



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

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

Bakalářská práce

# Edukace klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí v rámci účinného léčebného režimu

Vypracovala: Petra Chalupová  
Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2015

## Abstrakt

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a zabývá se problematikou edukace klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (dále jen „CHOPN“) v rámci účinného léčebného režimu.

Teoretická část se se snaží komplexně shrnout problematiku CHOPN, zabývá se definicí daného onemocnění, rizikovými faktory vzniku, příznaky, diagnostikou, terapií a ošetrovatelskou péčí u daného onemocnění. Vzhledem k důležitému rizikovému faktoru kouření je další oblast zaměřena na závislost na tabáku a s tím spojenou problematiku odvykání kouření a možné využití metody motivačního rozhovoru při léčbě závislosti na tabáku. Další oblastí, kterou nelze v teoretické části opomenout, je edukace u klientů s CHOPN.

Empirická část naší práce přináší výsledky z kvalitativního přístupu výzkumného šetření. Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo odkrývání jevů v účinné edukaci klientů s CHOPN v rámci ošetrovatelské péče v Léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění v Nemocnici České Budějovice, a.s. (dále jen „plicní léčebna“ nebo také „oddělení“). Byl tedy stanoven hlavní cíl, z něhož vychází jak cíl akademický, tak praktický. Tyto cíle byly rozpracovány a následně jsme za tímto účelem stanovili následující dílčí cíle. Cíl první: Zjistit, zda edukace u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí je účinná. Cíl druhý: Zjistit, v jakých oblastech sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí. Cíl třetí: Zjistit spokojenost klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí s edukací sester. Cíl čtvrtý: Zjistit znalosti sester o motivačním rozhovoru. Na základě těchto cílů byly stanoveny výzkumné otázky.

K naplnění cílů výzkumného šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru jak se sestrami, tak pro posílení validity i s klienty s CHOPN. Výzkumný soubor byl tedy tvořen dvěma skupinami, a to pěti sestrami pracujícími v plicní léčebně a osmi klienty, kteří byli na výše zmíněném oddělení hospitalizováni. Polostrukturovaný rozhovor vedený se sestrami byl zaměřen na zjištění edukační činnosti sestry na daném oddělení, otázky byly směřovány na průběh edukace v plicní

léčebně, použité edukační pomůcky, obsah edukace, využívání zpětné vazby, na edukaci zaměřenou na odvykání kouření a v neposlední řadě i na motivační rozhovor. U klientů s CHOPN nás především zajímalo, jak oni sami hodnotí edukaci sestrou, jakým způsobem dodržují léčebný režim, dále pak byly pokládány otázky zaměřené na obsah edukace pro posílení validity výzkumného šetření. Pro fixaci výsledků bylo použito nahrávací zařízení a následný ruční přepis rozhovorů či ruční záznam. Výsledky byly podrobeny důkladné analýze pomocí kódování a pro přehlednost byly nejdůležitější výsledky dány do tabulek či schémat.

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že edukace v plicní léčebně začíná pedagogickou diagnostikou při příjmu klienta a to pomocí metody individuálního rozhovoru, kde sestry zjišťují dosavadní znalosti klientů o užívání inhalačních léků, posléze se edukace zaměřuje na vhodnou stravu a dechovou rehabilitaci. Bylo zjištěno, že správné používání inhalační pomůcky klienti z velké části zapomenou a při další hospitalizaci se danou problematikou učí znovu. Jako možné vyřešení tohoto problému uvádíme aktivní nabízení edukačních materiálů nejenom klientům, nýbrž i rodině. Stravu klienti vůbec neuvádějí; dle našeho názoru tuto oblast nepovažují za důležitou a vše naučené zapomenou. Bylo zjištěno, že všechny sestry využívají při edukaci zpětnou vazbu ke zhodnocení účinnosti edukačního procesu. Z toho lze usuzovat, že edukace, která probíhá na tomto oddělení, je efektivní u části klientů pouze po dobu hospitalizace, ale po propuštění do domácího prostředí část klientů naučené zapomene, neboť nedochází k reedukaci v domácím prostředí. Edukace ohledně odvykání kouření v plicní léčebně neprobíhá, sestry doporučují klientům centrum léčby závislosti na tabáku. Všichni klienti se shodli, že sestry si udělají vždy dostatek času pro edukaci a všichni jsou spokojeni s předáváním vědomostí a dovedností v plicní léčebně. Vzhledem k tomu, že sestry nemají dostatečné znalosti, jak jsme v rámci výzkumného šetření zjistili, o terapeutické metodě motivačního rozhovoru, navrhujeme absolvovat kurz. Domníváme se, že začlenění metody motivačního rozhovoru do praxe by pomohlo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče v rámci edukace v plicní léčebně.

Pevně věříme, že všechny dané poznatky, které jsme získali při tvorbě této bakalářské práce, v budoucnu využiji ve své práci sestry. Výsledky výzkumného šetření mohou sloužit také pro další vědecké bádání v této oblasti.

**Klíčová slova:** Edukace, chronická obstrukční plicní nemoc, motivační rozhovor, kouření, sestra, pacient

## **Abstract**

This thesis is divided into two parts and is dedicated to the education of clients with the chronic obstructive pulmonary disease (hereinafter "COPD") in the effective treatment regime.

The theoretical part is trying to comprehensively summarize the issue of COPD, deals with the definition of the disease, risk factors, symptoms, diagnosis, treatment and nursing care in this disease. Due to the important risk factor of smoking the other part is focused on the tobacco dependence and the associated problems of smoking which is cessation methods and a possible use of motivational interviewing in the treatment of tobacco dependence. Another area that can not be overlooked in the theoretical part is education of clients with COPD.

The empirical part of our work presents the results of the qualitative research approach. The main objective of our research was to uncover phenomenas in the effective education of clients with COPD within the nursing care in the Sanatorium of tuberculosis and respiratory diseases in the Hospital in Czech Budejovice, (hereinafter referred to as "pulmonary clinic" or "department"). Therefore, it was determined the main objective which is base for both objectives - academic and practical. These objectives were developed and subsequently we set the following particular objectives. Objective One: Determine whether the education of clients with the chronic obstructive pulmonary disease is effective. Objective Two: Identify the areas in which nurses educated clients with the chronic obstructive pulmonary disease. Objective Three: Determine the client's satisfaction with the education of nurses. Objective Four: Find out the nurse's knowledge of motivational interviewing. Based on these objectives, research questions were appointed.

To meet the objectives of the research method was used the semistructured interview with nurses and to strengthen the validity also with clients with COPD. The research group thus was consisted of two groups - with five nurses working in the pulmonary rehab, and eight clients who were at the above mentioned department hospitalized. The semi-structured interview conducted with nurses focused on

determining of the educational activities of nurses in the department. The questions were directed to the progress of the education in the pulmonary clinic, educational aids used, the content of education, use of the feedback, to the education aimed at the smoking cessation and last but not least, the motivation interview. We were particularly interested in how clients with COPD evaluate education by nurses, how they comply with the treatment regime, then there were asked questions focused on the content of education to strengthen the validity of the research. For listing of the results was used a recording device and then manually transcribing interviews or manual records. The results were analyzed in depth by coding and the most important results were given in tables or diagrams.

From the results of the survey was found out that the education in the pulmonary clinic begins with pedagogic diagnostics during the client's intake using methods of the individual interview, where nurses are finding clients' existing knowledge on the use of inhaled medications, then the education focuses on a proper diet and the respiratory rehabilitation. It was found out that the proper use of inhalation aids clients largely forget and during the further hospitalization they learn it again. As a possible solution to this problem, we recommend offering educational materials not only clients, but also to their families. Clients do not mention a diet at all. In our opinion they do not consider it important and they forget everything they learned. It was found out that all nurses use in educating the feedback to evaluate the effectiveness of the educational process. This suggests that the education that takes place in this department is effective only for the part of clients during their hospitalization, but after being released into the home environment of the clients, the knowledge is forgotten because there is no re-education in their home environment. There is no education regarding the smoking cessation in the pulmonary hospital. Nurses recommend clients a treatment center for the tobacco dependence. All clients agree that nurses have always enough time for the education and all are satisfied with the transfer of knowledge and skills in the pulmonary clinic. Given that nurses do not have sufficient knowledge, how we found, regarding the therapeutic method of motivational interviewing, we propose to take a course. We

believe that the inclusion of motivational interviewing methods into practice would help to improve the quality of nursing care within the education in the pulmonary clinic.

We firmly believe that all the knowledge we have gained in the creation of this work, I will use in the future in my work. The results of the research can also be used to a further scientific research in this area.

**Key words:** Education, chronic obstructive pulmonary disease, motivational interviewing, smoking, nurse, patient

## **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 4. 5. 2015

.....

Petra Chalupová



## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat především Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za cenné rady, ochotu a trpělivost a dále také všem těm, kteří mi umožnili realizovat výzkumné šetření.

