



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Náročnost ošetrovatelské péče ve specializovaných plicních léčebnách

Vypracovala: Bc. Irena Kleinová
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Plicní léčebny jsou zařízení, kde je poskytována účinná a užitečná terapie pacientům, kteří trpí respiračními nemocemi. Využívá se zde léčba pomocí metod klimatoterapie, pitné kúry nebo inhalační terapie. Jsou zde léčena onemocnění jako astma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc, různé formy pneumonií, karcinomy plic a také tuberkulóza. Právě léčebný režim tuberkulózy je natolik specifický, že se výzkumná část věnovala převážně jí. V současné době u nás představuje tuberkulóza velký zdravotnický problém. I když počty případů za poslední desetiletí klesly, stále zůstává i v současnosti vážným medicínským a společenským problémem, který má velký ekonomický dopad na celou společnost. Dochází ke zhoršení epidemiologické situace v celosvětovém měřítku. Hlavní podíl na tom má AIDS, příliv migrantů z rizikových zemích, nárůst narkomanie a nedodržování léčebných opatření. Podle WHO jsou tuberkulózou infikovány až dvě miliardy lidí. Aktuálnost tématu spatřujeme v tom, že i přes veškerá opatření umírá ve světě na tuberkulózu přes 3 miliony lidí ročně, z toho 90 % v rozvojových zemích.

Tato diplomová práce se zaměřuje na přiblížení významu plicních léčeben a dále na zmapování náročnosti ošetrovatelské péče v jednotlivých plicních léčebnách. Z velké části se věnuje problematice specifických potřeb pacientů a způsobu poskytování ošetrovatelské péče. Jsou zde popsána jednotlivá zařízení v České republice a jejich význam. Věnuje se i specifickým ošetrovatelské péče o jednotlivá plicní onemocnění a podrobněji informuje o poskytování péče na izolační jednotce u pacienta s tuberkulózou. Také se zabývá holistickým přístupem k pacientovi a multikulturním ošetrovatelstvím. Velká část práce je věnována potřebám pacientů, změně jejich role v léčbě a v závěru se zabývá i paliativní péčí. Cílem této části je shrnutí dosavadních poznatků o plicních léčebnách a přiblížení ošetrovatelské péče u jednotlivých onemocnění.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat náročnost ošetrovatelské péče ve specializovaných plicních léčebnách a zjistit specifické potřeby pacientů v těchto zařízeních. Dalším cílem bylo zjistit úlohu sestry při poskytování péče a zmapovat rozdíly v jednotlivých zařízeních. Všechny tyto cíle byly splněny. Na začátku byly

stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývala tím, jakým způsobem je poskytována ošetrovatelské péče v plicních léčebnách. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění specifických potřeb pacientů v těchto zařízeních. Další výzkumná otázka se zabývala tím, jaká je role sestry při poskytování péče pacientům ve specializovaných plicních léčebnách. Poslední výzkumná otázka mapovala rozdíly v jednotlivých léčebnách.

Praktická část práce obsahuje výsledky kvalitativního šetření, které se uskutečnilo na základě polostrukturovaného rozhovoru. Výsledné rozhovory byly zaznamenány přepisem a následně zpracovány technikou otevřeného kódování. Výzkumný soubor tvořilo 6 sester pracujících v plicních léčebnách a 5 pacientů, kteří zde byli hospitalizováni s tuberkulózou.

Na základě získaných informací vyplynulo, že prostředí izolační jednotky vnímají pacienti velmi stroze, depresivně, chybí jim zde kontakt s blízkými. Pobyt na izolační jednotce je pro ně šok. Cizinci si také stěžují na jazykovou bariéru. Sestry považují ošetrovatelskou péči za velmi náročnou. Musejí pečovat o pacienty s rozdílnými diagnózami a poskytovat multikulturní péči s ohledem na respektování národních a kulturních specifik pacientů.

Vzhledem ke zjištěným výsledkům byla vytvořena informační brožura, která může být nápomocna jako zdroj informací pro pacienty v hospitalizovaných v léčebnách. Dále budou výsledky práce předloženy jednotlivým léčebnám za účelem provedení změn týkajících se vybavení.

klíčová slova: plicní léčebny, tuberkulóza, pacient, sestra, ošetrovatelská péče, izolační režim

Abstract

Pulmonary sanatoriums are facilities where efficient and useful therapy for patients suffering from respiratory diseases is provided. They use treatments including the methods of climatotherapy, drinking cures or inhalation therapies. Diseases such as asthma bronchiale, chronic obstructive pulmonary disease, various forms of pneumonia, lung cancer and also tuberculosis are cured here. Just the tuberculosis treatment regimen is so specific that the research part of this thesis is devoted mainly to this phenomenon. Currently, tuberculosis represents a large medical problem in our country. Although the number of cases in the last decade has decreased, today it remains a serious medical and social problem with a huge economic effect on the entire society. The epidemiological situation is deteriorating on the global scale. The main causes of this deterioration are AIDS, the influx of refugees and immigrants from various risky countries, an increase in adherence to drug abuse and failure to keep to treatment measures. According to the WHO, two billion people are infected with tuberculosis globally. The urgency of this topic is seen in the fact that despite all measures, over 3 million people die of this disease globally and 90% of this number die in developing countries.

This thesis is focused on the importance of pulmonary sanatoriums and also on the mapping of intensity of nursing care in particular pulmonary sanatoriums. To a great extent, the thesis deals with the issue of the specific needs of patients and the method of providing nursing care. The thesis describes individual facilities in the Czech Republic and their importance. It also deals with the specifics of nursing care for individual pulmonary diseases and goes into detail about provision of care at isolated units for patients with tuberculosis. It also deals with the holistic approach to the patient and multicultural nursing. A great part of the thesis is devoted to the needs of patients, and changes in their role in the sanatorium. At the end it also deals with palliative care. The objective of this part is a summary of existing knowledge about pulmonary sanatoriums and to give an idea of nursing care for individual diseases.

The objective of this master's thesis was to outline the difficulty of nursing care in specialized pulmonary sanatoriums and find the specific needs of patients in these facilities. Another objective was to discover the role of the nurse in provision of care

and outline differences between individual facilities. All these objectives have been performed. Four research questions were set at the beginning of the research. The first research question dealt with how nursing care in pulmonary facilities is provided. The second research question was focused on finding the specific needs of patients in these facilities. The third research question dealt with the role of the nurse in providing care for patients in specialized pulmonary sanatoriums. And the last research question focused on differences between the individual sanatoriums.

The practical part of the thesis contains the results of qualitative research gathered on the basis of a semi-structured interview. Final interviews were recorded, transcribed and subsequently processed by the technique of open coding. The research file consisted of 6 nurses working in pulmonary sanatoriums and 5 patients hospitalized with tuberculosis.

Based on the information acquired, the patients perceive isolation units as a very simple and depressing place, where they miss contacts with their closest. The stay in the isolation unit is a shock for them. Foreigners complain of the language barrier. Nurses regard the nursing care as very demanding. They must care for patients with various diagnoses and provide multicultural care with respect to the national and cultural specifics of patients.

Based on the results found, an information brochure was created, and this can help as a source of information for hospitalized patients in sanatoriums. Furthermore, the results of this thesis will be presented to individual sanatoriums for the purpose of making changes related to their equipment.

Key words: pulmonary sanatorium, tuberculosis, patient, nurse, nursing care, isolation regimen

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou 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 diplomové 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 16.5.2016

.....

Bc. Irena Kleinová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za její trpělivost, odborné vedení a cenné rady při vypracování této diplomové práce. Poděkování patří i sestřám a pacientům z plicních léčeben, kteří byli ochotni se zúčastnit výzkumu. Velké díky patří i mé rodině, která mi byla velkou oporou při studiu.

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav	11
1.1 Plicní léčebny	11
1.1.1 Historie plicních léčen	11
1.1.2 Pohled do současnosti	12
1.1.3 Význam a charakteristika.....	14
1.1.4 Plicní léčebny v České republice	15
1.2 Nejčastější onemocnění.....	21
1.2.1 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s tuberkulózou	25
1.3 Chronický pacient	28
1.3.1 Potřeby pacienta a jejich naplňování	29
1.3.2 Změna role pacienta.....	33
1.3.3 Paliativní péče u respiračních onemocnění.....	34
2 Cíle a výzkumné otázky	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
3 Metodika.....	38
3.1 Popis metodiky.....	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4 Výsledky.....	40
4.1 Identifikační údaje sester.....	40
4.2 Identifikační údaje pacientů	41
4.3 Seznam kategorií a podkategorií – sestry.....	42
4.4 Seznam kategorií a podkategorií – pacienti	55
5 Diskuse	65
6 Závěr.....	76
7 Seznam použitých zdrojů	78
8 Přílohy	84

Seznam použitých zkratk

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

WHO – Světová zdravotnická organizace

atd. – A tak dále

apod. – A podobně

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

TRN – Tuberkulóza a respirační nemoci

OLÚ – Odborný léčebný ústav

např. – Například

FEV₁ – Usilovný vydechnutý objem za 1 sekundu

EBM – Evidence-based medicine

TBC - Tuberkulóza

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

HIV – Human Immunodeficiency Virus

Úvod

Plicní léčebny jsou zařízení, kde je poskytována účinná a užitečná terapie pacientům s respiračními nemocemi. Je zde zajištěna kvalitní, komplexní a individuální ošetrovatelská péče, která navazuje na základní ošetření v nemocnici. Mezi onemocnění, která jsou zde léčena, patří astma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc, různé formy pneumonií, onkologické plicní nemoci a v neposlední řadě tuberkulóza. Ošetrovatelská péče o tuberkulózu je natolik náročná a specifická, že byla výzkumná část věnovaná převážně této infekční nemoci. Problémovou oblastí ošetrovatelské péče o pacienty s tuberkulózou je dodržování bariérové ošetrovatelské péče. Pro tyto pacienty jsou v léčebnách vyčleněny izolační jednotky. Uzavřené prostředí a sociální izolace znamená pro tyto pacienty závažný ošetrovatelský problém. Mnohdy to narušuje i fakt, že tato nemoc je stále ovlivňována předsudky společnosti, které tuberkulózu odnepaměti provází. To je pro pacienty další úskalí, kterému musejí čelit.

V současné době u nás představuje tuberkulóza velký zdravotnický problém. I když počty případů za poslední desetiletí klesly, stále zůstává i v současnosti vážným medicínským a společenským problémem, který má velký ekonomický dopad na celou společnost. Dochází ke zhoršení epidemiologické situace v celosvětovém měřítku. Hlavní podíl na tom má AIDS, příliv migrantů z rizikových zemí, nárůst narkomanie a nedodržování léčebných opatření. Podle WHO jsou tuberkulózou infikovány až dvě miliardy lidí. I přes veškerá opatření umírá ve světě na tuberkulózu přes 3 miliony lidí ročně, z toho 90 % je v rozvojových zemích.

Doufám, že informace, které byly prostřednictvím této práce zjištěny, pomohou zkvalitnit péči o pacienty v izolačních zařízeních určených pro léčbu tuberkulózy a přiblíží důležitost plicních léčení.

Během své praxe jsem se setkala s řadou pacientů s plicními nemocemi. Už v bakalářské práci jsem se zabývala astma bronchiale a tím jsem si vytvořila k těmto pacientům kladný vztah. Podnětem k vypracování této práce byl také zájem podívat se do plicních léčení a moci rozšířit si své znalosti.

1 Současný stav

1.1 Plicní léčebny

1.1.1 Historie plicních léčeben

Na přelomu devatenáctého a dvacátého století nebyly příliš vedeny statistiky k jednotlivým nemocem. Většina záznamů hovoří pouze o nejrozšířenějších a nejproblematictějších nemocech daného období. Dle Homolky a Votavy (1) vyplývá, že nad všemi dobovými plicními onemocněními vystupuje do popředí tuberkulóza. Jednalo se o nemoc, která nebyla přímo léčitelná a znamenala problém celosvětového měřítka. Byla příčinou nejvíce úmrtí ve vyspělých zemích v porovnání s ostatními onemocněními v průběhu devatenáctého a dvacátého století. Právě tento stav vedl k budování plicních zařízení.

Za průkopníka v plicních sanatoriích lze považovat doktora Brehmera. Ten se rozhodl vybudovat zařízení v horském údolí ve výšce 1715 metrů nad mořem v Gorbersdorfu v Německu. Postavil zde lázeňský dům se čtyřiceti pokoji, který byl dostaven v roce 1862 a později musel být rozšířen pro nedostačující kapacitu. Tento dům se stal vzorem pro další plicní sanatoria. Další úspěchy měl i Brehmerův žák a pacient, Peter Dettweiler. Oba jsou považováni za zakladatele léčby v plicních sanatoriích. Postupně vytvořili léčebné postupy při léčbě tuberkulózy a díky nim se začala budovat další sanatoria. Základem léčby v sanatoriích byl čerstvý vysokohorský vzduch, který má pozitivní účinky při léčbě plicních onemocnění. Vlivem řidšího vzduchu se totiž množí erytrocyty a je povzbuzován krevní oběh pacienta a tím se zlepšuje dýchání. (2)

V sanatoriích byla v minulosti přísná pravidla a při jejich porušení mohl být pacient kdykoliv vyloučen. V souvislosti s nedostatkem počtu lůžek se mnohdy chudí pacienti do zařízení ani nedostali. Hlavním cílem léčby byl zdravý životní styl, výuka řádné hygieny, hygienických pravidel a také úplný zákaz kouření. Léčebny nebyly vybaveny

koberci, obrazy ani ubrusy. Nebylo zde nic, na čem by se mohl usazovat prach. Mnohokrát byly alespoň zdi vymalovány hřejivými barvami, aby kladně působily na psychiku pacientů. Vždy byl stanoven přesný denní rozvrh, který spočíval v otužování, pravidelné stravě, omývání těla, odpočinku a používání lázní. (2)

Jak uvádí ve své knize Jireš (3), první plicní sanatorium v českých zemích vzniklo v roce 1905 v Žamberku, jenž byl původně vodoléčebný ústav. Další plicní sanatorium zřídil Zemský spolek pro respirační nemoci na Pleši až v roce 1915. Dále spolek Humanita otevřel další velkou plicní léčebnu v Prosečnici. Poté byla zřízena sanatoria v Bukově, v Luži, v Pasekách, v Jevíčku, v Chomutově, ve Šternberku na Moravě, v Janově u Mirošova, v Kostelci nad Černými lesy, v Humpolci, v Babicích u Brna atd. Tato sanatoria jsou v nadmořské výšce 400 až 500 metrů, kde je příznivé podnebí bez kouře a prachu. Také byla zakládána dětská zařízení, kde byla dětem z chudých rodin poskytována lékařská péče zdarma.

Podle Homolky a Votavy (4), sanatoria pro léčbu plicních onemocnění, především tuberkulózy, začala vznikat ve světě od druhé poloviny 19. století. Jako hlavním důvodem bývají uváděny studie německých a švýcarských doktorů. Ti zaznamenali, že jedinci s tuberkulózou se po návratu do horských oblastí často sami uzdravovali vlivem změny klimatu. Léčba tuberkulózy byla dříve spojena spíše se vztahem lidí k životnímu prostředí. Lidé věřili, že nemoc souvisí se sociálními, morálními a fyzickými vlivy. Před vynálezem antibiotik tedy léčení spočívalo v léčbě přírodním prostředím, zejména čerstvým vzduchem a slunečním světlem. Věřilo se, že vzájemná interakce pacienta a krajiny, přináší léčení, které v dřívější době medicína nepřinášela.

1.1.2 Pohled do současnosti

Plicní léčebny jsou zařízení, kde je poskytována účinná a užitečná terapie pacientům, kteří trpí respiračními nemocemi. Hnátek (4) uvádí, že se zde využívá pozitivních účinků léčivých zdrojů (např. minerální vody) sloužící k inhalační léčbě.

Pacientům jsou zde poskytovány další doplňkové možnosti léčby, jako je balneoterapie, muzikoterapie, aerobní cvičení, solux, magnetoterapie, masáže apod. Každý pacient je zde jako jedinečná bytost se svými potřebami a pomocí ošetrovatelského procesu je stanoven nejvhodnější způsob léčby. Po adekvátní a kvalitní léčbě by mělo dojít ke stabilizaci zdravotního stavu pacienta a měly by se tím snížit i dávky farmakologické léčby, počty hospitalizací a s tím související i pracovní neschopnost. Hlavním cílem je poskytovat pacientům s chronickým onemocněním dýchacích cest také kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči, zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacientů.

Součástí většiny větších nemocnic jsou plicní oddělení, kde se léčí pacienti s plicními chorobami i tuberkulózou. Nicméně řada nemocnic nemůže mít pacienty s aktivní tuberkulózou na svých odděleních tak dlouho jako v plicních sanatoriích, kde je kladen daleko větší důraz na komplexní následnou rehabilitaci a zotavení. (4)

Jak uvádí Kos (5), přestože medicína vysoce pokročila, mají plicní léčebny široké spektrum využití. Mezi nejčastější onemocnění patří tuberkulóza, astma bronchiale nebo chronická obstrukční plicní nemoc. I když počty případů s tuberkulózou za poslední desetiletí klesly, stále zůstává i v současnosti vážným celosvětovým medicínským a společenským problémem, jenž má velký ekonomický dopad na celou společnost.

Dle Navrátila (6) řada předpovědí, které se týkaly eliminace tuberkulózy do roku 2000, se ukázaly jako nereálné. Podle WHO jsou v současnosti infikováni tuberkulózou až dvě miliardy lidí. Každým rokem umírá ve světě na tuberkulózu přes 3 miliony lidí, z toho 90 % je v rozvojových zemích. Nejhorší situace je v Africe a Asii, kde k tomu přispívají zejména špatné hygienické podmínky a podvýživa.

Gibson (7) říká, že v současnosti se na zhoršení epidemiologické situace u nás i v celosvětovém měřítku podílí AIDS, příliv migrantů z rizikových zemí a nedodržování léčebných opatření některými nemocnými. Na situaci má špatný vliv i nárůst narkomanie, nemocní s imunosupresivní terapií a zvýšení počtu infekcí způsobených atypickými kmeny mykobakterií. Jak uvádí Netval (8), nejdůležitější význam má v této situaci komplexní a včasná diagnostika. Její stanovení bývá mnohdy opožděné, jelikož

se na tuberkulózu v první řadě nemyslí. V některých případech totiž činí stanovení správné diagnózy několik měsíců až rok.

Podle Kašáka (9) se vyskytují ale i další obdobně závažná onemocnění, jako například astma bronchiale, která vyžadují často dlouhou následnou péči. Astma také postihuje významnou část celosvětové populace, udává se kolem 300 milionů osob. Za posledních 20 let dramaticky vzrůstá. Odhaduje se, že v roce 2025 bude astmatem trpět až 400 milionů osob. Kašák (10) uvádí, že se astma vyskytuje častěji v ekonomicky vyspělejších zemích. Čím je region vyspělejší, tím se jeho prevalence navyšuje. V České republice trpí astmatem asi 800 000 lidí. Přestože je prognóza astmatu příznivá, řada pacientů s těžkými formami vyžaduje následnou péči a nelze je léčit ambulantně.

Dle Koblížka (11) patří také mezi závažná onemocnění CHOPN. Představuje podle něj celosvětový problém. Morbidita a mortalita roste i v České republice. V Evropě zemře na toto onemocnění ročně 300 000 lidí. Stále není dosaženo efektivních léčebných postupů a technik v léčbě této nemoci.

1.1.3 Význam a charakteristika

V současné době mají plicní léčebny využití nejen z hlediska tuberkulózy, ale převážně i u netuberkulózních nemocí. Ty jsou významnou skupinou indikací k následné péči. Stefan (12) uvádí, že nemocí jako je astma bronchiale, CHOPN, chronická bronchitida, bronchiektázie, řada zánětů horních cest dýchacích totiž stále přibývá a řada forem vyžaduje další péči. Velké procento pacientů jsou kuřáci, proto jsou v léčebnách zařazeny i různé preventivní programy na změnu životního stylu.

Jak uvádí Hnátek (4) kromě medikamentózní terapie, kterou mají pacienti většinou již zavedenou, se zde uplatňuje řada léčebných metod. Navzdory příznivému klimatu jsou často využívány pozitivní účinky přírodního léčivého zdroje, především přírodní minerální vody. Koblížek (11) tvrdí, že mají své velké využití u inhalační terapie a

léčebných pitných kúr. Je zde také řada dalších rehabilitačních metod, které podpůrným působením pozitivně působí na organismus zvyšováním obranyschopnosti.

Dle Kosa (13) vyžadují plicní onemocnění komplexní léčbu pomocí rehabilitace. Ta představuje mezioborovou péči o pacienty a obsahuje edukaci, pohybovou léčbu, respirační fyzioterapii, ergoterapii, nutriční a psychosociální pohodu. Cílem této rehabilitace je zvýšení psychické a fyzické kondice pacientů tak, aby došlo ke zlepšení a udržení kvality života a podpořila se změna životního stylu. Právě tato metoda je důležitá v plicních léčebnách.

1.1.4 Plicní léčebny v České republice

Podle Hnátky (4) začala první česká sanatoria vznikat již v roce 1905 a svou významnou roli plní i v dnešní době. V České republice máme několik těchto zařízení. Mezi nejznámější patří Léčebna TRN Janov, Sanatorium Jablunkov, Léčebna Cvikov, Odborný a léčebný ústav Jevíčko, Odborný léčebný ústav Paseka a Plicní léčebna Humpolec. Péče poskytovaná v plicních léčebnách by měla navazovat na základní ošetření v nemocnicích a měla by být zaměřena na léčení a ošetřování se speciálně zaměřenou odbornou péčí u pacientů s respiračními nemocemi. Léčba a samotná ošetrovatelská péče se neustále zkvalitňuje tak, aby byla komplexní a zároveň poskytována každému pacientovi individuálně. Během roku 2015 se zahajují nové programy plicní rehabilitace právě v plicních léčebnách (např. OLÚ Jevíčko, OLÚ Jablunkov). Tyto programy by se měly stát nosným pilířem léčby ve zmiňovaných ústavech.

Janov

Mezi nejznámější plicní léčebny v České republice patří Léčebna TRN Janov. Kos (13) uvádí, že se jedná se o odborný léčebný ústav s nadregionální působností sloužící již 95 let. Zařízení bylo původně určeno pouze k terapii tuberkulózy. Dnes je léčebným

ústavem pneumologie a ftizeologie. Paráková, Prchalová a Salajka (16) sdělují, že dříve byla základem léčby tuberkulózy výkrmná kúra, klidový režim a využití příznivého klimatu. Dále byly pacientům podávány kalciové injekce, ale léčebných úspěchů bylo dosaženo pouze u 60 % z nich. Rozvoj sanatoria nastal v roce 1929, kdy byl zahájen provoz nového pavilonu, kde bylo celkem 65 lůžek a byli zde přijímáni pacienti s aktivní tuberkulózou plic a hrtanu. Postupně zde byly zaváděny léčebné metody podle tehdejší úrovně medicínských poznatků. Šlo o světloléčbu, inhalace, léčebný pneumotorax, thorakokaustiky a zákroky na bráničním nervu. Také byla zavedena léčba prací pro pacienty, což mělo současně příznivý vliv na jejich zdravotní stav. Začala se rozvíjet i léčebná rehabilitace, při jejímž aktivním a komplexním uplatňováním stála léčebna v Janově vždy na jednom z čelných míst u nás. Ošetrovací doba se tehdy pohybovala kolem 100 dnů. Největší rozvoj léčebny nastal po válce, kdy bylo vyšetření rozšířeno o řadu metod, např. v biochemické laboratoři nebo podáváním efektivních léků.

