



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

PROBLEMATICKÉ CHOVÁNÍ SESTER V PÉČI O PACIENTY LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Vypracovala: Jana Tauchenová, DiS.
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Název bakalářské práce

Problematické chování sester v péči o pacienty léčebny dlouhodobě nemocných

Současný stav

Teoretická část bakalářské práce je rozčleněna do pěti samostatných kapitol. V první kapitole jsou charakterizovány léčebny dlouhodobě nemocných, pozornost je věnována poskytované péči, její kvalitě a rovněž typu pacientů, kteří jsou zde hospitalizováni. Druhá část se zabývá vysvětlením pojmu *všeobecná sestra*, rozebírá její osobnost, roli, pracovní zátěž a vztah k pacientům. Třetí kapitola definuje pojem *pacient*, zaměřuje se na pacientovu roli i postavení v rámci léčebny dlouhodobě nemocných. Čtvrtá kapitola se zabývá samotným chováním sester, jež je definováno jako produktivní či neproduktivní chování, včetně profesionálního chování sester, které má základy v Etickém kodexu. Pátá kapitola je věnována komunikaci v ošetrovatelství, neboť komunikace patří mezi základní dovednosti sester a prostupuje celou ošetrovatelskou péčí. Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Dále je popisována interpersonální komunikace. Teoretickou část ukončují kapitoly věnované komunikaci s pacientem a s příbuznými.

Cíle práce a výzkumné otázky

Prvním cílem bakalářské práce je zmapovat chování sester pohledem pacientů hospitalizovaných v léčebně dlouhodobě nemocných a odkázaných na péči ošetrujícího personálu. Druhým cílem je zmapovat chování sester pohledem rodinných příslušníků a blízkých osob pacientů, kteří jsou hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných.

Výzkumné otázky:

1. Jaké chování sester považují pacienti léčebny dlouhodobě nemocných za problematické?
2. Jak působí chování sester celkově na pacienty léčebny dlouhodobě nemocných?

3. Jaké chování sester považují rodinní příslušníci pacientů léčebny dlouhodobě nemocných za problematické,
4. Jak ovlivňuje věk pacienta chování sester při poskytování péče?

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, jež byla realizována formou rozhovorů. Potřebná data byla získána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s pacienty léčebny dlouhodobě nemocných a s příbuznými či známými pacientů. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek, případně doplňujících otázek, které reagovaly na odpovědi dotazovaných. Prostřednictvím pokládaných otázek bylo zjišťováno, jaké chování sester považují pacienti za problematické a jak na pacienty působí celkově chování sester v léčebně dlouhodobě nemocných. Rovněž byla zkoumána souvislost mezi věkem pacienta a chováním sester při poskytování ošetrovatelské péče. Rozhovory s příbuznými se zaměřovaly na to, jaké chování sester považují rodinní příslušníci za problematické. Rozhovory se uskutečnily v léčebně dlouhodobě nemocných v Plzeňském kraji. S ohledem na zachování anonymity dotazovaných není uveden přesný název zařízení. Rozhovory byly zaznamenávány písemně, protože bylo respektováno přání dotazovaných nepoužívat nahrávací zařízení. Přepisy rozhovorů jsou uloženy na CD a tvoří součást bakalářské práce. Výzkumné šetření bylo doplněno pozorováním přístupu sester k pacientům léčebny dlouhodobě nemocných při poskytování ošetrovatelské péče.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen pacienty léčebny dlouhodobě nemocných, celkem bylo dotazováno 7 pacientů z různých stanic celé nemocnice. Vzorek příbuzných pacientů tvořilo také celkem 7 dotazovaných rodinných příslušníků či známých. Věkové rozpětí pacientů bylo 62 až 73 let. Dotazovanými pacienty byli dva muži a čtyři ženy. K rozhovorům byli záměrně vybíráni pacienti před ukončením hospitalizace či v průběhu propuštění.

Výsledky

Z analýzy získaných informací vyplývá rozdílnost názorů pacientů a příbuzných na chování sester, jež je považováno za problematické. Pacienti i příbuzní shodně označili za problematické chování nedostatečné respektování intimity a soukromí pacientů při poskytování ošetrovatelské péče, zejména při vyprazdňování. Jako další problematický prvek v chování byla označena hlučnost, razantnost a neodbytnost jak sester, tak pomocného zdravotnického personálu. Bylo rovněž poukázáno na nepatřičné chování sester k pacientům při nočních službách. Společným prvkem těchto výsledků je nedostatek empatie při poskytování ošetrovatelské péče, nerespektování práv pacientů a nedodržování Etického kodexu sester ani Etického kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Všechny tyto výsledky byly potvrzeny i pozorováním sester při ošetrování pacientů. Pozorování rovněž potvrdilo souvislost mezi věkem pacienta a chováním sester při poskytování ošetrovatelské péče.

Závěr

Bakalářská práce poskytla náhled na problematiku chování sester vůči pacientům v léčebně dlouhodobě nemocných. Tato oblast byla zkoumána pohledem pacientů LDN a také pohledem jejich rodinných příslušníků či známých. Rozšířena byla o pozorování sester při výkonu ošetrovatelské profese.

Zjištěné skutečnosti budou zpracovány jako podklad pro interní seminář dané léčebny, který bude uskutečněn v rámci provozních schůzek ošetrovatelského personálu. Výsledky výzkumu mohou přinést zlepšení kvality ošetrovatelské péče, zejména v oblasti empatického chování sester a ostatního ošetrovatelského personálu v přístupu k pacientům LDN. Mohou vést k zamyšlení sester a ostatního personálu nad vlastním jednáním vůči pacientům a rovněž fungovat jako zpětná vazba, což jistě přinese pozitivní obraz celého zařízení.

Klíčová slova

léčebna dlouhodobě nemocných, všeobecná sestra, pacient, problematické chování, ošetrovatelská péče

Abstract

The title of bachelor's work

Problematic nurses' behaviour in care for patients in the sanatorium with long-term sick people

Present situation

The theoretical part of bachelor's work is divided into five separate chapters. Sanatoriums with long-term sick people are described in the first chapter, the attention is paid to offered care, its quality and to the type of patients as well who are hospitalized here. The second part deals with an explanation of a term general nurse, it analyses her personality, role, workload and relation with patients. The third chapter defines a term patient, it focuses on patient's role and also position in the sanatorium with long-term sick people. The fourth chapter deals with nurses' behaviour itself, that is defined as productive and nonproductive behaviour including professional nurses' behaviour which is based on the Ethical codex. The fifth chapter is devoted to communication in nursing because communication belongs to the basic nurses' skills and it pervades through the whole care. The communication is divided into verbal and nonverbal. Further there is described the interpersonal communication. Chapters devoted to communication with a patient and relatives finish the theoretical part.

Aims of the work and research questions

To map out nurses' behaviour in the point of view of patients hospitalized in the sanatorium with long-term sick people and relied on the care of nursing staff is the first aim in my bachelor's work. The second aim is to map out nurses' behaviour in the point of view of relatives and close friends of patients who are hospitalized in the sanatorium with long-term sick people.

Research questions:

1. Which nurses' behaviour do patients in the sanatorium with long-term sick people consider as problematic?
2. How does nurses' behaviour impress patients in the sanatorium with long-term sick people in general?
3. Which nurses' behaviour do relatives of patients in the sanatorium with long-term sick people think as problematic?
4. How does patient's age influence nurses' behaviour in offered care?

Methodology

The method of qualitative research, that was realized by dialogues, was chosen for the research. The necessary details were gained through a dialogue with patients in the sanatorium with long-term sick people and with their relatives and friends. The interviews were led on the base of prepared questions in advance, possibly added questions that responded to the answers of interviewed. Through the questions it was found out which nurses' behaviour the patients consider to be problematic and how the nurses' behaviour in the sanatorium with long-term sick people impresses the patients in general. The connection between patient's age and caring nurses' behaviour was studied as well. The dialogues with relatives concentrated on the fact which nurses' behaviour relatives consider to be problematic. The interviews were held in a sanatorium with long-term sick people in the Pilsen region. There is not mentioned the exact name of the institution with respect to preserve the interviewed anonymity. The dialogues were written on the paper because the wish of questioned people not to use any recording appliance was respected. The copies of them are on CD and they are a part of bachelor's work. The research was completed with watching nurses' approaches to patients in the sanatorium with long-term sick people in caring.

Research group

The research group was formed by patients from the sanatorium with long-term sick people, together 7 patients from different wards in the whole hospital were questioned. Also 7 relatives or friends formed the sample of relatives. Patients' age was from 62 to 73. There were interviewed two men and four women. The patients before the end of their hospitalization or during their discharge were chosen on purpose for the dialogues.

Results

The difference of ideas of patients and relatives about nurses' behaviour that is considered to be problematic follows from analysis of obtained information. The patients and relatives identically classified the shortage of respect of patients' intimacy and privacy in caring, especially during evacuation, to be problematic. Noisiness, firmness and persistence of not only nurses but also of ancillary staff were classified as another problematic thing in caring behaviour. It was also referred to improper nurses' behaviour to patients on night duties. The lack of empathy in offered care, not respecting of patients' laws and not keeping nurses' ethical codex and the ethical codex of workers in not medical professions as well are the common thing of these results. All these results were confirmed by watching nurses during their care for patients. The watching also confirmed the connection between patient's age and nurses' behaviour during offered care.

Conclusion

My bachelor's work offered a view of problems of nurses' behaviour to patients in the sanatorium with long-term sick people. This area was studied in the point of view of patients in the sanatorium with long-term sick people and their relatives or friends. It was extended with nurses' watching during their job.

The found facts will be treated as the base for internal seminar of given sanatorium that will be held in operating meetings of nursing staff. The results of research can bring the improvement of nursing quality , especially in the area of empathic nurses' behaviour and other nursing staff approaching to patients in the sanatorium with long-term sick people. They can lead to hard thinking of nurses and other nursing staff about their own acting to patients and also it can work as the feedback, which is sure to bring the positive view of the whole institution.

Key words

Sanatorium with long-term sick people, general nurse, patient, problematic behaviour, nursing care

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2015

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Polanové za poskytnutí odborných a cenných rad, věcné připomínky, ochotu, trpělivost a vstřícný přístup během zpracování této práce.

Obrovský dík patří mé milující rodině za velkou podporu, trpělivost a porozumění v době studia a psaní této práce.

Obsah

Úvod.....	14
1 SOUČASNÝ STAV.....	15
1.1 Léčebna dlouhodobě nemocných.....	15
1.1.1 Poskytovaná péče.....	16
1.1.2 Kvalita poskytované péče.....	17
1.1.3 Kategorie pacientů na LDN.....	17
1.2 Všeobecná sestra.....	18
1.2.1 Osobnost sestry.....	20
1.2.2 Role sestry.....	21
1.2.3 Pracovní zátěž sester.....	22
1.2.4 Vztah sestry a pacienta.....	23
1.3 Pacient.....	23
1.3.1 Role pacienta.....	24
1.3.2 Postavení pacienta v LDN.....	25
1.4 Chování sester.....	25
1.4.1 Produktivní chování.....	28
1.4.2 Neproduktivní chování.....	28
1.4.3 Profesionální chování sester.....	29
1.4.4 Etický kodex sester.....	30
1.5 Komunikace ve zdravotnictví.....	31
1.5.1 Interpersonální komunikace.....	32
1.5.2 Komunikace s pacientem.....	34
1.5.3 Komunikace s příbuznými.....	35
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	37
2.1 Cíle práce.....	37

2.2 Výzkumné otázky	37
3 METODIKA	38
3.1 Metodika výzkumu	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	39
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	40
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty.....	40
4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s příbuznými.....	46
4.3 Výsledky pozorování sester při poskytování péče pacientům mladším 65 let	52
4.4 Výsledky pozorování sester při poskytování péče pacientům starším 65 let.....	54
5 DISKUZE	56
6 ZÁVĚR.....	66
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	76

Seznam použitých zkratk

LDN = léčebna dlouhodobě nemocných

CD = kompaktní disk

ZPBD = zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti

ZPSZ = zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti

ZPOD = zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením

JOP = jiní odborní pracovníci

Úvod

„Chování je zrcadlo, v němž každý ukazuje svoji povahu“

Johann Wolfgang Goethe

Každý člověk představuje individualitu s jistými odlišnostmi projevujícími se v jeho chování. Problém morálky a chování se řeší od samého počátku lidské existence. Na chování jako předpokládanou normu působí značné množství okolností, zejména výchova, rodina, společnost a společenské skupiny. Problematikou a zákonitostmi mravního jednání lidské společnosti se zabývá etika.

Etika se prolíná s mnoha obory lidské činnosti a můžeme ji chápat jako součást každodenního života lidské společnosti. Profese všeobecné sestry představuje náročnou práci po stránce fyzické i psychické. Lidský faktor nepředstavuje pouze člověka, nýbrž také jeho vzdělání a kvalifikaci, jeho způsobilost pracovat, samostatnost, sebevědomí, životní postoje a názory a v neposlední řadě i způsob myšlení a jednání. Sestra by měla pohlížet na pacienta jako na holistickou bytost, tedy bytost bio-psycho-socio-spirituální.

Na druhé straně je pacient se svými potřebami a problémy, se svými jedinečnými vlastnostmi, názory a postoji. Nemoc přináší zátěž doprovázenou negativními emocemi (strach, úzkost, napětí), protože dochází ke ztrátě jistoty, bezpečí či k vytvoření překážek na cestě k vytyčeným cílům.

V oboru péče o dlouhodobě nemocné pacienty se nejvíce setkáváme nejen s možností působení na celkový zdravotní stav pomocí biomedicínských nástrojů, ale především s ovlivňováním na základě vlastního přístupu, své vlastní osobnosti, lidskosti a ochoty pomoci i v nejtěžších situacích. Tato práce by měla být pro všeobecné sestry především posláním, příjemným uspokojením a naplněním. Dlouhodobá péče je velice náročná – časově i psychicky. Umění vcítit se do myšlení člověka přináší krásný pocit, ovšem za předpokladu skutečného zájmu o tuto profesi.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma *„Problematické chování sester v péči o pacienty léčebny dlouhodobě nemocných“*, a to proto, že je tato tematika podle mého názoru nedocenená. Mým cílem je zmapovat chování sester očima pacientů, kteří jsou odkázáni na péči v léčebně dlouhodobě nemocných, a očima jejich rodinných příslušníků a známých.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Léčebna dlouhodobě nemocných

Součástí každé společnosti jsou i lidé se závažným zdravotním postižením, jež limituje jejich soběstačnost a vyžaduje dlouhodobou péči. Jedná se zejména o seniory závislé na péči druhých osob, prožívající chorobné a neúspěšné stárnutí. Dlouhodobá péče představuje soubor služeb potřebných pro pacienty s omezenou tělesnou nebo duševní funkční výkonností, kteří vyžadují pomoc při zajištění základních denních činností (Čevela et al. 2012).

Dlouhodobou péči v rámci institucí poskytují léčebny dlouhodobě nemocných, které představují specializovaná lůžková zdravotnická zařízení pro osoby nesoběstačné, převážně dlouhodobě nemocné a věkově vysoce nad průměrem (Kalvach et al 2004).

Léčebny dlouhodobě nemocných jako samostatná zdravotnická zařízení vznikaly postupně v 70. letech 20. století. Přestože byla tato zařízení určena všem dlouhodobě nemocným, zpravidla poskytovala péči seniorům, a tím se stala lůžkovou základnou nového medicínského oboru geriatric. V 90. letech 20. století byla vytvořena koncepce následné péče, která podpořila vznik nových oddělení a nových typů zařízení, včetně geriatrických oddělení v rámci nemocnic (Kalvach et al. 2004).

V současné době je trendem zkracování doby hospitalizace na akutních lůžkách, což vyžaduje navyšování lůžek následné péče. Zároveň musí vzrůst dostupnost dlouhodobé péče a rovněž celková úroveň podmínek v této sféře. Podle dostupných informací z ÚZIS bylo v roce 2012 v České republice evidováno 74 léčeben dlouhodobě nemocných s celkovou kapacitou 7 204 lůžek. Z celkového počtu bylo 6 zařízení státních a 68 nestátních. Ze státních léčeben bylo 5 řízeno Ministerstvem zdravotnictví a 1 léčebna Ministerstvem obrany. Z 68 nestátních zařízení bylo spravováno 13 kraji, 8 městem nebo obcí a 47 bylo zřízeno jinou právní osobou nebo církví. Průměrná doba hospitalizace je 54,7 ošetřovacích dnů (<http://www.uzis.cz>).

1.1.1 Poskytovaná péče

Léčebny dlouhodobě nemocných poskytují následnou či dlouhodobou péči pacientům se stanovenou diagnózou a léčebným programem, kteří následkem nemoci ztratili schopnost sebezpěče, popřípadě pacientům, o něž se dá v domácím prostředí pečovat jen s obtížemi. Specializovaná ústavní péče má ráz léčebný, ošetrovatelský a rehabilitační. V oblasti poskytování dlouhodobé péče je velmi tenká hranice mezi zdravotní a sociální sférou, proto je její významnou součástí i psychosociální péče a resocializace. Další doménou poskytovaných služeb může být i paliativní nebo gerontopsychiatrická péče s ohledem na spektrum příjemců (Topinková 2005).

Ošetrovatelskou péči v LDN představuje především zajištění denních potřeb pacientů. Zahrnuje hygienickou péči, zajištění výživy a hydratace, péči o vylučování, preventivní péči zaměřenou na dekubity a pády. Nedílnou součástí jsou i odborné ošetrovatelské úkony jako např. odběry biologického materiálu, podávání léků, infuzní terapie, ošetrování invazivních vstupů (kanyly, drény, stomie, cévky), ošetrovatelská a preventivní péče o rány či dekubity, monitorace základních životních funkcí a psychického stavu. Další složku péče představuje rehabilitační ošetrovatelství, konzultace z oblasti ošetrovatelské péče a v neposlední řadě spolupráce s rodinou nebo blízkými klienta (Vytejková 2013).