## Obsah

Úvod.....	13
1. Současný stav .....	14
1.1 Chronická obstrukční plicní nemoc .....	14
1.1.1 Etiologie chronické obstrukční plicní nemoci .....	15
1.1.2 Klinický obraz chronické obstrukční plicní nemoci.....	16
1.1.3 Diagnostika chronické obstrukční plicní nemoci.....	17
1.1.4 Léčba chronické obstrukční plicní nemoci .....	18
1.1.5 Ošetrovatelská péče o klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí .....	20
1.2 Kouření v souvislosti s chronickou obstrukční plicní nemocí.....	23
1.2.1 Závislost na tabáku a abstinenční příznaky u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí .....	24
1.2.2 Léčba závislosti na tabáku u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí .....	25
1.2.3 Motivační rozhovor a jeho možné využití sestrou při odvykání kouření u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí.....	26
1.3 Edukace u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí.....	28
1.3.1 Sestra v roli edukátorky .....	31
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	33
2.1 Cíle práce .....	33
2.2 Výzkumné otázky práce .....	34
3. Metodika .....	35
3.1 Použité metody .....	35
3.2 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru .....	35
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	37
3.3.1 Schéma výzkumu .....	40
4. Výsledky výzkumného šetření.....	41
4.1 Edukační činnost sestry v plicní léčebně.....	41
4.2 Hodnocení edukační činnosti sestry klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí .....	48
4.3 Shrnutí výsledků empirického šetření .....	56
5. Diskuze .....	57
6. Závěr .....	64
7. Seznam použité literatury .....	66

8.	Seznam příloh.....	71
----	--------------------	----

## Seznam použitých zkratek

- AAT -  $\alpha_1$ -antitrypsin  
AE - Acute exacerbation  
BMI - Body mass index  
CT - Výpočetní tomografie  
D - Dech  
DDOT - Dlouhodobá domácí léčba kyslíkem  
DDC - Dolní dýchací cesty  
DM - Diabetes mellitus  
EKG - Elektrokardiografie  
FEV<sub>1</sub> - Jednosekundová vitální kapacita  
FFMI - Fat free mass index  
FVC - usilovná vitální kapacita  
GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease  
CHOPN - Chronická obstrukční plicní nemoc  
IM - Infarkt myokardu  
NIIPPV - Neinvazivní ventilační podpora s intermitentním pozitivním tlakem  
P – Puls  
SLZT - Společnost pro léčbu závislosti na tabáku  
TK - Krevní tlak  
TT - Tělesná teplota  
VO – Výzkumná otázka

## Úvod

Téma této bakalářské práce „Edukace klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí v rámci účinného léčebného režimu“ jsem se rozhodla zvolit díky předmětu ošetrovatelská péče o nemocné v interních oborech, při kterém mě toto onemocnění zaujalo (dále také „CHOPN“). Z tohoto důvodu jsem se zaměřila na prohloubení mých vědomostí týkající se této problematiky napsáním bakalářské práce, neboť se chci dále ve svém profesním životě tímto směrem specializovat.

V důsledku CHOPN ročně ve světě umírají přibližně tři milióny lidí. Z tohoto hlediska je v práci sestry velmi důležité, aby dokázala účinně edukovat klienty s CHOPN v rámci efektivního léčebného režimu a tím zvýšila kvalitu jejich života v rámci onemocnění a zamezila negativní progresi choroby.

V souvislosti s efektivní edukací klienta se otevírá prostor pro využití terapeutické metody motivačního rozhovoru v práci sestry, který je zaměřen na podporu vnitřní motivace při změně chování klienta. Tato metoda může pozitivně ovlivnit závislost klienta na tabákových výrobcích. Vzhledem k tomu, že jsou klienti s CHOPN velmi často zároveň kuřáky, je vhodné předejít zhoršování jejich zdravotního stavu vlivem kouření.

Hlavním cílem této bakalářské práce je odkrývání jevů v účinné edukaci klientů s CHOPN v rámci ošetrovatelské péče, z něhož vychází jak cíl akademický, tak cíl praktický. Následně jsme za tímto účelem stanovili dílčí cíle. Prvním z nich je zjistit, zda edukace probíhající v plicní léčebně u klientů s CHOPN je účinná. Současně považujeme za důležité také zjistit, v jakých oblastech sestry edukují klienty s CHOPN a jak jsou klienti s CHOPN s edukací sester spokojeni. Vzhledem k tomu, že chceme touto prací poukázat na terapeutickou metodu motivačního rozhovoru a možnost jeho začlenění v rámci edukace, budeme dále zjišťovat znalosti sester o motivačním rozhovoru.

## 1. Současný stav

### 1.1 Chronická obstrukční plicní nemoc

Pro vstup do problematiky naší bakalářské práce je důležité definovat, co je chronická obstrukční plicní nemoc. Jedna z definic, která vychází z globálně přijatého dokumentu, který vydala Světová iniciativa proti CHOPN GOLD neboli Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, inovovaného v listopadu 2006: „CHOPN je léčitelné onemocnění, kterému lze předcházet a které má významné mimoplicní účinky, jež mohou přispívat k jeho závažnosti u jednotlivých nemocných. Plicní složka CHOPN je charakterizována omezením průtoku vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí), které není plně reverzibilní. Bronchiální obstrukce obvykle progreduje a je spojena s abnormální zánětlivou odezvou na škodlivé částice a plyny.“ (Souček, 2011, s. 258).

Definice CHOPN obsahuje dvě entity, a to plicní emfyzém a chronickou bronchitidu. Tyto základní komponenty CHOPN jsou vymezeny odlišným způsobem (Dítě, 2005). „Chronická bronchitida v klinických termínech, emfyzém naproti tomu v termínech anatomických. Chronická bronchitida je charakterizována produktivním kašlem trvajícím déle než tři měsíce v nejméně dvou po sobě následujících letech, přičemž je nutné vyloučit jinou příčinu kašle. Plicní emfyzém je název pro abnormální trvalé rozšíření dýchacích cest periferně od terminálních bronchiolů, spojené s destrukcí jejich stěn bez přítomnosti fibrózy.“ (Dítě, 2005, s. 191).

Na toto onemocnění umírají ve světě ročně přibližně tři milióny lidí, v Evropě je to ročně přibližně 20 000 - 30 000 úmrtí (Gulášová, Breza, Riedl, 2013).

CHOPN se obvykle objevuje u dlouhodobých kuřáků, především ve středním věku; mnohdy jsou přítomna i další onemocnění spojená se stárnutím nebo s nikotinismem. Je důležité zdůraznit, že osoby trpící touto chorobou mají vyšší riziko infarktu myokardu, nemocí dýchacího traktu, anginy pectoris, osteoporózy, depresí, potíží se spánkem, diabetu, anémie. Také je obvyklá kombinace bronchogenního karcinomu a CHOPN, která je důsledkem společné záliby v kouření (Souček, 2011).

Na závažnosti onemocnění přidává fakt, že tato choroba je jedním z nejčastějších důvodů chronické respirační nedostatečnosti (Karges, Dahouk, 2011).

Na závěr této statě je nutné také zdůraznit, že každá nemoc má vliv na biologickou, psychickou i sociální stránku člověka. Je tomu tak i u CHOPN. Pokud chápeme člověka v jeho komplexnosti, je pro nás důležité toto také zohlednit. Klienty s CHOPN trápí většinou dušnost, která jim mnohdy znemožňuje vykonávat běžné denní aktivity. Toto vede k depresím, smutku, úzkosti. Klienti mohou finančně strádat, protože z důvodu své nemoci museli odejít do předčasného důchodu a navíc mnohdy potřebují i pomoc s chodem domácnosti (Robinson, Scullion, 2009).

### 1.1.1 *Etiologie chronické obstrukční plicní nemoci*

Pro naši práci je důležité pochopit, jaké jsou příčiny vzniku CHOPN. Z tohoto důvodu uvádíme faktory, které působí na vznik tohoto onemocnění. Jak již bylo uvedeno, pod onemocnění CHOPN se zahrnuje plicní emfyzém a chronická bronchitida. Příčiny vzniku CHOPN je možno rozdělit do dvou kategorií.

Do první kategorie lze zařadit zevní rizikové faktory, mezi které patří především kouření cigaret, ale i vodní dýmky, doutníků či marihuany i elektronické cigarety. Na vzniku tohoto onemocnění se může podílet i pasivní kouření, a to především v dětství. Klienti, u nichž je zjištěno CHOPN a jsou zároveň kuřáky, mají obvykle závažnější příznaky, rychlejší snížení plicních funkcí, vyšší úmrtnost oproti klientům, kteří jsou nekuřáci a mají diagnostikovanou CHOPN. Dále je velmi zajímavé, že ženy při stejném množství vykouřených cigaret jako muži, mají více příznaků než opačné pohlaví (Koblížek, 2013). Této tématice se budeme podrobněji věnovat v kapitole s názvem Kouření v souvislosti s chronickou obstrukční plicní nemocí.

Mezi další rizikové faktory vzniku tohoto onemocnění řadíme nízkou hmotnost při porodu i nepříznivou socioekonomickou situaci. Na vzniku onemocnění se může mimo jiné podílet i dlouhodobý pobyt v obydlích, kde je vlhko a výskyt plísní, také přítomnost

oxidu siřičitého, oxidy dusíku a formaldehydu, dále i opakující se bakteriální i virové infekce dýchacího ústrojí (Koblížek, 2013).

Do druhé kategorie rizikových faktorů řadíme endogenní faktory neboli faktory hostitele. Do této skupiny patří zvýšená reaktivita dýchacího ústrojí, jako příklad uvádíme asthma bronchiale a mohou se podílet i genetické činitele jako deficit  $\alpha_1$ -antitrypsinu, dysgamaglobulinémie, hypogamaglobunémie (Klener, 2006). Dvakrát častější je výskyt chronické bronchitidy u mužů než u žen a počet nemocných vzrůstá se stoupajícím věkem, což je dáno do souvislosti s delší dobou vystavování se škodlivinám (Navrátil, 2008).