Kos (13) říká, že tím, jak se snižoval počet pacientů s tuberkulózou v léčebně, tím se rozšiřovala péče o všechna další onemocnění dýchacích cest – exacerbace chronické obstrukční plicní nemoci, bronchiální astma, záněty plic a plicní nádory. Léčebna TRN Janov začala od roku 1992 jako první v České republice organizovat edukační a léčebné kurzy pro bronchitiky a pacienty s astmatem. Kurzy byly 12 denní, s cílem zlepšit poskytovanou péči a výsledky léčby. Podle zjištěných nálezů byli pacienti zařazováni do dechové rehabilitace, byla jim upravována medikamentózní léčba a doplňována inhalacemi v inhalatoriu. Během kurzů bylo zaznamenáno zlepšení zdravotního stavu pacientů.

Léčebna se nyní specializuje na CHOPN, astma bronchiale, pneumonii, tuberkulózu, intersticiální plicní procesy, respirační insuficiencie, diagnostiku plicních nálezů, fyzioterapii, komplexní plicní a pohybovou rehabilitaci. Má k dispozici 4 oddělení se 195 lůžky, z nichž je 40 vyčleněno pro tzv. sociální lůžka. Je zde také prováděna komplexní medikamentózní léčba všech onemocnění dýchacího traktu včetně komplikujících stavů (interní, neurologické...). Co se týče plicních onemocnění, specializují se zde na léčbu inhalační a rehabilitační, terapii kyslíkem, elektroléčbu,

léčebnou výživu a klimatoterapii. Ročně je zde přijato kolem 1100-1200 pacientů a průměrná ošetrovací doba se snížila na 44,5 dne. (17)

Jablunkov

Známa je také léčebna dlouhodobě nemocných Jablunkov. Je tvořena ze dvou plicních oddělení, tvořící dohromady 78 lůžek. Obě oddělení jsou zaměřena na komplexní diagnostickou a léčebnou péči o pacienty s onemocněním dýchacího ústrojí. Podle Konečného (18), nabízí léčebna mimo jiné i nadstandardní pokoje s přístupem na terasu a výhledem do parku. Jedno oddělení je vyhrazeno přímo na diagnostiku a léčbu tuberkulózy. Toto sanatorium je zároveň jediným poskytovatelem léčby tuberkulózy plic pro celý Severomoravský kraj. Oddělení, které ošetřuje pacienty s tuberkulózou, má zvýšený výskyt infekce, proto musí jak pacienti, tak ošetřující personál dodržovat zvláštní hygienické předpisy.

V letošním roce prošla léčebna rekonstrukcí a poskytuje tak pacientům bezbariérové sociální zařízení a nové rehabilitační přístroje. V rámci komplexní zdravotní péče o pacienty s chronickými plicními onemocněními nabízí celkovou respirační rehabilitaci ale i procedury ke zlepšení zdravotního stavu. Jsou zde prováděna dechová cvičení, inhalace, poté magnetoterapie, biolampa, solux, vířivé koupele, masáže, míčkování a nordické chůze v parku. Klientům jsou zde poskytována aerobní cvičení na rotopedech, která se používají pro zlepšení způsobu dýchání a zlepšení celkové kondice. Své využití má i u nemocných se závažnějším stupněm CHOPN. (19, 20)

Cvikov

Jak uvádí Schneeberger (21), léčebna respiračních nemocí v Martinově Údolí ve Cvikově má dlouholetou tradici a specializuje se na léčbu a diagnostiku onemocnění plic a průdušek dospělých pacientů. Na druhé straně obce je navíc část, věnující se výhradně dětským pacientům – Dětská léčebna Cvikov. Už ve 40. letech 20. století se zde začínali léčit nemocní s tuberkulózou. Areál se nachází v Chráněné krajinné oblasti Lužických hor v nadmořské výšce 400 metrů. Celé území má výborné bioklimatické

podmínky a jednotlivé pavilóny jsou umístěny v oploceném lesoparku o rozloze 9,5 hektaru. V léčebně bylo až do roku 2007 léčeno ročně kolem 600 pacientů. Od roku 2008 byl pokles pacientů až o 25 %. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientů tvoří 30 % astmatici a třetinu děti s diagnózou recidivujících obstrukčních bronchitid a ostatními diagnózami jako jsou stavy po bronchopneumoniích, recidivující sinusitidy, alergické rýmy atd. Část pacientů je také překládána přímo z nemocnic, aby mohla respirační fyzioterapie navázat na akutní stav dítěte. Do cvikovské léčebny jsou přijímány děti již od 1 roku. Do 6-ti let zde mohou být hospitalizovány spolu s matkou. Nejčastějšími indikacemi k přijetí je astma bronchiale, opakované záněty průdušek, stavy po pneumoniích, opakované katary horních cest dýchacích, dermorespirační syndrom, senná rýma a stavy po operacích plic.

Základem celého léčebného programu je klimaterapie, která se provádí 3 až 5 hodin denně a je uzpůsobena roční době. Mezi aktivity patří vycházky do okolních lesů, míčové hry, koupání ve venkovním bazénu, jízda na kole a v zimě bobování, sáňkování. Dlouhý pobyt na čerstvém vzduchu vede nejen ke zvýšení otužilosti, ale i ke zlepšení FEV₁. Mezi doplňkové metody léčby patří otužování studenou vodou a návštěva sauny, což snižuje respirační infekty a spotřebu antibiotik. Během pobytu se děti účastní mnoha výletů do okolí. Součástí léčebny je i alergologická poradna. Hlavní složku léčby tvoří respirační fyzioterapie. Pro každé dítě je stanoven individuální léčebný plán a cvičení, které má zlepšit hygienu dýchacích cest, zvýšit jejich průchodnost a snížit bronchiální obstrukci. Pomocí fyzioterapeutů je zde prováděno míčkování, cvičení na fyzioballu, léčebné inhalace a hraní na flétnu. Řada aktivit je přizpůsobena tak, aby v ní děti mohly pokračovat i v domácích podmínkách po návratu z léčebny. Také je kladen důraz na správné používání inhalačních léků. Dítě pak musí při každé vizitě ukázat, jak inhalační lék používá a během hospitalizace je tento manévr pravidelně opravován a procvičován. (22)

Schneeberger (21) také říká, že léčebna pravidelně hodnotí efektivitu terapie nejen hodnocením klinického stavu, ale pomocí dotazníků, které jsou zasílány zhruba po půl roce po návratu dítěte domů. Vyplývalo, že až u 72 % dětí se snížil počet zameškaných hodin ve škole i frekvence akutních onemocnění. Pomůckou je i Test kontroly astmatu,

který je používán na začátku a konci hospitalizace v léčebně, a ukazuje také pozitivní výsledky. Klimatické podmínky v této léčebně jsou nedílnou součástí komplexní péče o respirační nemocné dítě. Léčebný program ve cvikovské léčebně je zaměřen na činnosti, jejichž efekt je prokázán na podkladě EBM. Průměrný šestitýdenní pobyt je velkým přispěním o takto nemocné děti. Léčebna pro dospělé pacienty má podobný režim a navíc, kromě plicních onemocnění se zabývá diagnostikou a léčbou endobronchiálních onemocnění včetně rakoviny plic. V rámci zajištění ucelené péče spolupracuje léčebna s plicními odděleními okolních nemocnic.

Žamberk

Jireš (3) ve své knize uvádí, že odborný léčebný ústav Albertinum v Žamberku vznikl už v roce 1905. Poskytuje komplexní služby všem pacientům, ale jeho hlavní náplní zůstává péče o pacienty s plicními onemocněními na pneumologickém oddělení, které má dosud také největší kapacitu. Ve dvou budovách je rozděleno 106 lůžek do pěti stanic podle diagnóz. Je zde oddělení pro akutní péči, stanice pro astmatiky, izolační část pro pacienty s aktivní formou tuberkulózy a stanice onkologické chemoterapie. Podle počtu zastoupených diagnóz je zde v popředí chronická obstrukční plicní nemoc a plicní karcinom, dále astma bronchiale, akutní záněty a tuberkulóza. Léčebna provádí kompletní diagnostiku nemocí plic, průdušek, pohrudnice a mezihrudí a má poměrně vysoký počet přijatých pacientů s krátkou ošetrovací dobou pouhých 25 dní. Pacientům je zde poskytována soustavná léčebná a ošetrovatelská péče s pohybovou rehabilitací.

Jevíčko

Mezi další plicní sanatoria patří Odborný léčebný ústav Jevíčko, nacházející se v příjemném prostředí v Pardubickém kraji. Dle Netvala (8) jde o nestátní zdravotnické zařízení pro klienty z České republiky, ale i zahraničí. Služby jsou zde poskytovány v těchto hlavních oblastech: pneumologie a ftizeologie, léčebná rehabilitace, diagnostika a léčba TBC. Léčba tuberkulózy se zde stala velmi důležitou od roku 1972, kdy byl tento léčebný ústav jediným zařízením léčící mimoplicní tuberkulózu na území České republiky. Léčebna má poměrně bohatou historii. V roce 1929 dokonce tato

léčebna přijala po návštěvě T.G. Masaryka jeho jméno a brzy získala celonárodní i zahraniční dobrou pověst svou odborností i krásným prostředím. V současné době sleduje léčebný ústav rozvoj moderních technologií a neustále inovuje své vnitřní zařízení. (23)

Ostatní

Za zmínku stojí také Odborný léčebný ústav Paseka, který poskytuje lůžkovou zdravotní péči na odděleních pneumologie, LDN rehabilitace a sociální hospitalizace. Léčebna pneumologie a ftizeologie přijímá pacienty s pneumologickými onemocněními a aktivní tuberkulózou. Zařízení ročně přijme kolem 660 pacientů. Nabízí zde kompletní diagnostiku, specifická je perkutánní biopsie plic či zavádění hrudní drenáže. Jsou zde i chirurgické zákrokové sálky, které jsou k dispozici při provádění pleurálních punkcí nebo zavádění hrudní drenáže u pacientů s pneumothoraxem nebo empyémem. Lůžková část je vybavena inhalačními přístroji, centrálním rozvodem kyslíku a vakua. Pneumologická péče je poskytována spolu s rehabilitačním oddělením. (24)

Známa je i léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí v Humpolci, která zabezpečuje léčebnou, rehabilitační, diagnostickou a komplexní péči o pacienty s respiračními chorobami se zvláštním zaměřením na nemoci déle trvající. Kopecký (14) vysvětluje, že se léčebna skládá z lůžkové části, rehabilitačního úseku a dále z ambulancí a přilehlého areálu parku. Léčebna byla založena v roce 1934 a spadá do specializované, následné péče. Disponuje osmdesáti lůžky. Kolem 10-15 % tvoří pacienti s tuberkulózou a 20 – 25 % onemocnění jsou nádory plic. Na zbylých 50-55 % se podílí pacienti s chronickou obstrukční nemocí a emfyzémem. Co je důležité zmínit, v léčebně je kromě specializované péče také ambulantní část, které pečuje o pacienty v rámci dohledu nad tuberkulózou a očkováním.

1.2 Nejčastější onemocnění

Tuberkulóza

Dyer (25) uvádí, že tuberkulóza je infekční onemocnění, které je u člověka vyvoláno bakterií *Mycobacterium tuberculosis*, dříve nazývanou Kochův bacil. Onemocnění postihuje především plíce, ale může postihnout i kterýkoliv jiný orgán – kůži, kosti, otorinolaryngologickou část, urogenitální trakt nebo ženský genitál. V historii se jednalo o nejobávanější nakažlivou smrtelnou nemoc, která předčila mor i cholera. V dnešní době není mortalita tak vysoká, přesto je nemoc velmi závažná.

Jak říká Wouk (26), během několika let bylo dosaženo kontroly nad tímto onemocněním, zejména pomocí prevence, rekonvalescence a přísného dodržování bariérové ošetrovatelské péče. Výskyt onemocnění se snižoval, proto bylo upuštěno od celoplošného očkování s výjimkou rizikových skupin. Nicméně vlivem globalizace, především migrace obyvatel ze zemí, kde je nízká prevence, podprůměrná sociální situace, ale také vlivem občanů žijících na pokraji společnosti se tuberkulóza začíná plíživě vracet.

Vyhláškou č. 299/2010 Sb. s účinností od 1.11.2010 bylo zrušeno celoplošné očkování proti tuberkulóze. Současné očkování je účinné jen z poloviny. Očkují se pouze děti patřící do rizikové skupiny, jeden nebo oba z rodičů dítěte, jeho sourozenec, člen domácnosti, v níž žije, který měl nebo má aktivní tuberkulózu. Další skupinou očkovaných je dítě, jeden nebo oba rodiče, sourozenec, člen domácnosti, kde dítě žije, které se narodilo, nebo souvisle, a to déle než 3 měsíce pobývá, pobývalo ve státě s vyšším výskytem tuberkulózy. Ministerstvo zdravotnictví každoročně zveřejní seznam států, kteří mají zvýšený výskyt tuberkulózy podle Světové zdravotnické organizace. Poslední skupinou je dítě, které bylo v kontaktu s tuberkulózou. (27,28)

Jak říkají Kolek, Kašák a Vašáková (29), ošetrovatelská péče o pacienty s tuberkulózou je velmi náročná, jelikož jde o infekční onemocnění a je tedy nutné dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče. Právě z tohoto důvodu musí být v každé plicní léčebně vyčleněná izolační lůžka pro tyto pacienty. V tomto prostoru musí sestra používat jednorázové ochranné pomůcky. Péče je vždy poskytována

provozním řádem konkrétního zdravotnického zařízení a je prováděna tak, aby se zabránilo přenosu infekce. Ve chvíli, kdy je tuberkulóza prokázána, je pacient povinen podrobit se léčbě a hospitalizaci. Z pohledu sestry je péče o pacienty s tuberkulózou velmi specifická. Sestra musí zohlednit somatickou oblast onemocnění, ale také musí být připravena řešit psychický a sociální aspekt této infekční nemoci. Pro pacienty je nejen onemocnění, ale i pobyt v izolaci vysoce psychicky náročný, sestra musí zachovat profesionální přístup k pacientům všech sociálních vrstev.

Zatloukal (30) zdůrazňuje, že hlavní prací sestry je dodržovat hygienická pravidla. Pacient musí mít individuální pomůcky, sestra musí bezpečně manipulovat s biologickým odpadem, sledovat fyziologické funkce, zejména také průchodnost dýchacích cest, charakter sputa, patologické příměsi ve sputu. Dále monitoruje bolest, sleduje charakter kašle a kontroluje, zda pacient přijímá dostatečné množství tekutin. Sestra musí o pacienta pečovat tak, aby nedošlo ke vzniku dekubitů, bylo předcházeno nozokomiálním nákazám a zlepšil se subjektivní pocit pacienta. Bártů (31) tvrdí, že z hlediska stravy mají pacienti často sklon k hubnutí. Proto bývá u pacientů ordinována dieta č. 11 – výživná. Mohou působit i negativní účinky antituberkulotik, jako je nauzea a nechutenství. U těchto pacientů je také daleko vyšší potřeba spánku než u zdravého člověka. Pacienti mají velký pocit únavy a ospalosti, vlivem zhoršující se dušnosti v počátcích onemocnění. Mají také často obavy, strach z dlouhodobé hospitalizace, odloučení od rodiny, absence v zaměstnání apod. V prvních fázích onemocnění je dodržován klid na lůžku, poté nastupuje kondiční cvičení a dechová gymnastika, které zlepšují dýchání, zvyšují prokrvení plic a zlepšují ventilaci.

Bártů (31) také uvádí, že sestra by měla klást důraz na primární prevenci, při které by měla pacienta informovat o rizicích kouření v souvislosti s nemocí. Především vyzdvihnout škodlivý dopad kouření na organismus, vysvětlit, jak zabránit prochlazení, informovat o otužování, procházkách na čerstvém vzduchu a dodržovat dostatečný příjem vitamínů. Související ošetřovatelské diagnózy mohou být – 00030 Porušená výměna plynů z důvodu omezené činnosti plic, 00093 Únava, 00002 Nedostatečná výživa, 00132 Akutní bolest na hrudi, 00007 Hypertermie, 00120 Snížená sebeúcta, 00078 Neefektivní léčebný režim.

CHOPN

Chronická obstrukční nemoc je v současnosti progredující onemocnění s celosvětovým problémem. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (35) definuje onemocnění jako preventabilní a léčitelnou nemoc charakterizovanou obstrukcí dýchacích cest, jež není plně reverzibilní. Obstrukce je obvykle progredující a je spojena s abnormální zánětlivou odpovědí plic na škodlivé částice a plyny, primárně zapříčiněné kouřením cigaret.

World Health Organization (32) uvádí, že onemocnění je civilizační, na které ročně umírá v celém světě asi 3 miliony lidí. Nemoc v sobě zahrnuje chronickou bronchitidu a plicní emfyzém projevující se bronchiální obstrukcí ve výdechu. Přestože jde o nemoc preventabilní a léčbou ovlivnitelnou, v České republice úmrtnost na toto onemocnění neustále stoupá. Světová zdravotnická organizace varuje, že do roku 2030 by mělo ročně zemřít na CHOPN přes 8 milionů lidí. Hlavní příčinou bývá primárně zánět, který je reakcí na inhalaci škodlivin, zejména kouření. Klinickým projevem je dušnost a kašel.

Jak uvádí Gulášová, Breza, Riedl (33), mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří 00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest, 00032 Neefektivní dýchání, 00146 Úzkost, 00030 Porušená výměna dýchacích plynů, 00095 Porušený spánek. Náročnost ošetrovatelské péče závisí na stavu pacienta. Sestra se může významným způsobem podílet na informovanosti pacienta a zlepšení jeho stavu. Musí dbát, aby pacient dodržoval vhodnou polohu (Fowlerova, ortopnoická) a informovala ho o správné inhalaci léků. Je také důležité, aby s pacientem pravidelně prováděla dechovou rehabilitaci, nacvičila s ním používání kapesních inhalátorů, což pacientovi ulehčí návrat do domácího prostředí. Bauldoffy (34) tvrdí, že z hlediska ošetrovatelské péče musí sestra věnovat pozornost dechu, odkašlávání a dodržování správného režimu. Sestra musí pravidelně podávat zvlhčený kyslík, sledovat vitální funkce a hodnotit acidobazickou rovnováhu. Také sleduje hydrataci pacienta.

U těžkých stádií onemocnění musí sestra odsávat sekret z dýchacích cest. Nesmí zapomenout na psychosociální potřeby pacienta. Úzkost a deprese se vyskytuje až u 40 % pacientů. V rámci ucelené terapie o tuto nemoc je doplňková léčba v plicním

sanatoriu velmi vhodná. Jsou zde prováděny metody plicní rehabilitace a fyzikální terapie. Pacientům pomáhají výplachy a kloktání léčebnými vodami, otužování, cvičení v bazénu nebo pitné kúry. Prospěšné je zejména klimaticky teplé a vlhké ovzduší, které může být srovnáno s přímořskými oblastmi. (15)

Astma bronchiale

Kašák (9) uvádí, že astma bronchiale patří mezi chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Je spojené s průduškovou hyperreaktivitou, která způsobuje dušnost, pískot, tlak na hrudi a kašel. Postihuje všechny věkové kategorie a nelze mu předcházet ani ho účinně vyléčit. Ve světě trpí astmatem kolem 300 milionů osob a jeho prevalence dramaticky vzrůstá. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že v roce 2025 bude astmatem trpět až 400 milionů osob. Při efektivní léčbě, správném užívání inhalačních léků je prognóza velmi příznivá. Řada pacientů však ani o své diagnóze nevědí, nebo nedodrží správný léčebný režim, a pak může astma přerůst až do těžkých forem vyžadující dlouhodobé hospitalizace. U astmatiků dochází k akutním exacerbacím, vznikající nejčastěji na podkladě alergické reakce. Dochází k zúžení dýchacích cest, hypoventilaci a s ní související hypoxémii a hyperkapnii. Může nastat až rozvoj respirační acidózy a pacient je vážně ohrožen na životě.

Pacienti s těžkou formou, zejména s obtížně léčitelným astmatem bývají hospitalizováni buď v nemocnicích, nebo v plicních sanatoriích. Marečková (36) říká, že hlavní úlohou sestry je zklidnění pacienta, neboť obtíže jsou úzce spojeny s psychikou. Také by měla zajistit dostatek informací, čerstvý vzduch a Fowlerovu polohu. Sestra musí sledovat srdeční frekvenci, oxygenaci, puls a charakteristiku dýchání. Při ošetrovatelské péči je vždy nutné, aby nedošlo k opomíjení potřeb pacienta, nevhodné komunikaci nebo ztrátě soukromí. Pacienti velmi chybují při používání inhalačních systémů, proto je nutné, aby sestra věnovala nácviku správné inhalační techniky dostatek času. Musí mu předvést techniku a pak si ji pacient vyzkouší sám. Astmatik by měl mít v normě všechny fyziologické hodnoty, přirozenou barvu kůže a netrpět bolestmi hlavy. Sestra by měla pravidelně kontrolovat, zda pacient netrpí nežádoucími účinky, jako je slabost až bezvědomí. Mezi nejčastější ošetrovatelské

diagnózy astmatiků patří 00030 Porušená výměna plynů, 00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest, 00161 Ochota doplnit deficitní vědomosti.

1.2.1 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s tuberkulózou

Pacienti s tuberkulózou tvoří převážnou většinu hospitalizovaných v plicních léčebnách a vždy je jejich pobyt řízen provozním řádem konkrétního zařízení. Jak uvádí Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů 258/2000 Sb. (37), dokud není potvrzen negativní výsledek sputa, měla by být ošetrovatelská péče poskytována tak, aby bylo zabráněno případnému přenosu infekce. Pokud se tuberkulóza prokáže, je hospitalizace i léčba povinná a podléhá hlášení. Povinnosti hlášení infekčního onemocnění vychází ze zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Povinnost hlásit toto onemocnění se vztahuje na „osoby poskytující péči“. Ti musí záhyt onemocnění neprodleně ohlásit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

Přesný způsob hlášení infekčního onemocnění a jejich rozsah stanovuje vyhláška č. 195/2005. Ta dále obsahuje seznam infekčních onemocnění, při kterých je nařízená izolace ve zdravotnických zařízeních a také určuje léčení u pacientů, u nichž je léčba povinná. (38)

Dle Jireše (3) se v České republice se pacienti s touto diagnózou léčí obvykle v Odborném léčebném ústavě Albertinum v Žamberku, které je nejstarší a jako první v historii přijímalo pacienty s tuberkulózou. Dále se tato nemoc léčí v Odborném ústavu Jevíčko, které je zaměřeno na diagnostiku a léčbu plicní, mimoplicní a osteoartikulární tuberkulózy. V roce 2009 bylo také otevřeno oddělení pro léčbu multirezistentní tuberkulózy v Krči, které jsou částí Thomayerovy nemocnice a také přijímá pacienty s touto diagnózou.