Péče poskytovaná v LDN nezahrnuje pouze ošetrovatelské činnosti, nýbrž i oblast léčebné rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie. Všechny tyto oblasti se zaměřují na obnovení či zlepšení sebeobsluhy pacientů, zlepšení jejich zdravotního stavu a zapojení do běžného života (Kalvach et al. 2004).

Další oblastí zájmu péče o pacienty LDN je oblast sociální péče, která se zabývá sociální perspektivou hospitalizovaných osob. Ideálním vyústěním péče je návrat pacienta do domácího prostředí po zlepšení zdravotního stavu či po zmírnění následků nemoci nebo úrazu. Ovšem jsou i případy, kdy rodina péči nezvládá nebo nechce zvládat. V takové situaci následuje překlad pacienta do ústavu sociální péče, na sociální lůžko nebo do domova důchodců a jiných podobných zařízení. Proto je velice důležité spolupracovat od počátku s rodinou, zapojovat ji do péče o nemocného, edukovat ji o potřebné péči nebo ji informovat o možnostech ústavní péče. Sociální a dokumentační

pracovnice předávají rodině informace týkající se vyřizování příspěvků na péči, bezmocnosti, důchodů a pomáhají s vyřizováním žádostí o umístění klienta do dalších zařízení sociální péče (Kuzníková 2011).

1.1.2 Kvalita poskytované péče

Kvalitu péče ve zdravotnických zařízeních ovlivňuje kulturní, sociální a ekonomické prostředí, dále systém vzdělávání a odměňování, legislativa a v neposlední řadě nabídka služeb, poptávka po nich a konkurence (<http://www.sakcr.cz>).

Léčebny dlouhodobě nemocných zajišťují široké spektrum péče, proto je zde celá řada pracovníků. Jádrem tvoří lékaři, nelékařský zdravotnický personál (všeobecné sestry, asistenti, nižší a pomocný zdravotnický personál), rehabilitační personál (fyzioterapeuti, ergoterapeuti), sociální pracovníci, ale také kliničtí psychologové a logopedi (Věstník MZ ČR č. 9/2004).

Samotnou zárukou kvality poskytované péče je respektování práv pacientů, respektování jejich důstojnosti a autonomie. Dalším pilířem kvality je kvalitní komunikace a samozřejmě poskytnutí adekvátní léčby a péče. Neopomenutelnou součástí poskytování péče je i ochrana a bezpečnost pacientů, samozřejmostí je ochrana osobních údajů (Vyhláška č. 102/2012 Sb.).

Kvalita ošetrovatelské péče je zjišťována pomocí různých nástrojů, mezi něž patří především dokumentace, dále standardní postupy pro jednotlivé činnosti a standardní plány péče. Dalším ukazatelem jsou audity, které mohou být vnitřní (prováděné samotnou organizací), nebo vnější. V současné době je takovým ukazatelem akreditace zdravotnického zařízení, která je dobrovolná (<http://www.sakcr.cz>).

1.1.3 Kategorie pacientů na LDN

Do léčebny dlouhodobě nemocných jsou pacienti přijímáni na vlastní žádost nebo na doporučení praktického či odborného lékaře. Další možností je překlad z jiného lůžkového zařízení, nejčastěji z akutních lůžek. Ve všech případech musí být

hospitalizace na LDN indikována, o vhodnosti indikace často rozhoduje primář daného zařízení. O přijetí rozhoduje stav pacienta a řešení jeho dlouhodobé perspektivy, kdy není nutná hospitalizace na akutním lůžku, stav pacienta je stabilizovaný, ale neumožňuje péči v domácím prostředí („potřeba více než 3 hodiny ošetrovatelské péče nebo více než 3 ošetrovatelské návštěvy denně“). (<http://www.ferovanemocnice.cz>)

K pobytu v LDN jsou přijímáni pacienti s různorodými chronickými onemocněními, somatickými nebo funkčními poruchami, pacienti po závažných traumatech s poruchami hybnosti, neurologickými onemocněními (zejména po cévních mozkových příhodách) či pacienti s apalickým syndromem (<http://www.nnpd.cz>).

Veškerá ošetrovatelská péče vyžaduje i spolupráci pacienta a jeho rodiny. Vedle zajištění základní ošetrovatelské péče se jedná zejména o aktivizaci nemocného, o jeho zapojení do aktivit běžného života, obnovení soběstačnosti či zmírnění následků nemoci, o zastavení nebo zpomalení progresu nevléčitelného onemocnění a v nemalé míře i důstojný závěr života (Pokorná 2013).

Vzhledem ke skutečnosti, že průměrný věk pacienta hospitalizovaného na LDN je v České republice kolem osmdesáti let, je logické, že převážnou část pacientů tvoří senioři. Geriatrictí pacienti mají svá specifika týkající se odborné ošetrovatelské péče, jelikož se jedná o polymorbidní osoby (Čevela et al. 2012).

1.2 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra je fyzickou osobou, která vykonává zdravotnické povolání, což představuje soubor činností v rámci poskytování zdravotní péče v oblasti prevence, léčby, rehabilitace, neodkladné resuscitace a dispenzarizace. Profesi všeobecné sestry lze vykonávat po splnění podmínek způsobilosti k výkonu povolání, jež vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Způsobilost k výkonu povolání zahrnuje odbornou a zdravotní způsobilost a bezúhonnost (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Podle platné legislativy rozeznáváme čtyři kategorie pracovníků ve zdravotnictví. Jedná se o „zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (ZPBD), zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (ZPSZ), zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD) a jiné odborné pracovníky (JOP). (<http://www.uzis.cz>).

Vzdělání všeobecných sester je rozčleněno do několika kategorií. *Základním (pregraduálním) kvalifikačním studiem* získávají sestry odbornou způsobilost k výkonu profese. Toto studium se uskutečňuje na univerzitách, vysokých školách, popřípadě na vyšších školách. *Další postkvalifikační vzdělávání* je pro sestru nepostradatelné z důvodu udržení odborných schopností, dovedností a dále kvůli růstu v průběhu vykonávání povolání. Jedním z typů postkvalifikačního studia je *specializační studium*, jež se zaměřuje na specifické aspekty ošetrovatelské péče v rozličných klinických oborech i na management či jiné formy nemocniční a terénní péče. *Univerzitní postkvalifikační studium* v rámci bakalářských či magisterských programů je zaměřeno na všeobecné ošetrovatelství, pedagogiku, management nebo studium k získání funkční specializované způsobilosti. Toto studium je v České republice zpravidla realizováno na lékařských anebo zdravotně sociálních fakultách. *Kontinuální (celoživotní) vzdělávání* představuje pro sestry příležitost rozvíjet a prohlubovat jejich odborné znalosti a dovednosti v rovině současných vědeckých poznatků. Celoživotní vzdělávání může probíhat jako organizovaná forma vzdělávání, samostudium nebo v podobě odborných akcí profesních organizací (Jirkovský/Archalousová 2004).

Podle Zákona č. 96/2004 Sb. je uznáno akademické studium všeobecných sester za základní kvalifikační vzdělání, které vychovává sestry odpovědné za kvalitu ošetrovatelské péče poskytované pacientům v rámci holistického přístupu a zároveň je v souladu se strategií Evropské unie v rámci profesní přípravy sester (Věstník MZ ČR č. 9/2004).

Celoživotní vzdělávání dokládají sestry kreditním systémem. Počet kreditů u dílčích forem kontinuálního vzdělávání určuje Vyhláška č. 4/2010 Sb., podle níž musí

sestry po celý svůj profesionální život prohlubovat a rozvíjet své vzdělání a odbornou způsobilost (<http://www.cnaa.cz>).

1.2.1 Osobnost sestry

Ošetrovatelství patří mezi morální umění. Jeho pilířem není pouhé osvojení technické stránky oboru, nýbrž zejména osobnostní charakteristika sestry. Značný význam je rovněž přikládán etické stránce, k níž náleží zvýšená samostatnost, která jde ruku v ruce s osobní zodpovědností, ochotou obhajovat pacientovy zájmy a poskytovat mu péči s maximálním respektem k lidské důstojnosti při zachování potřeby intimity. Respektování důstojnosti každé lidské bytosti představuje projev úcty k jedincům lidské společnosti bez ohledu na jejich tělesný, duševní či sociální stav a mělo by být neoddělitelnou součástí osobnostních vlastností všeobecné sestry (Krátká et al. 2011).

Ošetrovatelský proces nelze realizovat bez aktivního přístupu k pacientovi. Nezbytností je maximální důvěra pacienta a jeho blízkých k sestře jako poskytovatelce péče. Osobnost sestry je podmíněna vysokými nároky, jež vystihují prestiž daného pracoviště. Důležitým aspektem při poskytování kvalitní péče je z pohledu pacienta i celé společnosti chování a jednání sester doprovázející ošetrovatelské činnosti. Pacienti značně citlivě postřehnou, jaký postoj sestry zaujímá ke své profesi, jak aplikuje své dovednosti v praxi a jak se prezentuje svým zevnějškem. Při pozitivním hodnocení sestry pacientem dojde ke vzájemnému navázání kladného vztahu, což je příznivé pro lepší vyjádření pacientových problémů a pro pocit skutečného zájmu, vyrovnanosti a subvence. To přispívá k úzké spolupráci sestry a pacienta, a tím k urychlení nástupu léčebného efektu ošetrovatelského procesu. Na druhé straně nevhodné a problematické chování sester přináší devalvací ošetrovatelské profese a komplikuje ošetrovatelskou a terapeutickou péči (Staňková 2002).

Profese sestry přináší každodenní svědectví lidského utrpení. V takové chvíli je sestra pro pacienta důvěrníkem, jelikož se pacient cítí osobně ohrožen nemocí či traumatem. Péče poskytovaná sestrou by měla na jedné straně přinést úlevu od fyzického utrpení, na straně druhé zajistit psychickou, sociální a spirituální pohodu.

Empatie a naslouchání sester pomáhá překonat utrpení pacientů. Samotný lidský kontakt zmírňuje pocity nejistoty a bezbrannosti (Heřmanová 2012).

1.2.2 Role sestry

Role sestry prošla postupnou transformací v rámci rozvoje ošetrovatelství. Počátky ošetrovatelské profese lze datovat do konce 19. století, ve 20. století dochází k revolučním změnám v náplni oboru. Sestra v tradičním pojetí představuje pečovatelku a pomocnici při zajištění hygienické péče u nemocných, následně jsou sestry vzdělány jako kvalifikované asistentky lékařů bez možnosti samostatného rozhodování a výhradně respektující rozhodnutí lékaře, následně dochází k vytvoření kvalifikované profese jako neoddělitelné součásti zdravotnických služeb. Ve 20. století sestra stále představuje jen asistentku lékaře, není tedy ve zdravotnickém týmu považována za rovnocennou partnerku, neboť ošetrovatelskou péči tvořila pouze praktická činnost. Světové války znamenaly pokrok v oblasti medicíny a ošetrovatelství. Teprve v 90. letech 20. století se však ošetrovatelská profese stává autonomním povoláním. K výkonu profese všeobecné sestry je potřeba mít dostatečné vzdělání v oboru, osobnostní předpoklady a empatické cítění, což je předpokladem postavení sestry jakožto vzdělané, plnohodnotné spolupracovnice lékaře a edukátorky pacientů i kolegů (Kutnohorská 2010).

Sestra je způsobilá a kompetentní k zapojování do všeobecné ošetrovatelské praxe v rámci svých rolí, které jsou historicky podmíněny a ovlivněny danou společností, v níž se odráží společenské změny, systém zdravotní péče, nové znalosti a technologie, celkový zdravotní stav obyvatel atd. Sestra musí umět v kontextu svých rolí ochraňovat, upevňovat, navracet a podporovat zdraví jedinců a skupin s ohledem na jejich autonomii; prostřednictvím ošetrovatelského procesu zlepšovat zdraví, podporovat soběstačnost a uspokojovat potřeby pacientů podle základů holistického pojetí jedince. Zároveň musí převzít odpovědnost za vlastní ošetrovatelskou péči i za péči v rámci multidisciplinární spolupráce, řídit a organizovat péči s cílem zvyšovat její efektivitu a v neposlední řadě sledovat výzkumné a vývojové práce a získané poznatky aplikovat na ošetrovatelskou

péči. V ošetrovatelství se všechny role sestry vzájemně prolínají a doplňují (Bártlová et al. 2005).

1.2.3 Pracovní zátěž sester

Profese všeobecné sestry je řazena k těm nejnáročnějším z hlediska fyzické i psychické zátěže. V rámci jedné pracovní směny čelí sestra mnohým stresovým situacím, jež mohou vést k fyzickému a psychickému zatížení a vyústit až v pracovní stres, pokud nebudou dostatečně kompenzovány pozitivními činiteli. Zátěž (neboli stres) je podmíněna nejen pracovním nasazením daným kompetencemi sester, nýbrž také náročností ošetrovatelské péče o pacienty s rozmanitými nemocemi. Pracovní zátěž sester lze rozdělit do dvou skupin. První skupina zahrnuje zatížení vyplývající z fyzických, chemických a fyzikálních pracovních podmínek (např. riziko infekce a alergie, zátěž svalového a kosterního systému, narušení rytmu bdění – spánek, nepříjemné podněty, narušení metabolismu organismu). Do druhé skupiny patří zátěž podmíněná psychickým, sociálním a emocionálním přetížením - např. vysoká míra zodpovědnosti, neustálá koncentrace pozornosti, pružné reagování na dané situace, správné a rychlé rozhodování, komunikace, pocity beznaděje, bezmoci, vyčerpání, neustálý styk s nemocí, bolestí, smrtí, utrpením, nárůst administrativy, nízké ocenění práce apod. (Venglářová 2011).

Práce sestry je značně náročná a samozřejmě se projevuje na zdraví i životním stylu. U každé sestry nejsou projevy stejné, záleží, v jakém provozu ta která sestra pracuje (lůžka x ambulance). Pokud jde o projevy u lůžkových sester, poukazují výzkumné studie na častější výskyt spánkových poruch, značnou únavu, nedostatek času na rodinu a volnočasové aktivity z důvodu nepřetržitého provozu. Psychicky náročné situace, komunikační konflikty či konflikty rolí (práce x rodina) mohou negativně ovlivnit zdraví sester (Bartošíková et al. 2006).

1.2.4 Vztah sestry a pacienta

Vztah mezi sestrou a pacientem předpokládá u zdravotníka znalosti z oboru psychologie, empatické vložky, postřeh a pohotovost v jednání, osobní motivaci účasti. V důsledku psychologického přístupu k pacientům by sestra měla jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem a jeho problémy řešit s velkou dávkou laskavosti a tolerance (Zacharová et al. 2007).

Sestra se při poskytování péče snaží, aby pacient dosáhl maximální úrovně uspokojení a pocitu, že se v každém případě jedná o něj samotného. Nejde jen o identifikaci a uspokojování potřeb, ale i o znalost všech souvislostí, zejména psychického stavu, sociálního statusu a kontextu, osobnostních charakteristik, a rovněž o přijetí role pacienta. Kvalitní ošetrovatelská péče se zakládá na vztahu sestry a pacienta. Tento vztah je založen na důvěře a vzájemné toleranci. Sestra musí být schopna empatie, aby pomohla pacientovi zvládnout jeho roli co nejlépe (Bártlová et al. 2005).

Ve vztahu k nemocnému má sestra zejména expresivní funkci, která představuje zajištění terapeutického prostředí, nabídku duševní podpory a pochopení pro všechny reakce pacienta (pozitivní x negativní). Vyrovnat se s rolí pacienta představuje obrovskou zátěž, již každý člověk snáší jinak. Všeobecná sestra má pozici prostředníka mezi lékařem, sestrou a pacientem, což umožňuje vytvoření harmonického, funkčního a integrovaného vztahu vedoucího ke spolupráci pacienta a k poskytnutí co nejkvalitnější péče (Bártlová et al. 2005).

1.3 Pacient

Velký lékařský slovník definuje pacienta jako „nemocného, osobu v lékařské péči, latinsky *patiens* = trpělivý, trpící od *patior*, trpět“ (Vokurka/Hugo 2009: s. 677). Zákon č. 372/2011 Sb. uvádí, že „pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Nemoc narušuje správnou funkci organismu, čímž dochází k významnému ovlivnění kvality života člověka. Člověk se stává bezmocným a závislým na pomoci

druhé osoby. Každé onemocnění či tělesné postižení člověka vede k omezení v rámci plnění jeho rolí (změna životního rytmu, omezení v běžných zvyklostech, snížení výkonu, bránění výkonu povolání, omezení společenských kontaktů a emocionální změny), což představuje zátěžovou situaci. Značný podíl na tom má i psychický stav daného jedince (Zacharová/Šimíčková-Čížková 2011).

1.3.1 Role pacienta

Skutečnost, že se člověk ocitá v roli pacienta, s sebou nese značné množství fyzických i psychických změn. Tato role přináší rozličné sociální dopady vztahující se zejména k rodině a zaměstnání. Role pacienta má své charakteristické znaky. Znamená to, že je člověk zproštěn četných povinností a společenských závazků po určitou dobu a v určité míře. Za svou situaci není zodpovědný a není schopný ji svou vůlí plně vyřešit. K roli pacienta náleží ovšem i povinnosti související s větší dávkou zodpovědnosti: pacient musí např. předcházet nemocem, dodržovat zásady správné životosprávy, pečovat o své zdraví, při změnách stavu vyhledat odbornou pomoc a na základě spolupráce zlepšit zdravotní stav (Bártlová et al. 2005).