### 1.1.2 *Klinický obraz chronické obstrukční plicní nemoci*

Mezi nejčastější klinický příznak CHOPN patří především pocit dušnosti, který se objevuje zprvu při větší fyzické námaze, posléze se projevuje dušnost i během obvyklých denních aktivit a v nejhorším případě se vyskytuje dušnost už v klidu. Mezi další příznak CHOPN patří kašel, u zhruba dvou třetin klientů bývá s expektorací, v tomto případě se jedná o bronchitický fenotyp. Klienti, kteří pocítují pouze dušnost, avšak jsou bez přítomnosti produktivního kašle, patří do emfyzematického fenotypu. Někteří klienti mají mimo jiné i bronchiektázie, jedná se pak o fenotyp CHOPN s bronchiektáziami. Tento typ se projevuje každodenní expektorací hnisavého sputa, občas může být přítomna i krev, mohou nastat opakované infekce plic či DDC neboli dolních dýchacích cest. Tento fenotyp se vyskytuje hlavně v mladším věku a nemocní bývají buď slabými kuřáky či dokonce nekuřáky. Čtvrtý fenotyp je fenotyp overlapu CHOPN s bronchiálním astmatem. Dalším typem je fenotyp frekventní exacerbace. Zde jsou obvyklé akutní exacerbace více jak dvě za rok, léčí se antibiotiky nebo se užívají systémové kortikosteroidy. Jako poslední uvádíme fenotyp plicní kachexie, bývá snížený FFMI neboli Fat free mass index a BMI neboli body mass index bez jiného viditelného důvodu. U jednotlivých klientů může být přítomno i více fenotypů (Koblížek, 2013).



Dalším symptomem jsou výdechové vrzoty a pískoty, které bývají přítomny především při napadení infekcí či při zvýšené tělesné námaze (Koblížek, 2013). Jako další příznak CHOPN uvádíme inspirační postavení hrudníku, klient je unavený, cítí se slabý, je cyanotický, jsou u něho zapojeny pomocné dýchací svaly (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Kromě těchto příznaků u poměrně stabilního průběhu CHOPN uvádíme ještě příznaky exacerbací, ovšem celosvětově se používá označení AE neboli acute exacerbation. AE nastávají nejčastěji u klienta při respiračních infekcích způsobených viry, o něco méně bakteriemi (Koblížek, 2013). Projevují se zhoršením dušnosti, často se objevují též pískoty a pocit tísně na hrudi, vysokou TT, zhorší se kašel a vykašlávání sputa.

Na závěr vkládáme klasifikaci stadií CHOPN dle nálezu na spirometrii, podle hodnot usilovného výdechu vitální kapacity a jednosekundové vitální kapacity rozdělujeme na čtyři stadia, a to mírné, střední, těžké a velmi těžké (Souček, 2011).

### 1.1.3 *Diagnostika chronické obstrukční plicní nemoci*

Důležité je vždy včasné zachycení nemoci, proto se zde zmiňujeme o vyšetřovacích metodách. U klienta lze anamnézou zjistit dušnost, chronický kašel s vykašláváním sputa a to, zda je klient vystaven již zmíněným rizikovým faktorům pro vznik tohoto onemocnění. Fyzikální vyšetření je významné pro posouzení závažnosti klientova zdravotního stavu, ale málokdy je diagnostické. Plicní emfyzém se může manifestovat hypersonorním poklepem, bronchiální obstrukce poslechem vrzoty a pískoty. U osob, které trpí respirační nedostatečností, lze pozorovat cyanózu (Souček, 2011).

U klienta s vážnou AE CHOPN pociťující klidovou dušnost, který může zaujímat ortopnoickou polohu, ve které se zapojuje pomocné dýchací svalstvo, se objevuje prodloužený výdech. Pokud je nemocný ohrožen respiračním selháním, projeví se toto vymizením pískotů, čemuž se říká tichá plíce, kdy je klient bledý, cítí se slabý, zchvácený a může být obluzený (Souček, 2011).

U osob, u kterých je v rodině prokázána rozedma plic neboli plicní emfyzém, se vyšetřuje hladina  $\alpha_1$ -antitrypsinu, známá také jako AAT (Martinez, Anzueto, 2009).

Základem pro diagnostiku CHOPN je vyšetření funkce plic s prokázáním bronchiální neprůchodnosti. Pokud jsou nalezeny hodnoty  $FEV_1/FVC < 70\%$  normy a  $FEV_1 < 80\%$  (Poměr  $FEV_1/FVC$  bývá ovšem citlivějším znakem začínající neprůchodnosti u klientů s ještě fyziologickou hodnotou  $FEV_1$ ), jedná se o průkaz výskytu omezeně reverzibilní bronchiální obstrukce. FVC- usilovná vitální kapacita a  $FEV_1$ - jednosekundová vitální kapacita.

Dále se doporučuje provádět také vyšetření krevních plynů a vnitřního prostředí (Dítě, 2007). Více o vyšetření krevních plynů a pH v kapitole Ošetrovatelská péče o klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí.

Mezi další diagnostické metody patří rentgenové vyšetření hrudníku, které by se mělo provádět u všech podezřelých osob z tohoto onemocnění, dle klientova stavu je možné provést dále EKG, což je elektrokardiografie, echokardiografie, popřípadě CT neboli výpočetní tomografie (Currie, 2009).

#### 1.1.4 *Léčba chronické obstrukční plicní nemoci*

Kvalitní léčba je klíčem ke zlepšení klientova života, proto je důležitá, kromě včasné diagnostiky a správné edukace, i vhodně nastavená terapie. Léčba CHOPN je rozdílná u klienta se stabilizovaným CHOPN a léčbou AE CHOPN. Mezi hlavní cíle terapie CHOPN patří zpomalení rozvoje choroby, eliminace příznaků onemocnění, zlepšení tolerance tělesné zátěže a možnost větší účasti na každodenních běžných činnostech, preventivní opatření proti AE, prevence vzniku komplikací a následků choroby a prodloužení života nemocných. Naprostý základ pro úspěšnou léčbu je snížení inhalačních rizik, které vyvolávají onemocnění, jako například kouření. Důležitým krokem je také právě edukace, ale i léčba závislosti na nikotinu (Koblížek, 2013). Viz také kapitola Léčba závislosti na tabáku u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí a kapitola Edukace u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí.

Nejprve se budeme zabývat léčbou stabilizovaného CHOPN. Jako léky první volby uvádíme bronchodilatancia, které by měly zlepšit proudění vzduchu v dýchacích cestách (Rennard, Macnee, 2009). Bronchodilatancia dělíme do tří skupin na beta-2agonisty, methylxantiny a anticholinergika (Green, 2011).

Jak již jsme zmiňovali v kapitole Klinický obraz chronické obstrukční plicní nemoci, CHOPN je dle výsledků spirometrie rozděleno na čtyři stadia. V prvním stadiu se k léčbě podávají inhalační bronchodilatancia s krátkodobým účinkem, v druhém stadiu se předepisují inhalační bronchodilatancia s dlouhodobým účinkem, v dalším stadiu je žádoucí užívat inhalační kortikosteroidy a v nejtěžší fázi onemocnění je nutná dlouhodobá terapie kyslíkem a je nutné zvážit chirurgickou léčbu (Rennard, Macnee, 2009). Dlouhodobá domácí oxygenoterapie by měla trvat alespoň 15 hodin denně a chirurgickou léčbou rozumíme transplantaci plic či bulektomii (Souček, 2011).

Mezi další skupiny léků používající se k léčbě této nemoci řadíme mukolytika a expektorancia. Dále se doporučuje léčba klimatem, balneoterapie a bezesporu i rehabilitace (Juřeníková, 2013). Viz také kapitola Ošetrovatelská péče o klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí.

U klientů s deficitem AAT se podává substituční léčba tohoto enzymu. U klientů se stabilizovaným CHOPN je kontraindikováno podávání sedativ a hypnotik, mimo klientů v terminálním stavu (Češka, 2010).

Než se budeme věnovat léčbě AE a související terapii, je nutné zdůraznit preventivní opatření pomocí očkování pneumokokovou a protichřipkovou vakcínou, jelikož jak již víme, je tento stav způsoben až z 80 % bakteriemi a viry. Léčba v domácím prostředí spočívá v navýšení frekvence a síly již užívaných bronchodilatačních léků. Pozitivních výsledků se dosahuje v kombinaci s perorálními glukokortikoidy, pokud se vyskytnou známky zánětu, přidávají se ještě antibiotika. Do nemocnice jsou doporučeni klienti ve zhoršeném zdravotním stavu, s těžkými komorbiditami, klienti pocházející z nedobrého sociálního zázemí, nemocní vysokého věku či se závažnou základní formou CHOPN. K léčbě se využívají též bronchodilatancia, oxygenoterapie, glukokortikoidy, v případě zánětu též antibiotika. Využívá se rovněž NIIPPV neboli Neinvazivní ventilační podpora s intermitentním

pozitivním tlakem. Pro nepříznivou prognózu onemocnění nám svědčí časté AE, cor pulmonale, objevení hypoxemie (Souček, 2011).

#### 1.1.5 *Ošetrovatelská péče o klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí*

Jak lékař pomocí vhodně zvolené terapie zlepšuje kvalitu života, tak i sestra pomocí vhodně zvolených ošetrovatelských intervencí se podílí na zlepšení klientova zdravotního stavu. Ošetrovatelská péče je uskutečňována především u klientů, u kterých se objevily komplikace současného onemocnění, zhoršil se jejich zdravotní stav či při exacerbaci choroby. Většinou jsou klienti uloženi na interní či plicní oddělení, v případě těžkého zdravotního stavu na oddělení intenzivní péče. Při hospitalizaci sestra klienta uloží do Fowlerovy polohy či ortopnoické v křesle. Nemocný by měl být uložen v blízkosti centrálního rozvodu kyslíku. U klienta je důležité sledovat fyziologické funkce TK= krevní tlak, TT= tělesnou teplotu, D= dech, P= puls, ovšem největší pozornost je třeba věnovat dechu a odkašlávání. Klient by měl mít měřený P a saturaci pomocí oxymetru (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Při práci s oxymetrem je nutné dbát zvýšené pozornosti na dostatečné prokrvení bříška prstu či ušního lalůčku, nelze mít nalakované nehty a je nutné rovněž zamezit pohybům čidla, protože by tak mohlo dojít ke zkresleným výsledkům (Richards, Edwards, 2004).