Podle Podstatové (39) je už při příjmu je nutné pacienta důkladně poučit o izolačním režimu. Ten je povinen tyto zásady dodržovat tak, aby chránil sebe a své

okolí. Celá hospitalizace pacienta musí splňovat veškerá hygienicko – epidemiologická kritéria a její indikace musí být důkladně zdokumentována. Pacient je povinen dodržovat základní hygienická pravidla (zakrývání úst při kašli a smrkání, zákaz plivání, častá hygiena rukou) a používat jednorázové hygienické potřeby. Také musí využívat pouze své toaletní potřeby, svůj jídelní příbor, nosit ústenku a mít vlastní koupelnu s toaletou. Pacient má zákaz kouření, užívání alkoholických nápojů a také přísný nebo velmi omezený zákaz návštěv. Často pokračuje obdobný režim i po propuštění do domácí péče, proto je důležité, aby měl pacient dostatek informací. Pouze dodržemím izolačního režimu může být léčba úspěšně ukončena a je předcházeno recidivě onemocnění. Pacient by měl dodržovat klidový režim, přijímat dostatečně bohatou stravu na bílkoviny, vápník a vitamíny, užívat předepsané léky a zdržet se fyzické námahy. Pacientovi je důležité vysvětlit, aby tato omezení opravdu dodržoval, jelikož přítomnost jakéhokoliv rizikového faktoru zvyšuje pravděpodobnost výskytu a recidivy onemocnění a další zdravotní komplikace.

Bariérová péče spočívá v používání postupů, jejichž hlavním cílem je zničit patologické organismy a zabránit jejich šíření. Rozsypal (40) vysvětluje, že zahrnuje řadu pracovních a organizačních opatření. Mezi hlavní bariérové postupy v souvislosti s tuberkulózou patří: používání jednorázových pomůcek, udržování čistoty prostředí a pacienta, nepoškozovat zbytečně kožní bariéru pacienta, dodržovat aseptické postupy. Jak bylo zmíněno, tuberkulóza je infekční onemocnění, a pacient musí být izolován. V případě izolace jde o fyzické oddělení osoby, tak aby se zabránilo přenosu na další osoby.

Z hlediska ošetrovatelské práce sestry je péče o pacienta velmi náročná, protože jde o infekční onemocnění a musí tudíž dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče. Tyto postupy by měly být závazné pro všechny zaměstnance, kteří pacientovi poskytují zdravotní péči nebo provádějí činnosti s ní spojené. Už při příjmu je s pacientem sepsán podrobný epidemiologický záznam s celou pacientovo anamnézou a je probrán způsob potřebné péče dle možností oddělení. Na základě příjmové diagnózy sestra umístí pacienta na samostatný izolační pokoj a seznámí ho s hygienickým režimem a protiepidemickými opatřeními.

Kapounová (41) uvádí, že v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče existuje řada opatření. V prvním případě musí být dostatečně zajištěna izolace pacienta. Pokoj musí být označen nápisem „Zvýšený hygienický režim“, a dveře do pokoje musí být neustále zavřené. Pacient je poučen, že má zakázané opouštění pokoje. Sestra by měla tento zákaz kontrolovat. Na oddělení je vyčleněn personál, který se o pacienta stará a průběžně informuje ostatní zdravotnické pracovníky o stavu pacienta. Vstup na izolaci může sestra pouze v jednorázovém empíru, ústence a rukavicích a před dveřmi musí být rohož navlhčená v roztoku kyseliny peroctové nebo speciální lepicí folie. Při každém vstupu i výstupu musí sestra provádět hygienickou dezinfekci rukou. Personál také musí vyčlenit vyšetřovací a ošetrovací pomůcky pro pacienta. Překlad nemocného se smí pouze v indikovaných případech. Lékařské vizity by měly být prováděny jako poslední a v omezeném počtu lékařského týmu. Také diagnostické výkony by měly být prováděny na konci programu a jen za přísného dodržení režimových opatření. Za pomoci vyčleněných pomůcek je prováděna ohnisková dezinfekce okolí pacienta a po skončení hospitalizace se provádí ukončení izolace se závěrečnou ohniskovou dezinfekcí.

Zatloukal (30) říká, že sestra musí chránit jak pacienta, tak i sebe. Proto dbá neustále na pravidelné mytí a dezinfekci rukou, na izolačním pokoji musí používat ústní roušku, rukavice a empír, který vždy po odchodu z pokoje vyhodí do speciálního koše. Pacient má na pokoji sputovku, do které vykašlává. Má k dispozici i papírové kapesníky. Vizity na tomto pokoji jsou velmi omezené. Personál by měl využívat v co nejvyšší míře jednorázové pomůcky jako fonendoskop, tonometr, převazový materiál, močová láhev apod. Ošetrovatelská dokumentace musí být trvale umístěna mimo izolační pokoj a veškeré záznamy se provádějí mimo pokoj. Podstatová (39) tvrdí, že u výkonů, kde hrozí znečištění biologickým materiálem, by měla sestra používat voděodolný ochranný plášť a kromě ústenky a rukavic také pokrývku hlavy. Velké riziko platí i u výměny kanyl, zavádění močových katétrů, ale i při manipulaci s použitým prádlem a pomůckami. V případě nedodržení těchto zásad mohou vzniknout nozokomiální nákazy, které mají negativní dopad na pacienta i personál. Výrazně se tím prodlužuje doba hospitalizace a komplikace onemocnění.

Kutnohorská (42) zdůrazňuje, že sestra také zohledňuje nemoc ze strany somatické, ale i z psychické, jelikož tuberkulóza má i sociální aspekt. Sestra musí být pacientovi oporou, musí umět povzbudit v této nelehké situaci. Pro pacienty je pobyt v izolaci velmi stresující. Hlavním předpokladem zvládnutí této situace je to, aby měla sestra odborné vzdělání a přehled v této problematice. Tím zajistí profesionální přístup k pacientům různých sociálních vrstev, jelikož tyto pacienti jsou často z nižších sociálních vrstev a nemají žádné hygienické návyky. Může se jednat i o HIV pozitivní pacienty a bezdomovce. V současné době se sestry setkávají i s pacienty zahraničního původu. Mnohdy ze zemí s nedostatečnou prevencí proti této nemoci, kde není léčba na dobré úrovni. Proto by sestra měla mít přehled o jednotlivých tradicích a zvycích, o jednotlivých kulturách v rámci multikulturního poskytování ošetrovatelské péče a neměla by mít problémy ani při komunikaci s cizojazyčným pacientem.

1.3 Chronický pacient

Jak tvrdí Křivohlavý (43), chronická nemoc může být u každého pacienta vnímána velmi odlišně. Někdo ji vnímá jako komplikaci, potíže, někdo zase jako závažný životní problém. Jde vždy o komplexní problém, neboť se týká tělesných symptomů, které mají dopad na psychickou, pracovní, sociální a ekonomickou oblast. Akutní onemocnění má svůj začátek i konec, to se o chronickém říci nedá. Často nekončí uzdravením či zlepšením stavu a má za následek omezení kvality života pacienta. S chronickým onemocněním se musí člověk vyrovnávat a nemoc ho postupně dostává do stresu, který musí pacient zvládat.

Pacienti s chronickou nemocí mají většinou dlouhodobou, intenzivní bolest. Nemocní s respiračními potížemi pak mají obtěžující dušnost. Symptomy se projevují i v psychice jako kognitivní a negativní problémy. Křivohlavý (43) také uvádí, že pacienti na nemoc často myslí, všímají si problémů, které v důsledku nemoci vznikají a tím se symptomy násobí a zhoršují. U pacientů je nejvíce porušeno sebepojetí. Nemocný byl někým, nežli u něj nastalo onemocnění. Pacienti s chronickým onemocněním se mohou cítit méně hodnotným člověkem. Onemocnění má vliv i na

sociální stránku pacienta. Nemocný se musí několikrát setkávat s různými představiteli zdravotnického systému, je odtržen od rodiny. Často se pohybuje mezi domovem a zdravotnickým zařízením. Může to vyústit až do stavu, kdy pacient odmítá zdravotní péči, vyhýbá se kontaktům se zdravotníky, jelikož cítí přílišnou závislost na pomoci a podpoře druhých. Z hlediska ošetrovatelské péče je důležité, aby sestra posilovala samostatnost a kompetence pacienta. Měla by s ním jednat jako s rovnocenným, citlivě naslouchat a věnovat dostatek času.

1.3.1 Potřeby pacienta a jejich naplňování

Jak definuje Trachtová (44, str. 11): „Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace. Motivaci můžeme označit jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání.“ Ta pomáhá aktivovat pacientovo chování a je hnací vůlí k uspokojení nenaplněných potřeb a ke splnění cílů. Čím více je pacient motivován, tím má větší předpoklad a odvahu k dosažení vytyčených cílů. Potřeba se označuje jako něco potřebného, užitečného nebo také nějaký nedostatek.

Při nedostatku nebo přebytku určité potřeby dochází k fyziologickému deficitu a narušení homeostázy. Tím vzniká u nemocného napětí. Šamánková (45) uvádí, že potřeby velmi úzce souvisí se zachováním kvality života. Při stanovení potřeb, se vychází se společenských nebo normativních standardů. Standardem je chápána určitá úroveň, které by mělo být dosaženo při uspokojování potřeb pacienta. Standard pro naplnění potřeb pacienta je vysoce specifický a je závislý na odborné zdatnosti ošetrovatelského personálu a na jejich asertivním a empatickém cítění. Rozeznat potřeby ve zdraví a v nemoci je možné za předpokladu upřímného vztahu mezi sestrou a pacientem a vzájemném pochopení.

Bártlová (46) rozděluje potřeby u pacientů do třech skupin. Potřeby, které se nemocní nemění, které se nemocí modifikovaly a které nemocí vznikly. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka a nesouvisejí s nemocí. Zahrnují

zejména potřebu vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, vyprázdnit se, být v bezpečí atd. Potřeby, které se nemocí modifikovaly, souvisí přímo s onemocněním. Jde zejména o vytváření kulturního prostředí, poznání sebe samého a světa, potřeba sociálních styků např. vůči sestře nebo lékaři. Do potřeb, které nemocí vznikly, patří navrácení zdraví, potřeba zbavit se bolesti nebo potřeba obnovit sociální funkci.

Z psychologického hlediska rozlišujeme potřeby do 2 skupin: první tvoří potřeby biogenní a fyziologické, do druhé skupiny patří psychogenní, sociogenní a psychologické. Z pohledu ošetřovatelství odpovídá holistického přístupu k pacientovi. Potřeba pak vyjadřuje určité biologické nedostatky (nedostatek jídla, spánku), a také nedostatky v sociální životě pacienta (nedostatek zázemí, opory...). Frank (47) tvrdí, že nejznámějším rozdělením potřeb je teorie motivace vycházející z uspořádání z hierarchických lidských potřeb, který vypracoval psycholog Abraham Harold Maslow v polovině 20. století. Zdůrazňuje v ní propojení filozofie a psychologie. Podle Maslowa má každý člověk individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Tvrdí, že lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie obsahuje potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti, potřebu uznání, ocenění, sebeúcty a potřebu seberealizace. Toto uspořádání vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládnu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. To znamená, že např. potřeba seberealizace, která je hierarchicky nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. K vyšším potřebám řadí Maslow metapotřeby, což jsou potřeby růstu. Patří sem potřeby poznání a porozumění, harmonie, individuality a smysluplnosti. Jsou méně naléhavé ve srovnání se základními potřebami, ale jejich uspokojování posiluje vývoj člověka k vyššímu štěstí a radosti, potřebu vyššího duchovního života.

I přes veškerou ošetřovatelskou péči existuje řada faktorů, které narušují nebo mění způsob uspokojování potřeb pacienta. Trachtová (44) mezi ně řadí nemoc, osobnost pacienta, mezilidské vztahy, vývojové stadium pacienta a okolnosti, za kterých nemoc vznikne. Nemocní pacienti často zaměřují veškerou svoji pozornost na fyziologické potřeby a nezabývají se potřebami vyšší úrovně. V mezilidských vztazích dochází u pacientů často k omezení kontaktu k příbuzným a blízkým. Právě sestra může vstupovat

do těchto vztahů v kritických obdobích pacienta a může mu pomoci uvědomit si své potřeby a jejich uspokojování. Často dochází ke změně vnímání potřeb, zejména u dětí a seniorů, kteří mohou mít problém s vyjádřením potřeby. Sestra by měla v první řadě pochopit sebe sama a umět uspokojovat vlastní potřeby. Poté by měla umět pochopit potřeby druhých lidí a hodnotit lidské chování. Při provádění ošetrovatelského procesu musí mít znalosti o základních lidských potřebách. To je základem pro hodnocení pacienta, a vytyčení priorit a cílů v plánování ošetrovatelské péče. Sestra může znalosti o lidských potřebách využít při informovanosti nemocného a podpořit ho v jeho seberealizaci a zvládnutí role.

Nelze opomenout ale i spirituální potřeby. Němcová (48) tvrdí, že nemocný člověk vnímá své priority potřeby často odlišně od zdravotnického personálu, proto se mnohdy spirituální potřeby dostávají do popředí. Nejde jen o potřeby spojené s náboženskými úkony a víru boha, ale patří sem zejména otázky o smyslu života, nalezení sebe sama, zodpovězení si řady otázek týkající se nemoci. V rámci uspokojování spirituálních potřeb pacientů by ošetřující personál měl respektovat víru pacienta, získat informace o duchovních potřebách, informovat nemocného o možnosti bohoslužeb v zařízení nebo zprostředkovat návštěvu kněze či jiných věřících. Ošetrovatelství jako dynamicky se rozvíjející multidisciplinární vědní obor vychází z poznatků dalších humanitních věd a jeho cílem je účinně pomáhat člověku ve zdraví i v nemoci, zabezpečovat mu jistoty a chránit jeho důstojnost. Má ale i své aplikované vědní obory, kde např. multikulturní ošetrovatelství patří k oborům, který se zabývá multikulturní péčí se zvýšenou orientací na duchovní potřeby klientů. Právě sociální, etické, morální a duchovní aspekty péče jsou důležitou součástí všech oborů, v tomto případě zejména onkologie a paliativní péče. Role sestry v péči o spirituální potřeby pacienta by neměla spočívat pouze ve zjištění zájmu nemocného o duchovní služby, ale měla by mu aktivně pomáhat v duchovní krizi. Hlavní rolí sestry je umět naslouchat, nechat pacienta hovořit o věcech, které s nemocí nemusejí souviset, dbát o zachování lidské důstojnosti a dávat najevo úctu k člověku jako takovému. Spiritualita se považuje za nezbytnou součást lidské psychiky a souvisí s metapotřebami jako je seberealizace, čest a spravedlnost.

Ke spiritualitě patří termín „duchovní pohoda“. Jde o schopnost dát životu význam, hodnotu, jelikož každý pacient potřebuje mít svou víru a smysl svého života. Kozierová (49) definuje základní znaky duchovního zdraví pomocí těchto potřeb: potřeba vlastního významu a účelu v životě, potřeba přijímat lásku, potřeba rozdávat lásku, potřeba naděje a tvořivosti. Ne každý pacient ale nalezne ve své nemoci podnět k duchovnímu rozvoji. Pacienti mohou na nemoc také nahlížet jako na zkoušku své víry, mohou vnímat chorobu jako trest za své skutky.

Bužgová (50) říká, že důležité je, aby sestra jednala s pacientem s respektem, přistupovala k jeho individualitě, respektovala jeho jedinečnost a pomáhala pacientovi důstojně zvládnout situace. Pacienti v plicních sanatoriích jsou často vlivem dušnosti a dalších příznaků oslabeni od svých psychických i fyzických sil, což musí personál vždy zohlednit a přistupovat k pacientovi důstojně. V rámci spirituálních potřeb je důležitá i potřeba naděje. Je prioritou v každé fázi onemocnění, jde např. o naději na uzdravení, naději na důstojné umírání, naději na posmrtný život. Někteří nemocní potřebují společnost, nebýt a necítit se sám, potřebu blízké osoby, být vyslyšen. Jiní naopak touží po samotě, spočinout v tichu. Řada nemocných právě v době nemoci touží po odpuštění. Pro pacienta je velice důležité aby se vyrovnal s minulostí a lépe tak čelil budoucnosti, umírání a smrti. Sestra by měla zajistit pokojnou, klidnou atmosféru v místnosti, kde se pacient nachází, povzbuzení od rodiny. Nedílnou součástí je i potřeba autonomie. Pacienti chtějí až do poslední chvíle svého života projevovat svoji autoritu, mít vliv na svůj život. Proto je žádoucí, aby měli od personálu pravdivé informace o svém zdravotním stavu, a mohli tak učinit reálná rozhodnutí pro svůj zbývající život a být nezávislími co nejdéle.

Spirituální potřeby jsou často v zařízeních opomíjeny. Stanworth (51) uvádí, že v řadě z nich se již konají jedenkrát týdně bohoslužby, kdy za pacientem přijde kněz a je alespoň trochu postaráno o jejich potřeby. Kněz ale navštěvuje pouze ty pacienty, o kterých je informován prostřednictvím rodiny nebo zdravotnického personálu. Tato oznámení však často zaostávají za skutečnými potřebami nemocných. Němcová (48) říká, že spirituální potřeby ovlivňují život pacienta, jeho postoj k nemoci, ke smrti, jejich vnímání a prožívání. Často pacientovi zodpoví řadu otázek, kterým se v plném

zdraví vyhýbal. Zkoumá své hodnoty, postoje a vztahy. Duchovní rozměr péče o nemocné tedy spočívá v pochopení a akceptování této stránky při naplňování duchovních potřeb.

1.3.2 Změna role pacienta

Jak uvádí Bártlová (46), samotný stav, kdy se člověk vyskytne v roli pacienta, s sebou nese řadu psychických i fyzických změn. Pacient, který vstoupí do prostředí plicního sanatoria, je vystaven řadě nových povinností a omezení. Pro zdravotnický personál je toto prostředí důvěrně známé a relativně neutrální. Pro pacienta má však zcela opačný význam. Pacient se v tomto zařízení dostává do situace, kde mohou ostatní manipulovat s jeho jednáním a také zde má omezený styk s vnějším okolím. Pacient se stává závislým na zdravotnickém personálu. Role nemocného také závisí na charakteru a průběhu onemocnění. Pacient není za svůj stav plně zodpovědný a nemůže ho vyřešit. K roli pacienta patří povinnosti související se zodpovědností. To znamená, aby předcházel nemocem, dodržoval absenci kouření, správnou životosprávu, aktivně pečoval o své zdraví a docházel na pravidelné lékařské prohlídky s cílem zlepšit svůj zdravotní stav. Předpokladem úspěšné léčby je stav, kdy pacient intenzivně spolupracuje s ošetřujícím personálem na svém uzdravení. Proto je jedním z předpokladů pro léčbu zvládnutí rolí jak zdravotníky, tak i pacientem. V průběhu vývoje došlo ke změně základního psychologického postoje pacientů vůči zdravotnickému zařízení. Pacienti více přemýšlí, jsou informovanější než dříve a očekávají kvalitní péči s maximální účinností s využitím vědy a techniky. Jsou ale více ochotnější spolupracovat v péči o své zdraví.

Chronické onemocnění má i však řadu sociálních důsledků. Nemocný nemůže vykonávat svou dosavadní profesi, často je na dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo musí své zaměstnání změnit, což u pacientů ve středním věku způsobuje problém. Onemocnění má dopad i v rodině. Je narušený vztah mezi partnery, mění se vztahy

v rodině, často nastává nesoulad v sexuálním životě. Partneři nejsou schopni změnit své navyklé sociální role a vybočit z tradičního způsobu soužití a dochází k negativním důsledkům. Pacienti také těžce nesou změnu trávení volného času. Je zde omezení společenských, kulturních a sportovních aktivit, což může vést k depresím. Je dobré najít vhodnou nebo obdobnou činnost, ve který by se pacient plně seberealizoval. (46)

1.3.3 Paliativní péče u respiračních onemocnění

Přes veškerou lékařskou snahu u řady pacientů s respiračními nemocemi, zejména u nádorových onemocnění plic, dochází k poskytování paliativní péče. Marková (52) vysvětluje, že jde o komplexní systém péče, která je aktivní a je zaměřena na kvalitu života pacienta, který trpí nevléčitelným onemocněním. Důležitá je léčba bolesti a dalších symptomů. Hlavním cílem paliativní péče je dosažení fyzické a psychické pohody pacienta a dosažení co nejvyšší kvality života nemocného i jeho rodiny. V souvislosti s paliativní péčí jdou u pacienta do popředí potřeby biologické, psychosociální a spirituální.

V dnešní době dochází k medicinalizaci umírání. Matzo (53) vysvětluje, že to znamená, že se podařilo umírání dostat z rodinného života a stalo se lékařskou záležitostí, patologií, něčím, co by se mělo léčit až do úplného vyčerpání organismu. Úspěchy medicíny v léčbě infekčních chorob, plošný rozvoj očkování umožňují zachraňovat lidské životy i při nemocech, které byly dříve smrtelné. Často není v nemocnicích žádoucí, aby rodinní příslušníci narušovali denní režim svými návštěvami, a tak řada pacientů tráví své poslední chvíle v osamění. V roce 1976 byl otevřen první britský hospic St. Christophers v Londýně a tím došlo také k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru. Díky pokroku medicíny se výrazně snížil počet úmrtí v průběhu života a významně se prodloužil průměrný lidský věk. Na personál jsou kladeny v paliativní péči specifické nároky, jelikož přicházejí do velmi intimního prostoru s pacientem a stávají se součástí života celé jeho rodiny.

Musejí umět zodpovědně hodnotit a zasáhnout ve složitých situacích a musejí se umět vyrovnat se smutkem a bolestí pacienta i rodiny.

V plicních sanatoriích se setkáme se řadou symptomů ovlivňující kvalitu života pacienta. Varjasiová (54) řadí mezi nejčastější symptomy dušnost. Dušnost je subjektivní pocit, kdy jde o komplexní souhru fyzických, psychických, emocionální a funkčních faktorů, která může být děsivá až devastující. Pacienti často dušnost popisují jako by měli „hrudník v okovech“ nebo dýchali a zároveň pili vodu. Jde o subjektivní pocit, fyzická změna dýchání nemusí být patrná. Sestře se může zdát, že pacient dýchá bez problémů, ale on si přesto stěžuje, že se mu velmi špatně dýchá. Vyskytuje se u řady pacientů s karcinomem plic, dále u pacientů s CHOPN nebo astmatem. V případě dušnosti musí sestra umět pracovat s úzkostí pacienta, zachovat klid a verbálně s pacientem komunikovat a vysvětlit mu situaci. Často pomůže proudící čerstvý vzduch nebo zaujmutí správné polohy. Sestra může dobrou technikou vysvětlit pacientovi nácvik tzv. bráničního dýchání a tím může pacient zlepšit své dýchání. V terminálním stádiu onemocnění se podávají opioidy, tlumící dechové centrum nebo anxiolytika. U těžkých dušností, jenž nejdou zvládnout pomocí farmakoterapie, psychoterapie je možné přistoupit k farmakologické sedaci. Dušnost většinou nedovoluje pacientů, vykonávat každodenní aktivity a často se v závislosti na horkém nebo mrazivém počasí zhoršuje. V souvislosti s dušností se vyskytuje přítomnost exacerbací a tím je zhoršena kvalita života pacientů.

