a hodinu
- ☐ bez objednání
- ☐ objednání zajistil jiný lékař

6. Jak jsou objednávány další kontroly?

- ☐ na určité datum a hodinu, bez možnosti změny
- ☐ na určité datum a hodinu s možností změny
- ☐ na určité datum a hodinu podle vzájemné dohody

7. Je dodržována hodina objednání kontroly?

- ☐ vždy
- ☐ většinou
- ☐ občas
- ☐ nikdy

8. Pokud čekáte déle, než 15 min. sestra Vás informuje a omluví zpoždění?

- ☐ vždy
- ☐ většinou
- ☐ občas
- ☐ nikdy

9. Představila se Vám sestra, když se s Vámi poprvé setkala?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

10. Vysvětlila Vám sestra výkony, které u Vás prováděla?

(např. odběr krve, podávání léků do žil)

- ☐ vždy
- ☐ většinou
- ☐ občas
- ☐ nikdy

11. Poučila Vás sestra při odeslání na vyšetření o průběhu vyšetření?

- ☐ zcela
- ☐ částečně
- ☐ málo
- ☐ vůbec ne

12. Informovala se sestra, zda se na vyšetření dostanete sám/a?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

13. Zajistila Vám sestra odvoz, pokud jste se nebyl/a schopen/a sám/a na vyšetření dorazit?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím
- ☐ nepotřeboval/a jsem

14. Pokud ano, jak byste hodnotil/a tuto dopravu?

- ☐ výborná
- ☐ dobrá
- ☐ špatná

15. Pokud jste položil/a sestře otázku, dostal/a jste odpověď, kterou jste pochopil/a?

- ☐ vždy
- ☐ většinou
- ☐ občas
- ☐ nikdy

16. Pokud jste potřeboval/a, sestra Vás vyslechla a popovídala si s Vámi?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

17. Jak hodnotíte místo (čekárnu), kde čekáte na kontrolu? (čistota, ticho)

- ☐ zcela spokojen/a
- ☐ částečně spokojen/a
- ☐ částečně nespokojen/a
- ☐ zcela nespokojena

18. Jak byste hodnotil/a čistotu a pořádek na ambulanci?

- ☐ velmi spokojena
- ☐ spokojena
- ☐ nespokojena
- ☐ velmi nespokojena

19. Znáte jméno svého lékaře?

- ☐ ano znám
- ☐ ne neznám

20. Věnoval Vám lékař během Vašeho rozhovoru dostatek pozornosti?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne
- ☐ nedokážu posoudit

21. Postačoval Vám rozsah, jakým Vám lékař podal informace o Vaší chorobě?

- ☐ zcela
- ☐ částečně
- ☐ málo
- ☐ vůbec ne

22. Vyhovoval Vám způsob jakým Vás lékař seznámil s léčbou, chystaným výkonem (vyšetřením, operací), s jeho následky a možnými riziky?

- ☐ zcela
- ☐ částečně
- ☐ málo
- ☐ vůbec ne

23. Dostal/a jste dostatek informací o dalším způsobu a průběhu Vaší léčby?

- ☐ zcela
- ☐ částečně
- ☐ málo
- ☐ vůbec ne

24. Setkal/a jste se v nefrologické ambulanci s negativními reakcemi ze strany personálu?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ částečně

25. Pokud ano řešil/a jste tuto situaci?

- ☐ ano
- ☐ ne

26. Zajistila Vám sestra, lékař Vaše soukromí během kontroly?

- ☐ zcela
- ☐ částečně
- ☐ málo
- ☐ vůbec ne

27. Zjišťovala sestra jakou máte oporu v rodině v souvislosti s Vaším onemocněním?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

28. Zjišťovala sestra jak zasáhlo Vaše onemocnění do Vašich aktivit?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

29. Zjišťovala sestra jak reagovala Vaše rodina v souvislosti s Vaším onemocněním?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

30. Zajímá se sestra o Vaše obavy a strach před kontrolou?

- ☐ zcela
- ☐ částečně
- ☐ málo
- ☐ vůbec ne

31. Jak byste hodnotil/a přístup sestry k Vaší osobě?

- ☐ projevovala zájem o Vaše potřeby
- ☐ neprojevovala zájem o Vaše potřeby
- ☐ dávala najevo, že Vaše požadavky ji obtěžují
- ☐ sestra byla neochotná

32. Zajímal se zdravotnický personál o Vaše problémy spojené s onemocněním?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

33. Zajímal se zdravotnický personál o kvalitu Vašeho spánku?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

34. Zajímal se zdravotnický personál o Vaše stravovací návyky?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

35. Zajímal se zdravotnický personál o vyprazdňování moče?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

36. Hovořil s Vámi zdravotnický personál o Vašich plánech do budoucnosti, spojené s Vaším onemocněním?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

37. Hovořil s Vámi zdravotnický personál, jak vnímáte vliv choroby na dosažení Vašich životních cílů?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

38. Hovořil s Vámi zdravotnický personál o životních jistotách do budoucnosti?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

39. Máte nějaké připomínky, které by vedly ke zlepšení celkové péče, o kterých jsem se v dotazníku nezmínila a chtěl/a byste nám je sdělit?