Jedním z důležitých vyšetření, které sestra provádí, je vyšetření Astrup. Sestra musí znát postup nabírání Astrup a fyziologické hodnoty, aby včas informovala lékaře o krajních hodnotách. U klientů se může objevit hypoxemie a hyperkapnie (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Vyšetření dle Astrupa, neboli vyšetření krevních plynů a pH, lze vyšetřit z kapilární krve z ušního lalůčku či z bříška prstu, ale vyšetření může být také provedeno z tepenné krve (Kapounová, 2007). Při odběru z ušního lalůčku či prstu je pro sestru důležité prokrvení periferie. V heparinizované kapiláře se nesmí objevit vzduchové bubliny. Transport na vyšetření je nejlépe provést ihned. Vzorek se přenáší na tajícím ledu

ve vodorovné pozici. Kvalitní odběr nelze provést, pokud je klient v oběhovém šoku, nachází-li se v místě vpichu otoky anebo pokud má klient studenou periferní kůži (Vytečková, Pavlíková, 2013).

Klient by měl pravidelně užívat lékařem předepsané léky. Sestra dále informuje o pohybovém režimu, který se řídí stavem nemocného. V případě omezené pohyblivosti se setra postará o hygienickou péči, dále o péči s vyprazdňováním stolice a moči, sestra dbá na dostatečný a kvalitní odpočinek, pokusí se eliminovat rušivé vlivy, pravidelně větrá, zajišťuje, jak již bylo řečeno, správnou polohu, zajistí hydrataci a správnou výživu (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Vhodnou výživou u onemocnění CHOPN je zdravá strava s dostatkem zeleniny, aby tak byl zajištěn dostatek antioxidantů a vitamínů a redukce některých nevhodných potravin jako jsou příklad uzeniny. U klientů s fenotypem plicní kachexie je doporučována nutriční podpora, nejčastěji perorální. U klientů s BMI vyšším jak 30 se doporučuje redukce váhy (Koblížek, 2013).

Jelikož CHOPN zhoršuje plicní funkce, je nutná účinná rehabilitace. Doba trvání rehabilitačního programu by měla být alespoň dva měsíce. Je nutné se zaměřit na dechovou gymnastiku, respirační fyzioterapii a cvičení zvyšující tělesnou kondici (Marek, 2010).

Zvýšenou pozornost je tedy třeba věnovat péči o dýchací cesty. Sestra by měla ve spolupráci s fyzioterapeutem edukovat klienta ve správné technice dýchání, směřovat klienta k aktivnímu odkašlávání, nejlépe po dvou až třech hodinách s hlubokým prodýcháváním. Sestra mimo jiné připravuje a podává na předpis lékaře léčebné roztoky v inhalaci (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Vhodný je nácvik bráničního dýchání. Klient by měl uvolnit hrudník a ramena, položit si ruku na břicho a snažit si uvědomit, jak při nádechu nosem nastává vyklenutí břišní stěny. Při výdechu s lehce pootevřenými ústy se břišní stěna uvolňuje. Exspirium by se mělo prodloužit alespoň o jednu dobu, tím dojde k aktivnímu zapojení výdechových svalů. Brániční dýchání by se mělo provádět 3krát, pak 2 minuty odpočívat a opakovat několikrát denně (Vondra, 2011).

Aby došlo k uvolnění sekretu z dýchacích cest, provádí se vtírání roztoků z kafru na hrudník anebo masáž těchto míst. Jako další možnost zde uvádíme posturální drenáž, kdy se klient nahne přes okraj postele tak, aby byl jeho hrudník níže než nohy a následně si klient odkašle. Pokud nastane situace, že klient nemůže sputum odkašlat, sestra musí provést odsátí sekretu z dýchacích cest (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Mezi další znalosti a dovednosti sestry, s kterými by měla seznámit klienta, patří používání kapesních inhalátorů. Pro lepší využití dané dávky léčiva jsou užívány k užití nástavce tzv. spacersy. Do nástavce lze nasadit kapesní inhalátor s bronchodilatačními i jinými léky a klient tak vdechuje lék přes daný nástavec (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Postup při použití nástavce při inhalaci je následovný: Nejprve je nutné spojit obě části spaceru dohromady, dále se odstraní kryt inhalátoru a zatřepe se. Posléze se vloží náustek inhalátoru do portu spaceru, Klient by měl sedět vzpřímeně, poté lehce vydechne a obepne rty kolem náustku. Nástavec je nutné držet rovně a aplikovat jednu dávku, následuje hluboké a pomalé inspirium, dále se inhalátor vyndá z úst a rty zůstanou zavřené. Dech by se měl zadržet nejlépe na 10 sekund (Workman, Bennett, 2006).

Existují různé druhy inhalátorů (dále také „inhalální pomůcka“). Jde o dávkované inhalátory, jako příklad uvádíme Easi- Breathe. Dále inhalátory suchého prášku, například Diskus, Respimat, Airmax. Poslední kategorií jsou inhalátory roztoků neboli nebulizátory. Sestra by měla znát, jak daný inhalátor používat, aby mohla klienta správně edukovat (Vondra, 2011). V příloze 1 uvádíme edukační materiál týkající se používání inhalátoru Diskus, v příloze 2 edukační materiál pro klienty, jimž byl předepsán Ultibro Breezhaler.

V péči o klienty s CHOPN je důležitá též oxygenoterapie. Pokud je nutné podávat kyslík delší dobu, aplikuje se nejčastěji pomocí kyslíkových brýlí, a to v určeném množství přibližně 3 litry za minutu (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Pokud zdravotní stav klienta vyžaduje domácí oxygenoterapii (dlouhodobou domácí léčbu kyslíkem DDOT), využívají se nejčastěji koncentrátory kyslíku. Doporučován je rovněž zvlhčovač kyslíku při průtoku kyslíku nad 2 litry za minutu (Vondra, 2011).

Sestra by měla klienta edukovat o účinném léčebném režimu, do kterého patří také nekuřáctví. Klient by se měl rovněž vyvarovat pobytu v zakouřeném prostředí. Důležité je předcházet infekci a dodržovat zásady zdravé životosprávy - udržovat přiměřenou tělesnou aktivitu a cvičit, vhodně se stravovat, pravidelně provádět dechovou rehabilitaci (Vondra, 2011).

## **1.2 Kouření v souvislosti s chronickou obstrukční plicní nemocí**

Kouření je velikým rizikovým faktorem pro vznik CHOPN, ale i jiných závažných onemocnění, proto bychom jako zdravotničtí pracovníci měli dbát na osvětu, co se týče kouření tabákových výrobků, a měli mít velké množství informací, které je nutné předávat dál. Na podkladě kouření prokazatelně vzniká rakovina průdušek a plic, dále nádorové bujení v hrtanu, jícnu, slinivky břišní, žaludku, dutiny ústní, ledvin, močového měchýře, ale také gynekologické nádory a leukémie (Žaloudík, 2008), mimo jiné také negativně ovlivňuje imunitní systém. Dále je kouření rizikovým faktorem pro vznik alergií. Ještě je třeba zmínit, že kouření je zodpovědné za porušení glukózového metabolismu a vede k rozvinutí inzulinové rezistence a diabetu u lidí, jež trpí DM neboli diabetes mellitus, kuřáctví vede k horší prognóze a dále k rozvoji aterosklerózy (Králíková, 2013). Mimo jiné má kouření také negativní vliv i na vzhled člověka, pleť stárne rychleji, ucpávají se póry, žloutnou zuby. U kuřáků se navíc projevuje nižší plodnost než u nekuřáků (Comby, 2007).

Jak je již známo, hlavním rizikovým faktorem pro vznik CHOPN je kouření z důvodu narušení pohybu řasinek na výstelce dýchacího systému, čímž se zhoršuje schopnost větších průdušnic a průdušek udržet si čisté prostředí. Kouření dále způsobuje hyperplazii a také hypertrofii hlenových žláz, čímž se zvyšuje sekrece hlenu, jenž je překážkou v dýchacích cestách. Kouř z cigaret je zodpovědný za chronický zánět plic kvůli vyvolávání stálého přílivu neutrofilů do kuřákových plic, ty poté začnou uvolňovat elastázu, což je enzym, který rozkládá elastin, posléze to vede k ničení buněčné stěny. Dále cigaretový kouř způsobuje stahy hladkého svalstva, což vede ke zvýšení rezistence průchodu vzduchu a ke ztížení dýchání (Green, 2011).

V následujících kapitolách se podrobněji zaměříme na problematiku kouření a s tím spojenou závislost na tabáku.

### ***1.2.1 Závislost na tabáku a abstinenční příznaky u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí***

Klienti s CHOPN jsou v mnoha případech také závislími na tabáku. Kouření je silná závislost, proto musíme brát v úvahu to, že klient s touto závislostí bude muset počítat s řadou abstinenčních příznaků z důvodu absence nikotinu. Závislost na tabáku se řadí k závislosti opiátového typu. Stoupá syntéza a posléze uvolňování endorfinů (Kantorek 2001). Abstinenční příznaky budou klienta většinou silně provázet prvních pár dnů až týdnů, ale časem budou ustupovat. Jako první příznak lze uvést neovladatelnou chuť zapálit si cigaretu, což je způsobeno nedostatkem nikotinu. Dále se může klient cítit podrážděný, nervózní, od tohoto pocitu může pomoci jóga, meditace či hluboké dýchání. Při potížích se spaním mohou pomoci relaxační techniky a absence kofeinu po šesté hodině odpolední. Člověk se může rovněž cítit unavený, protože nemá stimulant, na který byl navyklý. Může se vyskytnout nižší schopnost soustředění, bolesti hlavy, touha po jídle, bolesti břicha, obstipace, flatulence. Flatulenci lze vyřešit zvýšeným příjmem vlákniny, pohybem, dostatečnou hydratací. V neposlední řadě jsou to závratě, které jsou pravděpodobně způsobené tím, že se tělu dostává více kyslíku, než bylo zvyklé (Green, 2011). Může se vyskytnout také nižší TK a nižší schopnost čelit stresu (Kantorek 2001), dále se může projevit nepřátelské chování, deprese a bradykardie (Fischer, Škoda, 2009).