Salajka (55) uvádí, že s plicními onemocněními je často narušena i kvalita spánku. Noční symptomy mohou rušit spánek nebo období odpočinku a snižují tak energii a vitalitu pacienta. Ten se pak hůře zvládá boj s nemocí vlivem vyčerpání svých fyzických sil. Právě u pacientů s CHOPN a astmatem je spánek nejvíce narušen projevy bronchiální obstrukce. Pacienti tak často spí jen 3-4 hodiny ve srovnání se zdravým člověkem. U pacientů s respiračními onemocněními dochází ve spánku k zúžení dýchacích cest, tím jsou sníženy dechové objemy a může dojít k hypoxémii a hyperkapnií. U pacienta se nedostatek spánku projevuje zejména únavou a slabostí. Dostatečný spánek je nezbytnou podmínkou pro regeneraci celého organismu a pro

načerpání tělesných a duševních sil. Ošetrovatelský personál proto musí individuálním přístupem zajistit kvalitní délku spánku a snažit se eliminovat obtíže pacienta.

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat náročnost ošetrovatelské péče ve specializovaných plicních léčebnách.
2. Zjistit specifické potřeby pacientů v těchto zařízeních.
3. Zjistit úlohu sestry při poskytování péče pacientům ve specializovaných plicních léčebnách.
4. Zmapovat rozdíly v poskytování péče v jednotlivých plicních léčebnách.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem je poskytována ošetrovatelská péče v plicních léčebnách?
2. Jaké jsou specifické potřeby pacientů v těchto zařízeních?
3. Jaká je role sestry při poskytování ošetrovatelské péče?
4. Jaké jsou rozdíly při poskytování ošetrovatelské péče v jednotlivých plicních léčebnách?

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

Empirická část diplomové práce na téma Náročnost ošetrovatelské péče ve specializovaných plicních léčebnách byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Standardizované otázky vycházely z cílů diplomové práce tak, aby došlo ke zmapování nejproblematictějších oblastí.

Kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru u sester probíhalo anonymně se souhlasem dotazovaných. První rozhovor pro sestry obsahoval 22 otázek (viz příloha 1), které byly zaměřeny na identifikační údaje, specifika práce v plicních léčebnách a náročnost ošetrovatelské péče. Dále mapovaly nejen pozitiva a negativa léčení, ale i izolační opatření a potřeby, které pacienti mají. V průběhu rozhovoru byly doplněny o tzv. doplňující otázky.

Kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru u pacientů probíhalo anonymně se souhlasem dotazovaných, kteří odpovídali na předem připravené otázky. Tento rozhovor pro pacienty obsahoval 25 otázek (viz příloha 2), týkajících se identifikačních údajů, omezení v běžných činnostech a dodržování izolačního režimu. Byl zkoumán vliv onemocnění na psychiku, ale také problémy a nedostatky v léčbě. Celý rozhovor byl opět doplněn tzv. doplňujícími otázkami.

Rozhovory byly zaznamenány písemnou formou a následně analyzovány. Byla použita metoda barvení textu, otevřené kódování a následně vytvořeny kategorizace. Přepis textu byl zachován v maximální míře, pouze byl převeden do spisovné češtiny. Při interpretaci dat byly použity přímé citace respondentů, označené v textu kurzívou. Empirická část výzkumu probíhala v období od ledna do března 2016.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor A tvořilo 6 sester pracujících ve vybraných plicních léčebnách. Výzkumný soubor B tvořilo 5 pacientů, kteří zde byli hospitalizováni v době výzkumného šetření. Šetření se zaměřilo na pacienty s tuberkulózou, hospitalizovaných na izolačních pokojích. Z počtu pacientů byli tři muži a dvě ženy. Kvalitativní šetření proběhlo v Léčebně TRN Janov, Odborném léčebném ústavě Jevíčko a v Léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester

Sestra 1 pracuje v plicní léčebně 2,5 roku, je jí 56 let.

Sestra 2 pracuje v plicní léčebně 6 let, je jí 32 let.

Sestra 3 pracuje v plicní léčebně 12 let, je jí 45 let.

Sestra 4 pracuje v plicní léčebně 10 let, je jí 50 let.

Sestra 5 pracuje v plicní léčebně 1 rok, je jí 25 let.

Sestra 6 pracuje v plicní léčebně 1,5 roku, je jí 36 let.

4.2 Identifikační údaje pacientů

Respondent 1 je muž, je mu 35 let. Pracuje jako zedník, je Slovák, ale pracuje na území České republiky. Má diagnostikovanou tuberkulózu necelý rok. Nakazil se v zaměstnání.

Respondent 2 je žena, je jí 42 let. Momentálně je nezaměstnaná, pracovala na území České republiky jako švadlena. Pochází z Rumunska. Tuberkulózu má diagnostikovanou 6 měsíců, špatně reaguje na léčbu. Nakazila se v zaměstnání.

Respondent 3 je muž, je mu 56 let, pracuje jako svářeč. Je české národnosti. Má diagnostikovanou tuberkulózu 3 měsíce. Nakazil se v zaměstnání.

Respondent 4 je žena, je jí 30 let. Pracuje jako recepční v hotelu, kde se také nakazila. Je české národnosti. Tuberkulózu má diagnostikovanou měsíc.

Respondent 5 je muž, je mu 58 let. Pracuje jako truhlář. Pracuje s Ukrajinci, od kterých se nakazil. Tuberkulózu má diagnostikovanou tři měsíce.

4.3 Seznam kategorií a podkategorií – sestry

Kategorie:

Podkategorie:

1. Plicní léčebna

- A. Náročnost práce
- B. Pozitiva léčebny
- C. Preventivní programy

2. Specifický režim

- A. Izolace pacienta
- B. Hygienický filtr
- C. Používání pomůcek
- D. Ukončení hospitalizace

3. Práce sestry s pacienty

- A. Nejčastější problémy
- B. Informovanost pacientů
- C. Zásady při ošetřování
- D. Potřeby pacientů

1. Plicní léčebna

A. Náročnost práce

Sestry uváděly, že se v léčebnách vyskytuje velké spektrum pacientů s rozdílnými diagnózami: „*Jsou zde pacienti s onkologickým onemocněním nebo s tuberkulózou. Je náročné umět s každým vyjít individuálně.*“ (S4), „*Míváme zde různá onemocnění, ale nejčastěji jsou zde pacienti s CHOPN, astmatem, tuberkulózou. Dále zde máme řadu pacientů s nejrůznějšími formami pneumonií a také ve velké většině pacienty s onkologickým plicním onemocněním.*“ (S1), „*Nejčastěji zde máme pacienty s CHOPN, kde se zaměřujeme na léčbu exacerbací a následnou rekondici, pak se zde hodně vyskytují pacienti s astmatem, zde je léčba zaměřená na léčbu exacerbací a také na obtížně léčitelné astma a následnou rekondici. Dále jsou zde pacienti s respirační insuficiencí, intersticiálními plicními procesy a tuberkulózou.*“ (S3) Sestry uvedly, že některé léčebny jsou zaměřeny i na více typů tuberkulózy: „*Léčí se zde i řada netuberkulózních onemocnění dýchacích cest, plic, pohrudnice a mezihrudí. Musím říct, že zde léčíme tuberkulózu všech lokalizací – plicní, kostní, kloubní, urogenitální, kožní, lymfatických uzlin a tak dále. Máme zde ale i pneumo-onkologické pacienty. Určitě bych vyzdvihla i oddělení osteoartikulární tuberkulózy, kde léčíme a diagnostikujeme kostní i kloubní tuberkulózu.*“ (S4) Jedna sestra zmínila dlouhou dobu hospitalizace: „*Hospitalizace je zde u pacientů s aktivní tuberkulózou minimálně dva měsíce, ale pacienti jsou tu třeba i rok. Řada z nich je tu povinně, chtějí pryč, je to velmi náročné.*“ (S4)

Sestry považovaly za náročné zajištění tlumočnicka, případně přeložení léčebného řádu a izolačního režimu: „*Musíme zde mít přeložený léčebný řád i izolační režim do řady jazyků tak, aby cizinci porozuměli všem zásadám. V případě nesrovnalostí zde máme i na pomoc tlumočnicka, který vše s pacienty probere.*“ (S6) Jak sestry uvedly, je zde problematická jazyková bariéra: „*Já sama umím sotva pár slov anglicky a to mi moc nestačí. Často jsou zde Rumuni, Bulhaři, Ukrajinci, Vietnamci. Také tu teď máme jednoho Inda, který neumí ani slovo anglicky.*“ (S1), „*Je zde řada cizinců. Je náročné umět s každým vyjít individuálně.*“ (S4)

Sestry hovořily i o sociální izolaci, která představuje zátěž nejen pro samotné pacienty, ale i pro ošetřující personál: „*Pro pacienty je to velká sociální izolace, tudíž je náročné s nimi komunikovat. Občas máme problémy s demenčními pacienty nebo starými lidmi, kterým izolace nesvědčí. Dokonce pacienti říkají, že by měli radši nádor než být v izolaci.*“ (S6) Sestry také viděly úskalí ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu: „*Důležitá je i propojenost práce s laboratoří, nutriční terapeutkou, sociální sestrou. Všichni musíme pracovat v týmu a navzájem si předávat informace.*“ (S4). Objevil se i názor, že v léčebnách bývají hospitalizováni bezdomovci. Sestry nastínily problém se zdravotním pojištěním a následnou péčí: „*Je důležité umět s nimi vhodně pracovat a komunikovat. Mnohdy nemají základní pojištění. Je náročné pak tyto pacienty začlenit zpátky do společnosti, když nemají kam jít.*“ (S1) Jak sestra dodala, v léčebně pak pro tyto pacienty zařizují pobyt v azylovém zařízení: „*V naší léčebně pak pro ně zařizujeme pobyt v azylových domech.*“ (S1) Pouze jedna sestra ze všech dotazovaných sdělila, že nevnímá práci v léčebně jako náročnou: „*Víte, nevnímám to tady jako náročné, mám k léčebně určitý vztah, tudíž nevidím v ničem problém. Vše se dá nějak vyřešit, když mě ta práce baví, hledám ve všem jen to dobré. Vždy jsem vyšla v dobrém jak s bezdomovci, tak i s migranty nebo sociálně slabšími pacienty. Jak já říkám, je to hlavně o dobré komunikaci.*“ (S5)

B. Pozitiva léčebny

Sestry se zpravidla shodly na tom, že jako největší pozitivum vidí dostatek času na pacienty, obzvlášť ve srovnání s nemocnicemi: „*Máme zde přece jen na pacienty více času než na běžném oddělení v nemocnici, můžeme se jim individuálně věnovat.*“ (S2) Vyskytla se i odpověď, že v léčebně je více rodinné prostředí než běžný provoz v nemocnici: „*Máme na pacienty dostatek času a jsou zde kolikrát řadu měsíců, takže jsme na pacienty zvyklé. Kolikrát si pacient přeje, ať ho oslovuji křestním jménem. Je to pro pacienty lepší než přísný neosobní režim v nemocnici. Je to zde více rodinné.*“ (S3) Také nezapomněla zmínit ani okolí léčebny, zejména horský vzduch: „*A samozřejmě ten horský vzduch, každý kdo sem přijede, tak je příjemně překvapen.*“ (S3) Sestry se snažily nastínit spolupráci celého ošetrovatelského týmu a poskytnutí co nejlepší péče:

„Máme zde nutriční terapeutku, která úzce spolupracuje s lékařem v rámci dietního systému. Individuálně vybírají jídlo podle toho, co pacientům chutná. Pacienti mají po antituberkulotikách často průjmy, hubnou a my se snažíme alespoň nějak udržet jejich váhu, tak člověk pak hledá alternativy. To vidím jako přínos, protože nutriční terapeutka se pacientům opravdu hodně věnuje.“ (S1) Některé sestry se dívají na pozitiva více z pacientova pohledu. Vidí nutnost kontaktu s okolním prostředím, a proto zmiňují možnost vycházek na přilehlou terasu, která je pro pacienty na izolaci obrovským zpestřením: *„Jako velké pozitivum zde vidím terasu, která slouží pacientům s tuberkulózou. Ti nemohou navštěvovat náš park v rámci izolačního režimu, tak mohou alespoň sem.“* (S4) Sestra též vyzdvihla, bezbariérovost léčebny, což v kontextu s historickou budovou nebylo snadné vytvořit: *„Také jako pozitivum vidím to, že celá léčebna má bezbariérové přístupy.“*(S4) Sestry rovněž uváděly pozitivní přístup k pacientům: *„Vždy se snažíme vyjít každému vstříc, jelikož jsou zde pacienti dlouho, tak mají různé potřeby. Naše péče je založená na pozitivním přístupu.“* (S5), *„Pacienti zde bývají hospitalizováni delší dobu, tak je důležité, abychom si k nim vytvořili pozitivní přístup už od samého začátku.“* (S2)

C. Preventivní programy

Mezi nejčastější odpovědi v rámci pravidelných zdravotních prohlídek určené pro sestry patřilo, že je v léčebně mají a musí se těchto kontrol účastnit: *„Ano musíme pravidelně chodit na kontroly, ale zatím vždycky u mě dopadly v pořádku.“* (S1) Sestry kontrolám nepřirazují tak velký význam, možná je to i díky tomu, že nemají zkušenost, že by se někdo ze sester tuberkulózou nakazil. Uváděly i své domněnky o přenosu této nemoci: *„Nikdy se nestalo, aby se nějaká sestra nakazila tuberkulózou. Slyšela jsem, že by člověk musel být s pacientem alespoň 8 hodin v kontaktu bez ústenky, aby mohlo dojít k nakažení, ale nevím, co je na tom pravdy.“* (S1), *„Ne, nikdy ani jsem o nikom takovém neslyšela.“* (S6) Jedna ze sester si vůbec nepřipouští riziko: *„Je to jako v každé jiné práci, člověk už si nepřipouští ani riziko.“* (S1) Pouze jedna z dotazovaných sester si vzpomněla, že se sestra tuberkulózou nakazila v důsledku oslabené imunity: *„Ano, jednou nám onemocněla sestra, která měla ale oslabenou imunitu.“* (S5)

Řada léčeben má i své vlastní programy pro pacienty, ale nejsou moc využívány: „Pro pacienty pořádáme preventivní prohlídky i ambulantní vyšetření, ale dobrovolně sem jde málokdo, většinou na svou diagnózu přijdou v rámci jiného onemocnění a při náhodném RTG plic.“ (S4), „Také zde máme programy i pro pacienty, ale spíše na astma a CHOPN. Týkají se dodržování režimových opatření, správného užívání léků, nebo jsou zaměřené na inhalační terapii.“ (S5)

Sestry uvedly, že v léčebnách měly řadu programů zaměřených na odvykání kouření. Programy byly ale časem zrušeny, nebyl o ně zájem: „V současné době nemáme. Dříve jsme zkoušely zavádět určité přednášky, ale pacienti o ně neměli zájem.“ (S1), „Měli jsme zde dřív, ale pacienti stejně kouřili dál, tak se postupně zrušily.“ (S3) Jak sestry odpovídaly, pacienti jsou kuřáci a to, že jsou na izolačních jednotkách, je pro ně stresová záležitost a kouřit nepřestanou. To dokazuje ještě jedna odpověď sestry: „Máme zde řadu programů a brožurek, dokonce pacientům můžeme předepsat i léky, umožňující odvykání kouření. Ještě o to neměl ale ani jeden pacient zájem, za celou svoji kariéru jsem se nesečkala s pacientem, který by chtěl tady u nás přestat kouřit.“ (S4)

V léčebnách jsou pacientům nabízeny informační letáky. Jedna ze sester zmínila, že informační letáky dostane pacient hned při příjmu a poté při ukončení hospitalizace: „Ano, máme jich zde celou řadu. Pacientům je dáváme při vstupu na oddělení a také při ukončení hospitalizace. Jsou zaměřené nejvíce na dodržování režimových opatření, užívání léků a správnou rehabilitaci.“ (S2), „Pacientům je dáváme, aby měli co číst. Najdou si zde i informace o svém onemocnění, následující léčbě a i co se bude dít po propuštění do domácí léčby.“ (S3) Další z dotazovaných zdůraznila i význam letáků při orientaci na oddělení: „Pacientům dáváme řadu brožurek už při příjmu, aby měli co číst a lépe se zde orientovali. Máme tam i plánek oddělení.“ (S4) Vyskytla se i odpověď, že jsou v léčebně nabízeny pacientům brožury na prevenci a odvykání kouření: „Ano, letáky pacientům dáváme, máme jich zde hodně. Zaměřují se na onemocnění, také škodlivost kouření. Alespoň mají pacienti o čem přemýšlet.“ (S6) Pouze jedna sestra z dotazovaných odpověděla, že letáky ani informační brožury nemají: „Žádné informační brožury ani letáky zde nemáme.“ (S1) Zdůvodnila to tím, že by bylo náročné

překládat letáky i do cizích jazyků, jelikož je zde hodně cizinců: „*Je tu řada cizinců, museli bychom je mít přeložené do řady jazyků.*“ (S1)

2. Specifický režim

A. Izolace pacienta

Sestry zmiňovaly opatření na pokoji a označení dveří: „*Pacienti mají na dveřích bezpečnostní koule, aby nebyly dveře otevřené. Také je na každém izolačním pokoji nápis, že se jedná o izolační pokoj, je zde i piktogram, aby to bylo všem jasné. Pacienti nemají povolené vycházky.*“ (S1) Tato odpověď se hodně opakovala: „*Máme veškeré dveře označené cedulí, že se jedná o izolační režim. Pacienti nesmí svévolně opouštět pokoj a všude musí chodit s rouškou.*“ (S2) Další sestra spíše popisovala režimová opatření ohledně vyšetření, rehabilitace: „*Pacienti mohou chodit z izolačních pokojů s rouškou na terasu, většinou sem chodí kouřit. Pokud mají nějaká vyšetření, přijdou na řadu v ten den až jako poslední, aby se např. v ambulanci nepotkávali s ostatními pacienty. Jinak se lékaři snaží docházet za nimi na pokoj. To se týká i fyzioterapeutů.*“ (S4) Jako důležitý prvek izolačního režimu sestry uváděly i omezenost návštěv: „*Návštěvy mohou chodit za pacientem pouze v omezeném množství. Děti do 18 let mají zákaz vstupu.*“ (S6) Jedna sestra dokonce uvedla i bezpečnostní kamery na pokojích pacientů: „*Pacienti nesmí vycházet ven z pokoje. Jsou na pokoji pod kamerovým dohledem mimo koupelny, dále nesmí otevírat okna a návštěvy probíhají velmi omezeně.*“ (S5)

Sestry uváděly, že mají pro pacienty izolační pokoje: „*Pacienti s tuberkulózou jsou na izolačních jednotkách, které zde máme pro ně vyčleněné. Ostatní pacienty rozdělujeme dle diagnóz.*“ (S2) Vyskytla se i odpověď, že mají v léčebně pro pacienty s tuberkulózou vyčleněné celé patro. Sestra uvedla, že je to lepší kvůli dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče: „*Je to individuální, spíše podle toho, jací jsou zde pacienti a co mají za diagnózy, ale na izolační pokoje pro pacienty s tuberkulózou máme vyhrazeno celé patro. Je to tak lepší z hlediska dodržování bariérové ošetrovatelské péče.*“ (S3) Další odpovědi byly rovněž shodné s předchozími: „*Máme*

zde čtyři oddělení, kdy ve 4. patře jsou pouze pacienti s tuberkulózou a myslím, že dvacet lůžek je sociálních. Zbývá patra jsou určena pro pacienty s CHOPN, astmatem, pneumoniemi a podobně.“ (S1), „Pacienti s tuberkulózou mají své uzavřené oddělení s šestnácti lůžky. Ostatní pacienti jsou umístěny různě po patrech.“ (S4), „Máme zde několik izolačních jednotek, speciálně vyčleněných pro pacienty s tuberkulózou.“ (S6)

B. Hygienický filtr

Opakovaly se odpovědi, že sestry nedávaly hygienickému filtru téměř žádný význam. V některých zařízeních ani hygienický filtr na izolačním pokoji není: *„Pacienti s astmatem, chopn a podobnými nemocemi žádný hygienický filtr nemají. Bohužel ani pacienti s tuberkulózou. Nemůžeme si dovolit mít na každém pokoji jednorázové pomůcky, plášť, rukavice a neustále se převlíkat. Nosíme k pacientům s tuberkulózou roušky, ale občas si je zapomeneme vyměnit a nosíme je k více pacientům.“ (S1)* Sestra také zmínila to, že se převlékání do ochranného pláště dodržuje spíše u nově příchozích pacientů, pak už ne: *„Spíše to v praxi funguje tak, že tento filtr funguje pouze u nově příchozích pacientů, kde si bereme plášť a roušku. Později si bereme spíše už jen roušky.“ (S3)* Jak dodala, není přece na operačním sále, aby musela dodržovat taková opatření: *„Mě osobně nebaví se pořád převlíkat, je to náročné, přece nejsem někde na operačním sále.“ (S3)*

Dle odpovědí vyplynulo, že v každé léčebně je naprosto jiný systém izolačního režimu: *„Při vstupu na izolační oddělení máme filtr, kde se převlečeme, a pak už navštěvujeme jednotlivé pokoje. Je to lepší než se převlíkat na každém pokoji, takhle se převlečeme jen jednou a znova až v naší šatně.“ (S4)* Pouze jedna sestra uvedla, že zde mají vstupní a výstupní filtr: *„Máme zde vstupní a výstupní filtr. Tudiž každý, kdo přijde k pacientovi, musí tímto filtrem přijít a vzít si na sebe ústenku, plášť a přezout si boty.“ (S2)* Nicméně ale přiznala, že to moc v praxi nedodržují: *„Bohužel to spíše děláme jen u nejvíce infekčních pacientů, není na to čas. Pokud mám rozdat léky u všech pacientů a všude se převlíkat, je to pro mě velké zdržení. Je zde rohož napuštěná dezinfekcí.“ (S2)* Pouze jedna sestra zmínila, že převlékání ve filtru skutečně dodržuje: *„Musím jím projít, pokud jdu k pacientovi, vezmu si roušku a rukavice, to samé i návštěvy, akorát ty si*

berou ještě plášť a boty. Pokud jdu pryč z pokoje, odložím věci na příslušné místo.“
(S5)

C. Používání pomůcek

Většina sester se snažila používat více jednorázové pomůcky při manipulaci s pacienty na izolační jednotce: *„Používáme zde jednorázové pomůcky, jako jsou rukavice, ústenky a pláště na převlečení.“* (S6) Jedna sestra dokonce zmínila látkové ústenky na opakované použití: *„Máme zde i prací látkové ústenky, které se dají opakovaně použít. Nově jsme zavedly i jednorázové emitky a sputovky.“* (S3), *„Máme zde jednorázové pomůcky, jako jsou rukavice, ústenka, empír a čepice a kelímky na sputum. Ostatní pomůcky máme na opakované použití. Jedná se o ručníky, stříkačky, jehly, boxy na jídlo atd. Další pomůcky jsou také na opakovatelné použití např. teploměry, sklenice na pití, příbory, emitky.“* (S2) Odpověď s jednorázovými pomůckami převažovala: *„Snažíme se využívat pouze jednorázové a vše vyhazovat do košů.“* (S5)