K hospitalizaci pacientů nedochází většinou z jejich vlastního rozhodnutí, ale na základě doporučení praktického lékaře či jiného odborníka. V souvislosti s hospitalizací vystupuje do popředí závažnost onemocnění, což vede ke vzniku stresu. Následkem bolesti, nedostatečné informovanosti, nedostatečného uspokojování potřeb, nekorektního a neosobního jednání a sociální izolace je přijetí role pacienta velmi komplikované. Sestra by proto měla projevit empatii a zájem o osobnost nemocného, čímž mu pomůže vyrovnat se s jeho novou rolí, jež je prožívána velmi individuálně. Terapeutický efekt léčby je daleko výraznější v pozitivně laděném, důvěryhodném a motivačně nabitým prostředí. Důležitým faktorem ovlivňujícím průběh nemoci je psychická stránka pacienta a jeho přiměřená schopnost prožívání a reagování na zátěž (Bužgová et al. 2011).

1.3.2 Postavení pacienta v LDN

Zdravotní péče v České republice se řídí základním zákonem, který představuje Ústava České republiky (Ústavní zákon č. 1/1993 Sb.), jehož součástí je Listina základních práv a svobod. V článku 31 je uvedeno: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou péči a na zdravotní pomůcky, za podmínek, které stanoví zákon“ (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.).

V roce 2011 byl v České republice přijat Zákon č. 372/2011 Sb., který garantuje právo na svobodnou volbu poskytovatele zdravotnické péče a zdravotnického zařízení, právo na informace o svém zdravotním stavu a právo na udělení souhlasu s poskytovanou péčí (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Během hospitalizace pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných jsou aplikována a realizována práva pacientů v rámci léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče, která je určena mírou soběstačnosti a stupněm závislosti. Hospitalizace je podmíněna vyslovením souhlasu ve smyslu § 34 zákona o zdravotních službách, na druhé straně zákon vymezuje i hospitalizaci bez souhlasu. Součástí dokumentace by měl být i souhlas s poskytovanými zdravotními úkony. Jelikož je v těchto zařízeních poskytována dlouhodobá péče a pacienti mají vysoký věkový průměr, je žádoucí důrazné dodržování a respektování práv pacientů, zachovávání lidské důstojnosti a eliminace diskriminace. Většina pacientů je velice křehká a odkázaná na pomoc zdravotnického personálu (Čevela et al. 2012).

1.4 Chování sester

V psychologii výrazem *chování* rozumíme smysluplný celek psychiky, tedy soubor vnějších pozorovatelných projevů člověka představujících činnost jedince, jeho řečový projev a výraz tváře či těla (Nakonečný 2004).

Chování můžeme tedy chápat jako souhrn rozličných činností jedince v kontextu různých životních situací a za různým účelem. Činnosti člověka lze rozdělit do tří typů: existují činnosti instinktivní, návykové a rozumové. Instinktivní činnosti jsou vrozené (např. chůze). Návykových činností (např. mateřského jazyka a komunikace) lze

dosáhnout podvědomým učením a napodobováním. Záměrným učením a vzděláváním jsou získávány činnosti rozumové (Průcha/Veteška 2012).

Chování jedince je zpravidla provázeno rozličnými, více či méně se projevujícími pohyby, někdy i vnitřními změnami. V rámci doprovodných pohybů se jedná např. o gesta a útočné či obranné pohyby, vnitřní změny se projevují zvýšeným krevním tlakem, vylučováním určitých hormonů či biochemických látek (např. vylučováním adrenalinu při agresivním chování). Chování vyjadřuje prožitky člověka, ale může být ovlivněno různými okolnostmi (rozpor emocí se skutečným prožitkem). Jednota chování a prožívání je vyjádřena formami chování – existuje expresivní a adaptivní chování. Expresivní chování vyjadřuje skutečné prožívání situace (stav silného afektu a sníženého sebeovládání), adaptivní chování představuje promyšlenou a zdařilou adaptaci na danou situaci (Nakonečný 2004).

Profese všeobecné sestry jakožto velmi náročné povolání vyžaduje i určité osobnostní předpoklady, které se odrážejí v chování. Mezi nejdůležitější předpoklady patří bezesporu dostatečná míra empatie umožňující vcítit se do pocitů druhého člověka. Neméně významná je i přiměřená kritičnost a sebekritičnost. Samozřejmostí je tvůrčí přístup uplatňovaný v rámci řešení svěřených úkolů, schopnost postřehnout a realizovat nové podněty, dále porozumění problémům nemocných (toto porozumění úzce souvisí s klidným vystupováním a trpělivostí) a umění zvládat své emoce. Humánní přístup k nemocným vypovídá o vyrovnané a zralé osobnosti. Do každodenních činností se promítá rovněž orientace na hodnoty, odpovědnost, rozvážnost, smysl pro povinnost a pozitivní vztah k lidem (Zacharová et al. 2007).

Chování sester je ovlivněno mnoha faktory. K těm podstatným patří pozitivní vlastnosti osobnosti, vzdělání a jeho celoživotní prohlubování, prestiž profese daná pohledem společnosti, nároky pracoviště a etický kodex, který určuje chování sester a práva pacientů a působí na chování sester k pacientům (Zacharová/Šimíčková-Čížková 2011).

Postavení v zaměstnání, postoj k zaměstnání a vztah k pacientům umožňuje rozdělit sestry na několik typů. Rutinní sestra je přesná, reálná, konkrétní, praktická a často se odpoutá od humánního přístupu k pacientům. Herecky afektovaná sestra překypuje

snahou získat si přízeň a uznání, snaží se zaujmout. Nervózní sestra je mrzutá, podrážděná, nejistá, neklidná a nedůtklivá. Mužský typ představuje energickou, cílevědomou a odhodlanou sestru vyznačující se racionálním myšlením a příkladnou organizací. Sestra mateřského typu je přátelská, přívětivá, vlídná a chápající (Zacharová et al. 2007).

Profese sestry s sebou přináší i řadu svízelných situací, které mohou záporně ovlivňovat nálady a chování sester. Tyto situace ústí v tzv. neadaptivní projevy povahy. Rozlišujeme sestry *náladové*, *psychastenické*, *schizotymní*, *citově chladné*, *podezřivé*, *přecitlivělé*, *hysterické* a *popudlivé*. *Náladové sestry* regulují své chování podle momentálně prožívané situace. Vykazují pozitivní či negativní odchýlení od vyrovnaného vystupování. *Psychastenické sestry* odmítají změny v zaběhnutém řádu, v nenadálých situacích jsou neúspěšné, ale na druhou stranu vykazují trpělivost při pravidelné péči o pacienty. *Sestra schizotymní* představuje odbornici, jež má svůj individuální systém, ovšem nechápe pacienta ani jeho problémy. *Citově chladné sestry* nepocitují uspokojení v rámci lůžkové péče, nýbrž v rozšiřování odbornosti a specializace. *Sestry podezřivé* se vyznačují nedůvěřivostí, neoblíbeností, zranitelností, okolní problémy vztahují na sebe, což vyvolává pocity křivdy a konflikty. Značně citlivé, zranitelné a nadměrně empatické bývají *přecitlivělé sestry*. *Hysterické sestry* jsou strhující, uchvacující, vyzdvihují svoji důležitost a úlohu ve vztahu k pacientům. Zdrojem konfliktů a problémů jsou *sestry popudlivé*, které se vyznačují zlostí, výbušností a neovladatelností (Zacharová/Šimíčková-Čížková 2011).

Chování sester k pacientům by mělo být promyšlené a mělo by se zaměřovat na všechny souvislosti, a to i z psychologické a sociální oblasti. Všeobecné sestry by měly předcházet emocionální vyčerpanosti a profesionální deformitě, které mohou vyústit ve velmi zjednodušené vnímání pacienta a jeho problémů. Jednání s pacienty musí být orientováno na člověka, ne na chorobu. Vytvoření vlídného psychosociálního prostředí pacientům pomáhá, terapeutické působení pak probíhá v optimálních podmínkách (Zacharová et al. 2007).

1.4.1 Produktivní chování

V profesi všeobecné sestry představuje produktivní chování k pacientům psychoterapeutický přístup, který je široce koncipován. Tímto přístupem rozumíme kladné chování zdravotnických pracovníků vůči pacientům, které by mělo postupovat veškerou ošetrovatelskou péčí. Sestra, jež se chová produktivně, respektuje objektivní stránku nemoci pacienta a všímá si psychického prožívání, které úzce souvisí s vlastní osobností člověka. Bere na vědomí pacientovu sociální situaci včetně prognózy a s tím související změny životního režimu. Nemalou roli má i terapeutické prostředí se svými specifiky (Zacharová/Šimíčková-Čížková 2011).

K pravidlům produktivního chování patří seznámení pacienta s novým prostředím, zajištění dostatečné informovanosti pacienta a poučení o neznámých věcech, což usnadní celkovou orientaci a odstraní stres z cizího prostředí. Sestra by měla svým přístupem minimalizovat záporné emoce, které se projevují strachem, obavami, beznadějí, studem, úzkostí apod. Sledováním pozitivních cílů se předchází různorodým komplikacím či obtížím. Ve vztahu k pacientovi dává sestra najevo zájem, empatii, sympatii a náklonnost. Svou účastí vyjadřuje sestra pomoc a podporu, jež je pro pacienta zdrojem jistoty, že není na své problémy sám. Dále se sestra snaží o to, aby pacient aktivně spolupracoval, motivuje ho dodáváním odvahy. Nezbytností je průběžný vzájemný kontakt a aktivní výměna informací mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky. Produktivní chování vytváří optimistickou atmosféru podpořenou smyslem pro humor. Trpělivé naslouchání, pochvala, ocenění snahy a asertivní přístup podporují pozitivní cíle ošetrovatelské péče (Kelnarová/Matějková 2014).

1.4.2 Neproduktivní chování

Protipólem produktivního chování je neproduktivní chování sester. Příčiny tohoto chování mohou vyplývat z nežádoucích povahových rysů, neznalosti, neodbornosti, z přetížení či psychické únavy (Zacharová/Šimíčková-Čížková 2011).

Neproduktivní chování je charakterizováno podáváním polopravdivých či lživých informací pacientům i rodinným příslušníkům, což vzbuzuje strach nebo vyvolává

nepřiměřená očekávání. Sestry mohou dávat najevo nezájem a neochotu ke spolupráci. Značně devalvujícím projevem je nepřátelství, agrese nebo rezonance (oplácení). Pacienty velice ponižuje škodolibost ze strany zdravotnického personálu, bezcitná kritika, očeňování a hanobení lidské důstojnosti. Jednotvárné a mechanické mentorování, příkazování a poroučení s prvky egocentrismu nenáleží k profesionálnímu chování sester. Pacienti těžce nesou, pokud sestry neustále zdůrazňují vlastní zásluhy a vyžadují vděčnost ze strany nemocných i rodiny. Nepodporování snahy pacientů a nedostatečné projevy uznání vedou k uzavřenosti pacientů. K dalším znakům neproduktivního chování patří uzavřenost, odměřenost, úsečnost, ale třeba i přehnané litování či utěšování. Sestry, které jsou stroze věcné a odmítají navázání citového pouta, se pacientům plně odcizí, v důsledku čehož hrozí neposkytnutí kvalitní ošetrovatelské péče i nenaplnění cílů vlastní profese (Kelnarová/Matějková 2014).

Zdravotnická profese je velice náročná jak po fyzické tak po psychické stránce. Pokud se jedinec rozhodne věnovat tomuto povolání, měl by mít neustále na paměti, že on je tu pro pacienty, ne naopak, a to i v případě, že bude pomáhat nejen lidem uznalým, vděčným a ochotným se přizpůsobit, ale i lidem problematickým a nevděčným (<http://www.zdravotniregistr.cz>).

1.4.3 Profesionální chování sester

Profesionální chování sester je dáno jejich charakterovými vlastnostmi, které odráží mravní profil jedince. Ve zdravotnictví je profesionální chování ovlivněno řadou skutečností, zejména morálním charakterem osobnosti, patřičným vzděláním, znalostí právních otázek z oblasti práv pacientů i vlastních práv, chováním projevujícím se vážností a úctou, altruismem, asertivním přístupem i schopností empatie. Nemalý vliv má i společenská prestiž povolání všeobecné sestry a pracovní prostředí (Kelnarová/Matějková 2014).

Profese všeobecné sestry vyžaduje také osvojení určitých vzorců chování, které zahrnují *funkční specifitu, univerzalismus, kolektivní orientaci a emoční neutralitu*. *Funkční specifita* stanovuje podmínku odborných kompetencí (formálních i skutečných)

pro výkon profese včetně ochotného přístupu a schopnosti efektivní komunikace s členy ošetrovatelského týmu. *Emocionální neutralita* představuje orientaci na způsob vystupování a jednání bez zapojení emocionální stránky. Neznamená to bezcitnost, ale podřízení emocionality rozumové kontrole a zároveň vyjádření empatie. Tento vzorec chování by měl platit pro všechny role sestry. *Univerzalismus* vyjadřuje fakt, že nemoc je univerzálním faktem, což znamená, že příjemcem péče je kdokoliv ze společnosti. Ošetrovatelská péče je tedy poskytována rovnocenně a v sociálním kontextu. V rámci *kolektivní orientace* sestra vychází při naplňování potřeb ze zájmu pacientů, což je charakteristické pro osobnosti sociálně vyzrálé (Zacharová/Šimíčková-Čížková 2011).

1.4.4 Etický kodex sester

Mezinárodní rada sester (INC) přijala v roce 1953 etický kodex vymezující rámec pro vlastní etická rozhodování sester při poskytování péče. Kodex prošel několika úpravami, poslední verze byla přijata v roce 2000 a Česká asociace sester jej přijala v březnu 2003 (Kutnohorská 2007).

K pilířům povinností sestry náleží dle kodexu péče o zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. Zdravotní péče je potřebná na všeobecné úrovni a jejími příjemci jsou jedinci, rodiny i komunity. Ošetrovatelská péče jde ruku v ruce s respektováním lidské důstojnosti, respektováním jedince, jeho života a práv. Přístup k pacientům zahrnuje respekt lidských hodnot či duchovního přesvědčení. Péče je poskytována bez ohledu na věk, pohlaví, národnost, rasu, barvu pleti, zdravotní handicap či nemoc, kulturní tradice, politické smýšlení či společenské postavení. Sestra musí poskytovat dostatek informací a zároveň ctít povinnost mlčenlivosti. Sestra podporuje činnosti směřující k uspokojování zdravotních i sociálních potřeb pacientů s cílem zachovat a ochránit přirozené prostředí. Na druhé straně je povinna pečovat o vlastní zdraví, podporovat a rozvíjet svoji kvalifikaci, podílet se na prohlubování prestiže profese sestry a nést odpovědnost za ošetrovatelské působení (<http://www.cnna.cz>).

1.5 Komunikace ve zdravotnictví

Lidská komunikace představuje komplikovaný a mnohvrstevný proces, který velmi úzce souvisí s inteligencí a vzděláním, odvíjí se od vlastní psychiky a z nemalé části je ovlivněn i individuálními a sociálními zkušenostmi (např. schopností přijmout kulturní tradice, společenská pravidla aj.). Proto komunikace tvoří základní bio-sociální potenciál člověka, avšak individuálně se odlišuje stupněm rozvinutí, dědičnými předpoklady, rodinnou výchovou a způsobem realizace. Účelem komunikace je působivě, efektivně a účinně informovat, zjišťovat, přesvědčovat, odrazovat, ale třeba i rozptylovat. Specifikem komunikace je to, že v mluvené formě probíhá pouze mezi konkrétními aktéry, odehrává se pokaždé jen v určitém čase, prostředí, v jedinečné a neopakovatelné situaci a vykazuje dialogické rysy (Linhartová 2007).

Komunikovat znamená informace sdělovat, předávat, sdílet a vyjadřovat je takovou formou, jež zaručí vzájemné porozumění účastníků komunikačního procesu (Špatenková et al. 2009).

Na základě charakteru prostředků užívaných během komunikace rozlišujeme *komunikaci verbální* a *komunikaci neverbální*. *Verbální komunikace* zahrnuje sdělování určitých informací pomocí slov nebo prostřednictvím znaků či znakových symbolů. Do této kategorie komunikace zařazujeme mluvené i psané slovo. Použití mluveného slova se liší na základě kultury, věku, vzdělání či společensko-ekonomického postavení. Řeč podporuje sdělování myšlenek, přijímání nových poznatků, působí na vzájemné vztahy a postoje lidí. U mluveného projevu sledujeme obsahovou stránku, všímáme si ovšem také neobsahové (paralingvistické) stránky řečového projevu, jež je dána barvou hlasu, intenzitou, tónovou výškou, rychlostí řeči, intonací, pomlkami, dynamikou a délkou konverzace, neopomeneme ani případné chyby v mluvě či přestávky v hovoru. Účinná verbální komunikace by měla být vedena jednoduše, stručně, zřetelně, důvěryhodně, s vhodným načasováním a závažností, měla by se přizpůsobit daným okolnostem a reakcím protějšku (Venglářová/Mahrová 2006).

Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Zahrnuje veškeré projevy doprovázející řeč i projevy vysílané bez mluveného projevu. Neverbální projevy jsou považovány stejně jako mluvená řeč za plynulý jazyk, jenž má své zvláštní tempo,

rytmus, slovník a gramatiku. Neverbální komunikace je pocíťována jako upřímnější a přímočařejší než komunikace verbální. Tento způsob komunikace podtrhuje a zesiluje účinek verbálního projevu, kontroluje ho a případně reguluje. K neverbálním prostředkům patří gestikulace, mimika (výraz tváře), kinetika (pohyby), proxemika (vzdálenost a prostorové umístění), pohledy očí, haptika (doteky), posturologie (fyzický postoj), úprava zevnějšku a vzhled (Špatenková et al. 2009).