### ***1.2.2 Léčba závislosti na tabáku u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí***

Sestra by měla mít dostatečné znalosti o tom, jaké metody odvykání kouření existují. V současné době je na trhu řada postupů a ne všechny se hodí pro každého klienta, z tohoto důvodu musí sestra chápat klienta v jeho celistvosti.

Existuje mnoho metod vedoucích k odvykání kouření, avšak bez dostatečného odhodlání, silné vůle a motivace nemusí být metody vždy úspěšné. Klient se závislostí se nesmí nechat odradit jedním neúspěchem, ale stále ve svém snažení pokračovat, jelikož snaha za to opravdu stojí. Sestra by měla být schopna podat klientovi informace o tom, co se bude dít s jeho tělem, když dokouří svou poslední cigaretu, čímž podpoří i jeho motivaci. Bezprostředně po zanechání kouření, zhruba do půl hodiny klesne TK a P a stoupne TT v akrálních částech těla. Po osmi hodinách klesne oxid uhelnatý v krvi k fyziologickým hodnotám, hladina kyslíku pro změnu stoupne k normálu, již za 24 hodin klesne nebezpečí IM. Za dva dny začnou dorůstat zakončení nervů a klient pocítí i lepší chuť a čich. Po dvou týdnech až třech měsících se vylepší krevní oběh, zlepší se funkce plic. Během prvního až devátého měsíce by měla ustoupit únava, kašel, dušnost a již po roce klesne riziko IM na polovinu (Green, 2011).

Mezi dlouhodobé výhody nekuřáctví patří orientačně následující výčet pozitiv: za pět až patnáct let klesne riziko mozkové příhody na úroveň nekuřáků, za deset let se sníží riziko tumoru plic na polovinu, dále klesne riziko rakoviny hrtanu, jícnu, dutiny ústní, ledvin, slinivky břišní a močového měchýře. Po patnácti letech bude podobné riziko IM jako u nekuřáků a rovněž bude stejná šance na délku života jako u lidí, kteří v životě nekouřili (Green, 2011).

Následně se budeme jednotlivým metodám odvykání kouření věnovat podrobněji. Prioritně bychom rádi zmínili nikotinové náplasti a nikotinové žvýkačky. Tato metoda tlumí abstinenci příznaky tím, že se do těla dostává nikotin jiným způsobem než kouřením. Další možností je experimentální nikotinová vakcína. Tato vakcína byla vynalezena ve Švýcarsku. Ještě sice není přístupná široké veřejnosti, ale zatím při studiích 341 silných kuřáků jich bylo po aplikaci schopných zdržet se kouření na dvanáct měsíců 42 %. Třetí metodou je akupunktura, která se ve velké míře využívá

při léčbě závislých jedinců. Dokáže klientovi ulevit od příznaků spojených s abstinencí a obnovit jeho tělesnou rovnováhu. Tato léčba se provádí spolu s úpravou stravování, s čínskými bylinkami a cvičením. Jako další metodu odvykání uvádíme hypnózu, jelikož kouření není pouze závislost fyzická, nýbrž i psychická. Tato metoda funguje na principu změnění podvědomých motivů ke kouření, čímž se zároveň změní asociace a návyky, které ženou psychologický komponent kuřáckého chování. Podpořit odvykání může i homeopatie a bylinky. Většina bylinek se prodává v sušené formě, či jako tekutý výtažek nebo kapsle. Mezi tyto bylinky patří: kozlík lékařský, lobelka, máta peprná, korejský ženšen, jilm plavý, ovesné stvoly, ovesné semínko, šanta kočičí, sporýš šířovitý, ploštičník hroznatý, srdečník obecný, šišík virginský, třezalka tečkovaná anebo yzop lékařský (Green, 2011). Jako poslední součást léčby závislosti uvádíme léky: Vareniklin (Champix), Bupropion (Elontril, Zyban), Klonidin a Nortriptylin. Existuje také sesterská sekce SLZT- Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, která je pořadatelem jednodenních kurzů pro zdravotní sestry (Králíková, 2013).

Nesmíme také opomenout elektronické cigarety. Na podporu kouření elektronických cigaret neexistují žádné relevantní studie, které by ukazovaly na jejich bezpečnost. Obsahují kromě nikotinu také pesticidy a další nebezpečné látky. Elektronická cigareta není vhodná k odvykání kouření (Müllerová, 2014).

### ***1.2.3 Motivační rozhovor a jeho možné využití sestrou při odvykání kouření u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí***

Vzhledem k tomu, že klienti s CHOPN jsou ve velké míře závislími na tabákových výrobcích, může být metoda motivačního rozhovoru jednou z možností, jak se zbavit závislosti na nikotinu. Jedná se o metodu podporující klientovu změnu chování pomocí využívání terapeutické komunikace (Dart, 2011).

Motivační rozhovory, jak uvádí Soukup, jsou založeny na klinických zkušenostech z práce s drogově závislými. V této metodě se sjednocují efektivní terapeutické faktory (behaviorální a vztahové) a vědomosti o předpokladech a procesech proměny chování.

Tato metoda je ve zdravotnictví rozšířena spíše v zemích západní Evropy a USA, kde zdravotnický personál získává potřebné informace již při studiu (Soukup, 2014). Postupy, které se zde uplatňují, jsou více podporující nežli argumentační a přesvědčovací nežli donucovací (Miller, Rollnick, 2003).

Cílem je nalézt a podnítit vnitřní motivaci klienta ke změně v jeho chování. Je kladen důraz na vlastní zodpovědnost a nezávislost klienta za rozhodnutí, která se rozhodne udělat, na spolupráci klienta a zdravotníka, dále na nalézání řešení a nápadů, které vycházejí přímo od klienta. Mezi základní principy motivačních rozhovorů patří úsilí o podporu důvěry klienta v jeho vlastní schopnosti, snaha o snížení odporu klienta ke změně, je nutné se vyhnout situacím, kdy zdravotník je ten, kdo hájí nutnost změny, a dále je potřeba vidět danou situaci klientovým očima a dávat najevo porozumění (Králíková, 2013).

Důležitým prvkem v motivačním rozhovoru je proces změny a motivace ke změně. Proces změny se týká celé osobnosti jedince, jeho myšlení, emocí, sebepožívání a mimo jiné obsahuje i složku interpersonální (Soukup, 2014).

Fáze změny bychom mohli rozdělit na jednotlivé kroky. *„Prvním z nich je krok před uvažováním o změně, dále uvažování o změně, rozhodnutí a plánování akce, udržení změny a relaps.“* (Soukup, 2014, s. 26). Na začátku bývá rozpor mezi tím, co činím a co bych chtěl dělat, o změně ovšem ještě daná osoba neuvažuje, i přesto, že si je vědoma rozporu. Další fáze je typická uvědomováním si vzrůstající ambivalence, a to především uvědoměním si své nespokojenosti se stávající situací. Pokud je daná osoba schopna si kromě důvodů ke změně najít důvěru v možnost její realizace, můžeme tady začít přemýšlet o možné realizaci. V této situaci můžeme hovořit o rozhodnutí; začínají se také plánovat jednotlivé kroky vedoucí ke změně, které jsou posléze realizovány. Poté se klient snaží udržet změnu a přizpůsobit se dané změně, která má vliv mimo jiné i na další oblasti života. Běžné jsou návraty do předešlých fází, jako příklad uvádíme, když si dotyčná osoba při plánování změny uvědomí různé překážky a změnu na určitou dobu odloží (Soukup, 2014).

Jak již bylo řečeno, motivační rozhovor lze využít při odvykání závislosti na tabákových výrobcích. Podmínkou, která je předpokladem k zbavení závislosti, je

motivovaný klient a pokud tomu tak není, musíme, jako sestry zvládnout dostatečně podpořit jeho motivaci. V komunikaci se vyjadřujeme empatií, snažíme se podnítit klientovo sebevědomí, pokládáme otevřené otázky, oceňujeme, reflektivně nasloucháme. Při rozhovoru bychom měli vycházet z klientova žebříčku hodnot, obav, očekávání a postojů. Po zhodnocení klientovy motivace se sestaví plán odvykání kouření a návštěv, určíme, zda je pro klienta vhodnější skupinová či individuální terapie. Při práci se využívá řada témat od hledání příčiny, proč skončit s kouřením až k vyhýbání se situacím, které podnítl chuť na cigaretu. Při neúspěchu bychom měli vysvětlit, že se jedná o zkušenost, ze které se lze do budoucna poučit. U klienta je nejhörší poučování, terapeut by neměl plnit autoritativní roli, podceňování klientových obav a nepřiznání možnosti případných abstinenčních příznaků (Soukup, 2014).

K tomu, aby sestra mohla zařadit do své práce tuto metodu, měla by absolvovat výcvik motivačního rozhovoru, který trvá celkem šedesát hodin a skládá se ze tří setkání v délce tři krát tři dny a supervize. Tento výcvik je určen jak pro začínající, tak zkušené pracovníky, kteří pracují s lidmi na změně jejich dosavadního chování. Zúčastnit se však mohou v případě zájmu i studenti. Výcvik může rovněž probíhat dle přání konkrétní organizace, v našem případě by se jednalo o zdravotnické zařízení (motivační rozhovory, sdružení pro motivační rozhovory).