Dvě sestry uvedly, že odpad od infekčního pacienta z izolačního pokoje nijak nerozlišují: *„Nějak nerozlišujeme materiál u infekčních pacientů, ale já osobně si dávám větší pozor, když třeba odebírám krev pacientovi s tuberkulózou, ale člověk nikdy neví, je to náhoda. Pomůcky si nosíme s sebou, nenecháváme na pokoji nic. Víte, dříve se stávalo, že jsme měli nějaké ochranné pomůcky na pokoji, a pacienti to často zničili. Nechat si zde pak např. kontejner na jehly to nemůžeme, ještě by se o to pacienti poranili.“* (S1), *„Vše vyhazujeme do stejných košů, jako odpad od ostatních pacientů.“* (S6) Avšak některé sestry jsou v zacházení s infekčním materiálem daleko důslednější. Jedna z dotazovaných sester dokonce podotkla, že každý pacient má na pokoji svůj kontejner na stříkačky: *„Na každém pokoji máme pytel na prádlo, který se nesmí míchat s ostatním prádlem na oddělení, kontejnery na jehly máme na každém pokoji a je zde i pytel na jednorázové pomůcky.“* (S3) I další odpovědi poukazyvaly na dodržování třídění odpadu do speciálních pytlů: *„Tak co se týče izolačních pokojů, někde máme pytel na prádlo, který je přímo na daném pokoji a nesmí se vynášet ven. Také zde je pytel na jednorázové ochranné pomůcky. Kontejner na jehly zde nemáme. Nosíme si ho*

s sebou.“ (S2), „Máme speciální kontejnery na stříkačky od pacientů s tuberkulózou, veškerý odpad má i své speciálně značené koše.“ (S5)

D. Ukončení hospitalizace

Opakovala se odpověď, že tím, jak jsou zde pacienti řadu měsíců, dojde k důsledné informovanosti již během pobytu. Pacienti tudíž vědí, co bude následovat v domácím prostředí: „Tím, jak jsou zde u nás pacienti dlouho, my jim vše potřebné vysvětlíme v průběhu hospitalizace. Jsou tedy na ukončení hospitalizace připraveni a ví, co mají dělat doma. Jsou poučeni i o pravidelných kontrolách u lékaře, koho v případě obtíží vyhledat a tak.“ (S1) Podobný názor má i další sestra, která zmínila nabídku kontrolních vyšetření: „Pacient je poučen už v průběhu hospitalizace, proto je na propuštění víceméně připraven. Nabízíme kontrolní vyšetření i v našich ambulancích, jež jsou součástí léčebny, případně pacientovi doporučíme, kam se má obrátit.“ (S3) Sestra zdůraznila nutnost informovat a vybavit pacienta léky: „Musíme pacienta vybavit léky, případně pacient dostane i hotovost a musí si vyzvednout léky. Je to někdy problém u sociálně slabších, ale snažíme se to vždy vyřešit. Dále už si je hlídá plicní lékař.“ (S5) Sestry uváděly, že hlavní náplní při propuštění je kontaktovat plicního lékaře, ke kterému bude pacient docházet ambulantně: „Při ukončení hospitalizace kontaktují přímo určitého lékaře, od kterého pacient přišel. Většinou se k nám dostanou přes plicní ambulanci. Lékař pak už přímo ví, který pacient se k němu bude hlásit, zná jeho diagnózu. Ten mu pak předepíše léky, kontroly a sleduje dále pacienta ambulantně.“ (S4)

Co se týče opatření na pokoji po propuštění pacienta, sestry se shodly na tom, že je pokoj důkladně vydezinfikován a vyvětrán: „Pokoj je důkladně vydezinfikován a vyvětrán. Snažíme se, aby byl alespoň několik dnů prázdný.“ (S6), „Pokoj se dezinfikuje dle speciálního řádu.“ (S5) Další dotazovaná sestra zmínila i praní peřin a omytí všech věcí na pokoji: „Pokoj je celý důkladně vydezinfikován a dostatečně vyvětrán. Dochází i k praní peřiny a polštáře a důkladnému omytí všech věcí na pokoji.“ (S3) Pouze jediná sestra z dotazovaných řekla, že se pokoj pouze vytře: „Měla by se provést dezinfekce celého pokoje. Většinou se pokoj pouze vytře.“ (S1)

3. Práce sestry s pacienty

A. Nejčastější problémy

Sestry se shodly na tom, že pacienti nedodržují izolační režim: „*Pacienti často nedodržují izolační opatření. Zapomínají si brát roušku, když opouští pokoj, jdou na vyšetření atd.*“ (S2), „*Občas se stane, že některý pacient, který nemá ještě povolené vycházky, opustí pokoj bez svolení lékaře.*“ (S3) Jedna sestra také zmínila, že za pacienty chodí návštěvy, zejména děti: „*Často za pacienty chodí návštěvy zejména i děti, což nepochopím.*“ (S2) Sestra se také setkala s tím, že si pacienti zapomínají zakrývat ústa: „*Pacienti si také zapomínají zakrývat ústa při kašli. Také někteří pacienti zapomenou vykašlávat sputum do sputovky, ale setkala jsem se s tím, že ho vykašlávají do umyvadel, případně do koše.*“ (S3) Každá sestra má na situaci jiný pohled: „*Většina pacientů jsou chroničtí kuřáci. Je to šílené. Jsou v plicní léčebně a chodí kouřit, člověk jim to může vysvětlovat horem dolem, ale jsme proti nim bezmocní. Pacienti s tuberkulózou mají nařízenou léčbu povinně, tak je prostě nemůžeme vyhodit za to, že si jdou ven zakouřit, snažíme se jim to vysvětlovat, ale jsou to lidi, co kouřili celý život, a jen tak se toho nevzdají.*“ (S1) Ještě dodává, že se potýkají i alkoholem a agresivitou pacienta: „*Také řada pacientů pije alkohol a nedokážeme jim zabránit. Vždycky je nejhorší období Vánoc a Silvestra, to nikdo z nás nechce sloužit. Mezi pacienty jsou často i mladí kluci, sem tam se setkáme s agresivitou z jejich strany, přece jen jsou tu zavřeni tři měsíce, je to dlouhá doba.*“ (S1) Stejnou zkušenost dodala i třetí sestra: „*Pacienti nám také často kouří, je zde přísný zákaz kouření, ale občas to někdo poruší.*“ (S3) Jedna sestra dokonce zmínila občasné volání policie: „*Občas musíme volat i policii na agresivní pacienty.*“ (S4)

Další sestra vidí problém v tom, že jsou zde cizinci a musí se mnohdy volat tlumočnick. Zmiňuje komplikace s pojištěním cizinců: „*Nejhorší je to s cizinci. Musíme mít přeložený řád oddělení i izolační režim a další pokyny do cizích jazyků, aby všemu rozuměli. Přesto se někdy volá tlumočnick, aby režim vysvětlil ještě lépe. Také máme pak s cizinci komplikace, co se týče pojištění.*“ (S4) Pouze jedna sestra neviděla v ničem problém: „*Nemáme zde nějaké problémy, občas nějaký pacient utekl, stalo se, ale vždy*

se to dá vyřešit. Je to o komunikaci. Vždy se snažíme to pozitivně vyřešit. Domluvíme se vždy i s cizinci a bezdomovci. Pacient nikdy není problém, je u nás na prvním místě.“ (S5) Jedna sestra zmínila i útěk pacientů: *„Občas nám někdo i přes veškerá opatření uteče.“* (S6) Další sestra viděla problém i u pacientů s demencí: *„Nejhorší, když jsou tu pacienti s demencí, kolikrát jsou schopni rozmazat stolicí po celém pokoji, nedodržují návyky ani izolační režim, s nimi je to pak komplikované.“* (S1)

B. Informovanost pacientů

Sestry se shodly na tom, že pacienti přicházejí s nulovými informacemi, jejich základní hygienické návyky jsou často na špatné úrovni: *„Na začátku léčby pacienti vůbec nemají žádné informace, nedodržují hygienu, mají špatné návyky, lidé nejsou zvyklí ani si umýt ruce před a po použití WC.“* (S1), *„Pokud sem přijdou, tak nemají vůbec žádné informace a jejich hygienické návyky jsou velmi špatné. Až během pobytu se naučí základní hygienická pravidla a dodržovat režim. Někteří pacienti to ale neakceptují a neustále režim porušují.“* (S2), *„Většinou nemají žádné informace, je na nás, jak jim vše vysvětlíme.“* (S5) Sestra přirovnala situaci k mateřské školce: *„Pacienti nemají žádné znalosti, často jsou ze sociálně slabších poměrů a nemýjí si ani ruce před jídlem, je to někdy hrozné. Občas je to jak v mateřské školce, když jim vysvětlujeme, že si musí mýt ruce před i po jídle, po použití WC a tak. O nemoci se dozvídají informace až od nás.“* (S3) Sestry vidí nutnost ve správné informovanosti o pacientově nemoci, zmiňují totiž, co může mít za následek např. špatné brání léků: *„Stačí, že pacientovi nevysvětlím pořádně dávkování léků, a za pár týdnů ho zde mám zpátky. U tuberkulózy totiž rychle vznikne recidiva, pokud pacient neužívá léky správně i v domácím prostředí.“* (S4) Jak sestry uvedly, že je třeba znovu a znovu pacienty kontrolovat v dodržování režimu: *„Co se týče tuberkulózy, máme tu pacienty tři měsíce, tudíž za tu dobu naučíme i nepřizpůsobivé pacienty všem zásadám. Mnohdy ale i takoví pacienti režim nedodržují. Snažíme se jim vše vysvětlit, hlavně nutnost dodržování izolace, aby se nemoc nešířila mezi ostatní pacienty s jinou diagnózou, musíme je často kontrolovat, zda si myjí ruce po jídle. Někdy je to až dětinské, ale je to důležité pro léčbu.“* (S1),

„Pacientovi vše vysvětlíme, ujistíme se, zda rozuměl a v průběhu hospitalizace pacienta kontrolujeme.“ (S2)

C. Zásady při ošetřování

Tato kategorie byla zaměřena na to, jak sestry pracují s pacienty, a na co si dávají pozor: *„Snažím se vždy si brát ochranný plášť, když jdu převlékat postel, nebo odebírat krev. Vždy si myji ruce při opuštění izolačního pokoje. Někdy zapomenu umýt si je před, ale po opuštění si umyji vždy. Pokud jsem u pacienta delší dobu, беру si ústenku a snažím se s pacientem komunikovat v dostatečné vzdálenosti.“ (S2)* Jedna sestra také nezapomněla zmínit, že jsou výkony prováděny u pacientů s tuberkulózou až jako poslední: *„U nás platí pravidlo, že vždy chodíme dělat různé úkony k pacientům na izolačních pokojích až jako poslední, aby se zamezil přenos nemoci. Já osobně si беру vždycky ústenku a rukavice, snažím se omezit kontakt na minimum. Po opuštění pokoje si vydezinfikuji ruce.“ (S3)*, *„Vždy chodím s rouškou a rukavicemi. U pacientů s masivní tuberkulózou si беру i ochranný plášť. Při odebírání krve nebo moče si dávám velký pozor.“ (S4)* Další z dotazovaných dodržovala režim velmi striktně: *„Vždy si vezmu boty na pokoji, rukavice a roušku s filtrem, snažím se u pacienta být minimálně, pouze po nezbytně nutnou dobu.“ (S5)*

D. Potřeby pacientů

Hodně se opakovaly odpovědi, které vyzdvihovaly do popředí základní fyziologické potřeby. Sestry se shodly na tom, že potřeba kvalitního dýchání a spánku je pro pacienty v léčebně velmi důležitá: *„Pro pacienty je v první řadě důležitá potřeba normálně dýchat a potřeba kvalitního spánku. (S3)*, *„Nejdůležitější je kvalitní spánek a efektivní dýchání. Jelikož pacienti trpí dušností.“ (S2)* Další sestra zmínila navíc vyprazdňování a to, aby pacient netrpěl bolestí: *„Z fyziologických potřeb je pro pacienty asi nejdůležitější potřeba kyslíku, spánku, vyprazdňování a nemít bolest.“ (S1)*, *„Co je narušené, tak je potřeba vyprazdňování, spánek a dušnost.“ (S3)* Následkem toho může být řada problémů: *„Pacienti se pak v noci budí, nespí, přes den jsou unaveni. Musíme s nimi o tom komunikovat a pak vyřešit příčinu obtíží.“ (S3)*

Sestry viděly problém i ve stravování: „Pro někoho také určitě na první místo patří potřeba výživy, často třeba u cizinců je tato potřeba důležitá.“ (S1), „S cizinci je obecně dost problém ve stravě, netolerují naši stravu, a proto musíme každou chvíli měnit jídelní lístek dle potřeb pacienta. (S1) Podobné zkušenosti s výživou cizinců má i další sestra z dotazovaných: „S cizinci je problém hlavně ve stravě, řada z nich není zvyklá pravidelně jíst, netolerují nám omáčky, knedlíky, často i hovězí a vepřové maso. (S2) I další ze sester řekla, že je těžké vyjít všem pacientům vstříc v oblasti stravování: „Co pacient to jiné potřeby, hlavně u cizinců je těžké vyhovět všem požadavkům v rámci stravy atd.“ (S3), „Nedávno mi zrovna jeden pacient řekl, že je zvyklý jíst pouze rýži 2x denně na několik způsobů a my pak musely zařídit konzultaci s nutriční terapeutkou a pacientovi zařídit speciální výživu tak, aby byl spokojený.“ (S2)

Sestry zmiňovaly hodně také psychosociální potřeby: „Dle mé zkušenosti pacienti hlavně chtějí kontakt s rodinou.“ (S5), „Důležité je zajištění psychosociálních potřeb, kontaktu s rodinou někdy alespoň telefonickou formou. Hlavní je i uklidnit pacienta. Tím, že bude mít dostatek informací o své léčbě, se zamezí šíření nemoci a pacient bude mít nemoc více pod kontrolou. (S4) Sestra zmínila, že do potřeb pacienta patří i zajištění faráře: „Často jsou pacienti věřící, zajišťujeme jim možnost docházení faráře.“ (S4). Sestra uvedla, že je u pacienta narušena potřeba zapojení do společnosti: „V oblasti sounáležitosti u pacientů většinou chybí potřeba zapojení se do společnosti, což je zde problém. Dále je narušena i potřeba samostatného rozhodování, uznání.“ (S1) Pacienti si často stěžují na omezený odpočinek, klid a pohodlí. (S2) Také mohou omezit potřeby pacientů i chybějící pomocná vybavení pokojů: „Chybí jim zde pomocná zařízení na lůžku, hodně z nich by chtělo křeslo na pokoji.“ (S2)

4.4 Seznam kategorií a podkategorií – pacienti

Seznam kategorií: Seznam podkategorií:

1. První příznaky onemocnění
2. Přidružené problémy
 - A. Poruchy spánku
 - B. Kašel
 - C. Strach, obava
3. Hospitalizace
 - A. Vnímání pobytu v léčebně
 - B. Nedostatky v léčebně
 - C. Léčebný režim
4. Hodnocení ošetrovatelského personálu
 - A. Podání informací
 - B. Práce sester

1. První příznaky onemocnění

Podle odpovědí respondentů vyšlo najevo, že se všichni nakazili v práci: „*Nakazil jsem se v práci. Pracoval jsem v jedné hale, kde jsme stavěli v rámci firmy, a bylo tam hodně cizinců, později se zjistilo, že jsem se nakazil od nich. Tuberkulóza se totiž prokázala ještě u dvou z nich.*“ (P1), „*Zřejmě jsem se nakazila v práci při kontaktu s hotelovými hosty. Máme tam přece jen zvýšený výskyt cizinců, často pro ně pořádáme i různé hotelové akce, tak jsme s nimi v kontaktu hodně.*“ (P4) Respondent uvedl, že se vše zjistilo až za několik měsíců: „*Bylo nakaženo více zaměstnanců, ale zjistilo se to až o několik měsíců později.*“ (P5) Respondent také zmínil svou domněnku o vzniku onemocnění: „*Nakazil jsem se v práci, mám oslabené plíce, jelikož zde dýchám kouř ze svářečky, tak jsem byl asi náchylnější.*“ (P3)

Co se týče prvních příznaků, zpočátku respondenti odpovídali dost neurčitě. Nevěnovali onemocnění moc pozornost. Uváděli nespecifické příznaky, jako je únava a hubnutí: „*Cítila jsem se velmi unavená, přestala jsem jíst a začala hubnout. Tyto obtíže mě přivedly k praktickému lékaři, který na nic nepřišel. Až po několika týdnech, kdy jsem začínala kašlat, byla ještě víc schvácená, tak mě odeslal na rentgen plic, kde mi byla diagnostikovaná tuberkulóza.*“ (P4) Podobnou zkušenost má i další dotazovaný respondent. Tvrdí, že stanovení správné diagnózy bylo opožděné: „*Byl jsem hodně unavený, ale nevěnoval jsem tomu pozornost. Říkal jsem si, že to bude z toho pracovního tempa, které v práci mám. Později se mi přidal kašel, teploty, a neustávalo to několik týdnů. Léčil jsem se na antibiotikách, tudíž byla pravá diagnóza značně opožděná.*“ (P5) Jeden respondent uvádí, že se na jeho onemocnění přišlo víceméně náhodou: „*Špatně se mi dýchalo, ale nevěnoval jsem tomu pozornost, ve svém oboru dýchám pořád kouř, tak jsem to přisuzoval tomu. Až když jsme šli na kontrolní testy z práce, tak se doktorovi něco nezdálo a poslal mě na rentgen plic.*“ (P3) Pouze jeden pacient odpověděl, že až když zkolaboval, byla jeho nemoc zjištěna: „*Zpočátku jsem nemohl vůbec dýchat, začal jsem se dusit, v noci se mi špatně spalo, až jsem jednou v práci zkolaboval, a pak se na to přišlo.*“ (P1)

2. Přidružené problémy

A. Poruchy spánku

Čtyři z pěti dotazovaných respondentů uvedli problémy se spánkem. Respondenti přisuzovali porušený spánek také psychickým vlivům. Respondent zmínil strach o svou dceru. Řekl, že z tohoto důvodu se často budí, a ráno je pak nevyspalý: „Často se budím, bojím se, co se mnou bude. Budím se i v noci, často pláču, nemůžu se vidět ani se svou dcerou, je to pro mě těžké. Kolikrát nespím celé noci, ráno jsem pak unavený.“ (P2) Někteří pacienti si také vytvořili své rituály, aby byl spánek kvalitnější: „Mám problém usnout, protože nejsem unavený, když celý den nic nedělám. Dostávám prášky na spaní, už se to zlepšilo. Většinou si dám ještě před spaním sprchu, aby se mi lépe usínalo. Po probuzení se cítím někdy unavený, ale ne tak často.“ (P3) Další respondent přiznal, že v noci přemýšlí o svém životě: „Občas se budím, přemýšlím o svém životě. Většinou se ale cítím odpočatý. Ale rozhodně je to lepší než dřív. Když mě sem přivezli, tak jsem prokašlal celé noci.“ (P1) I další respondent zmínil nevyspalost: „Jsem dost nevyspalá, jelikož v noci někdy kašlu, tak se budím. Také občas usnu přes den a pak nemůžu spát v noci.“ (P4) Pouze jeden respondent sdělil, že nemá problémy se spánkem: „Nic tady nedělám, v noci se nebudím a ráno jsem vyspalý a odpočatý. Problémy se spánkem tedy žádné nemám.“ (P5)

B. Kašel

Dva respondenti uvedli, že neví, co mají v případě záchvatu kašle dělat: „Ne, nikdo mi nic takového neříkal. Nevím, co dělat, ale pokud se něco děje, zazvoním ihned na sestru.“ (P3), „Nevím, nic si nevybavuju, bylo těch informací docela dost, tak je možné, že jsem něco přeslechla.“ (P4) Ostatní pacienti už věděli více informací: „Ano, vím, že musím zůstat v klidu, sednout si a zhluboka se nadechnout. Také mi sestra řekla, že si můžu případně otevřít okno.“ (P1) Další respondent zmínil i využití inhalačních léků: „Ano, vím, co mám dělat, mám zde i inhalační léky, které si můžu v případě potřeby dát.“ (P2) Respondenti odpovídali, že se obtíže vlivem léčby zmírnily: „Ale od dob mého příjmu se kašel výrazně snížil.“ (P2), „Ted' už kašlu minimálně. Spíše kašlu, když

*se zadýchám, pokud jdu třeba někam na vyšetření, jinak ne.“ (P3) Pacienti také zmiňovali, že tím, jak je člověk převážně v klidu, tak se lepší i kašel: „*Ted' už vůbec, jen pokud třeba zrychlím chůzi nebo jdu do schodů, je přece jen znát, že tady je klidový režim, a nemusím nic dělat. Tělo je víc v klidu, tak nekašlu.“ (P1), „Už je to lepší, ale bylo to hrozné. Ještě ted' mě ale občas chytne záchvat kašle, nicméně to výrazně klesá.“ (P5) Jeden pacient si stěžoval, že se nemůže nadechnout po probuzení: „*Docela ještě dost kašlu, sice mi to léky hodně zmírnily, ale ráno po probuzení se občas nemůžu nadechnout. Také cítím nepříjemný tlak na prsou.“ (P4)***

C. Strach, obava

Všichni dotazovaní respondenti se shodli na tom, že mají strach, jaký dopad bude mít tuberkulóza na jejich zaměstnání: „*Také se bojím, jaký to bude mít vliv na mou práci, zda třeba budu moci jít po vyléčení hned do práce a tak.“ (P5), „Mám strach i z toho, jaký to bude mít dopad na mou práci. Bojím se, aby mě šéf nevyhodil, u nás se nesmí moc marodit.“ (P4) I další respondent má podobné obavy. Bojí se, co s ním bude dál. Také má problémy s pojištěním: „*Mám obavu o své zdraví, abych se vyléčil, a výsledky byly negativní. Také se bojím, co se mnou bude dál, jsem tu již 8 měsíců a má firma, kde jsem pracoval, prý zkrachovala. A taky by mě zajímalo jak je to s tím pojištěním, můj zaměstnavatel je prý pojištěný v ČR, proto jsem tady a ne na Slovensku, přijde mi to nějaký divné. Nikdo mi nic neřekne.“ (P1) Další respondent má strach z toho, že mu nebudou zabírat léky: „*Také se bojím, že mi nebudou zabírat léky.“ (P2) Respondenti zmiňovali obavy o své rodiny: „Bojím se, jak to zvládne manželka, co na to děti, je to přece jen delší odloučení. (P5), „Bojím se, jak to zvládne partner, je to pro nás dost velká zkouška.“ (P4) Jeden respondent dokonce zmínil, že se od něj odvrátila rodina a po vyléčení nemá kam jít: „*Rodina se ode mě odvrátila, nemám kam jít.“ (P1) U respondentů se vyskytly i obavy o finance a budoucnost: „Mám obrovský strach o svou dceru, že už ji nikdy neuvidím, jsou tak daleko. Mám strach, jak manžel všechno zvládne, nemáme vůbec žádné peníze. Bojím se, co bude dál. Hlavně mě potřebuje má dcera a já tu ted' pro ni nejsem, nemám ani informace, jak zvládne školu, manžel mi téměř nevolá.“ (P2)****

3. Hospitalizace

A. Vnímání pobytu v léčebně

Hodně se opakovala odpověď, že v léčebně chybí doprovodné programy nebo aktivity: *„Je zde málo aktivit, teď v zimě je to hrozná, na terase je velká zima, měl by tu být nějaký program. Je tu sice knihovna, ale jsem cizinec, tudíž si v češtině nic nepřečtu.“* (P1) Mnohdy vyplňuje pacientův čas pouze televize: *„Koukám celé dny na televizi.“* (P1) Další respondent zmínil, že by se personál mohl více věnovat pacientům: *„Nejsou zde žádné aktivity, vůbec to tu neutíká. Určitě by se nám mohl personál více věnovat.“* (P5) Jeden pacient sdělil, že na něj izolace působí depresivně. Také vidí negativa v nošení roušek: *„Lékařskou i ošetrovatelskou péči hodnotím na velmi vysoké úrovni. Nicméně izolace na pokoji na mě působí depresivně, jsem zde celý den sám, je to skličující. Všichni ke mně chodí v rouškách, často jim ani nerozumím. Určitě bych ocenil více informací při příjmu.“* (P3), *„Je to zde dlouhé, všichni ke mně chodí v rouškách, jako by se mě štíteli.“* (P4)