Komunikace tvoří neoddělitelnou součást práce sester a je jádrem veškeré ošetrovatelské péče. Sestry by měly umět zejména empaticky naslouchat a chápat verbální i neverbální vyjadřování. Komunikace je pro sestry prostředkem k čerpání informací, motivování, edukování, navození atmosféry důvěry a porozumění, vytváření vztahů s pacienty a zároveň s dalšími členy ošetrovatelského týmu. Schopnost efektivní komunikace umožňuje interaktivní terapii, vyhodnocování potřeb pacientů a realizaci intervencí. Všeobecná sestra musí rozvíjet a udržovat schopnosti týkající se oblasti komunikace, aby mohlo dojít ke zlepšení interpersonálních vztahů a ke zkvalitnění ošetrovatelské péče zaměřené na upevnění zdraví, vytvoření vzájemných vztahů s pacienty a jejich blízkými, přičemž budou tyto vztahy založeny na důvěře (Plevová 2011).

1.5.1 Interpersonální komunikace

Interpersonální (meziosobní) komunikací se rozumí komunikace mezi dvěma nebo více osobami. Probíhá nejčastěji ve formě dialogu, během nějž se využívá všech dostupných komunikačních složek (Mikulášťík 2010).

Interpersonální komunikace zahrnuje kategorii *verbální* a *neverbální*. Primární formou verbálního (slovního) projevu je rozhovor představující účelný jazykový kontakt, při němž střídavě komunikují různí účastníci a který se odehrává v určité sociální a předmětné rovině. Vyjadřuje věcný význam informací. Neverbální komunikace (gesta, mimika, posturologie, intonace, proxemika, kinezika, haptika, pohled, úprava zevnějšku) je více autentická a těžko potlačitelná, neboť vyjadřuje emoce. *Symetrická* a *asymetrická komunikace* vyvažuje podíl jednotlivých osob na průběhu komunikačního procesu. Asymetrická neboli vyvážená komunikace

vyjadřuje rozdílné sociální postavení (nadřazený proti podřazenému, muž proti ženě a naopak, starší proti mladšímu apod.). Další kategorií je komunikace *harmonická* a *konfliktní*. Harmonická komunikace přivádí účastníky ke shodě zájmů, k naplňování potřeb souvisejících se vztahem. Naproti tomu konflikt představuje střet protichůdných názorů, a jelikož v každé komunikaci se může objevit názorový rozpor, nelze se mu zcela vyhnout. Každý střet názorů má racionální (věcnou) a iracionální (emocionální) složku. *Kompetitivní (soutěživá)* a *kooperativní (spolupracující) komunikace* jsou dalšími kategoriemi interpersonální komunikace. Úsilí zaměřené na překonání jednoho člověka druhým doprovází soutěživou komunikaci, přičemž protivníci zásadně respektují daná pravidla (např. nejlepší přátelé mohou proti sobě sehrát urputný tenisový turnaj). Spolupracující komunikace dává podnět ke vzájemné pomoci. Obě podoby komunikace se mohou vzájemně prolínat a doplňovat (např. hráči hokejového oddílu kooperují, ale zároveň soupeří s protihráči z jiného týmu). Při *formální komunikaci* je dominantní nadosobní stanovisko (věcné hledisko), jež je účelem komunikace (např. terapie pacienta). *Neformální komunikace* preferuje osobní stanoviska, zájem, účast a emocionální projevy (<http://mezilidske-vztahy.euweb.cz>).

Interpersonální komunikace zahrnuje dva aspekty – věcnou a vztahovou rovinu. Věcnou rovinou rozumíme objektivní obsah komunikace, to znamená základní sdělení v rámci slov a vět. Vyjadřování jednotlivých osob se liší množstvím informací, specifiky danými věkem, sociálním postavením apod. V rámci vztahové roviny si komunikanti předávají současně s informacemi i své dojmy, pocity, stanoviska ke sdělením, chápou postavení partnera i své vlastní, svá přání atd. Projevují vůči sobě úctu či neúctu prostřednictvím mimiky, pohledu očí či gest. Vzájemné projevy se odehrávají verbálně i neverbálně (Motschnig/Nykl 2011).

Při interpersonální komunikaci si nesdělujeme informace jen s druhým jedincem, nýbrž i sami se sebou. Vnitřně spolu polemizujeme, získáváme nadhled, rozhodnost, vytváříme si úsudek o druhých lidech, o různých záležitostech, situacích a zároveň porovnáváme vzpomínky (De Vito 2008).

1.5.2 Komunikace s pacientem

Komunikace je podmínkou fungování vztahů mezi lidmi a zároveň přímým projevem této interakce. V ošetrovatelské péči je komunikace klíčovým aspektem představujícím komplexní a náročnou dovednost, která sestře umožní vzájemné působení a komunikaci nejen započít, ale také rozvíjet a ukončit (Zacharová et al. 2007).

K tomu, aby komunikační proces mezi pacientem a sestrou mohl začít, produktivně se rozvíjet a splňovat svůj klíčový význam spočívající ve vzájemné výměně informací, musí obě strany dodržovat tři základní body. Zaprvé musí chtít komunikovat. Majoritní část pacientů touží komunikovat. Ve velice výjimečných případech se však můžeme setkat s pacientem, který komunikaci odmítá. Problém může vzniknout na straně sestry, a to z důvodu neschopnosti adekvátně zpracovat přijaté informace. Jiní netouží komunikovat v důsledku profesionální lhostejnosti, nedostatečné motivace, nedostatečného rozvíjení komunikačních schopností nebo kvůli profesionální deformaci. Zadruhé by měli účastníci komunikace komunikovat efektivně. Na straně pacientů většinou nebývá problém, neboť využívají stejný styl komunikace jako před onemocněním. Sestry však musí neustále své vědomosti a dovednosti v oblasti komunikace rozvíjet a rozšiřovat o nové poznatky, které pak budou aplikovány v praxi (např. během komunikace s pacienty agresivními, zmatenými, depresivními, s pacienty pod vlivem návykových látek či s pacienty s fatickými poruchami). Třetím bodem je zabezpečení komunikačního procesu, tedy mít možnost komunikace. V tomto bodě nacházíme více bariér na pacientově straně. Přijetí a zpracování informací vyžaduje správné vnímání a zachování kapacity paměti. Spousta pacientů má problémy se sluchem, zrakem, pamětí, ale i s prostorovou či časovou orientací. To s sebou nese značná úskalí v rámci komunikačního procesu (Kapounová 2007).

Další klíčovou komunikační dovedností je umění naslouchat, protože naslouchání druhým znamená, že je aktivně vnímáme. Předpokládá to rozšířenou vnímavost sester k širokému spektru podnětů. Z toho vyplývá, že není důležité vnímat jen to, co nám pacient sděluje, nýbrž také to, jakým způsobem nám to sděluje - včetně používání mimiky a pohybů. Aktivní vnímání vede k poznání skutečné podstaty pacientova sdělení. S nasloucháním jde ruku v ruce respekt (přistupujeme k lidem jako

k jedinečným lidským bytostem). Respekt by měl vyzařovat i z jednání sester. Dáváme jim najevo, že čas vymezený pacientovi je věnován jen a pouze jemu. Respekt je vyjádřením spoluúčasti na pacientově situaci a zároveň je znakem důvěry k pacientovi. Obecně lze říci, že respekt je základním principem optimálního přístupu k pacientovi (Linhartová 2007).

Významným aspektem komunikace v rámci ošetrovatelské péče je *evalvace*, která souvisí s oblastí kladných mezilidských vztahů. Pojem *evalvace* zahrnuje verbální i neverbální projevy kladného hodnocení druhého člověka, kladné hodnocení druhými lidmi, respektování, vážnost, úctu, důvěru, jistotu, účast a uznání. Vzorem evalvačního chování je uctivé a laskavé jednání s druhými lidmi, pochvala či zastání se druhých v případě, že je jim ukřivděno (Kelnarová/Matějková 2014).

Na druhé straně stojí pojem *devalvace*. Mezi typické znaky devalvace patří ponižování druhého člověka, jeho zesměšňování, ignorace, necitlivé a hrubé zacházení, ironie, porušení mlčenlivosti atd. Devalvační jednání je realizováno nejen činy, ale i způsobem mluvy či neverbálním jednáním. Pokud známky takového jednání vykazuje sestra, neposkytuje kvalitní ošetrovatelskou péči. Chyba je především v komunikaci. Devalvační chování může být důsledkem únavy, přepracování a může vyústit až v syndrom vyhoření. Ovšem i přetížený a vyčerpaný člověk může komunikovat takovým způsobem, aby nikoho nezranil a neurazil lidskou důstojnost (Kelnarová/Matějková 2014).

1.5.3 Komunikace s příbuznými

Příbuzní a známí pacienta ztělesňují pro sestry významné komunikační partnery. Jde zde především o získání kontaktu a dosažení spolupráce při terapii. Dalším důležitým článkem této komunikace je psychická podpora pacienta ze strany jeho blízkých. Každý pacient má však právo formou informovaného souhlasu určit osoby, jimž mohou být poskytnuty informace o zdravotním stavu. Rovněž má právo zakázat podávání informací komukoliv ze svého okolí. Sestra může určené osoby informovat pouze o ošetrovatelské péči (Špatenková et al. 2009).

Komunikace s rodinou pacienta bývá pro řadu zdravotnických pracovníků velice náročnou záležitostí. Představuje však možnost navázání vztahu založeného na důvěře a vzájemné spolupráci. Podmínky a průběh komunikace jsou zásadně ovlivněny zdravotním stavem pacienta, průběhem a vývojem nemoci, četností kontaktů s rodinou pacienta, důležitostí a potřebností řešení sociálních i psychických problémů. Samozřejmě záleží i na časových možnostech sester a rodinných příslušníků (Vévoda et al. 2013).

Komunikační proces ve zdravotnictví představuje specifickou sféru řízenou danými pravidly, etikou a normami. Sestra v rámci své profese přichází do kontaktu s neznámými lidmi. Během realizace ošetrovatelského procesu musí přimět pacienty, aby odhalili své nejhlubší a intimní nitro. Velice citlivé informace, které se často sdělují jen s obtížemi, musí získávat také od příbuzných pacienta. Jelikož se jedná o klíčovou oblast při poskytování kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče, měla by sestra umět vytvořit vhodné podmínky, důvěryhodné a bezpečné prostředí a jednat s rodinou uctivě a s respektem. Umění správné komunikace s příbuznými pacienta patří k odborným kompetencím sester. Podmínkou efektivní komunikace je i vhodné načasování. Svoji negativní či pozitivní úlohu sehrává rovněž prostředí, kde se komunikace odehrává. Sestra by neměla komunikovat s rodinou při chůzi ani na chodbě, kde není zajištěno dostatečné soukromí. Předávání tak důležitých informací vyžaduje dostatek času, který lze vyplnit i případnými dotazy. Komunikace s rodinou by měla být vedena srozumitelně, důraz je kladen i na zpětnou vazbu. Sestra musí rodinu i blízké přesvědčit o tom, že veškeré poskytnuté informace jsou důvěrné a chráněné, protože profese sestry je regulována etickými normami (Špatenková et al. 2009). Dodržováním těchto pravidel by měl být vytvořen vztah založený na důvěře.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zmapovat chování sester pohledem pacientů, kteří jsou odkázáni na péči v léčebně dlouhodobě nemocných

Cíl č. 2: Zmapovat chování sester pohledem rodinných příslušníků a blízkých osob pacientů, kteří jsou hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných

2.2 Výzkumné otázky

- Jaké chování sester považují pacienti léčebny dlouhodobě nemocných za problematické?
- Jak celkově působí chování sester na pacienty léčebny dlouhodobě nemocných?
- Jaké chování sester považují rodinní příslušníci pacientů léčebny dlouhodobě nemocných za problematické?
- Jak ovlivňuje věk pacienta chování sester při poskytování péče?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

K získání informací o problematickém chování sester k pacientům v LDN byla zvolena forma kvalitativního výzkumu, jelikož se orientuje na pochopení jevů edukační skutečnosti, které jsou jedinečné. Objasnění se zakládá na názorech, prožitcích, zkušenostech subjektů, jež souvisejí s příslušným kontextem (Průcha/Veteška 2012). Základem kvalitativního výzkumu je analýza zkoumaných skutečností, odkrytí jejich elementárních součástí, odhalení souvislostí a propojení mezi nimi (Kutnohorská 2009). Tento druh výzkumu pracuje se slovy a textem. Data jsou získávána z rozhovorů, pozorování či dokumentů. Cílem hloubkových, polostrukturovaných rozhovorů je získání komplexních a detailních informací o zkoumaném jevu (Škvaříček/Šedřová 2014). Kvalitativní šetření je otevřenější a umožňuje odhalit subjektivní názory pacientů a jejich rodinných příslušníků či známých. Představuje důvěryhodnější a hodnotnější metodu, protože využívá zkušenosti dotazovaných.

Potřebná data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s pacienty LDN a s příbuznými či známými pacientů (viz Příloha č. 1 a 2). Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek, případně doplňujících otázek, které reagovaly na odpovědi dotazovaných. Otázky se týkaly různých oblastí ošetrovatelské péče, zejména respektování soukromí a intimity pacientů, dostatečné informovanosti a seznámení s oddělením, stravování, reakcí sester na použití signalizačního zařízení pacientem a celkového dojmu z chování a přístupu sester. Rozhovory byly uskutečněny v LDN v Plzeňském kraji v průběhu měsíce února a března. S ohledem na zachování anonymity dotazovaných není uveden přesný název zařízení. Souhlas managementu nemocnice s provedením výzkumu je k dispozici na vyžádání. Rozhovory byly zaznamenávány písemně, protože bylo respektováno přání dotazovaných nepoužívat nahrávací zařízení. Přepisy rozhovorů jsou uloženy na CD (viz Příloha č. 6) a tvoří součást bakalářské práce. Následně byla data analyzována a rozdělena do kategorií. Výzkumné šetření bylo doplněno zúčastněným pozorováním přístupu sester k pacientům LDN při poskytování ošetrovatelské péče (viz Příloha č. 3

a 4). Zúčastněné pozorování je formulováno jako dlouhodobé, systematicky uspořádané a mimovolní sledování aktivit, jež probíhají přímo ve zkoumaném prostředí, za účelem objevení a reprezentování sociálního života a procesů (Škvaříček/Šed'ová 2014). Metoda pozorování při sběru dat tvoří základní techniku, jelikož objektem pozorování je chování jednotlivých osob v různých situacích i v různé atmosféře (Kutnohorská 2009). Výsledky pozorování byly zpracovány do tabulek a následně analyzovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představovalo sedm pacientů a sedm příbuzných či blízkých osob pacientů léčebny dlouhodobě nemocných, která se nachází v Plzeňském kraji. Dotazování byli pacienti z různých stanic celého zařízení. Do LDN jsou přijímáni pacienti vyšších věkových kategorií, proto se věkové rozmezí pacientů pohybovalo mezi 62 až 73 lety. Vzorek pacientů byl s ohledem na dané téma výzkumu vybrán záměrně, jednalo se o pacienty propuštěné či těsně před propuštěním. S výběrem dotazovaných pomáhaly i sestry na dané stanici, protože (vzhledem ke spektru pacientů hospitalizovaných v LDN) bylo nutností oslovit takové pacienty, kteří by byli ochotni komunikovat na dané téma a rovněž schopni se adekvátně vyjádřit. To znamená, že netrpí žádnou psychickou poruchou, jež by omezovala či jiným způsobem znehodnocovala sběr dat. Kromě toho bylo předpokládáno, že pacienti v závěru hospitalizace budou hovornější a sdílnější. Ovšem výběr dotazovaných byl velmi složitý, jelikož většina oslovených pacientů i příbuzných neměla o rozhovor zájem a nechtěla sdělit své zkušenosti s chováním sester.

Při rozhovorech s oslovenými pacienty a příbuznými nejprve proběhlo představení se, dále byly vysvětleny důvody k uskutečnění rozhovoru i to, za jakým účelem jsou tyto informace sbírány. Souhlasící pacienti nebo příbuzní byli dotazováni v odpoledních hodinách či o víkendech. Rozhovory probíhaly v prostorách, které zaručovaly soukromí a klid.

Výzkumné šetření bylo vedeno anonymně a dotazování vyjádřili ústně souhlas se zveřejněním získaných údajů v bakalářské práci.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

Seznam kategorizačních skupin

1. První dojem z přijetí do léčebny dlouhodobě nemocných
2. Seznámení s režimem oddělení
3. Chování sester v průběhu poskytování ošetrovatelské péče
4. Dostupnost sester na zazvonění
5. Ochrana soukromí a intimity pacientů
6. Oblast stravování
7. Péče a dopomoc při vyprazdňování
8. Nevhodné chování sester
9. Hodnocení sester na oddělení LDN
10. Navrhované změny

Kategorie 1 - První dojem z přijetí do léčebny dlouhodobě nemocných.

Na otázku, *jak na Vás zapůsobilo přijetí na toto oddělení a jaký byl Váš první dojem z přijetí*, většina pacientů odpověděla kladně, tedy že přijetí bylo příjemné a milé. První dojem hodnotili pacienti pozitivně. Pacienti nastupovali na toto oddělení za účelem rehabilitace a získání soběstačnosti. Doporučení dostali ponejvíce na předchozím oddělení nebo od jiných pacientů. Jen pacient č. 3 uvedl: *„Takže první dojem byl, že jsem nevěděl, jaké to bude, co mě čeká“* a rovněž pacientka č. 6 řekla: *„Nevěděla jsem vůbec, co mám očekávat.“*

Z rozhovoru s pacientkou č. 2 vyplynulo, že přijetí bylo v pořádku, ale dostavil se šok z prostředí. Po vybídnutí, aby to blíže specifikovala, pacientka uvádí: *„Asi to, že na jednom oddělení jsou pohyblivější, tedy rehabilitační pacienti a do toho ležící, nemohoucí lidi.“* Pacient č. 7 hodnotí první dojem takto: *„Můj první dojem byl smíšený, nikdy předtím jsem na LDN neležel. Měl jsem obavy z neznámého prostředí a taky jsem se trochu obával ostatních pacientů na pokoji.“*

Kategorie 2 - Seznámení s režimem oddělení

Většina oslovených pacientů byla uvedena hned na pokoj a uložena na lůžko. Pouze pacientka č. 4 musela chvíli čekat v křesle na chodbě, protože nebylo ještě volné lůžko. To samé uvedla i pacientka č. 6. V rozhovoru pacientka č. 4 zmínila, že byla uložena na lůžko u okna. Jelikož nesnáší průvan, sdělila: *„Musela jsem po několika dnech poprosit, jestli by nešlo mě přestěhovat na jinou postel.“* Sestry vyhověly jejímu požadavku.