### **1.3 Edukace u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí**

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o klienty s CHOPN je edukace, kterou přiblížíme v následujících kapitolách.

Edukace neboli výchova a vzdělávání je důležitou součástí kvalitní péče o klienta a sestra by určitě měla ovládat tuto základní dovednost. Učení je dynamický proces, kterým si daný jedinec osvojuje nové znalosti, dovednosti a mění tak své myšlenky, postoje, pocity, činy. Může probíhat vědomě či nevědomě. Učení nám také pomáhá adaptovat se na změněné podmínky a náročné životní situace (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukace není jednorázový počín, nýbrž proces, který obsahuje řadu dílčích kroků k dosažení vytyčeného cíle. „*Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace - vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování.*“ (Bastable, 2008, s. 11).

Nyní se již budeme věnovat jednotlivým fázím edukačního procesu. Jedná se o „*fáze zhodnocení, plánování, realizace a hodnocení.*“ (Bastable, 2008, s. 12).

V první fázi je nutné zjistit, koho a z jakého důvodu je nutné edukovat. Velmi důležité je zhodnotit klientovy učební potřeby, připravenost se vzdělávat a zjistit, jaký učební styl je ten nejvhodnější. Abychom tuto fázi úspěšně zakončili, je nutný kontakt s klientem z důvodu poznání a porozumění, je důležité poznat jeho zdravotní stav, ohodnotit mentální úroveň a jeho psychomotorické schopnosti. Nezbytností je zjistit vyšší klientovy motivace. Může se jednat o skupinu, ale i o jednotlivce. Na základě těchto informací je již možno vytyčit cíl naší edukace, didaktické pomůcky a metody.

Ve druhé fázi projektování se plánují spolu s klientem na podkladě jeho již určených edukačních problémů a potřeb postupy, jakými se edukace bude dále vyvíjet. Je nutné naplánovat časový harmonogram, cíle, kroky neboli výsledná kritéria, která povedou k cíli, který jsme si zvolili.

Ve fázi realizace dochází k působení pomůcek a námi zvolených metod na proces získávání znalostí, postojů a dovedností edukované osoby. Současně v této fázi sledujeme a hodnotíme, jak a zda osoba, kterou edukujeme v učení, postupuje a je schopna vštípení, pochopení a vybavení informací. Pracujeme také s tlakem, tím myslíme vnitřní motivaci klienta, požadavky rodiny, lékaře, jeho okolí, dále s vizí, která je charakterizována jako jasný cíl, na kterém je nutná společná domluva s klientem (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukace by měla být prováděna v rámci celého zdravotnického týmu, každý v týmu provádí edukaci dle svých kompetencí a specializace.

V závěrečné fázi se zhodnotí výsledky, jak klientem, tak osobou, jež edukovala. Toto je důležité pro posouzení efektivity celé edukace. Je vhodné použít zpětnou vazbu a reflexi. V této fázi nám nejde pouze o stručné konstatování toho, co jsme viděli, ale

jde v první řadě o zjištění vztahů, příčin, a souvislostí jevů, k nimž dochází při edukaci. Jak již bylo naznačeno, edukace sestrou je účinná, pokud můžeme sledovat její účinnost, což lze pouze s pomocí dokumentace (Šulistová, Trešlová, 2012; Kuberová, 2010).

Vzhledem k tématu naší práce je nutné se zaměřit na problematiku vzdělávání dospělých, které se věnuje andragogika. Jedná se „o vědní a studijní obor zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých. Existují rozdílné koncepce andragogiky. V našem pojetí je andragogika specifická součást věd o výchově, vzdělávání a vyučování.“ (Beneš, 2014, s. 11).

Velmi rádi bychom zdůraznili motivaci k učení u dospělého jedince. Motivace neboli zaměření a síla motivů klienta je nepochybně velmi důležitá, aby bylo dosaženo efektivního vzdělávání.

V souvislosti se vzděláváním dospělých je potřeba obrátit pozornost také na klienty v seniorském věku, neboť ve většině případů se klient s CHOPN nachází v této věkové kategorii. Z tohoto důvodu uvádíme specifika vzdělávání této cílové skupiny. Zájem o tuto skupinu vznikl především z důvodů stárnutí populace v průmyslových zemích (Beneš, 2008). Obor věnující se vzdělávání seniorů se nazývá geragogika (Veteška, Vacínová, 2011). Je nutné při edukaci sestrou brát v úvahu fakt, že ve stáří existují veliké rozdíly v kognitivních a psychických dovednostech, schopnostech, v potřebách a zájmech jedinců. Tyto výše zmíněné rozdíly spíše rostou a jsou závislé na životních situacích klientů, například úrovni dosaženého vzdělání, zdravotním stavu, bydlení, stupni sociálního zapojení. Jinými slovy jejich motivace, schopnosti k učení závisí na životní situaci a jejich osobnosti (Beneš, 2008).

Edukace klienta s CHOPN o dodržování zásad účinného léčebného režimu se bude především týkat oblastí jako je správné užívání inhalačních léků, dechová rehabilitace, zdravá životospráva, vhodná strava, aplikace kyslíku (oxygenoterapie), preventivní opatření proti infekci, nekuřáctví, klient by rovněž neměl pobývat v zakouřeném prostředí (Vondra, 2011; Šafránková, Nejedlá, 2006).

### 1.3.1 Sestra v roli edukátorky

Z výše uvedeného je patrné, proč je role sestry jako edukátorky poměrně náročná. Tato role vyžaduje znalosti, postoje a dovednosti z oblasti pedagogiky, didaktiky, psychologie a ošetrovatelství, ovšem velmi důležitá je též osobnost sestry, která by měla „být přesvědčena o činnosti, kterou pro člověka vykonává, věřit v důstojnost a lidskou hodnotu každého člověka, být samostatná v rozhodování, být kompetentní a zodpovědná za svoje činy a rozhodnutí, být organizačně schopná, být důvěryhodná, orientovaná na klienta, být komunikativní, být empatická.“ (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 102).

Nyní bychom rádi zmínili role sestry edukátorky v oblasti podpory zdraví, vzhledem k tomu, že edukace prováděná sestrou u klienta s CHOPN je důležitou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. První role se nazývá „*Facilitátorka změn*“. Touto rolí sestra usnadňuje a zprostředkovává vhodnou změnu klientova chování a myšlení ve smyslu zlepšení jeho životního stylu a ve prospěch jeho zdravotního stavu. Další rolí je „*Organizátorka*“. Tato role obnáší účinnou práci s prostorem a materiály, což vede ke snížení možnosti potencionálních překážek v učení. Sestra musí umět zacházet s fyzickými a mentálními schopnostmi klienta. Třetí rolí je „*Navrhovatelka*“ a „*Vyjednavatelka smluv*“. Sestra má tu možnost pomoci neformálních či formálních dohod či smluv s klientem, které nastíní a podpoří námi zvolené učební cíle, těchto vytyčených cílů dosáhnout. Poslední rolí je role „*Hodnotitelky*“. Hodnotí se, zda výuka byla přínosná, užitečná, účinná. Toto lze určit za pomoci hodnocení výsledků a dle předem stanovených kritérií, také je možné použít zpětnou vazbu či reflexi (Šulistová, Trešlová, 2012).

Při edukaci klientů se mohou vyskytnout překážky, které tento proces mohou negativně ovlivnit. Bariéry mohou vycházet směrem od zdravotnického systému. Do této oblasti řadíme námi špatně zvolený styl komunikace, nepřítomnost lidskosti zdravotnického personálu, negativní působení prostředí, ignoraci k potřebám klientů, zdravotničtí pracovníci podceňují edukační proces, nedostatek času, špatné znalosti o problematice edukace, neschopnost práce v týmu, osobnost edukátora. Překážky ovšem mohou vycházet i ze strany klienta nebo jeho rodiny. Jedná se o osobnostní rysy

klienta, stres, zhoršenou adaptaci klienta na dané onemocnění, nedostatečnou motivaci, bolest, stáří, emoce, kulturní, etnické a jazykové překážky (Svěráková, 2012).



## 2. Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole se budeme zabývat stanovenými cíli a výzkumnými otázkami výzkumného šetření vedeného v rámci této bakalářské práce. Další kapitola se bude věnovat metodologii výzkumného šetření a charakteristice výzkumného vzorku.

### 2.1 Cíle práce

Hlavním cílem naší práce bylo odkrývání jevů v účinné edukaci klientů s CHOPN v rámci ošetrovatelské péče.

Akademický cíl:

Zmapovat, zda edukace probíhající v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění u klientů s CHOPN splňuje zásady správné edukace a kolik informací klienti o CHOPN a efektivním léčebném režimu ví a zda jej dodržují.

Praktický cíl:

Tato práce by měla vést k poznatkům týkajících se edukace klientů s CHOPN a posléze k možnému zkvalitnění edukace vedené sestrou v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění.

Osobní cíl:

Tato problematika mě velice zajímá, jelikož chci v budoucnu pracovat v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění a z tohoto důvodu bych si ráda rozšířila své vědomosti a dovednosti týkající se onemocnění CHOPN a edukace klientů.

Na podkladě výše jmenovaných cílů, byly stanoveny cíle dílčí.

Dílčí cíle výzkumného šetření:

Cíl 1: Zjistit, zda edukace u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí je účinná.

Cíl 2: Zjistit, v jakých oblastech sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí.

Cíl 3: Zjistit spokojenost klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí s edukací sester.

Cíl 4: Zjistit znalosti sester o motivačním rozhovoru.

## 2.2 Výzkumné otázky práce

V souvislosti s položenými cíli práce jsme zvolili následující výzkumné otázky:

VO1: Jaké edukační strategie používají sestry u edukace klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí?