Pacienti se shodli na tom, že se v léčebně nesetkali s negativní reakcí na jejich onemocnění: *„Tady v léčebně ne, spíš ještě když jsem byla u nás, tak se mnou často lidi opovrhovali. Tady mi ani nebylo nikdy vytknuto, že nejsem pojištěná, jsou tu hodní.“* (P2), *„Nesetkal jsem se nikdy, všichni jsou zde hodní. Ani zde nemají žádný odstup ani odměření ke mně.“* (P1), *„Tady jsem se nesetkala s žádnou negativní reakcí.“* (P5)

Na otázky ohledně vyrovnání se se svým onemocněním odpověděla většina respondentů kladně. Snaží se vidět naději ve své rodině: *„Snažím se myslet na dceru, na to pozitivní. Věřím, že přece existuje spravedlnost.“* (P2), *„Myslím na svého přítele, který se ode mě neodvrátil a chápe, že je teď důležité, aby byl se mnou alespoň na dálku.“* (P4), *„Myslím na rodinu, na lepší časy.“* (P5) Vyskytla se i odpověď, že to pacient bere jako životní zkoušku: *„Myslím na svou ženu a na budoucnost, že to musí dopadnout dobře. Často se modlím. Nic jiného mi nezbyvá. Beru to jako určitou životní zkoušku sám pro sebe.“* (P3) Jeden respondent dokonce začal věřit v Boha: *„Začal jsem věřit v Boha, nic jiného mi nezbylo, rodina se ode mě odvrátila.“* (P1)

B. Nedostatky v léčebně

Respondenti často zmiňovali, že v léčebně není žádný program. Nemají, jak trávit čas na izolační jednotce: „*Uvítal bych více programů, přece jen zkuste si být někde zavřená osm měsíců, je to hrozné.*“ (P1), „*Také mi tu chybí nějaké programy, dopoledne je alespoň vizita, tak to uteče. Odpoledne ale už nemám co dělat.*“ (P2), „*Určitě by bylo dobré i nějaké smysluplnější využití času, nějaké programy a tak. Kdybych tady měl aspoň počítač nebo něco takového.*“ (P3) Respondenti také uváděli, že jim v léčebně začínají chybět jejich mimopracovní aktivity a koníčky, které zde nejdou zajistit: „*Chybí mi zde pohyb, ráda bych chodila ven, je to hrozné být tady zavřená, alespoň když mám nějaké vyšetření, tak se můžu podívat ven. Ráda bych se šla na chvíli projít, zacvičit si, jako dřív.*“ (P2), „*Chybí mi práce, běžné denní aktivity. Hodně sportuji, tady nemůžu dělat nic.*“ (P4) Dva respondenti uvedli, že nesmějí otevírat okna: „*Vadí mi tady, že nemůžu otevírat okna, což je znepokojující, nemožnost nadechnout se čerstvého vzduchu*“ (P3), „*Ani okna nesmím otevřít, je to tu jako ve vězení.*“ (P5) Někteří pacienti by měli raději dokonce i nějakou těžší nemoc, jen kdyby nemuseli být na izolaci: „*Chybí mi práce, nevážil sem si jí, všechno je lepší, než být tady. Já bych měl radši i nějakou těžší nemoc, jen kdybych nemusel být na izolaci.*“ (P5) Pacient uvedl, že by už rád navštěvoval určité procedury jako ostatní pacienti, ale nemůže: „*Nic zde nemůžu dělat, stále nemám negativní všechny výsledky, tak zatím nemůžu navštěvovat léčebné procedury jako ostatní pacienti. Nemůžu chodit do společných prostor, pouze na terasu si jít zakouřit. Šel bych rád ven do parku, ale prý až budu mít negativní výsledky.*“ (P1) Někteří pacienti byli konkrétnější. Vidí omezení v práci na počítači, chybí jim denní tisk, vana nebo návštěva kostela: „*Nemůžu pracovat na svém počítači, chybí mi kontakt s manželkou a okolním prostředím. Nemám zde žádné časopisy, nemůžu se mýt ve vaně, protože je tu pouze sprcha. Jsem věřící, víra je pro mě důležitá, nemohu chodit do kostela.*“ (P3)

Také si pacienti stěžovali na vybavení a neútlunost pokojů v léčebně: „*Zdi jsou studené, nemám tady ani televizor. Určitě by bylo dobré mít tady i nějaké křeslo, nemůžu být celý den v posteli, jsem z toho celá rozlámaná.*“ (P2), „*Vidím nedostatky ve vybavení pokoje, je to tu velmi strohé. Mám zde jen postel, židli, malý stolek a to je*

všechno. Je to tu neútné.“ (P4), „Můj pokoj je moc chladný, studený a vybavení velmi skromné. Mám zde jen postel a židli, což je velmi nepohodlné, když chci sledovat televizi. Nemám co jiného na práci, postel nemůžu už ani vidět. Také je můj pokoj vybarven do šedé barvy, přijdu si zde jak ve vězení“. (P3)

C. Léčebný režim

Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že jsou kuřáci. Některé léčebny dovolují pacientům kouřit a jiné kouření striktně zakazují. Pro většinu kuřáků je dle odpovědí vysvobozením jít si zakouřit: „Ano, kouřím, snažila jsem se přestat, ale tady v léčebně to moc nejde.“ (P2) Jak dodal, je to jediné odreagování v léčebně, které zde má: „Člověk tu nemá co dělat a cigareta je pro mě alespoň malé vysvobození.“ (P2) „Kouřím už nějakých 12-15 let, teď si přesně nemohu vzpomenout, kdy jsem začal. Vykouřím tak dvě krabičky denně, nenapadlo mě přestat kouřit. Tady je to jediné odreagování, co mám, nikam nesmím.“ (P1) Jeden respondent měl striktní zákaz kouření. Tvrdil, že je to pro něj hrozné: „Jsem kuřák už 20 let, vykourím tak 50-60 cigaret denně. Zde nesmím kouřit, je to pro mě hrozné.“ (P3)

Pacienti mají v léčebně velmi rozdílné postoje ke stravování. Tím, jak jsou zde mnohdy řadu měsíců, začínají jim určitá jídla vadit a vidí nedostatky ve stravování: „Nemůžu si stěžovat, ale nemám rád smetanové omáčky, které mi zde moc nechutnají. Také nejsem zvyklý jíst studené večere. Často je zde jen rohlík a jogurt, kdybych mohl mít alespoň chleba s nějakou uzeninou. Také mi vadí, že jsou obědy i večere moc brzy. Mám pak hlad. Také mi vadí čaj, už ho nemůžu ani vidět. Po dohodě s personálem jsem dostal přídavky, ale to spočívá, že mi dají o jednu přesnídávkou navíc.“ (P3) Další respondent sdělil, že zde má hodně jídla a chutná mu. Nemá zde rád například koprovku a vadí mu čaj. Raději by džusy nebo ovocné limonády: „Mám zde dostatek jídla, tolik jídla nemám ani doma, je to zde moc dobré. Musím zde pravidelně jíst, abych přibrala. Mám tu dokonce plno ovoce, jogurtů, šunky a tak. Na druhou stranu jsem zde již dlouho, některá česká jídla mi nechutnají, např. koprovka, filé. Také mi nechutná čaj, co je zde. Už ho nemůžu ani vidět. Mám radši džusy a ovocné limonády.“ (P2) Absenci džusů zmiňovalo více pacientů: „Vaří zde moc dobře, někdy jsou dokonce teplé i

večeře. Ale chybí mi zde běžné věci jako čokoláda, džusy a ostatní věci. Je tu sice kantýna, ale je moc drahá.“ (P1) Některým pacientům vadí i brzká večeře, málo masa nebo by chtěli zdravější polévky: „Určitě bych uvítala více masa, také druhy salátů a nějaké zdravější polévky. To, co tady máme, mi přijde jako mastná voda. Večeře bych dala později, jsou po 16. hodině a pak mám hlad.“ (P4)

Co se týče izolačního režimu, všichni respondenti si vzpomněli, že musejí nosit roušku. Zejména pokud k nim personál vstoupí na pokoj: „Beru si roušku, pokud jdu ven z pokoje, často si myji ruce, snažím se hodně odpočívat. Zatím nemám dovolené návštěvy, ale kdo by taky za mnou chodil.“ (P1), „Neopouštím pokoj, pokud někdo přijde ke mně, tak si ihned musím vzít roušku.“ (P4), „Pokud ke mně přijde sestra, vezmu si hned roušku. Jinak jsem celý den na pokoji.“ (P3), Vyskytla se i odpověď, kde respondent zmiňoval časté mytí rukou: „Nesmím nikam chodit, jsem celý den na pokoji, pokud za mnou někdo přijde na pokoj z personálu, musím si vzít hned roušku. Hodně si myji ruce.“ (P2)

Jako vedlejší účinky léčby zmiňovali pacient únavu a ospalost: „Bývám často ospalá a unavená. Občas mě bolí celé tělo, chybí mi pohyb, jsem celá rozlámaná.“ (P2) Další respondent uvedl pocit na zvracení a průjem: „Občas je mi na zvracení, nebo mám průjem, také jsem ze začátku hodně spal, byl jsem moc unavený.“ (P1) Průjem byl zmiňován několikrát: „Začal jsem hubnout, mám také problémy se stolicí, ale snad se to spraví, až budu v domácím prostředí.“ (P3), „Občas je mi špatně a mám hodně velké průjmy.“ (P5) Dokonce byly zmíněny i závratě: „Vyskytl se mi ekzém po celém těle, a mám závratě, prý jsou to nežádoucí účinky mých léků.“ (P4)

Respondenti se shodli, že sice vidí určitý posun léčby a zmírnění obtíží, nicméně léčba je velmi zdlouhavá a nemají stále pozitivní výsledky: „Doufám, že je má léčba účinná, zatím nejsem vyléčená. Tak to nemůžu posoudit. Pořád nemám negativní výsledky, tudíž nejsem zdravá.“ (P4), „Doufám, že ano, víc si netroufám říct, protože stále ještě nejsem vyléčený.“ (P5) Další respondentka uvedla pozitiva v přibírání na váze: „Musím říct, že už tolik nekašlu, začala jsem přibírat. Ale na druhou stranu mé výsledky jsou pořád pozitivní, léčba trvá už moc dlouho.“ (P2), „Ano, přijde mi účinná. Když mě sem přivezli, nemohl jsem stát na nohou, byl jsem hrozně hubený. Ted' už

začínám přibírat. Také už tolik nekašlu, obtíže se zmírnily.“ (P1) Jeden respondent dokonce hodnotí léčbu na vysoké úrovni: *„Ano, hodnotím jí na velmi vysoké úrovni. A cítím se daleko lépe, než když jsem zde byl první den.“* (P3)

Nikdo z dotazovaných respondentů nevěděl názvy léků, indikační skupiny ani dávkování. Tvrdili, že jim léky nosí sestry, tudíž se o to nezajímají, ani jim nikdo nevysvětlil správné užívání. Odpovědi byly téměř shodné: *„O léky se nezajímám, ani mi to nebylo řečeno. Ale zřejmě to bude něco na vykašlávání.“* (P3), *„Nevím, co je to za léky. Sestry mi sem nosí často různé inhalace a plno tabletek. Ale přesné názvy nevím.“* (P2) Jeden pacient řekl, že toho užívá tolik, že by si stejně přesné názvy a dávkování nezapamatoval: *„Nevím, jaké léky užívám. Je toho tolik, to bych si ani nezapamatoval. Nosí mi je sestry a nikdo se mnou neprobíral, o co přesně jde.“* (P4) Jeden respondent dokonce řekl, že je pro něj důležité, že jsou léky účinné, o víc se nezajímá: *„Nevím, sestřičky mi nosí, nezajímám se, co je to zač. Hlavně, že mi pomáhají, to je pro mě důležité.“* (P1)

4. Hodnocení ošetřovatelského personálu

A. Podání informací

Dva respondenti se shodli na tom, že informace ohledně nemoci byly podány nesrozumitelně, chaoticky a nerozuměli jim: *„Když mě sem přivezli, tak mi jen řekli, že zde budu několik měsíců, nesmím opouštět pokoj, budu nosit roušku a mýt si ruce. Bylo to pro mě hrozné, ale bylo mi tak zle, že jsem tomu nevěnoval pozornost.“* (P1), *„Byla to tady pro mě dost nečekaná událost, nikdo mi ze začátku pořádně nevysvětlil mou situaci, proč musím být na izolační jednotce, takže to byl pro mě docela šok. Tohle musím zpětně hodnotit opravdu negativně.“* (P3) Dva respondenti hodnotí informace kladně: *„Informace mi byly vysvětleny srozumitelně, probrali zde se mnou dobu hospitalizace i mi vysvětlili nutnost této léčby.“* (P4), *„Byl mi vysvětlen režim oddělení, že nesmím opouštět pokoj, také mi to zopakovala jak sestra, tak lékař, mám na pokoji řád oddělení, kde je to všechno popsáno. Na přístup personálu si opravdu stěžovat nemůžu. Sestra za mnou vždy přišla na pokoj.“* (P5)

Pacienti zmiňovali negativa nošení ústenek: „*Občas nerozumím, přece jen jsem Slovák, sestry na mě mluví hrozně rychle, několikrát jsem to říkal i lékaři, ale to hlavní pochopím. Je to asi také tím, že nosí ke mně roušky.*“ (P1) V jednom pacientovi dokonce nošení roušek vyvolává strach: „*Personál ke mně nosí roušky, tudíž jim občas nerozumím, hlavně při vizitě, to ve mně vyvolává strach.*“ (P3), „*Často sestře nerozumím přes roušku, něco mi rychle zadrmolí a hned je pryč. Někdy i doktorka tady u nás něco řekne odborného a já už ani nevím, o co šlo.*“ (P2) Zbylí respondenti odpověděli kladně: „*Byla to pro mě ze začátku hodně nečekaná událost, přesto mi bylo vše vysvětleno.*“ (P4), „*Jsou srozumitelné, sestry mi vše důkladně vysvětlí. Vždy se můžu v případě nejasností na něco zeptat.*“ (P5) Jeden pacient uvedl, že si musel najít informace na internetu: „*O mé nemoci se se mnou nikdo moc nebavil, spíš jsem si potřebné věci našel na internetu, každý se mnou mluvil přes roušku, není jim rozumět.*“ (P1)

B. Práce sester

Respondenti se shodli, že u nich sestry nejčastěji provádí odběr krve, odběr sputa, odběr moči, hygienu, měření tlaku případně jim pomáhají s odvozem na rentgen plic: „*Odběr krve, měření tlaku, teploty, odběr hlenu, občas jdu na rentgen plic.*“ (P5), „*Často mi berou krev, měl jsem jí špatně nařaděnou, také mám na pokoji nádobku na moč, a nádobku na hlen, kam vykašlávám.*“ (P1), „*Berou mi krev, dělají stěry z dutiny ústní, odebírají moč nebo chodím na RTG plic.*“ (P3) Tři pacienti uvedli, že k nim sestry nosí pouze roušku: „*Sestry ke mě nosí pouze roušku.*“ (P4), „*Sestry si ke mně berou roušku. Nic jiného jsem na nich neviděl.*“ (P5), „*Nosí ústenky, jinak nic dalšího jsem na nich neviděl.*“ (P1) Dva pacienti zmínili i ochranný plášť a rukavice: „*Sestry nosí ústenky, rukavice a vždy si berou ochranný plášť.*“ (P3), „*Nosí ke mně roušky, rukavice i plášť.*“ (P2)

5 Diskuse

Praktická část práce se zabývala zkoumáním náročnosti ošetrovatelské péče v jednotlivých plicních léčebnách. Jelikož začíná docházet k pomalému vzestupu tuberkulózy a péče o tyto pacienty má svá specifika, byla práce zaměřena především na nemocné s tuberkulózou pobývajících na izolačních jednotkách. Jak uvádí Navrátil (6), řada předpovědí, které se týkaly eliminace tuberkulózy do roku 2000, se ukázaly jako nereálné. Podle WHO jsou v současnosti infikovány tuberkulózou až dvě miliardy lidí. Každým rokem umírá ve světě na tuberkulózu přes 3 miliony lidí, z toho 90 % je v rozvojových zemích. Podobný názor má i Gibson (7), který uvedl, že na zhoršení epidemiologické situace tuberkulózy v současnosti má vliv zejména v celosvětovém měřítku AIDS, příliv migrantů z rizikových zemí, nedodržování léčebných opatření, nárůst narkomanie a zvýšení počtu infektů způsobených atypickými kmeny mykobakterií. S těmito názory souhlasíme, protože jsme zjistily, že část dotazovaných respondentů byli cizinci z rizikových zemí.

V našem výzkumném šetření bylo odhaleno, že pacienty přivedl k lékaři kašel, vysoké teploty a schvácenost. Nakažení pacienti byli mnohdy z dělnických profesí, a tak své obtíže přisuzovali spíše náročnosti zaměstnání. Tvrdili, že mají vysoké pracovní tempo, pracují v kouři nebo zaprášeném prostředí, tudíž příznakům nevěnovali moc pozornost. Navrátil (6) uvádí, že základním krokem ke stanovení správné diagnózy je odběr kvalitní anamnézy, pokleповé vyšetření plic a rentgenové vyšetření hrudníku. Překvapilo nás, že přes to, že pacienti navštěvovali pravidelně svého obvodního lékaře a popisovali mu své symptomy, ke stanovení správné diagnózy došlo spíše až později. Co je znepokojující, pacienti se mnohdy léčili dlouhé týdny pomocí antibiotik, tuberkulóza byla diagnostikovaná až za několik měsíců. Výše zmíněné skutečnosti upozorňují na časté podcenění příznaků tohoto závažného onemocnění. Myslíme si, že pro řadu lékařů je tuberkulóza málo aktuálním onemocněním, proto na ni zapomínají.

Během získávání dat k naší diplomové práci jsme zjistily, že tuberkulózu není snadné diagnostikovat, protože její prvotní příznaky jsou velmi nespecifické. Jak uvádí Kolek (29), nejzávažnějším zdrojem tuberkulózní nákazy je sám nemocný člověk.

Inkubační doba se pohybuje od 4 týdnů do 2 roků od skončení expozice. Také dodává, že přenos je možný inhalační cestou nebo přímým kontaktem s infekčními sekrety nemocných. Pacienti tak mnohdy ani nevědí, že se onemocněním nakazili, a mohou ho přenášet mezi ostatní. Homolka (1) uvádí, že tuberkulóza může probíhat i asymptomaticky a je objevena náhodně až při rentgenu hrudníku.

Pacienti zmiňovali, že první kontakt s léčebnou byl pro ně většinou šok. Měli nedostatek informací, nevěděli, co se bude dít, a nakonec byli umístěni na izolační pokoj. Jak uvádí Linhartová (56), už první kontakt se sestrou je velmi důležitý na to, aby si pacient získal důvěru. Zejména u cizinců je nutné, aby ošetřující personál znal jednotlivé zásady komunikace a v první řadě zajistil tlumočnicka, případně piktogramy, které komunikaci usnadní. S tímto názorem zcela souhlasíme. Ukázalo se, že pacienti mají nedostatek informací ihned při příjmu a naráží na jazykovou bariéru. Domníváme se, že by sestra měla mít přehled o jednotlivých tradicích a zvycích, o daných kulturách v rámci multikulturního poskytování ošetrovatelské péče a neměla by mít problémy při komunikaci s cizojazyčným pacientem. Právě bariéry v komunikaci pacienti zmiňovali. Také označili používání ústenek za negativně působící v oblasti dorozumívání. Vzhledem k tomu, že zakrývají část obličeje, nejsou pacienti v některých situacích schopni rozlišit výraz ve tváři personálu. Tím dochází i k mylné interpretaci sdělovaných zpráv.

Objevilo se několik velmi znepokojujících aspektů. Dotazovaní pacienti odpovídali, že by měli raději onkologické onemocnění, jen kdyby nemuseli mít tuberkulózu a být na izolaci. Pacienti přirovnávali izolační pokoj k vězení. Jak bylo zjištěno, pro pacienty představuje tuberkulóza obrovskou psychickou zátěž a má dopad i na okolí pacienta, především na zaměstnání a rodinu. Některé rodiny se po odhalení této diagnózy od pacientů odvrátily. Myslíme si, že je to dáno také mírou špatné informovanosti o této nemoci. Také tomu nejspíše přispívá fakt, že tuberkulóza je v dnešní době stále vnímána jako nemoc sociálně slabších, kterou trpí zejména bezdomovci, cizinci nebo chudí lidé. Právě Kutnohorská (42) zdůrazňuje, že sestra musí zohlednit nemoc ze strany somatické, ale také i psychické, jelikož má tuberkulóza velký sociální aspekt. Pro pacienty je pobyt v izolaci velmi stresující.

Respondenti vnímali pobyt na izolační jednotce různě. Jeden z nich dokonce řekl, že to bere jako životní zkoušku. Pacienti také začali více věřit ve svou rodinu. Jak uvádí Bártlová (46), samotný stav, kdy se člověk vyskytne v roli pacienta, s sebou nese řadu psychických i fyzických změn. Pacient, který vstoupí do prostředí plicního sanatoria, je vystaven řadě nových povinností a omezení. Mnohdy nemají ani pojištění, pocházejí ze špatných sociálních a ekonomických poměrů. Všichni se shodli na tom, že se nesetkali s negativním přístupem ze strany personálu. Tento fakt vidíme jako velmi pozitivní. Personál v léčebně je totiž na řadu týdnů jediným zdrojem kontaktu pacienta s okolím a může výrazně ovlivnit postoj k tomuto onemocnění. Pacienti zde mají možnost přemýšlet o svém onemocnění. Vnímají zde více nutnost kontaktu s rodinou a přehodnocují svůj žebříček hodnot. Někteří se obrátili k víře. Němcová (48) tvrdí, že nemocný člověk vnímá své priority a potřeby odlišně od zdravotnického personálu, proto se mnohdy spirituální potřeby dostávají do popředí. Patří sem zejména otázky o smyslu života, nalezení sebe sama, zodpovězení si řady otázek týkající se nemoci.

Další faktor, který pacientům v léčebně chybí, jsou jejich koníčky a zaměstnání. Postrádají zde sport, možnost otevřít si okno nebo se jít projít do přilehlého parku. Někteří dokonce zmínili absenci koupání ve vaně nebo návštěvu kostela. Pacienti by také chtěli navštěvovat stejné procedury jako například pacienti s astmatem. Mrzí je, že jsou v léčebnách bazény, whirlpool vany, fyzioterapeutické místnosti a oni musí být na izolaci.