S pacientkou č. 1 sestra okamžitě po uvedení na pokoj začala sepisovat příjem. Pacientka uvedla: *„Byla bych ale radši, kdyby chvilku počkala a dala mi trochu času se vzpamatovat po cestě.“*

Seznámení s režimem oddělení probíhalo dle výpovědí pacientů různě. Pacientka č. 5 již znala oddělení, protože se jednalo o opakovanou hospitalizaci. Pacientka č. 1, 3 a 6 dostaly informace od sester při příjmu. Pacientka č. 2 zmínila, že dostala k přečtení vnitřní řád nemocnice a uvedla: *„Co se týká dotazů a informací, tak jsem se spíše ptala spolubydlících. Ony mi řekly, jak to tu chodí a co a jak.“* Rovněž pacient č. 7 dostal informace v tištěné podobě k přečtení. Dotazováním bylo u pacientky č. 4 zjištěno, že informace získávala postupně od sester, protože při příjmu bylo sděleno velké množství informací a jak řekla pacientka: *„Bylo toho opravdu hodně, a tak jsem i něco zapoměla.“* Vnitřní řád nemocnice dostali všichni pacienti k přečtení s nabídkou zodpovězení případných dotazů. Jenom pacientka č. 6 si tuto listinu nechala přečíst, protože na to špatně viděla.

Kategorie 3 - Chování sester v průběhu poskytování ošetrovatelské péče

Na otázku týkající se chování sester při poskytování péče odpověděli dotazovaní pacienti většinou kladně. Zmínili i několik problémových situací. Pacientka č. 1 hodnotila chování sester kladně, pouze uvedla: *„Akorát jedna sestra byla nepříjemná, když jsem si stěžovala, že je koupelna příliš studená.“* Tuto nepříjemnost pacientka vyřešila sama se sestrou, neměla strach se ozvat. Pacientky č. 2 a 4 shodně poznamenaly, že záleží na tom, kdo přijde na pokoj. Podle jejich sdělení jsou některé sestry bezproblémové, jiné vnímaly jako velmi hlučné, razantní a s neosobním přístupem. Rovněž pacientka č. 5 hodnotila negativně chování dvou sester a jednoho

člena pomocného personálu. Uvedla: „*U té jedné jsem měla pocit, že jen dělá svoji práci jako rutinu. Asi si splní vše, co má. Ale tak nějak bez zájmu. Chyběla mi tam vřelost. A u té druhé jsem měla občas pocit, že ji obtěžujeme. No, a ta sanitárka byla celkem hlučná, razantní a dost neodbytná. Až to někdy hraničilo s hrubostí.*“

V této oblasti hodnotil pacient č. 7 sestry celkem kladně, pouze uvedl, že při ranních směnách se vyskytlo několik sester, které byly nepříjemné. Řekl toto: „*Asi se špatně vyspaly nebo měly nějaké starosti. Kdo ví.*“

Dalším nepříjemně vnímaným jevem bylo nešetrné rozsvěcování velkých stropních světel v brzkých ranních hodinách nebo při nočním obcházení. To shodně konstatovaly pacientky č. 2 a č. 5. Pacientce č. 6 nevyhovovala sestra, která byla na její vkus příliš rychlá. Jak uvedla: „*Jenom jedna sestra byla taková hrrrr. Rychle přišla, chtěla rychle ustlat, rychle aby nás posadili, i ty léky mi dávala všechny najednou.*“ Tento přístup hodnotila podobně i pacientka č. 4. Z rozhovoru s pacientkou č. 6 vyplynulo, že tato pacientka nevydrží dlouho sedět na toaletním křesle, kam ji ráno sestry posadí. Bylo to pro ni velmi nepříjemné, opakovaně musela požádat o zpětné uložení na lůžko. Kromě toho se v nočních hodinách setkala s mladou sestrou, která odmítla respektovat její stud při vyprazdňování do inkontinentních pomůcek. Pacientka uvedla: „*Jenže ona přišla, že zvoním furt, měla nějaké průpovídky a byla celkově nepříjemná.*“ Pacientka vyjádřila svůj strach, takže druhý den se to řešilo s lékařem a staniční sestrou. Jenže dotyčná sestra reagovala tak, že následující den slovně napadla pacientku č. 6, což je nepřípustné. Se stejným nerespektováním studu pacientů při nočních službách se setkala i pacientka č. 4, která řekla: „*Byla tu jedna, která mi řekla, že mám pleny, a mám přes noc čůrat do plen. Jenže já jsem se docela styděla, že mám chodit do plen.*“

Pacienti č. 3 a č. 7 vypověděli, že při stlaní lůžek občas sestry hovořily mezi sebou. Ale pokud některý pacient cokoliv vyžadoval, obrátily svoji pozornost k dotyčnému a věnovaly se mu.

Kategorie 4 - Dostupnost sester na zazvonění

Většina sester byla hodnocena pacienty pozitivně, zejména při ranních směnách byla dostupnost sester hodnocena značně kladně, jak uvedl pacient č. 3. Sestry reagovaly na zvonky podle pacientů č. 1, 2, 3, 5 a 7 celkem rychle, přicházely většinou

hned. Pouze pacientka č. 4 přiznala, že měla problém s jednou noční sestrou ohledně zvonění kvůli podložní míse. Uvedla: „*Byla tu jedna, která mi řekla, že mám pleny, a mám přes noc čůrat do plen.*“ Pacientka to vyřešila tím, že když sloužila dotyčná sestra, snažila se večer omezit příjem tekutin, aby nemusela zvonit v noci na sestru. Také pacientka č. 6 sdělila nepříjemnou zkušenost se zvoněním na sestru během noční služby: „*Bohužel jsem musela jednu noc více zvonit, protože se mi chtělo hodně čůrat, asi jsem hodně večer pila. Nechtělo se mi do plen, protože jsem se snažila naučit se na mísu. Jenže ona přišla, že zvoním furt, měla nějaké průpovídky a byla celkově nepříjemná.*“ Tato událost byla zakončena odpojením signalizačního zařízení dotyčnou sestrou. Další nepříjemnou zkušenost uvedl pacient č. 7, kdy jeho spolupacient opakovaně a často zvonil na sestry. Podle jeho slov sice sestry přicházely, ale některé projevovaly zlobu nad opakovaným zvoněním.

Kategorie 5 - Ochrana soukromí a intimity pacientů

I v této oblasti se většinou respondenti shodli, že sestry zachovávají intimitu a soukromí pacientů, které ošetřují. Pacienti č. 2, 3 a 5 uvedli, že sestry používají při ošetrovatelské péči závěsy mezi lůžky. Pacientka č. 4 a pacient č. 7 shodně poznamenali, že někdo je používá a někdo ne. To se odvíjí od toho, která sestra slouží. Pacientka č. 6 zmínila toto: „*Zpočátku jsem měla problémy s tím, když někdo chtěl na záchod, nemohl si tam dojít a chodil na to křeslo, kde se dá udělat potřeba. Některé sestry se snažily buď nás zavést na koupelnu, kde bylo soukromí nebo alespoň na pokoji, kde nás dali za závěs. Někdy ale také nás nechaly sedět jen vedle postele.*“ Rovněž respondentka č. 2 uvedla, že sestry nepoužívaly závěs u podložní mísy, kvůli které zvonila pacientka na vedlejším lůžku. I pacientka č. 1 sdělila: „*Jen bych uvítala, kdyby používali více závěsy, co jsou mezi lůžky.*“

Kategorie 6 - Oblast stravování

Oslovení pacienti neshledali v oblasti stravování příliš mnoho problémů. Uvítali teplé večeře, což potvrdili pacienti č. 2, 4 a 7. Také velikost porcí byla dostatečná, jak se zmínila pacientka č. 1 a č. 6. Pro pacienta č. 3 bylo jídlo šokem. Nejvíce nevyhovující pro pacienta byly snídaně, jak uvedl: „*Stále jen sýr, džem, tvaroh, jogurt*

nebo sladké pečivo. Já jsem zvyklý spíš na šunku, salám nebo třeba paštiku.“

Pacientka č. 6 ocenila při jídle soukromí na pokojích, protože strava byla podávána k lůžku. Naproti tomu pacientka č. 2 zmínila příliš dlouhé pauzy u oběda mezi polévkou a druhým jídlem. Konstatovala: *„Polévku dostaneme kolem půl dvanácté a za nějakých 30-40 minut teprve druhé jídlo. Což mi připadá dost dlouho, zejména když nevydržím sedět u stolu.“*

Pacient č. 3 a č. 7 shodně uvedli, že není příliš velký výběr jídla. Ani po kontaktu s nutriční terapeutkou nedošlo k žádným zásadním změnám. Pacient č. 3 sdělil: *„Sestra mi nabídla vždy jen dvě varianty jídla. Podle mého neměla příliš fantazii pro pestrost jídelníčku.“* Pacientka č. 1 postrádala v jídelníčku ovoce a zeleninu.

Z rozhovoru s pacientkou č. 5 vyplynulo, že nemá ráda sladké mléko. Sice nebyl problém, pokud pacientka sdělila tuto skutečnost sestře při podávání jídla, ale přesto uvedla: *„Chvilku trvalo, než se ta informace dostala ke všem sestřám. Každý den se střídají v roznášení jídla, ale byly ochotné, když jsem se připomněla.“* Zároveň měla připomínku k sestřám, prý jí nenabídlly příbor k druhému jídlu. Pacientka konstatovala: *„Ale stačilo se ozvat, a hned jsem ho dostala. Ovšem musela jsem se často připomínat, protože se sestry střídají v rozdávání jídla.“*

Kategorie 7 - Péče o dopomoc při vyprazdňování

Pacientka č. 2 nepotřebovala žádnou dopomoc. Stejně tak pacient č. 3, ale jeho souseď na pokoji byl vysazován na toaletní křeslo a ponechán na pokoji za plentou. K tomu pacient č. 3 uvedl následující: *„Jen bych asi ocenil, kdyby ho třeba odvezly na záchody, co byly na chodbě.“* Také z rozhovoru s pacientem č. 7 vyplynulo, že byl vysazován na toaletní křeslo a zavezen za plentu či do koupelny. Pacientka č. 1 neměla problémy s dopomocí při vyprazdňování, ale uvedla: *„Jen bych uvítala, kdyby používali více závěsy, co jsou mezi lůžky. Přece jen je to docela nepříjemné, být takhle na pokoji, jen u lůžka.“*

Problémy s pomocí při vyprazdňování shodně uvedly pacientky č. 4, 5 a 6. Jednalo se vždy o noční službu. Pacientka č. 4 sdělila: *„Asi jí to obtěžovalo, že na ní zvoním. Ale já opravdu neumím čůrat do plen, styděla jsem se za to. Ještě, že nesloužila často. Jak jsem zjistila, že má noční, tak jsem už raději od večera nepila, abych nemusela v noci*

tak často na malou.“ Také pacientka č. 5 se setkala s neochotou sestry, když zvonila v noci kvůli doprovodu na WC. Největší problém nastal u pacientky č. 6, jež měla problém s mladou sestrou při noční službě. Z důvodu studu močit do inkontinentních pomůcek si pacientka zvonila kvůli míse. Kvůli častějšímu zvonění byla sestra rozmrzelá, jak uvedla pacientka: *„Jenže ona přišla, že zvoním furt, měla nějaké průpovídky a byla celkově nepříjemná. Jenže co máte dělat, když se chce. Dokonce mi nad ránem i vytáhla zvoneček, abych nemohla zvonit.*“ Pacientka řešila tuto situaci s lékařem, poté se staniční sestrou. Bohužel následně byla dotyčnou sestrou slovně napadena.

Kategorie 8 - Nevhodné chování sester

Jako nevhodné chování sester uvedli dva pacienti (pacientka č. 2 a pacient č. 3) rušení v noci pootevřenými dveřmi od pokoje. Rušení byli nočním obcházením a ježdění vozíky, také křičícími a volajícími pacienty. Dalším negativním jevem je rozsvícené velké světlo na pokoji, zejména v noci, jak uvedla pacientka č. 5. Jako velmi nepříjemné jsou podle pacientky č. 2 vnímány ranní vstupy na pokoje. Nevhodné je rovněž razantní a neodbytné nucení ke vstávání, jak uvedla pacientka č. 2. Stejně to vnímala i pacientka č. 4, která uvedla: *„Je tu jedna taková sestra, která přišla na pokoj, a hned vstávat, protože potřebuje ustlat postel. Ona je asi pracovitá, ale tak nějak jede jako tank. Všechno musí kolem ní lítat.*“ I pacient č. 7 popsal velmi přísnou, až nepříjemnou sestru, která se takto projevovala vůči jinému pacientovi.

Pacientka č. 4 a č. 6 shodně konstatovaly nerespektování jejich studu při vyprazdňování v nočních hodinách. Sestra je nutila k používání inkontinentních pomůcek místo použití podložní mísy. Každá z pacientek se s tímto jevem setkala pouze u jedné sestry.

Kategorie 9 - Hodnocení sester na oddělení LDN

Většina oslovených pacientů hodnotí sestry na oddělení LDN pozitivně, i když připouští, že existují výjimky. Pacientka č. 2 uvedla: *„Ne, že bych si přímo zjišťovala, která sestra slouží, ale pokud jsem zaslechla známý hlasitý projev, už jsem věděla, co nás čeká, až dotyčná sestra dorazí na pokoj.*“ U pacientky č. 4 narušuje kladné

hodnocení nepříjemná reakce sestry na stížnost ohledně její dostupnosti při noční směně. Jak pacientka zmiňuje: „*Nikomu kromě Vás jsem o tom neřekla. Měla jsem opravdu strach z její reakce. Nevím, možná to byla chyba.*“ Stejnou zkušeností prošla i pacientka č. 6, ovšem po jejím upozornění na nevhodné chování následovalo slovní napadení od dané sestry. V dalším hodnocení poukazuje pacientka č. 5 na sestru, jež neprojevuje zájem o lidi.

Kategorie 10 - Navrhované změny

Na otázku „*Změnil byste něco? Co by podle Vás pomohlo?*“ doporučili shodně pacienti č. 2, 3 a 5 rozdělovat pacienty tak, aby na pokojích byli převážně lidé se shodným onemocněním, postižením či podobně soběstační. Pacientka č. 4 konstatovala: „*Nevím, jen si myslím, že tohle povolání není pro každého. Vyžaduje opravdu silné lidi.*“ S ohledem na konflikt pacientky č. 6 se sestrou uvedla dotazovaná následující: „*Já bych doporučila dotyčné, aby si zkusila lehnout do té postele, být omezená v pohybu a být závislá na pomoci druhých. Aby si to vyzkoušela z druhé strany, jaké to je z našeho pohledu.*“

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s příbuznými

Seznam kategorizačních skupin

1. Dojem z první návštěvy léčebny dlouhodobě nemocných
2. Chování sester v průběhu poskytování ošetrovatelské péče
3. Ochrana soukromí a intimity pacientů
4. Oblast stravování
5. Péče a dopomoc pacientům při vyprazdňování
6. Celkový dojem z hospitalizace na oddělení LDN
7. Hodnocení sester na LDN
8. Navrhované změny

Kategorie 1 - Dojem z první návštěvy léčebny dlouhodobě nemocných

Oslovení příbuzní hodnotili LDN z pohledu své první návštěvy v tomto zařízení.

Pro příbuzné č. 4 a 7 byla realita docela šokem. Příbuzní č. 7 porovnávali skutečnost s informacemi, které získali na internetových stránkách zařízení. Příbuzní č. 1 si také opatřili informace z internetových stránek, své dojmy hodnotili jako smíšené, jelikož podle jejich slov byla skutečnost jiná. Negativně byla nejčastěji vnímána velikost pokoje, jednalo se zejména o třílůžkové a čtyřlůžkové pokoje. Rovněž pro příbuzné č. 6 byla velikost pokoje překvapením, protože neměli žádné informace o léčebně, ani ji neznali. Dalším hodnotícím kritériem byla skladba pacientů na pokojích. Příbuzní č. 6 uvedli: *„Byla tam ještě jedna paní postižená po mrtvici, její postižení bylo velké, nedokázala ani sama sedět. Druhá pacientka byla sice mluvící, ale bohužel byla zmatená. Tak to bylo trochu skličující.“* Také příbuzní č. 4 vyjádřili šokující dojem: *„Muže dali na velký pokoj, kde leželi další tři pacienti, většinou ležící, nemluvíli a jen nepřítomně koukali.“* Rovněž příbuzní č. 7 byli zklamáni skladbou pacientů na pokoji, kam byla přijata jejich příbuzná. Vzhledem ke skutečnosti, že pacientka špatně snášela pobyt v nemocničním zařízení, byla přestěhována na jiný pokoj, což přineslo uspokojení všech stran.

Pouze příbuzní č. 5 nevyjadřovali žádné negativní dojmy, protože se jednalo o opakovanou hospitalizaci a léčebnu znali. Zajímala je především rehabilitace (po předchozí pozitivní zkušenosti). Příbuzní č. 3 vyjádřili údiv nad počtem pacientů, o něž v léčebně pečují.

Kategorie 2 - Chování sester v průběhu poskytování ošetrovatelské péče.