VO2: V jaké oblasti sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí nejčastěji?

VO3: Jaký je pohled klientů na edukaci v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění?

VO4: Jaké mají sestry znalosti o motivačním rozhovoru?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Pro empirickou část naší bakalářské práce byl vzhledem k definovaným cílům práce zvolen kvalitativní přístup. Jako výzkumná metoda byl uplatněn polostrukturovaný rozhovor se sestrami. Z důvodu posílení validity byl zařazen i rozhovor s klienty trpícími CHOPN. Původním záměrem bylo výzkum realizovat na plicním oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. Od tohoto záměru bylo upuštěno z důvodu nedostatku klientů, u nichž byla diagnostikována CHOPN. Výzkumné šetření nám bylo umožněno realizovat na jiném oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s., a to v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění (dále také „plicní léčebna“ nebo také „oddělení“). I přes tuto drobnou komplikaci se domníváme, že na kvalitu výzkumného šetření tato skutečnost neměla vliv.

Zvukový záznam rozhovorů byl realizován po ústním souhlasu sester a klientů. Audio záznamy jsme převedli přímou transkripcí do programu Microsoft Word. Vzhledem k technickým komplikacím, ke kterým došlo při pořizování audio záznamů u tří respondentů, muselo být operativně přistoupeno k pořízení ručního záznamu. Dva respondenti vyslovili nesouhlas s nahráváním, proto bylo pro zaznamenání použito metody přímé transkripce. Anonymita byla vždy zachována. Získaná data jsme následně důkladně analyzovali pomocí otevřeného kódování. Sběr dat byl prováděn od prosince roku 2014 do března roku 2015.

#### **3.2 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru**

Pro naše výzkumné šetření jsme si zvolili metodu polostrukturovaného rozhovoru z důvodu získání kompletní a detailní informace o námi zkoumaném jevu (Švaříček, Šedřová, 2007). Rozhovory byly realizovány jak s klienty s CHOPN, tak se sestrami pracující v plicní léčebně. Vzhledem ke zvoleným cílům práce jsme si předem připravili osnovu rozhovoru se sestrami a s klienty s CHOPN - viz příloha 3 a 4.

Před zahájením výzkumného šetření jsme zažádali o písemný souhlas hlavní sestru Nemocnice České Budějovice, a.s., viz příloha 5. Dále jsme kontaktovali vrchní sestru, která neměla k našemu výzkumnému šetření též žádné výhrady. Výzkumné šetření bylo realizováno zvláště se sestrami a zvláště s klienty s CHOPN z důvodu kvalitnějších výsledků a vždy v pro ně známých prostorách plicní léčebny. Rozhovory s klienty probíhaly na jejich pokojích, rozhovory sestrami probíhaly na sesterně či v kanceláři vrchní sestry. Před zahájením rozhovorů jsme vždy nastínili obsah našeho setkání a požádali o ústní souhlas a ujistili zúčastněné (klienty a sestry), že rozhovory jsou anonymní. U klientů jsme se nesetkali s negativní reakcí, ba naopak, většina klientů byla nadšená, že si mohou s někým popovídat a čas strávený v nemocnici jim rychleji uběhne. U sester byla situace o trochu komplikovanější, a to z důvodu jejich pracovní vytíženosti, ale i přes tuto skutečnost se nám maximálně věnovaly. Délka našich rozhovorů byla zcela individuální. Naším hlavním cílem práce bylo odkrývání jevů v účinné edukaci klientů s CHOPN v rámci ošetrovatelské péče.

K dosažení tohoto cíle jsme měli připravenou strukturu otázek, které jsme v průběhu rozhovoru doplňovali či modifikovali dle aktuální situace. Rozhovor u sester jsme začali pozvolně identifikačními otázkami týkajícími se vzdělání, pracovních zkušeností a posléze jsme přešli na otázky týkající se samotné edukace. Dále jsme chtěli zjistit, zda sestry edukují klienty s CHOPN i ohledně odvykání kouření, protože jak je známo, mnohdy bývají osoby trpící tímto onemocněním zároveň „milovníky“ tabákových výrobků. Závěrem nás zajímalo, zda mají sestry znalosti o metodě motivačního rozhovoru a zda by potenciálně chtěly kurz se zaměřením na motivační rozhovor absolvovat a co si o něm myslí.

Pro zajištění validity výzkumného šetření jsme dále uskutečňovali rozhovory s klienty s CHOPN. S respondenty rozhovor předběžně domluvila vrchní sestra, tím došlo k tomu, že klienti již o nás věděli a těšili se na setkání. Základní strukturu rozhovoru tvořilo devět otázek, které jsme v průběhu rozhovoru doplňovali a lehce modifikovali s ohledem na kognitivní funkce klientů. Občas bylo velmi náročné takové rozhovory usměrnit a zjistit informace, které byly pro naše výzkumné šetření relevantní vzhledem ke komunikativnosti některých respondentů. Vzhledem k potřebám klientů

souvisejících s věkem došlo také k tomu, že jsme dali klientům i dost prostoru pro vyprávění o tématech, která se netýkala cílů našeho výzkumného šetření. Témata byla soukromého charakteru, proto došlo k vypnutí nahrávacího zařízení.

### 3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvoří pět sester a z předpokládaného množství deseti klientů pouze osm hospitalizovaných v plicní léčebně. Vzhledem k teoretickému nasycení vzorku bylo od dalších dvou klientů odstoupeno. I přes tento snížený počet respondentů je zachována kvalita výzkumu a objektivní vyhodnocení výzkumného šetření. Rozhovory jsme uskutečnili vždy osobně v plicní léčebně po předchozí domluvě s vrchní sestrou, která nám vždy ochotně vyšla vstříc. Své výzkumné šetření jsme realizovali od prosince roku 2014 do března roku 2015. K identifikaci respondentů jsme použili následující informace:

**Tabulka 1 Identifikace respondentek - sestry**

<b>Identifikace respondentek - sestry</b>			
<b>Respondentky</b>	<b>Označení</b>	<b>Délka praxe v plicní léčebně</b>	<b>Vzdělání</b>
<b>Sestra 1</b>	S1	19 let	Vysokoškolské
<b>Sestra 2</b>	S2	4 roky	Středoškolské plus pomaturitní chirurgická specializace
<b>Sestra 3</b>	S3	3 roky	Vysokoškolské
<b>Sestra 4</b>	S4	9 let	Vysokoškolské
<b>Sestra 5</b>	S5	3 roky	Středoškolské

**Tabulka 1** obsahuje identifikaci respondentek - sester. Sestra 1 bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako S1, její délka praxe v plicní léčebně je 19 let, dříve pracovala na plicní léčebně ve Vyšším Brodě a vzdělání má vysokoškolské. Sestra

2 bude ve výsledcích označována jako S2, její délka praxe v plicní léčebně činí 4 roky, dříve pracovala na traumatologii a vzdělání má středoškolské s maturitou plus pomaturitní chirurgickou specializaci. Sestra 3 bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako S3, její délka praxe v plicní léčebně činí 3 roky, dříve byla zaměstnána na chirurgickém oddělení a vzdělání má vysokoškolské. Sestra 4 bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako S4, její délka praxe v plicní léčebně je 9 let, dříve pracovala na interní ambulanci na stomatologii a kardiochirurgii a vzdělání má vysokoškolské. Sestra 5 bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako S5, v plicní léčebně pracuje třetím rokem, dříve pracovala na interním oddělení, vzdělání má středoškolské a chce si doplnit vzdělání vysokoškolským studiem.