Jako přínos vidíme to, že léčebny pořádají různé preventivní programy, prohlídky nejen pro hospitalizované, ale i pro veřejnost. Programy se týkají správného užívání léků, dodržování režimových opatření a inhalační terapie. Pokud mají pacienti zájem, můžou jim v léčebně předepsat i léky, umožňující odvykání kouření. Programy jsou spíše zaměřeny na onemocnění jako CHOPN a astma. Řada pacientů sem totiž jezdí na rekondiční pobyty v rámci astmatu nebo CHOPN. Právě jim mohou tyto programy pomoci. Sestry vyzdvihují, že spolupráce s pacienty je v léčebně více rodinná. Podle sester je pro pacienty přínosem vycházkový park, kam mohou se souhlasem lékaře na krátké vycházky s ústenkou. Sestry hovořily i o tom, že zde mají na pacienty více času než na běžném oddělení v nemocnici, a tudíž se jim mohou individuálně věnovat. Také

tvrdily, že se snaží vytvořit si k pacientům pozitivní přístup od samého začátku. Pacienti si často přejí, aby je sestry oslovovaly křestním jménem. Přínosem léčeben může být i příjemný horský vzduch a klid v okolí. Řada oddělení má svou venkovní terasu. Pacienti, kteří ještě nemají povolené vycházky do přilehlých parků, mohou alespoň s rouškou na chvíli sem. Jedná se o pacienty, kteří už nemají aktivní tuberkulózu. Sestry se snaží všem pacientům vyjít vstříc.

Z hlediska potřeb trápí nejvíce pacienty dušnost. Jak uvádí Bužgová (50), pacienti v plicních sanatoriích jsou často vlivem dušnosti a dalších příznaků oslabeni od svých psychických i fyzických sil, což musí personál vždy zohlednit a přistupovat k pacientovi důstojně. Pacienti také udávají problémy se spaním. Salajka (55) říká, že s plicními onemocněními je narušena i kvalita spánku. Noční symptomy mohou rušit spánek nebo období odpočinku a snižují tak energii a vitalitu pacienta. Ten pak hůře zvládá boj s nemocí vlivem vyčerpání svých fyzických sil. Ošetrovatelský personál proto musí individuálním přístupem zajistit kvalitní délku spánku a snažit se eliminovat obtíže pacienta. Podle Bártů (31) je u těchto pacientů daleko vyšší potřeba spánku než u zdravého člověka. Pacienti mají velký pocit únavy a ospalosti, jelikož vlivem onemocnění dochází k narušení spánku. Dále mají obavy, strach z dlouhodobé hospitalizace, odloučení od rodiny, absence v zaměstnání. Pokud jsou zaléčeny všechny obtěžující příznaky, mají pacienti problém s usnutím, necítí se unaveni. Poté se hodně v noci budí, přemýšlí o životě. Některé dokonce budí kašel. Myslíme si, že tím, jak nemají pacienti adekvátní využití času přes den, tak nejsou unaveni a často špatně spí. Také se domníváme, že zde nemají adekvátní psychickou pomoc, a tak většinou zůstanou na svou situaci sami a mají obavy. Nemocní dokonce ani sami nevědí, co dělat v případě obtíží. Tvrdí, že pokud mají kašel, zazvoní na sestru, která ihned přijde. Navrhujeme, aby sestry více vysvětlily pacientům co dělat v případě obtíží. Také by bylo vhodné, kdyby měli pacienti při ruce informační letáky, věnující se této problematice.

I přes některé obtíže pacienti přiznávali, že léčbu vnímají jako velmi účinnou. Mnozí z nich sice ještě neměli negativní výsledky, přesto tvrdili, že vidí výrazný pokrok. Především v přibírání na váze, zmírnění kašle. To potvrzuje i Hnátek (4). Řada

nemocnic totiž nemůže mít pacienty s aktivní tuberkulózou na svých odděleních tak dlouho jako v plicních sanatoriích, kde je kladen daleko větší důraz na komplexní následnou rehabilitaci a zotavení. Po adekvátní a kvalitní léčbě by mělo dojít ke stabilizaci zdravotního stavu pacienta. Jak ještě dodává, v léčebnách se využívá pozitivních účinků léčivých zdrojů (např. minerální vody) sloužící k inhalační léčbě. Pacientům jsou zde poskytovány další doplňkové možnosti léčby, jako je balneoterapie, muzikoterapie, aerobní cvičení, solux, magnetoterapie, masáže apod. Myslíme si, že právě tyto doplňkové možnosti léčby jsou pro pacienty důležité.

Sestry považují ošetrovatelskou péči v plicních léčebnách za velmi náročnou, neboť se zde vyskytují pacienti s rozdílnými diagnózami. Jde o pacienty s CHOPN, astmatem, tuberkulózou, ale jsou tam i pacienti s onkologickým plicním onemocněním nebo s různými formami pneumonií. Zmiňují, že je těžké pracovat dohromady s onkologickými pacienty, sociálně slabšími, případně i s pacienty v terminálním stádiu nemoci. Důležité je podle sester umět pracovat v týmu a navzájem si předávat informace. Musí spolupracovat s nutriční terapeutkou, laboratoří a sociální pracovníci.

Rozsypal (40) uvádí, že z hlediska ošetrovatelské práce sestry je péče o pacienta s tuberkulózou velmi náročná, protože jde o infekční onemocnění a musí tudíž dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče. Sestry také uvedly to, že mají v léčebnách velké množství cizinců, s kterými je náročné umět komunikovat a vše jim vysvětlit. V léčebných zařízeních se vyskytuje řada Rumunů, Bulharů, Ukrajinců, Vietnamců, jsou zde také třeba i Indové. Jak uvádí Kutnohorská (42), součástí osobnostní výbavy sestry by měly být kulturní kompetence, získané studiem kultur. Tvrdí, že sestra by měla být vybavena patřičnými znalostmi z oblasti multikulturního a transkulturního ošetrovatelství a měla by mít vysokou komunikační kulturu. Komunikace s nemocným totiž může pomoci, ale zároveň i ublížit, zejména pokud neovládá širší kulturní znalosti. Je důležité znát veškerá kulturní specifika a zajistit všem individuální péči tak, aby měli všichni pacienti uspokojeny biopsychosociální potřeby.

Sestry hovořily o tom, že musí pacienty často učit základní hygienická pravidla jako je mytí rukou před a po jídle, nebo po použití toalety. Myslíme si, že pacienti nejsou dostatečně poučeni o svém onemocnění a neuvědomují si nutnost dodržování

těchto opatření. Jak vyšlo najevo, pacienti přicházejí do léčebny s minimem informací, proto je na léčebnách, aby poskytly pacientům komplexní informace. Podle Podstatové (39) je už při příjmu je nutné pacienta důkladně poučit o izolačním režimu. Ten je povinen tyto zásady dodržovat tak, aby chránil sebe a své okolí. Celá hospitalizace pacienta musí splňovat veškerá hygienicko – epidemiologická kritéria a její indikace musí být důkladně zdokumentována.

Co shledáváme nepřípustným je to, že v některých léčebnách je povoleno pacientům kouřit. Myslíme si, že to má velmi negativní dopad na celkový stav pacienta a i na samotnou léčbu. Jak uvádí Bártů (31), sestra by měla klást důraz na prevenci a pacienta informovat o rizicích kouření v souvislosti s nemocí. Měla by vyzdvihnout škodlivý dopad kouření na organismus. Dozvěděly jsme se, že sestry pacienty informují, nabízejí jim brožurky o škodlivosti kouření. Také jsou v léčebnách pořádány různé protikuřácké programy. Jak ale vyplynulo z odpovědí, není o tyto programy ani materiály zájem. Sestry doslova zmínily, že se zatím nesetkaly s pacientem, který by právě během povinné hospitalizace v léčebně chtěl přestat kouřit. Domníváme se, že je to hlavně tím, že jsou zde pacienti několik měsíců na izolačních jednotkách, často jsou zde bez jakéhokoliv kontaktu s rodinou, tudíž je pro ně toto prostředí velmi stresující a nechtějí v těchto podmínkách přestat kouřit. To nám potvrdily i odpovědi pacientů. Pacienti, hospitalizovaní na izolačních jednotkách, jsou vytrženi z běžného života a svých denních činností. Kouření je pro ně často jediné zpříjemnění dlouhého času v léčebně. I dle odpovědí dotazovaných respondentů vyplynulo, že je v léčebnách málo činností vyplňujících dlouhý čas. Jak uvádí Křivohlavý (43) kouření může snižovat nepříjemné pocity vzbuzené stresem. Domníváme se, že pokud by pacienti měli nějaký program, určitě by tolik nemysleli na kouření. To by se pak mohlo alespoň částečně eliminovat.

Tím, jak jsou zde pacienti povinně, jsou mnohdy agresivní a porušují léčebný režim. Občas se stane, že je nějaký pacient opilý, nebo nedodrží zákaz kouření. Sestry uvedly, že to někdy zajde tak daleko, že musí volat policii. Šrámková (57) vidí problém v tom, že pacienti jsou ve zdravotnickém zařízení nedobrovolně. Může tedy dojít snadněji ke vzniku emocionálního zhroucení, zhoršení psychického stavu a pacient se

pak aktivně nezapojuje do procesu uzdravování. Také sestry zmínily, že izolace nesvědčí starým lidem, u nichž dojde ke zhoršení stavu. Dále se zde vyskytují bezdomovci, kteří mnohdy nemají ani základní pojištění. Vlivem náročnosti dodržování bariérových opatření a kontaktem s infikovanými pacienty musejí sestry pravidelně chodit na preventivní prohlídky a podrobit se vyšetření.

Sestry také naznačily, že pacienti si zapomínají brát ústenky, opouští bez svolení izolační pokoje a mnohdy nemají základní hygienické návyky a zapomínají si zakrývat ústa při kašli. Podstatová (39) také tvrdí, že pacient je povinen dodržovat základní hygienická pravidla (zakrývání úst při kašli a smrkání, zákaz plivání, častá hygiena rukou) a používat jednorázové hygienické potřeby.

Pacienti nastínili problémy se stravovacími zvyklostmi, které byly postupem času výrazně eliminovány. Dotazovaní, zejména cizinci často odpovídali, že moc netolerují omáčky, knedlíky ani hovězí a vepřové maso. Tím, jak jsou v léčebnách déle, chybějí jim běžné věci, jako jsou čokolády, sladkosti, džusy. Vadí jim čaj. Jak ale uvádí sestry, je důležité spolupracovat s nutriční terapeutkou a pacientovi zařídit speciální stravu tak, aby byl spokojený. Vždy pak vyberou to, co pacientovi chutná. To vidíme jako velké pozitivum, jelikož pacienti často po antituberkulotikách hubnou, a tak je důležité najít potraviny, které pacientovi pomohou získat zpět svou váhu. Bártů (31) tvrdí, že z hlediska stravy mají pacienti často sklon k hubnutí. Proto bývá u pacientů ordinována dieta č. 11 – výživná. Mohou působit i negativní účinky antituberkulotik, jako je nauzea a nechutenství.

Ptaly jsme se také pacientů, zda ví, jaké užívají léky a zda znají jejich správné dávkování. Ani jeden z dotazovaných pacientů nevěděl názvy léků a už vůbec ne dávkování. Co je znepokojující, že pacienty ani nikdo neinformoval, o jaké léky se jedná. Pacienti tvrdí, že jim léky sestřičky nosí a víc se o to nezajímají. Navrhujeme, aby byla pacientům více vysvětlena jejich medikace a dávkování. Jedině správně poučený pacient, bude pravidelně užívat léky i v domácím prostředí.

Zkoumaly jsme i to, z čeho mají pacienti největší strach a obavu. Cizinci se nejvíce bojí toho, jaký vliv bude mít nemoc na jejich zaměstnání. Bojí se toho, že budou propuštěni z práce. Jednomu pacientovi dokonce zkrachovala firma, u které pracoval, a

tak se nemá po vyléčení kam vrátit. Od jednoho pacienta se dokonce odvrátila rodina. Také mají pacienti strach o děti, jak zvládnou odloučení. V neposlední řadě zmiňují to, že se bojí toho, že se nevyлéčí. Jak uvádí Zacharová (57), stres z psychologického hlediska je stav nadměrného zatížení či ohrožení. Také tvrdí, že pacienti mohou mít pocit neovlivnitelnosti a nezvládnutelnosti situace. Může se projevit i jako hněv, vztek a zvýšená agresivita. Tím se potvrdily i odpovědi sester, které uvedly, že pacienti jsou často agresivní. Domníváme se, že je to zejména tím, že jsou zde pacienti povinně hospitalizováni. Také to ale může pramenit z nedostatku informací.

V našem výzkumu, jsme se také zaměřily na dodržování zásad izolačního režimu ze strany sester. Kapounová (41) uvádí, že v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče existuje řada opatření. V prvním případě musí být dostatečně zajištěna izolace pacienta. Pokoj musí být označen nápisem „Zvýšený hygienický režim“ a dveře do pokoje musí být neustále zavřené. Dle zjištěných výsledků vyšlo najevo, že ne každý pokoj je tímto nápisem označen. Co nám přijde nepřipustné, je to, že na některých jednotkách mohou pacienti opouštět pokoj. Šetření se zabývalo i tím, jak sestry dodržují jednotlivé zásady. Kapounová (41) říká, že vstup na izolaci může sestra pouze v jednorázovém empíru, ústence a rukavicích a před dveřmi musí být rohož navlhčená v roztoku kyseliny peroctové nebo speciální lepicí folie. Při každém vstupu i výstupu musí sestra provádět hygienickou dezinfekci rukou. Jak ale vyšlo z našeho šetření, sestry tyto zásady nedodržují. Myslíme si, že tomu přispívá i fakt, že se sestry nesetkaly s tím, že by se někdo z personálu tuberkulózou nakazil. Pouze jedna sestra si pamatovala někoho, ale tvrdila, že měla dotyčná oslabenou imunitu, jinak by se nenakazila.

Objevilo se zjištění, že sestry nosí ústenky i k několika pacientům stejné, empír si téměř většina z nich nebere. Sestry říkaly, že si to jejich oddělení nemůže dovolit z ekonomických důvodů a také, že je nebaví se neustále převlékat. Sestry vědí, jak funguje vstupní a výstupní filtr, nicméně přiznávají, že to v praxi moc nedodržují. Je to pro ně velké zdržování. Pouze jedna sestra zmínila, že používá vše tak jak má, a ještě důkladnější opatření provádějí u návštěv. Sestry se snaží používat pomůcky jednorázové, jako jsou rukavice, ústenky, pláště na převlečení, jednorázové emitní

misky a sputovky. Ostatní pomůcky jako teploměry, sklenice na pití, příbory jsou na opakované použití. Pomůcky si vždy nosí s sebou, u pacientů na pokoji nic nenechávají. Při odběrech krve a hlenu přistupují sestry k pacientům jako k ostatním. Neuvědomují si tolik riziko nákazy. Někde mají speciální koše na pomůcky od těchto pacientů, někde je mísí s běžným odpadem.

Pro pacienty s tuberkulózou mají sestry v léčebně vyčleněné celé patro, kam nesmí pacienti s ostatními diagnózami. Často jsou zde ještě navíc lůžka sociální. Vidíme to jako pozitivní, určitě je to lepší kvůli dodržování zásad bariérové péče.

Důležitá je i role sestry při ukončení hospitalizace. Zjistily jsme, že tím, jak jsou zde pacienti dlouhou řadu měsíců, tak jim sestry vše potřebné vysvětlí v průběhu pobytu. Pacienti jsou tedy na ukončení hospitalizace řádně připraveni a vědí, co bude následovat v domácím léčení. Mezi hlavní body patří to, aby sestra poučila pacienta o pravidelných kontrolách u plicního lékaře, případně co dělat v případě obtíží. Je i důležité, aby se léčebna předem spojila s plicním lékařem, kam bude pacient docházet, a ten byl již informován o pacientově diagnóze a zdravotním stavu. Důležité je pacientovi vysvětlit nutnost užívání léků. Je zde nutná také spolupráce se sociální sestrou, která pomáhá pacientovi začlenit se zpět do normálního života. Jak uvádí Kuzníková (61), cílem zdravotně sociálního pracovníka se tak stává citlivá pomoc, zaměřená na využití možné podpory k řešení krizových situací. Jak sestry uvedly, někdy se stane, že pacienti léky přestanou brát, a za pár měsíců jsou opět v léčebně, jelikož se jim tuberkulóza vrátila. Tím se může vytvořit i multirezistentní forma tuberkulózy, které je velmi těžko léčitelná. Po propuštění pacienta se většinou pokoj dezinfikuje, důkladně vyvětrá a vytře.

Také si myslíme, že by měl mít ošetřující personál více pod kontrolou své neverbální a verbální projevy během komunikace tak, aby bylo zabráněno nesrozumitelným situacím. Doporučujeme, aby se personál více věnoval zpětné vazbě při podávání informací pacientům a nezapomínal, že přes ústenku mohou být informace méně srozumitelné. Další negativní zážitek pacienti zmiňují při příchodu na izolační jednotku. Pacienti si stěžují na neútlunost a vybavení pokojů. Chybí jim zde televize, křeslo, kde by si mohli odpočinout od nepohodlné postele. Dodávají, že na ně pokoje

působí velmi studeně a smutně. Vzhledem k izolačnímu režimu chápeme nutnost strohého vybavení, nicméně navrhuje vymalovat zdi alespoň do teplých příjemných barev, které by určitě kladně působily na psychiku pacientů oproti bílé a šedé. Vymětal (60) ve své knize zmiňuje jako vhodnou kombinaci barev modrozelené, která uklidňuje a zároveň podporuje přátelskost a komunikaci. Dále doporučuje barvu žlutou, která znamená sílu, odolnost proti stresu, optimismus a pozitivitu. V některých léčebnách se vlivem podtlakové ventilace nesmí otevírat okna, tudíž pacientům chybí čerstvý vzduch.

Ze všech těchto výsledků vyplývá, že nejdůležitější je prvotní kontakt pacienta s léčebnou. Ten pak odráží celý pobyt zde. Navrhujeme, aby sestry věnovaly při příjmu pacientům více času a důkladně jim vysvětlily, co je čeká. Pacienti totiž pak mohou být zmatení a nerozumí své situaci. To má negativní dopad na léčbu i celkový psychický stav pacienta. Jak uvádí Mikuláščík (58), při komunikaci je důležitá správná výslovnost a srozumitelnost zejména u cizinců. Sestry jsou mnohdy jedinou osobou, s kterou pacient přijde při tomto dlouhém léčení do kontaktu. Proto je důležité, aby vzbuzovaly v pacientech důvěru. Právě Irmiš (59) zmiňuje, že v současné době je důvěra na obou stranách oslabena.

Také jsme se zaměřily na to, jaké jsou jednotlivé rozdíly mezi vybranými léčebnami. Vlivem našeho výzkumného šetření jsme zjistily, že rozdíly mezi jednotlivými zařízeními jsou opravdu diametrálně odlišné. Rozdíly vidíme v ošetrovatelské péči, v harmonogramu oddělení, ale i v dodržování izolačního režimu. Jak jsme zjistily, pouze jedno zařízení dodržuje izolační režim správně. I vybavení v tomto zařízení odpovídá všem normám izolačního pokoje. Nicméně na druhou stranu pacienti v tomto zařízení si nejvíce stěžují na nemožnost otevřít okna na pokojích, jelikož se zde nachází podtlaková ventilace. Také si zde více stěžují na striktní zákaz kouření a nemoci podívat se na chvíli ven. S pacienty zde nejsou takové problémy jako v ostatních zařízeních, zejména co se týče alkoholismu a agresivity. Pacienti jsou zde pod kamerovým dohledem, a tak ani není možné, aby pokoj opustili. V tomto zařízení pacienti daleko více vyzdvihují spokojenost se stravou. Personál jim vychází vstříc, i co se týče doplňků stravy, nebo požadavků, souvisejících s rozdílností kultur. Tato léčebna dokonce zajišťuje u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů kontakt s rodinou, i

pokud jde o cizince. V léčebně se nachází tlumočnick, a tak pacienti byli informováni o svém zdravotním stavu již od příjmu do léčebny. Také si zde pacienti nestěžují na nedostatek informací o své nemoci nebo léčebném režimu. To potvrzuje i naši domněnku. Tím, že mají pacienti dostatek informací, mají i svou nemoc více pod kontrolou a snižuje se u nich agresivita, případně strach a obavy.

Co naopak chybí v léčebnách, jsou programy pro pacienty. Ti nemají jak trávit volný čas, a pak s i stěžují, že se jim personál málo věnuje.

6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat náročnost ošetrovatelské péče ve specializovaných plicních léčebnách a zjistit specifické potřeby pacientů v těchto zařízeních. Dalším cílem bylo zjistit úlohu sestry při poskytování péče a zmapovat rozdíly v jednotlivých zařízeních. Všechny tyto cíle byly splněny. Na začátku byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývala tím, jakým způsobem je poskytována ošetrovatelská péče v plicních léčebnách. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění specifických potřeb pacientů v těchto zařízeních. Další výzkumná otázka se zabývala tím, jaká je role sestry při poskytování péče pacientům ve specializovaných plicních léčebnách. Poslední výzkumná otázka mapovala rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče v těchto zařízeních.

Odpovědi na výzkumné otázky měly zjistit, jaké jsou potřeby pacientů, co jim v léčebnách chybí a jak vnímají své onemocnění. Také měly přiblížit náročnost ošetrovatelské péče, zjistit rozdíly mezi jednotlivými léčebnami a problémy sester s pacienty. Všechny čtyři výzkumné otázky byly šetřením zodpovězeny. Bylo zjištěno, že ošetrovatelská péče v plicních léčebnách je velmi náročná. Náročnost spočívá především v dodržování bariérové ošetrovatelské péče a izolačního režimu u pacientů s tuberkulózou. Sestry považují za obtížné také to, že jsou zde pacienti hospitalizováni mnohdy řadu měsíců, dochází u nich k sociální izolaci, a tak jim musí umět pomoci tuto situaci zvládnout. V léčebnách přibývají i cizinci, není lehký úkol uspokojit u těchto pacientů jejich potřeby.

Sestry také považují za velmi obtížné pracovat s pacienty s různými plicními diagnózami. Musí umět provádět ošetrovatelskou péči u pacientů s astmatem, chronickou obstrukční nemocí, ale i u onkologicky nemocných pacientů a v neposlední řadě u pacientů s tuberkulózou. Z šetření vyplynulo, že sestřám dělá problém komunikovat s cizinci. Sestry se sice snaží poskytovat multikulturní ošetrovatelskou péči i s ohledem na respektování jejich národních a kulturních specifíků, nicméně byla odhalena místa, na která je nutno se v péči o tyto pacienty intenzivněji zaměřit.

Především se jedná o kvalitnější komunikaci prostřednictvím tlumočnicka nejen během celého pobytu pacienta, ale již při samotném příjmu do léčebny. Odpovědi pacientů dokazují spokojenost v oblasti stravování, sestry se snaží vyjít vstříc stravovacím návykům i u cizinců. Vyšlo najevo, že pacienti často porušují izolační režim, nicméně sestry se snaží vstřícným jednáním opakovaně pacientům vysvětlit nutnost dodržování těchto zásad. Rozdíly v jednotlivých zařízeních se projevují především v režimu oddělení, vybavení a kvalitě poskytované péče. Sestry si neuvědomují riziko tuberkulózy, a tak ani ony nedodržují zásady tak důsledně.

V otázce vnímání prostředí léčebny u pacientů bylo zjištěno, že pobyt na izolační jednotce je pro ně vnímán velmi negativně. Na pacienty působí izolační pokoj depresivně, vadí jim strohé vybavení a mnohdy ho přirovnávají k vězení. Pacientům také nevyhovuje zákaz otevírání oken. Dále vnímají jako traumatizující nemožnost opustit izolační pokoj, striktní zákaz kouření nebo nutnost používat ústenku. Nejvíce ze všeho chybějí pacientům programy, které by vyplnily jejich volný čas v léčebně. Potřeby jednotlivých pacientů souvisejí s onemocněním. Pacienti zde mají porušený spánek a dýchání. Vlivem tuberkulózy se často dostávají do popředí i spirituální potřeby. Pacienti berou své onemocnění jako životní zkoušku a mnohdy se obracejí k víře. Tuberkulóza je pro ně velmi stigmatizující, nejvíce se bojí, že přijdou o své zaměstnání.