Většina dotázaných příbuzných vyjádřila svou nespokojenost s chováním pomocného personálu. Shodně uvedli příbuzní č. 2, č. 3, č. 6 a č. 7 jako největší problém hlučnost sanitárek a sanitářů. Příbuzní č. 5 uvedli k chování pomocného personálu toto: *„Jen některé sanitářky a sanitáři se chovají k pacientům poněkud arogantně. Alespoň na mě to tak působilo.“* Razantním a neodbytným dojmem působila jedna sanitářka na příbuzné č. 2. Pouze příbuzní č. 4 zmínili nevhodném chování jedné sestry: *„Jen jedna sestra byla hodně nepříjemná. Nelíbilo se mi, jakým tónem se mnou mluvila.“*

Za nevhodné označili příbuzní č. 1, č. 2 a č. 5 posazení pacientů na toaletním křesle k jídelnímu stolu. Příbuzní č. 1 uvedli: *„Maminka měla na pokoji dvě pacientky, také se*

nemohly samy pohybovat. A ta jedna byla posazena na křeslo, co slouží jako záchod a připravena ke stolu. To se mi moc nezamlouvalo.“ Rovněž příbuzné č. 5 to udivilo: *„...když jsem viděl posazeného pacienta na takovém tom toaletním křesle a zavezeného ke stolu.*“ Tuto skutečnost potvrdili i příbuzní č. 2 se slovy: *„Jen od maminky vím, že během dne posazují pacienty na záchod i ke stolu.*“

Kategorie 3 - Ochrana soukromí a intimity pacientů.

Většina oslovených příbuzných shodně vypověděla, že pokud sestry prováděly na pokojích ošetrovatelskou péči, požádaly přítomné návštěvy o opuštění pokoje a posečkání na chodbě. Posléze zavřely dveře. Příbuzní č. 6 vypověděli: *„Mezi postelemi byly závěsy, ale jestli je používaly, nebo ne, to nemůžu přesně říct.*“ V průběhu rozhovoru s příbuznými č. 2 bylo sděleno, že při posazení pacientů na toaletní křesla využívají sestry závěsů, které jsou na pokojích. Ovšem od své maminky se dozvěděli, že během dne jsou pacienti posazení na toaletním křesle přisunuti i k jídelnímu stolu. Následně vypověděli toto: *„Možná, že když se tam pohybují návštěvy, snaží se více chránit pacienty.*“ Rovněž příbuzní č. 5 sdělili, že by uvítali větší soukromí pacientů při vyprazdňování, protože, jak řekli, viděli pacienta posazeného na toaletním křesle a zavezeného ke stolu. Dotázaní příbuzní č. 2 vyjádřili svůj nesouhlas slovy: *„Přijde mi to dost nepatřičné.*“ Také příbuzní č. 5 se nad tímto jevem pozastavili se slovy: *„I tak mě to dost překvapilo.*“

Kategorie 4 - Oblast stravování

Oblast stravování byla příbuznými hodnocena celkem kladně. Příbuzní č. 1 neshledali žádné problémy. Sdělili, že strava byla přizpůsobena potřebám pacienta. Totéž shodně vypověděli i příbuzní č. 2, č. 5 a č. 6. Pacientům jsou (kromě víkendů) připravovány teplé večeře, což ocenili příbuzní č. 2 a č. 5. Příbuzní č. 4 sdělili, že jejich hospitalizovaný příbuzný byl krmen sondou, později mu byl zavedena sonda přímo do žaludku. Po zlepšení stavu začal přijímat stravu ústy. Sestry samy upozornily příbuznou na skutečnost, že muž nejlépe jí a reaguje, když je tu na návštěvě. Zlepšení, kterého bylo dosaženo častějšími návštěvami příbuzné, okomentovala příbuzná slovy: *„Nakonec se rozjedl tak, že jdeme domů s tím, že dokáže sníst pusou jídlo, které má*

hustou konzistenci a pití mu dávám tou sondou.“

Příbuzní č. 3 v rozhovoru uvedli, že dodávají svému hospitalizovanému příbuznému jídlo z domova na přilepšení, jelikož mu nemocniční strava moc nechutná. Ačkoliv po kontaktování nutriční terapeutky došlo ke zlepšení, nevedlo to k úplné spokojenosti: „*Většinou nabídla pouze dvě varianty nebo případně změnu přílohy.“*

Příbuzní č. 7 ocenili vstřícnost sester, když uvedli: „*Maminka nemá ráda sladké mléko a mléčné výrobky.“*, a dále vypověděli, že pokud strava obsahovala mléčné výrobky, měla maminka připravené jiné jídlo. Na dotaz týkající se zohledňování stravovacích návyků a zvyků pacientů odpověděla většina respondentů kladně: „*Měli tu stravu upravenou, aby se dobře krmila i polykala.“*

Kategorie 5 - Péče a dopomoc pacientům při vyprazdňování.

Z výpovědí dotázaných příbuzných vyplývá, že převážná část pacientů užívá při vyprazdňování inkontinentní pomůcky. S výměnou těchto pomůcek neuvádí příbuzní žádné problémy, až na příbuznou č. 3, která chtěla vyměnit „pleny“ u manžela, jenže setkala se s neochotou doprovázenou spoustou řečí. Také příbuzná č. 4 vyjádřila svůj pocit, že některé sestry určitě byly unavené, protože její přítel nedokázal zpočátku udržovat čistotu. Vadila jí pouze ráznost jedné sestry, která uklízela znečištěné lůžko od pacienta se značným slovním doprovodem.

Příbuzní č. 6 zmínili problém, který měla jejich maminka se sestrou během noční služby, protože potřebovala opakovaně močit na podložní mísu. Byla odkázána na používání „plen“. Jelikož reakce sestry pacientku vystrašila, raději volila používání inkontinentních pomůcek. Rovněž příbuzní č. 7 uvádí stejný problém, jen sestra při noční službě byla daleko razantnější, dokonce odpojila pacientce signalizační zařízení. Pacientka informovala lékaře o incidentu, došlo k jeho řešení, jenže následovala neadekvátní reakce dotyčné sestry, což vyvolalo u pacientky strach.

Dalším dotazováním bylo zjištěno, že několik pacientů bylo posazeno na toaletní křesla a následně zavezeno k jídelním stolům. Tuto zkušenost potvrdili příbuzní č. 1. Jednalo se o spolupacientku jejich maminky. Podobnou skutečnost uvedli i příbuzní č. 6. Doslovně uvedli: „*Před večerí posadili tu zmatenou paní na toaletní křeslo, protože vykřikovala, že chce na velkou. Dali jí župan a zavezli ke stolu. No a pak už přinesli*

večeři, paní se najedla, ono jí to asi nevadilo.“ Příbuzní vnímali tuto skutečnost jako nepříjemnou a raději odcházeli z pokoje i s maminkou. Rovněž příbuzní č. 5 byli svědky posazení pacienta na toaletní křeslo k jídelnímu stolu. Komentovali to slovy: „Určitě by si lidé, kteří potřebují pomoc s vyprazdňováním, zasloužili daleko více respektu s ohledem na jejich stud.“ Naproti tomu sdělili příbuzní č. 2, že sestry ponechávaly pacienty na toaletních křeslech na pokojích, ale zároveň některé používaly závěsy, které byly k dispozici.

Kategorie 6 - Celkový dojem z hospitalizace na oddělení LDN.

Pozitivní dojem z hospitalizace v LDN potvrdili příbuzní č. 1, č. 2, č. 3, č. 4. Celkový kladný dojem byl narušen u příbuzných č. 7 nepříjemností s noční sestrou, která se projevila neochotou vůči pacientce. Příbuzná vyjádřila lítost, že maminka musela zažít takové ponížení. Chování sestry hodnotila slovy: *„Možná tím, že ta sestra byla mladá, byla ještě nevyzrálá. Nebo to měla v povaze.“* Také pacientka č. 6 uvedla, že celkový dojem byl dobrý, jen u jedné sestry postrádala soucit se starými lidmi, přesněji to vyjádřila slovy: *„Její přístup byl takový studený, bez zájmu.“* Příbuzná č. 3 vyjádřila spokojenost, že manžel může být umístěn v léčebně z důvodu rehabilitace. Celkový dojem ohodnotila takto: *„Mám pocit, že je to tu takové domácí.“* Příbuzná č. 1 uvedla: *„Slyšela jsem docela chválu na tuto nemocnici.“* Celkový příjemný pocit kazí pouze fakt, že v léčebně jsou vícelůžkové pokoje, což přináší problémy s rozmisťováním pacientů. Respondentka doslova uvedla: *„Je potom problémem umístit pacienty tak, aby si vzájemně vyhovovali a hodili se k sobě.“* Příbuzní č. 5 hodnotili hospitalizaci také kladně. Vyjádřili svoji spokojenost i pozitivní vliv na psychiku svého tatínka, kterému v léčebně pomohli již při předchozí hospitalizaci. Konstatovali, že práce v léčebně je těžká, zejména okolo ležících pacientů. Ovšem zároveň uvedli: *„Na druhou stranu se všude najdou lidé, kteří to ostatním kazí. Ale o tom už jsme mluvili.“*

Kategorie 7 - Hodnocení sester na LDN

Při dotazování na hodnocení sester na léčebně dlouhodobě nemocných se značná část příbuzných vyjádřila kladně. Většinou se vyjadřovali o sestrách jako o ochotných,

milých a hodných lidech. Uvedli, že tu sestry vykonávají velmi těžkou práci, starají se o hodně pacientů v těžkém zdravotním i funkčním stavu. Příbuzná č. 4 dokonce ohodnotila sestry slovy: „*Většina personálu se mě snažila povzbudit a dodat sílu a naději.*“

Negativní hodnocení sester uvedli příbuzní č. 4, č. 6 a č. 7. Z rozhovorů vyplynulo, že šlo pokaždé jen o jednu sestru. Příbuzná č. 4 sdělila: „*Jedna sestra byla hodně nepřijemná. Nelíbilo se mi, jakým tónem se mnou mluvila. Dokonce mi řekla, abych si ho vzala domů, abych viděla, co dokáže.*“ Tato neadekvátní reakce příbuznou č. 4 silně zasáhla. Příbuzní č. 6 sdělili, že jejich maminka měla problém s noční sestrou, která projevovala neochotu vůči pacientce, jež v noci musela opakovaně použít signalizační zařízení. Bohužel nechtěla nic řešit, protože „*měla strach, aby si dotyčná sestra na ni nezasedla.*“ Podobnou zkušenost sdělili i příbuzní č. 7, podle nichž byla noční sestra ještě razantnější. Mladá sestra projevovala neochotu podkládat pacientce podložní mísu, nutila ji močit do „plen“ a dokonce odpojila signalizační zařízení. Pacientka se to snažila řešit, ale podle slov příbuzných dotyčná sestra „*následně napadla slovně maminku, proč si prý stěžovala, že to není pravda.*“ Z výpovědi příbuzných vyplynulo, že tato reakce vyvolala u pacientky strach z další neadekvátní reakce sestry. Pět ze sedmi dotázaných shodně poukázalo na nevhodné chování pomocného personálu, jehož členy hodnotili jako hlučné, neodbytné, razantní a nevstřícné osoby.

Kategorie 8 - Navrhované změny

Z rozhovorů s příbuznými vyplynulo, že mezi nejčastěji navrhované změny patřilo rozmísťování pacientů. Shodně to uvedli příbuzní č. 1, č. 2 a č. 6, kteří by uvítali, aby na pokoje byli umísťováni pacienti v podobném zdravotním i funkčním stavu. S tím souvisí i požadavek menších pokojů, jež by uvítali příbuzní č. 1, č. 4 a č. 6. V rozhovoru s příbuznými č. 5 bylo poukázáno na zajišťování většího soukromí při péči o vyprazdňování pacientů. Doslova bylo řečeno: „*Určitě by si lidé, kteří potřebují pomoc s vyprazdňováním, zasloužili daleko více respektu s ohledem na jejich stud.*“ Příbuzní č. 7 navrhuje následující změnu, jež by znamenala velké pozitivum: „*Aby toto povolání dělali jen lidé, kteří si dokážou hluboce vážit každé lidské osobnosti.*“

4.3 Výsledky pozorování sester při poskytování péče pacientům mladším 65 let
Tabulka č. 1 Sledování sester

Pozorování sester při péči o pacienty do 65 let																				
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20
Oslavování pacientů přijímáním	N	A	A	N	A	N	A	A	N	A	N	A	A	N	A	A	N	A	A	N
Zaklepnání před vstupem do pokoje	A	N	A	N	A	N	A	N	A	A	A	N	A	A	N	N	N	A	N	N
Pozdrav při vstupu do pokoje	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A
Používání závěsů mezi lůžky	N	A	A	N	N	N	A	N	A	A	A	N	N	A	N	A	N	N	N	A
Reakce na zvonek do 2 minut	A	A	N	A	N	A	A	A	A	N	A	N	N	A	A	N	N	N	A	A
Reakce na zvonek do 5 minut	N	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Reakce na zvonek do 10 minut	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Zachování intimity a soukromí při vyprazdňování	A	N	N	A	N	N	A	N	A	A	A	N	N	A	A	N	N	N	A	A
Devalvační chování sester	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N	N	N	N	N	A	N	N
Projevování empatie pacientům	A	A	N	A	A	A	A	A	N	A	A	N	N	A	A	N	N	N	A	A
Zvládání negativních emocí u pacienta	N	A	N	A	A	A	N	A	A	A	A	N	A	A	A	A	N	N	N	A
Aktivní naslouchání pacientům	A	N	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	N	N	N	A	A
Oční kontakt při komunikaci	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A	N	A	A

A = ano; N = ne

Pozorováním bylo sledáno:

- 1) Celkem 12 sester oslovovalo pacienty příjmením, pouze 8 sester oslovovalo pacienty jinak (bez oslovení, jen jménem apod.)
- 2) Celkem 10 sester před vstupem do pokoje zaklepalo na dveře, 10 sester vstupovalo do pokoje bez zaklepání.
- 3) Celkem 19 sester pacienty pozdravilo, jen jedna sestra nepozdravila.
- 4) Celkem 9 sester používalo závěsy mezi lůžky při poskytování péče, dalších 11 sester nechránilo pacienty při péči závěsy mezi lůžky.
- 5) Celkem 12 sester reagovalo na zvonek pacienty do 2 minut, dalších 8 sester nikoliv.
- 6) Celkem 8 sester reagovalo na zvonek pacienta do 5 minut.
- 7) Žádná sestra nereagovala na zvonek do 20 minut.
- 8) Celkem 10 sester zachovávalo intimitu pacientů při vyprazdňování, 10 sester nikoliv.
- 9) Devalvační chování sester k pacientům se objevilo u 3 sester, ostatních 17 sester toto chování nevykazovalo.
- 10) Celkem 13 sester vyjadřovalo svých chováním empatii vůči pacientům, 7 sester tuto složku v chování postrádá.
- 11) Negativní emoce u pacientů dokázalo zvládat 13 sester, zbývajících 7 sester tuto vlastnost neprokázalo.
- 12) Vlastnost aktivně naslouchat potřebám pacientů prokázalo celkem 15 sester.
- 13) Oční kontakt s pacientem udržovalo celkem 18 sester z celkového počtu 20 sledovaných sester.

4.4 Výsledky pozorování sester při poskytování péče pacientům starším 65 let

Tabulka č. 2 Sledování sester

Pozorování sester při péči o pacienty nad 65 let																				
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20
Oslovování pacientů příjmením	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	N	A	A	A	A	A	A	N	A	A
Zaklepání před vstupem do pokoje	N	N	A	A	N	N	N	A	N	N	N	A	A	A	A	A	N	A	A	N
Pozdrav při vstupu do pokoje	A	N	A	A	A	N	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Používání závěsů mezi lůžky	N	N	A	N	N	N	N	N	A	N	N	A	N	N	N	N	N	N	A	N
Reakce na zvonek do 2 minut	A	A	N	N	N	N	N	A	A	N	N	A	A	N	N	A	N	N	A	N
Reakce na zvonek do 5 minut	N	N	A	A	N	N	N	N	N	A	A	N	N	A	A	N	N	A	N	A
Reakce na zvonek do 10 minut	N	N	N	N	A	A	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N	N
Zachování intimity a soukromí při vyprašování	N	N	A	N	N	N	N	N	A	N	N	A	N	N	N	N	N	N	A	N
Devalvační chování sester	A	N	N	N	A	A	A	N	N	N	A	N	N	N	N	N	A	A	N	N
Projevování empatie pacientům	N	A	A	A	N	N	N	A	A	N	N	A	N	A	N	N	N	N	A	N
Zvládnání negativních emocí u pacienta	N	A	N	A	N	N	N	A	A	N	N	A	N	N	N	A	N	N	A	N
Aktivní naslouchání pacientům	A	A	N	A	N	N	N	A	A	N	N	A	N	N	N	N	N	N	A	N
Oční kontakt při komunikaci	N	A	A	A	N	N	N	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A	A	A	A

A = ano; N = ne

Pozorováním bylo sledáno:

- 1) Celkem 17 sester oslovovalo pacienty příjmením, pouze 3 sestry oslovovaly pacienty jinak (bez oslovení, jen jménem apod.).
- 2) Celkem 10 sester před vstupem do pokoje zaklepalo na dveře, 10 sester vstupovalo do pokoje bez zaklepání.
- 3) Celkem 17 sester pacienty pozdravilo, jen 3 sestry nepozdravily.
- 4) Celkem 4 sestry používaly závěsy mezi lůžky při poskytování péče, dalších 16 sester nechránilo pacienty při péči závěsy mezi lůžky.
- 5) Celkem 8 sester reagovalo na zvonek pacienta do 2 minut, dalších 12 sester nikoliv.
- 6) Celkem 8 sester reagovalo na zvonek pacienta do 5 minut.
- 7) Celkem 4 sestry reagovaly na zvonek až do 20 minut.
- 8) Celkem 4 sestry zachovávaly intimitu pacientů při vyprazdňování, zbývajících 16 sester nikoliv.
- 9) Devalvační chování sester k pacientům se objevilo u 7 sester, ostatních 13 sester toto chování nevykazovalo.
- 10) Celkem 8 sester vyjadřovalo svým chováním empatii vůči pacientům, 12 sester tuto složku v chování postrádalo.
- 11) Negativní emoce u pacientů dokázalo zvládat pouze 7 sester, zbývajících 13 sester tuto vlastnost neprokázalo.
- 12) Vlastnost aktivně naslouchat potřebám pacientů prokázalo celkem 7 sester.
- 13) Oční kontakt s pacientem udržuje celkem 15 sester z celkového počtu 20 sledovaných sester.