.....

.....

.....

Zdroj: autor

Příloha 2: Soubor otázek pro rozhovor se sestrami v nefrologických ambulancích

1. Jak dlouho pracujete v nefrologické ambulanci?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. V čem spočívá holistický přístup v péči o klienta?
4. Jak jej využíváte ve vaší ambulanci?
5. Představujete se pacientům s nimž se setkáváte poprvé?
6. Vysvětľujete pacientům všechny postupy, které u nich budete provádět?
7. Vysvětľujete pacientům vyšetření, která podstupují?
8. Používáte systém zpětné vazby?
9. Zajímáte se, jaká je pacientova možnost dopravy na vyšetření?
10. Zajistíte dopravu v případě nemožnosti samostatné dopravy?
11. Objednáváte pacienta na nefrologickou kontrolu na určitou dobu?
12. Je tato doba objednání dodržována?
13. Pokud není, omlouváte se pacientům?
14. Zajišťujete pacientům dostatek soukromí během vyšetření v ambulanci?
15. Respektujete specifické požadavky pacientů (přítomnost člena rodiny)?
16. Zajímáte se u klientů kromě biologických potřeb i o potřeby psychologické, sociální a duchovní?

Biologické potřeby: stravovací návyky, vylučování, spánek, vliv choroby

Psychologické potřeby: strach před kontrolou, vyrovnání se s nemocí

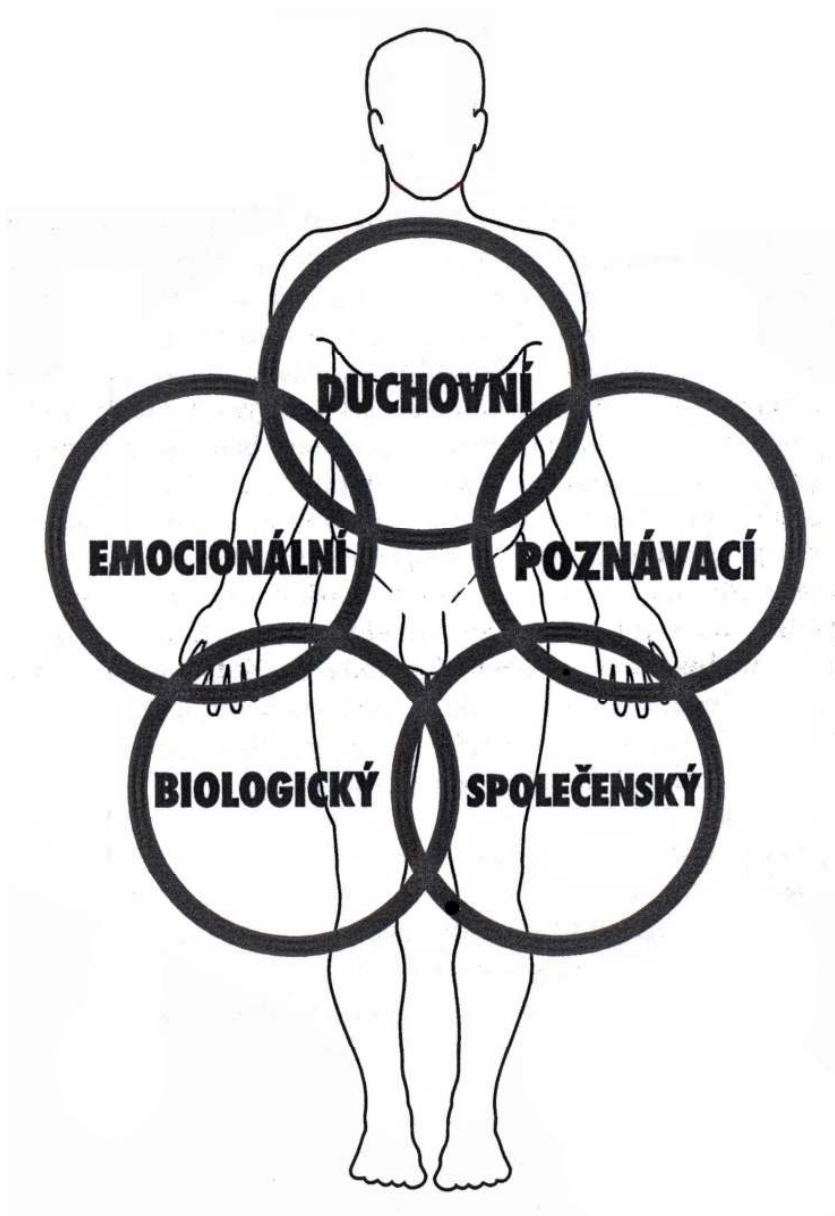
Sociální potřeby: sociální zázemí, rodina, komunita, přátelé

Duchovní potřeby: plány do budoucna, dosažení cílů, jistoty do budoucna

Zdroj: autor

Příloha 3 Lidská bytost z hlediska holistického přístupu

Kruhy reprezentují dynamickou interakci biologických, sociálních, kognitivních, emocionálních a duchovních potřeb, které tvoří lidskou bytost.



Zdroj: MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9