Výsledky této práce budou předloženy jednotlivým léčebnám za účelem provedení změn týkající se vybavení. Na základě výsledků výzkumného šetření byla vytvořena informační brožura (viz příloha 3), která může být nápomocna jako zdroj informací pro pacienty hospitalizovaných v léčebnách.

7 Seznam použitých zdrojů

1. HOMOLKA, Jiří a Vladimír VOTAVA. *Tuberkulóza*. 4.vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2070-1.
2. BATES, Barbara. *Bargaining for life: a social history of tuberculosis, 1876-1938*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992. ISBN 08-122-1367.
3. JIREŠ, Jiří. *Albertinum: boj proti tuberkulóze a jiným nemocem*. Hradec Králové: ECC servis, 2005. ISBN 80-86857-03-4.
4. HNÁTEK, Jiří. Lázeňská léčba chronických onemocnění dýchacích cest. *Lékařské listy: odborná příloha zdravotnických novin*. 2010. **14**, 14-16. ISSN 0044-1996.
5. KOS, Stanislav. Obor TRN mění svůj název i náplň. *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*, 2007. **2**, 3. ISSN 044-1996.
6. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-198.
7. Gibson, G.John. Zdraví plic v Evropě: fakta a čísla. *Závažnost onemocnění plic a význam respirační péče v Evropě*. Olomouc: Solen, 2013. ISBN 978-80-7471-076-6.
8. NETVAL, Miroslav a Dalimil CHOCHOLÁČ. *Atlas ortopedické tuberkulózy*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2401-3.
9. KAŠÁK, Viktor. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře. Farmakoterapie pro praxi*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-325-1.
10. KAŠÁK, Viktor. Bronchiální astma. *Medicina pro praxi: časopis praktických lékařů*. 2010. **7** (8-9), 319-321. ISSN 1214-8687.

11. KOBLÍŽEK, Vladimír. *Chronická obstrukční plicní nemoc pohledem nových doporučení: souhrn aktuálního fenotypově zaměřeného standardu České pneumologické a ftizeologické společnosti pro internisty*. Brno: Ambit Media, 2013. ISBN 978-80-905474-0-7.
12. ANDREAS, Stefan et al. Smoking cessation in lung cancer - achievable and effective. *Dtsch Arztebl Int*, 2013. **110** (43), 719–24. ISSN 1866-0452.
13. KOS, Stanislav. Plicní léčebna Janov slouží již devadesát let. *Medical Tribune*. 2011. **7** (26), B7. ISSN 1214-8911.
14. KOPECKÝ, Michal. Možnosti plicní rehabilitace u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. *Postgraduální medicína*. 2015. **17**(1), 32-37 ISSN 1212-4184.
15. PRICE, David et al., 2011. Earlier diagnosis and earlier treatment of COPD in primary care. *Primary care respiratory journal*. **20** (1), 15-22. ISSN 1475- 1534.
16. PARÁKOVÁ, Z., E. PRCHALOVÁ a F. SALAJKA. *Aktuality oboru pneumologie, ftizeologie a ošetrovatelství: obstrukce, tuberkulóza: postgraduální kurz Paliativní a symptomatická péče v pneumologii*. Hradec Králové, 2010. ISBN 978-80-254-6939-2.
17. LTRN Janov [online].2015. [cit.2015-10-23] Dostupné z: <http://www.janov.cz/>.
18. KONEČNÝ, Radim. *Plicní sanatorium v Jablunkově*. Frýdek-Místek: Muzeum Beskyd, 2013. ISBN 978-80-86166-36-0.
19. ČTK. *V Sanatoriu Jablunkov skončila rekonstrukce za 20 milionů korun* [online]. [cit. 2015-10-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/v-sanatoriu-jablunkov-skoncila-rekonstrukce-za-20-milionu-korun-479703>.
20. Sanatorium Jablunkov [online].2015. [cit.2015-11-13] <http://www.sanatorium-jablunkov.cz/oddeleni/plicni-oddeleni>.

21. SCHNEEBERGER, Daniel. Program léčebné a preventivní péče ve Cvikově. *Alergie*. 2008. **10** (3), 183-185. ISSN 1212-3536.
22. Léčebna respiračních nemocí Cvikov [online] 2015 [cit.2015-10-24] Dostupné z: <http://www.lrnvcikov.cz/index.html>.
23. Odborný léčebný ústav Jevíčko [online] 2015 [cit.2015-11-01] Dostupné z: <http://www.olujevicko.cz/>.
24. Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.[online] 2015 [cit.2015-11-01] Dostupné z: <http://www.olupaseka.cz/>.
25. DYER, Carol A. *Tuberculosis*. Santa Barbara, Calif.: Greenwood, 2010, Biographies of disease. ISBN 03-133-7212-8.
26. WOUK, Henry. *Tuberculosis*. New York: Marshall Cavendish Benchmark, Health alert. 2010. ISBN 07-614-3979.
27. Vyhláška č. 299/2010 Sb. ze dne 25.10.2010 kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. In. Sbírka zákonů České Republiky. Částka 110, s.4244 [online]. [cit.2015-10-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/vyhlasaka-c299/2010-sb-_2464_5.html.
28. CHLÍBEK, R., J. SMETANA a P. KOSINA. *Lexikon očkovacích látek dostupných v ČR*. Olomouc: Solen, 2010. ISBN 978-80-87327-28-9.
29. KOLEK, V., V. KAŠÁK a M. VAŠÁKOVÁ. *Pneumologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-387-9.
30. ZATLOUKAL, Petr. Tuberkulóza. *Lékařské listy*. 2007. **2**, 30-31 ISSN 0044-1996.
31. BARTŮ, Václava. Tuberkulóza – onemocnění stále aktuální. *Postgraduální medicína*. 2008. (4), 360-363. ISSN 1212-4184.

32. World Health Organization. *Causes of COPD*. 2013. [online]. [citováno 2015-11-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/respiratory/copd/causes/en/>.
33. GULÁŠOVÁ, I., J. BREZA, I. RIEDL. Péče o pacienty s CHOPN. *Sestra*. 2013. (10), 38-39. ISSN 1210 - 0404 .
34. BAULDOFFY Gerene S., When breathing is a burden: How to help patients with COPD. *American Nurse Today*. 4 (9), 17-24. ISSN 9030-5583.
35. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.[online].[cit.2015-10-11]
Dostupné z <http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/guideline-531.pdf>.
36. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
37. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů 258/2000 Sb. ze dne 14.července 2000. In. Sbírka předpisů České republiky. Částka 74, s. 15 [online]. [cit.2015-06-12]. Dostupné z: <http://www.desinsekta.cz/share/download/legislativa/258-2000.pdf>.
38. Vyhláška č. 195/2005 Sb. ze dne 1. července 2005 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče novelizován předpisem č. 306/2012 Sb dne 12. září 2012.. In. Sbírka zákonů České republiky. Částka 71, [online].[cit.2015-06-12].
Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_legislativa/files/195_2005.pdf.
39. PODSTRATOVÁ, Renata. Péče o pacienty s infekčním onemocněním. *Sestra*, 2011. 4, 52-56. ISSN 1210-0404.
40. ROZSYPAL, Hanuš a Michal HOLUB. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 80-246-2197-5.

41. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1830-8.
42. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
43. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
44. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 978-807-0133-248.
45. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-3223-8.
46. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
47. FRANK G. GOBLE a with a foreword by Abraham Maslow. *The third force: the psychology of Abraham Maslow*. New York: Washington Square Press, 1970. ISBN 978-067-1421-748.
48. NĚMCOVÁ, Jitka. Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010. 6 (1), 6-9. ISSN 1801 – 1349.
49. KOZIER, B., G. L. ERB a R. OLIVIERI. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
50. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
51. STANWORTH, Rachel. *Recognizing spiritual needs in people who are dying*. New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 01-985-2511-7.

52. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
53. MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN. *Palliative care nursing: quality care to the end of life. Fourth edition*. 2014. ISBN 08-261-9635-7.
54. VARJASIOVÁ, Zuzana a Renata KNEZOVIC. Vplyv životného štýlu na kvalitu života pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc. *Florence*, 2010. **6**(12), 32-36. ISSN 1801-464.
55. SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
56. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
57. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
58. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
59. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5788-9.
60. VYMĚTAL, Jan a Petr BARTŮNĚK. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.
61. KUZNÍKOVÁ. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

8 Přílohy

Příloha 1 - Polostrukturovaný rozhovor - sestry

Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor – pacienti

Příloha 3 – Informační brožura

Příloha 1 - Polostrukturovaný rozhovor - sestry

1. Jak dlouho pracujete v plicní léčebně?
2. S jakými onemocněními se zde setkáváte?
3. Jaké máte vybavení na pokoji?
4. Setkala jste se v průběhu své praxe s onemocněním tuberkulózou u zdravotnického personálu?
5. Jakým způsobem probíhá ukončení hospitalizace a následná dispenzarizace pacienta?
6. Jakým způsobem funguje hygienický filtr?
7. V čem vidíte náročnost práce v plicní léčebně?
8. V čem vidíte pozitiva Vaší léčebny?
9. Jsou u Vás preventivní prohlídky v rámci léčebny?
10. Používáte individuální jednorázové pomůcky nebo na opakované použití?
11. Jak zde manipulujete s biologickým materiálem a zdravotnickým odpadem? Jaká zde máte izolační opatření u pacientů?
12. Jaká zde máte izolační opatření u pacientů?
13. Jak jsou pacienti rozmístěni v zařízení?
14. S jakými problémy se zde setkáváte?
15. Jaké jsou nejčastější potřeby pacientů?
16. Mají pacienti dostatek znalostí o své nemoci? (dodržování izolačního režimu)
17. Jak probíhá u Vás informovanost pacienta o zásadách bariérové péče?
18. Používáte pro názornost informační pomůcky? (leták, brožura)
19. Máte v léčebně programy zaměřující se na odvykání kouření?
20. Co následuje po propuštění pacienta? Jaká opatření na pokoji?
21. Můžete mi vyjmenovat, jaké zásady dodržujete při ošetřování pacienta?
22. V čem spočívá léčba u Vás?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor – pacienti

1. Kolik je Vám let? Jaké je Vaše zaměstnání?
2. Jakým trpíte onemocněním, kde jste se nakazil/a?
3. Jaké byly Vaše prvotní příznaky?
4. Kouříte? Pokud ano, kolik cigaret denně vykouříte?
5. Jak často kašlete?
6. Byl/a jste poučen/a, co máte dělat, pokud se Vám špatně dýchá?
7. Cítíte omezení v denních činnostech?
8. Máte problémy se spánkem? Jak se cítíte po probuzení?
9. Jaké užíváte léky? Znáte jejich správné dávkování?
10. Jaké činnosti u Vás sestry nejčastěji vykonávají?
11. Jak probíhá podání informací ze strany sester o léčbě, onemocnění, izolačním režimu?
12. Jsou otázky srozumitelné a dostačující?
13. Jakým způsobem Vás sestra poučila o odběru hlenu?
14. Máte z něčeho strach, obavu?
15. Jakým způsobem zde probíhá stravování? Jste spokojen/a se stravou?
16. Byl/a jste kvůli nemoci někdy hospitalizovaný/a v nemocnici?
17. Co Vám pomáhá vyrovnat se s onemocněním?
18. Přijde Vám léčba účinná?
19. Má Vaše léčba nějaké vedlejší účinky?
20. Nosí k Vám sestry ústenky, rukavice, ochranný plášť, přezouvají se?
21. Jak na Vás působí pobyt v léčebně?
22. Setkal/a jste se někdy s negativní reakcí na Vaše onemocnění v léčebně?
23. Je Vám rodina oporou?
24. Jakým způsobem dodržujete izolační režim?
25. Je něco co Vám zde chybí?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3 - Informační brožura

Plicní léčebny v České republice



Plicní léčebna Humpolec

- www.vysocinskenemocnice.cz, plicnilecebna@vysocinskenemocnice.cz)
- tel. 565 532 13, 565 532 014, 565 534 321

Léčebna TRN (tuberkulózy a respiračních nemocí) Janov

- www.janov.cz, ltrn@janov.cz
- tel. 371 5783 010, 378 512 119

Sanatorium Jablunkov, a.s

- www.sanatorium-jablunkov.cz, sekretariat@sanatorium-jablunkov.cz
- tel. 558 357 291

Léčebna respiračních nemocí Cvikov

- www.lrnvcikov.cz, hana.horcickova@lrnvcikov.cz
- tel. 487 714501

Odborný léčebný ústav Jevíčko

- www.olujevicko.cz, olujevicko@olujevicko.cz
- tel. 461 550 711

Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.

- www.olupaseka.cz, henarova@olupaseka.cz
- tel. 585 007 999

Albertinum, odborná léčebný ústav, Žamberk

- www.albertinum-olu.cz, zabkova@albertinum-olu.cz
- tel. 465 677 819

Léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, Nemocnice České Budějovice, a.s.

- www.nemcb.cz/oddeleni/lecebna-tuberkulozy-a-respiracnich-onemocneni/,
plicnilecebna@nemcb.cz
- tel. 387 878 311

Plicní léčebna Humpolec

Zajišťuje specializovanou léčebnou péči pacientům s nemocemi průdušek, plic a pohrudnice, především nemocným s chronickým průběhem s přidruženými chorobami.

V rehabilitační části se zaměřuje na dechovou a pohybovou rehabilitaci nemocných, zejména na aplikace léčebných inhalací a základních rehabilitačních postupů.

Součástí areálu je parková zóna v areálu léčebny.



o léčebně:

- má dvě oddělení s 80-ti lůžky ve dvou až čtyřlůžkových pokojích, z nichž část disponuje vlastním sociálním zařízením
- délka pobytu se pohybuje podle zdravotního stavu
- nabízí: uložení depozit, finanční hotovosti a cenností hospitalizovaných
- na pokojích možnost zapůjčení TV za poplatek 20 Kč/den
- možnost využití nadstandardních pokojů a služeb

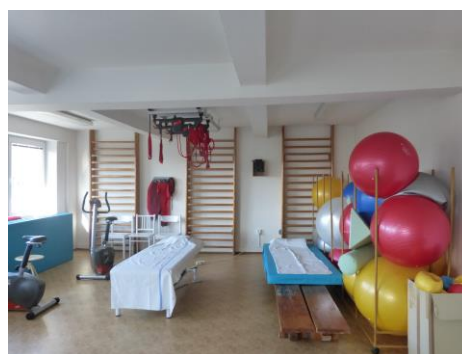


Léčebna TRN Janov

Jde o odborný léčebný ústav s nadregionální působností. Specializuje se na CHOPN, astma bronchiale s následnou rekondicí, pneumonii a tuberkulózu.

Zajišťuje dále komplexní medikamentózní léčbu všech základních onemocnění dýchacího traktu včetně komplikujících stavů (interních, neurologických, postižení pohybového aparátu...).

Léčebna dále umožňuje léčbu inhalační a rehabilitační, léčbu kyslíkem, elektroléčbu, léčebnou výživu a klimatoterapii.



o léčebně:

- celkový počet lůžek je 170 (130 následně specializované péče, 40 sociálních lůžek)
- návštěvy pacientů je možné uskutečnit denně od 13.00 – 19.00 hod a o víkendu již od 12.00 – 19.00 hod
- do 15 let pro návštěvníky platí zákaz vstupu



Sanatorium Jablunkov

Nachází se zde dvě plicní oddělení. Na prvním je prováděna komplexní diagnostická a endoskopická léčebná péče o pacienty s onemocněním dýchacího ústrojí. Zejména záněty průdušek a plic, obstrukční poruchy (CHOPN, astma), nádorová onemocnění a chronické nemoci jako např. fibrózy.

Druhé oddělení je vyhrazeno pro diagnostiku a léčbu TBC.



o léčebně:

- 27 lůžek pro léčbu TBC
- 51 lůžek pro ostatní plicní nemoci
- nabízí zde možnost využití kadeřnických a holičských služeb
- spirituální péče v kapli, i u lůžka
- prodejna s denním tiskem
- návštěvy denně od 13.00 – 17.00 hod
- vstup na oddělení je zakázán dětem do 10-ti let



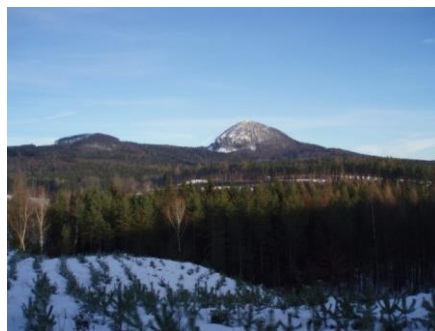
Léčebna respiračních nemocí Cvikov

Zaměřena na léčbu a diagnostiku onemocnění plic a průdušek dospělých pacientů. Součástí je i zařízení, které má speciální zdravotnické zařízení zaměřené na léčbu dětských pacientů.

Základní náplní je léčba chronických plicních onemocnění, chronického kašle a plicních zánětů. Dále se specializuje na léčbu pacientů s tuberkulózou plic.

o léčebně:

- nachází se v lesoparku o rozloze 9,5 hektaru
- výhodné bioklimatické podmínky
- součástí léčebny je i alergologická poradna
- zajištění diet



Odborný léčebný ústav Jevíčko

Poskytuje služby v oblastech pneumologie a fizeologie, léčebné rehabilitace a diagnostikuje se zde a léčí tuberkulóza všech lokalizací.

Léčebna má celorepublikovou působnost. Vyskytují se zde i specializovaná pracoviště pneumologického oddělení, kde se nachází zákrokový sál. Mohou se zde provádět bronchoskopie, punkce pohrudniční dutiny nebo funkční vyšetření plic.

o léčebně:

- 176 lůžek pro hospitalizační léčbu
- komplex ambulancí
- u dlouhodoběji hospitalizovaných pacientů možnost vyprání prádla za symbolický poplatek
- od roku 2015 zde provádějí dechovou rehabilitaci se speciálními pomůckami



Odborný léčebný ústav Paseka

Léčebna má k dispozici pneumologické oddělení léčící pacienty s aktivní plicní tuberkulózou. Ročně je zde hospitalizováno asi 660 pacientů. Akutní stavy se přijímají 24 hodin denně.

Je zde prováděna kompletní diagnostika onemocnění s využitím bronchoskopického a cytologického pracoviště.



o léčebně:

- je zde k dispozici možnost připojení na internet za 70 Kč
- je zde prováděna bazální stimulace
- 110 lůžek pro pacienty s tuberkulózou a respiračními nemocemi
- návštěvy od 14.00 – 16.30 hod, v sobotu a v neděli – 13.00 – 17.00 hod
- zákaz alkoholu
- možnost služeb – holič, kadeřnictví, pedikúra
- náboženské obřady – mše
- televize – pouze do 21 hod



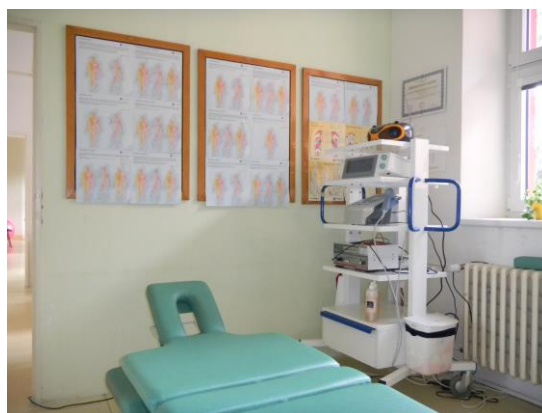
Albertinum, odborná léčebný ústav, Žamberk

Oddělení pneumologie a ftizeologie je zaměřeno na diagnostiku a léčbu onemocnění dýchacího ústrojí, zejména zánět průdušek a plic, nádorové onemocnění a tuberkulózy. Péče je poskytována na vysoké profesionální a lidské úrovni.

Součástí léčebného režimu na plicním oddělení je také dechová a pohybová rehabilitace.

o léčebně:

- 106 lůžek
- poskytování informací rodině pouze na základě hesel
- návštěvy od 13.00 – 17.00 hod každý den
- zajištěné ekumenické duchovní péče
- do 15-ti let je vstup zakázán



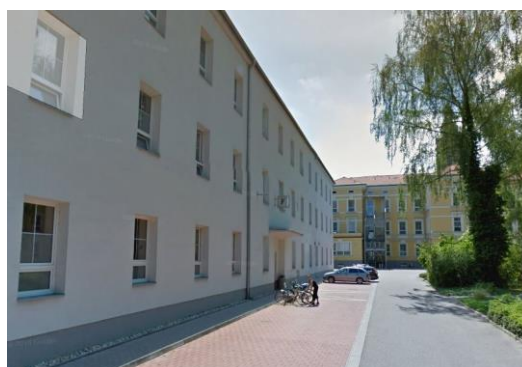
Léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, Nemocnice České Budějovice

Léčebna se skládá z 2 lůžkových oddělení a to ze standardního oddělení a izolační jednotky pro léčbu pacientů s tuberkulózou.

Izolační jednotka je určena pro léčbu pacientů s infekční formou TBC. Disponuje 15-ti lůžky a podléhá zvláštnímu režimu. Pokoje jsou vybaveny podtlakovou ventilací, sociálním zařízením, televizorem, videotelefonem a kamerovým systémem k monitoraci pacientů.

o léčebně:

- vstup je zakázán osobám do 18 let a těhotným ženám
- veškeré návštěvy jsou vybaveny ochrannými pomůckami a jejich vstup podléhá evidenci



Při příjmu pacienta do léčebny je třeba mít s sebou

- doporučení od praktického (nebo odborného) lékaře, případně propouštěcí zprávu z nemocnice
- občanský průkaz
- kartičku zdravotní pojišťovny
- hygienické potřeby
 - tekuté mýdlo
 - šampon
 - pastu na zuby, kartáček na zuby
 - hřeben
 - toaletní papír
 - potřeby na holení (u mužů)
- domácí obuv, ponožky, spodní prádlo
- župan



Co si s sebou nebrat

- vlastní elektrické přístroje (elektrické konvice, ponorné vařiče)
- vkladní knížky, platební karty
- větší finanční obnos
- cennosti (šperky, zlato)

Zdroje informační brožury:

1. Plicní léčebna Humpolec [online] 2016 [cit.2016-05-01] Dostupné z: <http://www.vysocinskenemocnice.cz/cz/s1058/Uvod/Plicni-lecebna-Humpolec/c2175-Plicni-lecebna-Humpolec>
2. Léčebna TRN Janov – zdroj vlastní
3. Sanatorium Jablunkov [online] 2016 [cit.2016-05-01] Dostupné z: - <http://www.sanatorium-jablunkov.cz/>
4. Léčebna respiračních nemocí Cvikov [online] 2016 [cit.2016-05-01] Dostupné z: <http://www.lrn cvikov.cz/>
5. Odborný léčebný ústav Jevíčko – zdroj vlastní
6. Odborný léčebný ústav Paseka [online] 2016 [cit.2016-05-01] Dostupné z: <http://www.olupaseka.cz/>
7. Albertinum, odborný léčebný ústav Žamberk [online] 2016 [cit.2016-05-01] Dostupné z: <http://www.albertinum-olu.cz/>
8. Léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, České Budějovice – zdroj vlastní