5 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování problematického chování sester z pohledu pacientů, kteří jsou odkázáni na péči v léčebně dlouhodobě nemocných, a také z pohledu jejich příbuzných a známých. Diskuze vyhodnocuje výsledky zjištěné prostřednictvím kvalitativního šetření, které bylo realizováno metodou polostrukturovaného rozhovoru vedeného s pacienty LDN a s jejich příbuznými. Výzkumné šetření bylo rozšířeno o pozorování přístupu sester v rámci poskytování ošetrovatelské péče pacientům LDN. S ohledem na zaručení anonymity dotazovaných není uveden přesný název léčebny, v níž probíhalo výzkumné šetření. Souhlas s výzkumem byl samozřejmě získán od managementu nemocnice a je na vyžádání k dispozici.

Z rozhovorů s pacienty LDN vyplynulo, že pacienti hodnotí sestry pracující na tomto oddělení jako celek většinou pozitivně. Na druhé straně skoro každý dotázaný pacient se setkal s chováním určité osoby, které považoval za problematické. Jak uvádí Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) problematické chování je označováno jako neproduktivní a může mít souvislost s určitými nežádoucími povahovými rysy, s přetížením či psychickou únavou. Profese sestry je ovšem velmi náročným povoláním vyžadujícím dostatečnou míru empatie, přiměřenou kritičnost a sebekritičnost. Přístup založený na lidskosti svědčí o osobnosti (Zacharová et al. 2007). Rovněž z rozhovorů s příbuznými pacientů hospitalizovaných v LDN je patrné pozitivní hodnocení většiny sester. Příbuzní kladně hodnotili ochotu, vstřícnost a příjemné vystupování sester. Příbuzná č. 4 vyjádřila své hodnocení sester slovy: „*Většina personálu se mě snažila povzbudit a dodat sílu a naději.*“ To úzce souvisí s rolí sester, protože jak uvádí Vévoda (2013), sestra v roli poradce poskytuje pacientovi cenné rady a povzbuzení, pomáhá mu propojit jeho nynější životní zkušenost s nemocí a terapií. Stejnou roli uplatňuje sestra i ve vztahu k příbuzným a známým pacientů, s nimiž úzce spolupracuje. Rodina představuje nezastupitelnou součást života každého člověka a její důležitost narůstá při hospitalizaci nemocného člena. Spolupráce ošetrovatelského personálu s pacientem a jeho rodinou je základním pilířem holistického přístupu v ošetrovatelství. Holistické pojetí člověka v rámci ošetrovatelství zahrnuje bio-psycho-sociální hledisko, to

znamená chápání člověka jako jedinečné celistvé bytosti, nikoliv zaměření pouze na porušenou část či funkci, jak konstatuje Plevová (2011).

Rozhovor s pacientem č. 2 a č. 4 přinesl zjištění, že jako problém byla vnímána hlučnost, razantnost a neodbytnost u sester. Tento přístup lze zhodnotit jako přístup postrádající empatii, jež by ovšem měla být nezbytnou součástí poskytování ošetrovatelské péče. Rovněž pozorování sester přineslo poznatek, že mezi sestrami jsou osobnosti postrádající dostatek empatie k pacientům. Nedostatek empatického citění jde ruku v ruce s neosobním přístupem sester k pacientům, což vyjádřila v rozhovoru pacientka č. 5 slovy: „*U té jedné jsem měla pocit, že jen dělá svoji práci jako rutinu. Asi si splní vše, co má. Ale tak nějak bez zájmu. Chyběla mi tam vřelost.*“ I z mého pohledu, díky několikaleté praxi v LDN, mohu uvést, že existují sestry mající velice neosobní přístup k pacientům. Jejich povahové rysy ovlivňují jejich profesionální chování a mají podíl na celkovém vnímání sester pacienty, protože – jak uvádí Kelnarová a Matějková (2014) – profesionální chování je ovlivňováno celým spektrem faktů, a to především morálním profilem osobnosti, její vzdělaností, znalostí a respektováním práv pacientů i vlastních práv, altruismem, vážností, úctou, asertivitou a dostatkem empatie. Stejně závěry prezentuje ve svém průzkumu i Šťastná (2014: s. 63), dle níž respondenti uvedli: „*Nejpočetnější zastoupení počtem 54 (42,86 %) z celkového počtu 126 dotazovaných měla skupina respondentů, kteří od všeobecné sestry očekávají vlídný a laskavý přístup.*“

Dalším problematickým chováním sester je jejich vystupování při nočních směnách. Jak shodně vypověděly pacientky č. 4 a č. 6, setkaly se při nočních službách s neochotou sester respektovat jejich stud při vyprazdňování. V Etickém kodexu sester je však zakotveno: „*Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.*“ (ČAS: 2012, s. 1). Tuto skutečnost mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, neboť jsem podobné jednání sestry řešila z pozice staniční sestry, kdy dotyčná nerespektovala potřeby pacienta, zejména jeho stud a intimitu. Rovněž nedodržování soukromí a intimity pacientů je považováno za problematické. Sice na tuto skutečnost poukázali v rozhovorech jen čtyři pacienti, ovšem pozorování sester přineslo jiné výsledky. Sestry

sice dodržují intimitu pacientů při ošetřování na pokojích, zejména formou zavírání dveří, ovšem na pokoji již není intimita jednotlivých pacientů tak plně respektována. Na základě své praxe všeobecné sestry pracující v LDN mohou tuto skutečnost jen potvrdit. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (Věstník MZ ČR č. 7, 2004) uvádí: „*Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.*“ To souvisí i s Etickým kodexem sester, který zaručuje pacientům respektování jejich důstojnosti a uctivé zacházení (ČAS 2012). Otázka ochrany soukromí a intimity pacientů byla pokládána v rámci rozhovorů s pacienty LDN. Tři z dotazovaných pacientů shodně potvrdili, že sestry používají závěsy mezi lůžky. Naproti tomu dva pacienti uvedli různorodost používání zástěn, záleželo na tom, která sestra měla službu. Byl vyjádřen i názor: „*Jen bych uvítala, kdyby používaly více závěsy, co jsou mezi lůžky.*“ (pacientka č. 1). S ohledem na zjištěné výsledky během pozorování sester při poskytování ošetrovatelské péče mohou konstatovat, že používání závěsů mezi lůžky není častým jevem. To vede ke snižování lidské důstojnosti, protože prostor kolem lůžka je považován za intimní zónu pacienta. Plevová (2011, s. 38) uvádí: „*Sestra často při realizaci ošetrovatelských intervencí vstupuje do intimní zóny pacienta. Z tohoto důvodu by měla k pacientovi přistupovat s co největším taktem a respektem a předem ho upozornit na činnosti narušující jeho intimní zónu.*“. Pozorováním bylo zjištěno, že většina sester i dalšího ošetrojícího personálu nepoužívá závěsy mezi lůžky pacientů k ochraně jejich soukromí a intimity. V LDN, kde pracují delší dobu, byla projevena snaha o řešení této problematiky. Jedná se ale o dlouhodobý problém, který je podle mého názoru ovlivněn nechutí personálu měnit své zažitě pracovní návyky. Také argumentace nízkým počtem ošetrovatelského personálu je podle mého mínění zavádějící, neboť respektování intimity pacientů není ovlivněno počtem zdravotnického personálu, ale je dáno vnitřními hodnotami daných jedinců. Etické chování zdravotníků zdůraznila i Šťastná (2014: s. 70): „*Respondenti zdůrazňovali roli lidského faktoru v práci sestry s poukázáním na „interindividuální a lidský přístup sester vůči pacientům“*“

Také péče o vyprazdňování pacientů úzce souvisí s respektováním soukromí a intimity člověka. Jak uvádí Trachtová (2013), vyprazdňování patří k základním

biologickým potřebám člověka a souvisí s jeho intimní sférou. Tato vysoce intimní záležitost je vnímána každým pacientem jinak. Osobně mohu potvrdit stud pacientů hovořit o této otázce během rozhovorů. I přes tuto překážku bylo zjištěno, že pokud se jednalo o nesoběstačné pacienty, byly jejich potřeby ohledně vyprazdňování uspokojovány na pokojích. Pacienti byli vysazováni na toaletní křeslo a ponecháni na pokojích. Pacient č. 3 se v této souvislosti zmínil o jiném pacientovi: „*Jen bych asi ocenil, kdyby ho třeba odvezly na záchody, co byly na chodbě.*“ Kromě toho i rozhovory s příbuznými pacientů potvrdily skutečnost, že někteří pacienti jsou vysazováni na toaletní křeslo a zároveň je jim podáváno jídlo. Příbuzní č. 1, č. 2., č. 5 a č. 6 označili toto jednání za nevhodné. Mlýnková (2010) konstatuje, že toaletní křesla se používají k vyprazdňování u těch pacientů, kteří jsou limitováni nedostatečnou pohyblivostí a soběstačností, zejména při použití WC. Poukazuje ovšem i na to, že tento způsob vyprazdňování přináší zátěž pro psychiku. I při tak vysoce intimní záležitosti, jakou vyprazdňování bezesporu je, musí být zachována důstojnost každého jedince. Protože vnitřní (inherentní) důstojnost je vlastní každému člověku, už jen proto, že je lidskou bytostí. Tuto důstojnost nelze získat, ani ztratit, nemůže se zvyšovat ani snižovat. Nespočívá ve schopnostech, výkonu, moci a v bohatství, nesouvisí s inteligencí, věkem ani zdravotním stavem (Ptáček/Bartůněk 2011).

Nemoc je pro člověka často velmi zatěžující záležitostí, ohrožujícím stavem, jenž nejednou mění plány, sny i celou osobnost člověka. Mnohdy dojde k takové změně psychiky a myšlení, že se člověk nemůže bránit vůči jednání ošetřujícího personálu, které vede k ponižování a degradaci lidské důstojnosti. Často se objevují stížnosti na pomocný ošetřující personál. Ve výpovědích příbuzných pacientů se nejvíce objevovaly stížnosti na sanitářky a sanitáře, zejména na jejich hlučnost. Příbuzní č. 5 se v rozhovoru vyjádřili takto: „*Jen některé sanitářky a sanitáři se chovají k pacientům poněkud arogantně. Alespoň na mě to tak působilo.*“ Vyhláška č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků uvádí, že všeobecný sanitář poskytuje zdravotní péči podle právních předpisů a standardů pod odborným dohledem všeobecné sestry či jiného pracovníka ve zdravotnictví, který má způsobilost k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu. Z toho

vyplývá odpovědnost všeobecných sester za provádění ošetrovatelské péče nižším zdravotnickým personálem, včetně jejich chování vůči pacientům. Kompetence všeobecných sester jsou dány jejich profesionálním statutem, do něhož patří role ošetrovatelky, pomocnice, zprostředkovatelky, učitelky, poradkyně, obhájkyně práv pacientů, role nositelky změn, vedoucí, manažerky, výzkumnice a edukátorky (Farkašová, 2005). Plnění těchto rolí přináší zlepšování zdravotního stavu jednotlivců, rodin či komunit, vede k zefektivňování zdravotní péče a v neposlední řadě ke zvyšování úrovně osobní spokojenosti při výkonu profese. Prolínání všech rolí všeobecných sester přináší efektivitu ošetrovatelské péče (Bártlová et al. 2005). Vlastní péče je zaměřena na ochranu, udržování, navrácení a podporu zdraví osob a skupin při zachování jejich autonomie, soběstačnosti v oblasti tělesné a psychické. Všeobecné sestry přebírají odpovědnost za poskytovanou ošetrovatelskou péči, odpovídají za vzájemnou spolupráci při ošetrování, za informovanost pacientů i členů zdravotnického týmu. V rámci multidisciplinární spolupráce plánují svoji činnost i činnost celého zdravotnického týmu, řídí a kontrolují práci všech, kdo se podílejí na poskytování ošetrovatelské péče, a spolupracují s ostatními odborníky.

Při rozhovorech s pacienty léčebny dlouhodobě nemocných nebyla zaznamenána stížnost na pomocný ošetrovací personál. Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že většina hospitalizovaných pacientů v léčebně oslovuje všechny členy ošetrovatelského týmu slovem „sestro“ a nerozlišuje jejich postavení. Určitě je to dáno i tím, že do LDN jsou přijímáni pacienti vyšších věkových skupin. Senioři tvoří převážnou část pacientů, ačkoliv vzhledem k pozitivně hodnocené rehabilitační péči v této léčebně se setkáváme i s mladšími věkovými skupinami pacientů. Přesto jsou všichni členové ošetrovatelského týmu povinni akceptovat důstojnost lidské bytosti v maximální možné míře a osvojit si chování založené na empatii. Protože – jak uvádí Ptáček a Bartůněk (2011, s. 76) – *„Empatického chování je schopný každý, ale v různé míře a v závislosti na situaci. Ve zdravotnických zařízeních by mělo být samozřejmostí. Výchova k profesionální empatii by měla mít odpovídající místo v edukaci budoucích lékařů i ošetrovacího a pečovatelského personálu jako jedna z důležitých komunikačních dovedností.“* Na základě své dlouhodobé praxe v LDN mohu konstatovat, že mnohdy

u ošetřujícího personálu chybí empatické chování, zejména u sanitářů a sanitářek. Jde o dlouhodobý problém, se kterým se léčebna potýká. Jednak jsou na pozice sanitářů přijímáni lidé s nižší úrovní vzdělání, jednak je práce v léčebně velmi náročná, a to jak fyzicky, tak psychicky. Mezi pacienty se nacházejí nesoběstační lidé, často se značně změněnou psychikou v důsledku nemoci, lidé imobilní a odkázaní na komplexní ošetrovatelskou péči. Tito pacienti představují značnou psychickou i fyzickou zátěž pro ošetřující personál. Zdravotníci jsou také jen lidé se svými náladami, starostmi a radostmi. Přesto by naše chování mělo být profesionální, to znamená potlačit své starosti a svou pozornost obrátit na potřeby pacientů. Stojí to samozřejmě spoustu námahy, ale pacienti nás potřebují milé, usměvavé a chápající. „*Úsměv má v interakci sestry a nemocného své opodstatnění. Ve správně zvolené situaci může sestra úsměvem napomoci nemocnému zvládnout jeho svízelnou situaci, ale i uspokojit psychosociální potřeby.*“ To konstatuje ve své knize Zacharová et al. (2007: s. 202), protože úsměv má svůj nezastupitelný význam a funkci v neverbální komunikaci.

„*Spolupráce ve zdravotní péči je základem pro pacientovu pohodu a sestra je často primárním odborníkem při vytváření spolupráce mezi různými členy zdravotnického týmu, který program péče pacienta plánuje a implementuje*“ (Kutnohorská: 2007, s. 40). Pracovní výkon celého ošetrovatelského týmu je ovlivněn mnoha faktory, zejména teoretickou a praktickou přípravou, systémem odměn a ohodnocení, dostatečnou seberealizací všech členů, duševním a tělesným rozpoložením, dále náročností práce, dostupností ošetrovatelských pomůcek, organizací a v neposlední řadě i sociálními podmínkami. Vztahy mezi jednotlivými zdravotníky ovlivňují celkové pracovní ovzduší. Negativní vztahy souvisejí především s nedostatečnou komunikací a psychickou vyčerpaností. Špatné vztahy na pracovišti vytvářejí podmínky pro stresové situace, které negativně ovlivňují celý ošetrovatelský tým i pocity pacientů, což má dopad na jejich zdravotní stav. Dlouhodobý stres spojený s celkovou nespokojeností může vyústit až v syndrom vyhoření. Profese sestry přináší značnou psychickou zátěž a klade na sestru vysoké emoční nároky, což znamená, že je velmi náchylná k získání tohoto syndromu. Jedná se o velmi vážný problém, jenž přímo ovlivňuje daného jedince, který vykazuje psychické i tělesné příznaky, a zároveň zhoršuje vztahy mezi sestrou a pacienty,

negativně působí na kolektiv, rodinu i celé okolí. Důsledkem může být zhoršená kvalita poskytované péče. Venglářová (2011) popisuje varovné příznaky syndromu vyhoření – poukazuje na pocity zdravotníků týkající se nezvládnutí jejich práce, přičemž zdravotníci zpochybňují její význam i smysl. Vůči svému okolí se projevují nervozitou, nespokojeností a podrážděností, k čemuž se následně přidávají tělesné příznaky (různé bolesti, poruchy vnitřní rovnováhy, infekce či problémy s hmotností). Také upozorňuje na okolnosti vzniku syndromu, které jsou dány na jedné straně osobnostním nastavením pomáhajících, na druhé straně prostředím, jež je charakterizováno povahou činností, systémovým nastavením a organizací práce na daném pracovišti. Macková (2013) píše, že míra ohrožení se projevuje ve třech sférách – emocionální vyčerpanost, depersonalizace a individuální uspokojení. Sestry pracující v dlouhodobé péči jsou více ohroženy vznikem tohoto syndromu, a to zejména z důvodu většího zastoupení seniorů na pracovišti. V závěru Macková uvádí: *„Vysoká míra vzniku syndromu vyhoření v emocionální oblasti může být daná vysokými pracovními nároky na sestry, nedostatečným oceněním této práce, nedostatečným uznáním sester, a spoustou jiných faktorů. Neustálý stereotyp skladby pacientů i práce může vést ke snížené míře empatie sester k pacientům a tím se tak podílet na vzniku syndromu vyhoření v emocionální oblasti.“* (Macková: 2013, s. 76). Rovněž s rozhovorů s pacienty a jejich příbuznými vyplynulo, že povolání sestry v léčebně dlouhodobě nemocných není pro každého. Jak uvedla pacientka č. 4: *„Jen si myslím, že tohle povolání není pro každého. Vyžaduje opravdu silné lidi.“* Také příbuzní č. 7 mají podobný názor – vyjádřili domněnku, že profese sestry vyžaduje osobnosti hluboce si vážící lidskosti a mající úctu k jedinečnosti každé osobnosti.

Dalším problémem, který vyplynul z rozhovorů s pacienty LDN a jejich příbuznými, je strach o čemkoliv hovořit, zejména o nevhodném chování sester či jiných zdravotníků. Stejný pocit jsem měla i já, když jsem oslovovala dané pacienty. Více stížností jsem zaznamenala ze strany příbuzných, ale i ti měli obavy hovořit přímo. Podle mého názoru se všichni bojí mluvit kvůli možným neadekvátním reakcím sester na případné stížnosti. Jejich obavy umocňuje také fakt, že někteří pacienti jsou v léčebně hospitalizováni opakovaně, zejména kvůli rehabilitaci a podpoře

soběstačnosti. Takovéto chování personálu nelze trpět. Vždyť strach ovlivňuje pocit bezpečí a jistoty u pacientů. Trachtová (2013) uvádí, že podle Maslowovy hierarchie potřeb patří potřeba bezpečí k nižším potřebám, jejichž uspokojení je motivací k vyšším potřebám. Potřeba jistoty a bezpečí znamená touhu po vzájemné důvěře, stabilitě a spolehlivosti. To odráží pocity pacientů, kdy nemoc pro ně znamená ztrátu pocitu životní jistoty. Roubová (2011: s. 7) uvádí: „*Uspokojená potřeba jistoty a bezpečí je jedním z předpokladů fungování organismu jako celku, je nedílnou součástí procesu uzdravování a podmínkou k zachování zdraví.*“ Zároveň konstatuje, že neuspokojení této potřeby se odráží v emocionálním stavu pacientů, což podle výsledků průzkumu potvrdilo 80% zdravotníků. Dalším zjištěním, ke kterému dospěla Roubová (2011: s. 56) bylo toto: „*Naopak negativem se při uspokojování potřeby jistoty a bezpečí podle nemocných jeví nedostatek soukromí, to uvedlo 41% pacientů.*“ To souvisí s mým zjištěním, že pacienti i příbuzní označili nerespektování soukromí a intimity za problematické chování sester. Potřeba bezpečí a jistoty se určitě prohlubuje s délkou hospitalizace, náročností nemoci i se vstřícností ošetřujícího personálu. Důležitým článkem v uspokojování této potřeby, která je u pacientů LDN naplněna nedostatečně, je asertivní chování zdravotníků. Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) přiřazují k základům asertivity umění kontroly svých vlastních emocí, respektování a tolerování osobnosti druhého člověka, stručnost a upřímnost při vyjadřování vlastních pocitů, realistické vidění svojí vlastní osoby i druhých lidí včetně jejich stanovisek, naslouchání druhým i úctu k jejich názorům, umění kompromisu i uznání vlastních chyb. Asertivita představuje způsob chování, pomocí kterého jedinec přirozeně a otevřeně sděluje své názory, myšlenky, postoje i emocionální cítění. Asertivita náleží ke komunikačnímu stylu, jímž se přiměřeně a upřímně vyjadřují vlastní názory (pozitivní i negativní) bez porušení práv vlastních či práv ostatních lidí.

Chování zdravotnického personálu navozuje u pacientů pocit bezpečí a jistoty. Také neustálé zvyšování kvality ošetrovatelské péče by mělo být zabezpečením tohoto pocitu. Léčebna dlouhodobě nemocných, kde jsem prováděla výzkumné šetření, patří k akreditovaným pracovištím. Jak uvádí Holíková (2014), pojem *akreditace* znamená pro pacienty záruku kvality a jistotu kvalitní ošetrovatelské péče za rámec standardu.

Akreditace znamená podle autorů Škrlových (2003) zlepšení image uvedeného zdravotnického zařízení. Rovněž Plevová a kolektiv (2012: s. 235) vysvětlují pojem *akreditace* takto: „*Cílem je vytvořit podmínky pro kontinuální zvyšování kvality ve zdravotnických zařízeních, standardizovat a neustále zlepšovat kvalitu a bezpečnost poskytované péče založené na vědeckých poznatcích, snížit ekonomické náklady vynaložené na zdravotní péči, zvýšit efektivitu poskytované ošetrovatelské péče a posílit důvěru společnosti.*“ Z výsledků práce Holíkové (2014) vyplynulo, že pacienti spatřují v akreditaci určitý přínos, ale větší důraz kladou na jiné priority, zejména na vzdálenost zdravotnického zařízení od své rodiny. To naznačuje souvislost mezi uspokojováním potřeby bezpečí a jistoty a podporou rodinných příslušníků, neboť fungující rodinné zázemí představuje pro hospitalizované pacienty ostrov plný lásky, pochopení a sounáležitosti.

Potřeba bezpečí a jistoty odráží i pocity pacientů, které jsou ovlivněny celkovým dojmem z LDN. Jak uvedli v rozhovorech, pro některé pacienty i jejich příbuzné byl počáteční dojem šokující. Na internetových stránkách léčebny jsou prezentovány fotografie pouze dvoulůžkových pokojů. Někteří příbuzní navštívili internetové stránky a posléze byli konfrontováni s realitou, kdy z celkového počtu 55 pokojů je jen 25 dvoulůžkových, 20 třílůžkových a 10 pokojů čtyřlůžkových. Hlavním problémem, na nějž poukázali oslovení pacienti i příbuzní, je velikost pokojů a s tím související rozmístování pacientů. To shodně uvedli celkem čtyři ze sedmi oslovených příbuzných. Stejný názor vyslovili i oslovení pacienti, kteří by považovali za vhodné, aby na pokojích byli umístěni pacienti s podobným onemocněním či přibližně stejnou mírou soběstačnosti. Šokující dojem uvedla především pacientka č. 2, jež poukázala na skladbu pacientů na jedné stanici. Ze svého hlediska a na základě své dlouholeté praxe mohu toto tvrzení jedině potvrdit, protože na jednom oddělení jsou jak rehabilitační (pohyblivější a soběstačnější) pacienti, tak pacienti vyžadující komplexní ošetrovatelskou péči (pacienti imobilní, s deficitem soběstačnosti v základních lidských potřebách, s psychickými onemocněními). Převážnou část pacientů tvoří senioři, na což poukazuje i Čevela et al. (2012). Geriatrická ošetrovatelská péče se vyznačuje specifičností, protože se jedná o polymorbidní osoby, přesto je nutností zachovávat

veškerá pravidla etického chování. Tito lidé podle mě vyžadují více empatie, více pozornosti i vstřícnosti. Jak konstatuje Hudáková (2013), péče o seniory zahrnuje uspokojování jejich potřeb s ohledem na geriatrické syndromy, specifickou geriatrického věku se zajištěním standardní péče. Uspokojování základních životních potřeb a naplňování cílů každého člověka je přímo úměrné kvalitě jeho života, již je nutno chápat v kontextu s prostředím. Seniors obklopuje ošetrovatelské a sociální prostředí, tato prostředí by měla být ve vzájemném souladu, a tak pomáhat seniorovi s adaptací. Hudáková (2013: s. 8) vyjádřila úctu k seniorů slovy: „*Senioři jsou částí populace, která během svého života vytvářeli obrovské hodnoty pro společnost, proto jako potenciální pacienti a osoby se sociálními požadavky mají nárok na plnohodnotný a kvalitní život.*“

Přestože větší podíl pacientů v LDN tvoří senioři, často jsou zde hospitalizováni i lidé patřící k mladší věkové kategorii. Jedná se zejména o ortopedické pacienty, kteří vyžadují rehabilitační péči a nemají ve své domácnosti či okolí podmínky pro ambulantní zajištění této péče. Na základě svých dlouhodobých zkušeností mohu konstatovat, že pokud je hospitalizován mladší pacient, větší část sester se chová vstřícněji. Z pozorování vyplynulo, že sestry reagují na zvonky těchto pacientů rychleji, v jejich chování se objevuje více empatie a aktivněji naslouchají potřebám hospitalizovaných pacientů. Jelikož v léčebně pracuje větší počet sester patřících k mladší věkové kategorii, jsou jejich sympatie s mladšími pacienty o poznání vyšší. Jejich chování se vyznačuje větší mírou empatie, více se zajímají o potřeby pacientů, nedochází k devalvačnímu jednání, sestry také věnují těmto pacientům daleko více času. Svoji péči poskytují nad rámec standardizované péče, což přináší větší důvěru ze strany pacientů a oboustranný zájem. Na druhou stranu mohu konstatovat, že věk hospitalizovaných pacientů, zejména mužského pohlaví, dokáže ovlivnit chování těchto sester, které nejsou silnou osobností a nevykazují přiměřené etické hodnoty. Jak je zakotveno v Právech pacientů (MPSV 1992), každý pacient má právo „*na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.*“ Spojení *každý pacient* znamená každý pacient bez ohledu na věk, národnost, zdravotní stav či vyznání.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce zpracovává téma problematičkého chování sester k pacientům hospitalizovaným v léčebně dlouhodobě nemocných. Toto téma je velice obsáhlé a velmi bolestivé pro každou ze zúčastněných stran. Problematické chování sester vyvolává u pacientů pocity méněcennosti, bezmocnosti a ponížení. Sestry toto téma vnímají rozdílně, záleží na povaze a osobnosti každé z nich. Problematika chování sester je velmi aktuálním tématem. Ošetrovatelská péče je medializována, sledována laickou veřejností i samotnými pacienty. V rámci neustálého zvyšování kvality poskytované péče je nutné se zabývat také lidským faktorem, protože sestry reprezentují svoji profesi a svým empatickým přístupem napomáhají pacientům zvládnout náročnou situaci, již hospitalizace přináší.

V úvodu bakalářské práce byly vytyčeny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapování chování sester pohledem pacientů, kteří jsou odkázáni na péči v léčebně dlouhodobě nemocných. Druhým cílem bylo zmapovat chování sester pohledem rodinných příslušníků a blízkých osob těchto pacientů.

Výsledky výzkumného šetření poukázaly zejména na nerespektování soukromí a intimity pacientů během poskytování ošetrovatelské péče. Hlavním problémem bylo nedostatečné zajištění soukromí při vyprazdňování pacientů. Tuto skutečnost potvrdilo i samotné pozorování sester při výkonu jejich profese a rozhovory s příbuznými a známými pacientů LDN. Za další nedostatek v chování sester byla označena razantnost, hlučnost a neodbytnost vůči pacientům. Stejná problematika se vztahovala i na pomocný zdravotnický personál, což potvrdily také rozhovory s příbuznými. Výsledky šetření přinesly rovněž poznatky týkající se neadekvátního chování sester v průběhu nočních služeb, zejména nerespektování intimity, studu a práv pacientů. Také pozorování sester při poskytování ošetrovatelské péče přineslo shodné výsledky. Potvrdila se i souvislost mezi věkem pacienta a chováním sester.

Společným rysem prostupujícím problematiku chování sester k pacientům léčebny dlouhodobě nemocných je nedostatečná míra empatie při poskytování péče, dále nerespektování práv pacientů a opomíjení Etického kodexu sester i Etického kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.

Výzkumné otázky byly v průběhu šetření zodpovězeny a odkryly problematické oblasti v péči o pacienty léčebny dlouhodobě nemocných, jimž je třeba věnovat pozornost. Výsledky budou předány managementu zařízení a zároveň bude vytvořen interní seminář pro pracovníky dané léčebny, jenž bude součástí provozních schůzek zdravotnického personálu nelékařských oborů. Výsledným efektem by mělo být zlepšení kvality ošetrovatelské péče, spokojenost pacientů a pozitivní prezentace zařízení před veřejností. Empatické chování sester i ostatního personálu by mělo tvořit základ kvalitní ošetrovatelské péče. Zjištěné skutečnosti by měly vést k zamyšlení nad vlastním jednáním každého člena ošetrovatelského týmu, podnítit u sester sebereflexi a motivovat sestry k zamyšlení nad hodnotami, jež vyznávají. Tyto hodnoty zároveň určitým způsobem ovlivňují chování a jednání sester. Práce všeobecné sestry s pacienty v léčebnách dlouhodobě nemocných je velice náročná fyzicky i psychicky. Dlouhodobá péče, věkové rozpětí pacientů i přemíra ošetrovatelské péče mohou vyústit v syndrom vyhoření.

Samotný závěr bych chtěla věnovat roli sester, která se postupem času neustále mění. Sestra má mít vrozenou inteligenci a charisma, měla by pomáhat všem potřebným, být profesionálně empatická, teoreticky i prakticky zdatná, v praxi tvořivá, rychlá a spolehlivá v rozhodování, měla by mít potřebu celoživotního vzdělávání, být společenská a dbát na to, aby její náročná práce byla dostatečně zviditelňována i ve společnosti.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTOŠÍKOVÁ, I., Z. KALVACH a L. ČELEDVÁ. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry: úvod do problematiky*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-701-3439-9.

BÁRTLOVÁ, S., Z. KALVACH a L. ČELEDVÁ. *Sociologie medicíny a zdravotnictví: úvod do problematiky*. 6., přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BUŽGOVÁ, R., I. PLEVOVÁ a L. ČELEDVÁ. *Ošetřovatelství I: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-573.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER: Etický kodex sester. [online]. [cit. 2014-11-18]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf.

ČESKO. Ústavní zákon č. 1/1993 - Ústava České republiky ze dne 16. prosince 1992. In: *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky*. 1992. [online]. [cit. 2014-11-20]. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>

ČESKO. Ústavní zákon č. 2/1993 – Listina základních práv a svobod ze dne 16. prosince 1992. In: *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky*. 1992. [online]. [cit. 2014-11-20]. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. [online]. [cit. 2014-11-18]. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností

souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30. [online]. [cit. 2014-11-10]. Dostupné také z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=a9eb15af-8826-402f-b2d2-ada5575ac49c&groupId=10900

ČESKO. Vyhláška č. 102 ze dne 30. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39. [online]. [cit. 2014-10-30]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

ČESKO. Vyhláška č. 4 ze dne 8. ledna 2010, kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. In: : *Sbírka zákonů České republiky*. 2010, částka 1- [online]. [cit. 2014-11-19]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/vyhlaska_4_2010.pdf

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka předpisů České republiky*. 2011, částka 20. [online]. [cit. 2015-04-04]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlisce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html

ČESKO. Věstník Ministerstva zdravotnictví ze dne září 2004. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, částka 9. [online]. [cit. 2014-11-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

ČESKO. Věstník Ministerstva zdravotnictví ze dne červenec 2004. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, částka 7. [online]. [cit. 2015-04-04].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html

ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-014.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelstvo - teória*. Martin: Osveta, c2005. ISBN 80-8063-182-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2629-008.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4734-699.

HEŘMANOVÁ, J., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Etika v ošetrovatelské praxi: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4734-699.

HOLÍKOVÁ, Sandra. *Problematika akreditace zdravotnických zařízení z pohledu pacienta*. Bratislava, 2014. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

JIRKOVSKÝ, Daniel a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v evropské unii. In: *Vojenské zdravotnické listy*, roč. 73, č. 1. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha 10, 2004. ISSN 0372-7025.

KALVACH, Z., M. KOJESOVÁ a I. HOLMEROVÁ. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-309.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4752-037.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie 2. díl - Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

Koncepce následné lůžkové zdravotní péče: metodické opatření. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č.9/1998 [online]. [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.opatreni.nasledna.luz.pece.pdf>

KRÁTKÁ, A., J. KUTNOHORSKÁ a M. CICHÁ. *Ošetrovatelství - morální umění: kapitoly z dějin ošetrovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4201-4.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4736-761.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-692.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4732-244.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-845.

Lůžková péče: Lůžková péče 2012. *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. [cit. 2014-10-30]. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>.

MACKOVÁ, Denisa. *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory v dlouhodobé péči*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2, dopl. a přeprac. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: *Práva pacientů ČR* [online]. [cit. 2015-04-04]. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/cs/840>.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.

MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. 1. vydání. Překlad Jana Bílková. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3612-9.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vydání. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1198-6.

Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, s.r.o. [online]. [cit.2014-11-18]. Dostupné z: <http://www.nnphd.cz/oddeleni-ambulance/luzka-nasledne-pece-stanice-ldn>

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-580.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4743-165.

Pracovníci ve zdravotnictví. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2014-11-19]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz /category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/pracovnici-ve-zdravotnictvi](http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/pracovnici-ve-zdravotnictvi).

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-601.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

ROUBOVÁ, Ilona. *Potřeba bezpečí a jistoty z pohledu sestry a hospitalizovaných pacientů*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

SEO-SITE:COM. Profesionální deformace. *Zdravotniregistr.cz* [online]. ©2009-2015 [cit. 2014-11-19]. Dostupné z: <http://www.zdravotniregistr.cz/zajimavosti/profesionalni-deformace>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY: *Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR* [online]. [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: <http://http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pece-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 11: sestra - reprezentant profese*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPATENKOVÁ, N., J. KRÁLOVÁ a L. ČELEDVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-807-2625-994.

ŠŤASTNÁ, Miroslava. *Mínění současné populace seniorů o všeobecné sestře*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3., nezměn. vydání. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VÁLKOVÁ, M., M. KOJESOVÁ a I. HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1. vydání. Praha: MPSV, 2010. ISBN 978-807-4210-211.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4731-742.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VÉVODA, Jiří a kolektiv. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4747-323.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-807-3452-025.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4734-200.

WEBZDARMA.CZ. Sociální komunikace. *Mezilidske-vztahy.euweb.cz*. [online]. ©2002-2015 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://www.mezilidske-vztahy.euweb.cz/komunikace.htm>

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4740-621.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ aj. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-685.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Struktura rozhovoru s pacientem

Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru s příbuznými

Příloha č. 3 – Pozorovací arch

Příloha č. 4 – Pozorovací arch

Příloha č. 5 – Desatero dobré sestry

Příloha č. 6 - Přepis rozhovorů (uloženo na CD)