**Tabulka 2 Identifikace respondentů - klientů s CHOPN**

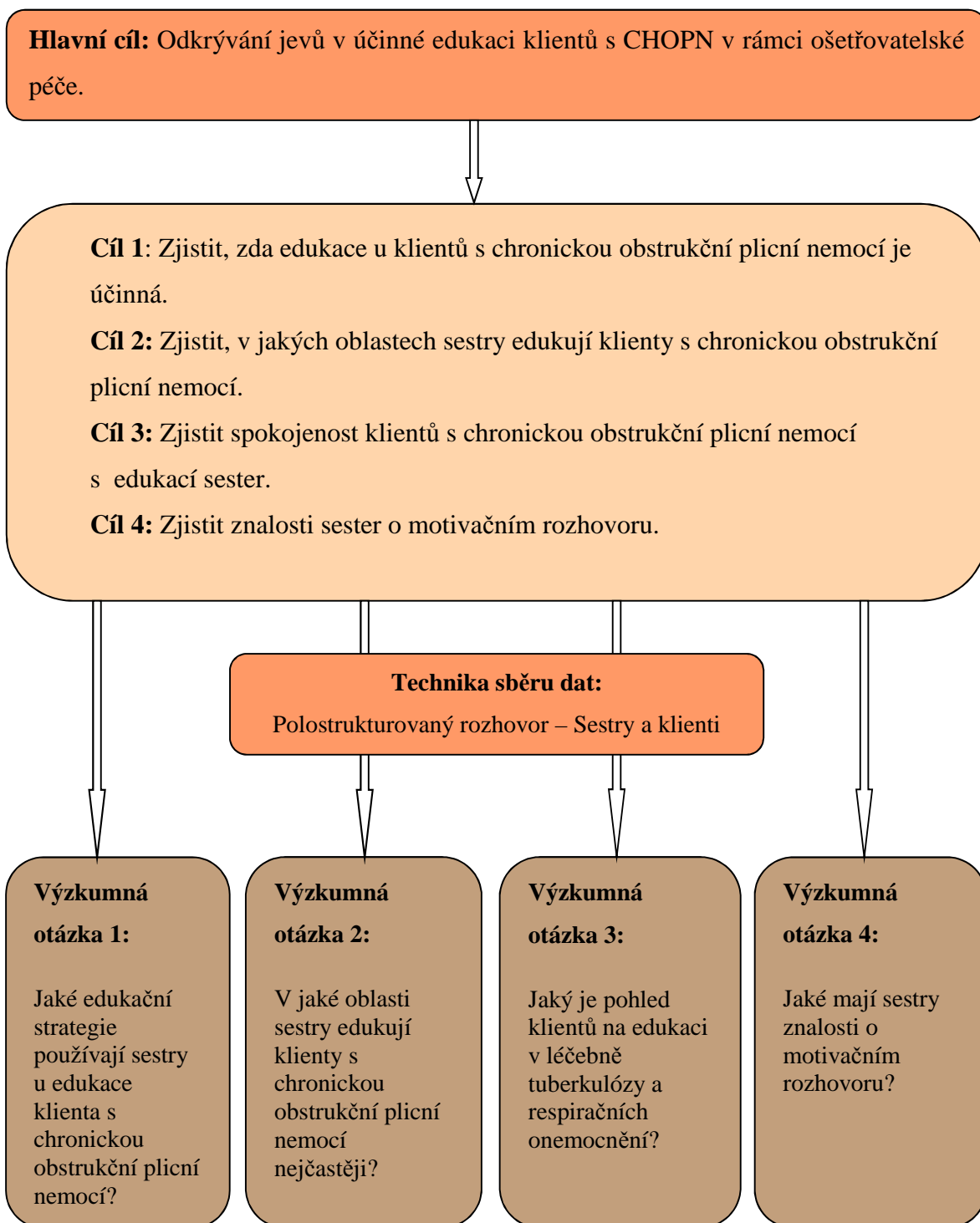
<b>Identifikace respondentů - klientů s CHOPN</b>			
<b>Respondenti</b>	<b>Označení</b>	<b>Ročník narození</b>	<b>Kouření</b>
<b>Klient 1</b>	K1	1950	Ano
<b>Klient 2</b>	K2	1942	Bývalý kuřák
<b>Klient 3</b>	K3	1948	Bývalý kuřák
<b>Klient 4</b>	K4	1953	V současnosti nekouří
<b>Klient 5</b>	K5	1933	Bývalý kuřák
<b>Klient 6</b>	K6	1948	Bývalý kuřák
<b>Klient 7</b>	K7	1945	Ano
<b>Klient 8</b>	K8	1943	Ano

**Tabulka 2** obsahuje identifikaci respondentů – klientů. Klient 1 bude ve výsledcích označován jako K1, je narozen roku 1950, jedná se o kuřáka, který vykouří 4-5 cigaret denně. Klient 2 bude ve výsledcích označován jako K2, narodil se v roce 1942, jedná se o bývalého kuřáka, který nekouří již 19 let, Klient 3 je označen jako K3, je narozen roku 1948, nekouří již 20 let. Klient K4 bude ve výsledcích výzkumného šetření označen jak K4. Je narozen roku 1953, momentálně nekouří měsíc, ale udává, že vydrží rok i rok a půl a pak znovu začne kouřit. Klient 5 bude ve výsledcích označen jako K5, je narozen roku 1933, nekouří víc jak 30 let. Klient 6 bude označován jako K6, je narozen

roku 1948, nekouří zhruba 2 roky. Klient 7 bude ve výsledcích označován jako K7, je narozen roku 1945, jedná se o kuřáka, který kouří od svých 15 let a vykouří 10-20 cigaret denně. Klient 8 bude ve výsledcích našeho výzkumného šetření označován jako K8. Narozen je roku 1943, kuřákem je od svých 19 let a kouří do 10 cigaret denně.

### 3.3.1 Schéma výzkumu

#### Schéma 1 Schéma výzkumu





## 4. Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola je rozdělena na tři části zaměřené na výsledky výzkumného šetření. První část je zaměřena na edukační činnost sestry v plicní léčebně, další část na hodnocení edukační činnosti sestry klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí a třetí část shrnuje výsledky empirického šetření.

### 4.1 Edukační činnost sestry v plicní léčebně

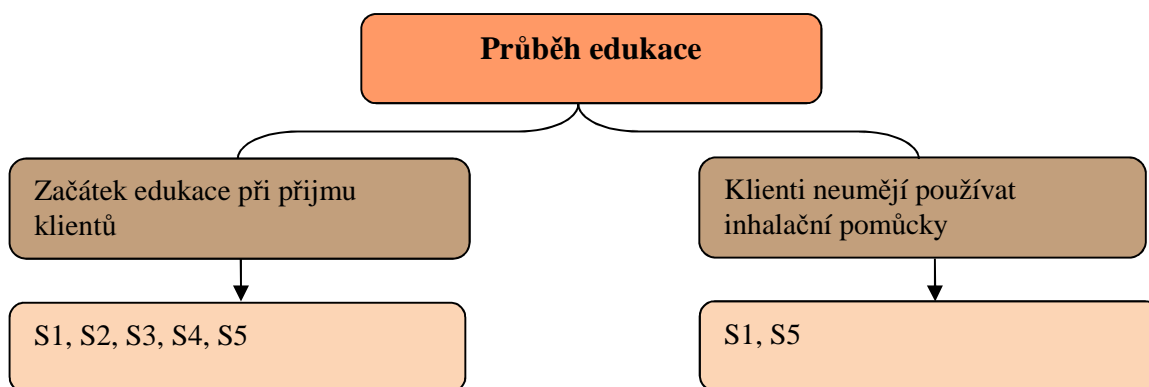
Získané informace od pěti respondentek jsme rozdělili do šesti kategorií.

#### **Kategorie č. 1 se nazývá Průběh edukace vedené sestrou v plicní léčebně.**

Abychom mohli hodnotit efektivnost edukační činnosti sestrou, musíme vědět, jak vůbec edukace v plicní léčebně probíhá. Dle výsledků výzkumného šetření lze říci, že mezi odpověďmi sester panuje shoda. Sestry S1, S2, S3, S4, S5 se shodují, že edukace začíná již při příjmu klienta. „Edukace u nás začíná už při příjmu, kdy tady máme filtr, který nám tady zaštiťuje příjmová sestřička, která se všech pacientů ptá, jaký mají inhalační léky a hned s nimi vyzkouší, jak ty léky berou...“ (S1) „U nás s edukací začínáme hned při příjmu, kdy si zjistíme, co nám pacient bere za inhalační léky, zda to umí užívat správně, většinou to neumí a tak ho to hnedka snažíme naučit.“ (S5) Další sestra uvádí popis podrobněji: „Takže ta edukace začíná už při příjmu, zjistíme vlastně, jaký pacient bere léky, pak se ho zeptáme, jak to on užívá, či neužívá, jestli to bere pravidelně, nebere pravidelně, jestli je to pro něho problém, aby si vzpomněl, že si je má brát, jestli je přestává užívat, když se cítí lépe, nebo naopak, že je přestává brát, když se potom cítí hůře, jo jestli vlastně je pod kontrolou někoho dalšího doma, nebo jestli žije sám no a pak se ptáme vlastně na to, jakým způsobem to bere, jestli ví, jak má zacházet s těma různýma stroječkama, co jsou, že se má před tím pořádně vydechnout, potom si to má dát do pusy, inhalovat, nechat zavřenou pusou aspoň těch 10 sekund a zkontrolovat třeba pokud jsou to kapsle, jestli třeba jsou kapsle prázdný nebo nejsou a znova po některých je poučovanej nebo edukovanej, že má vyplachovat i ústa, že to neznamená, že má zapíjet to, ale že si má dát tekutinu do úst a pak zase vyplivnout,

aby neměl, aby se předcházelo nějaké moučnivce a tak, zbytečným komplikacím...“ (S4). S1 a S5 se zmiňují o tom, že klienti, kteří jsou u nich hospitalizováni, neumí správně inhalovat léky: „Takže se nemůže stát, že by nám tady tím sítím propadl někdo, kdo by nevěděl, že má CHOPN nebo astma v našem případě CHOPN a že by neuměl foukat foukačkou, protože těch pacientů je velká, velká část a oni se překládají z plicního oddělení, z ambulancí, ty lidi neumí foukat foukačkou a i když je to tady naučíme, přijdou za rok a zase to neumí, oni to zapomenou, ona ta rutina. Vždycky u nich mají pocit, že to dělají dobře, ale bohužel ne.“ (S1)

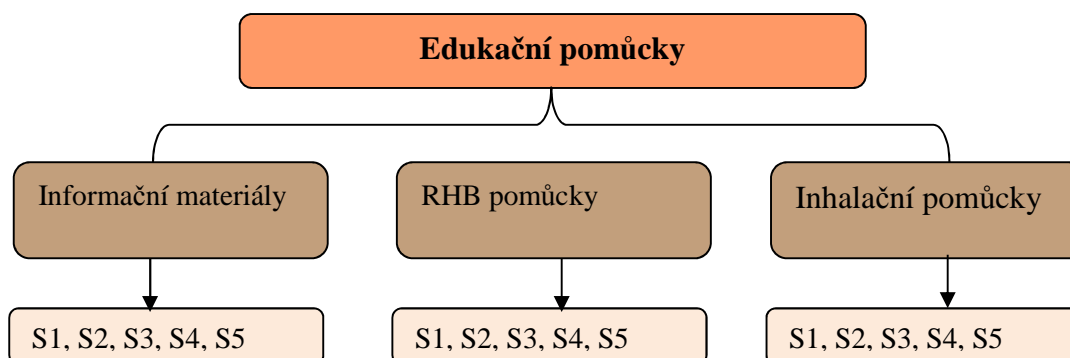
**Schéma 2: Průběh edukace vedené sestrou v plicní léčebně**



**Schéma 2** ukazuje průběh edukace vedené sestrou v plicní léčebně. Dle schématu je patrné, že 100 % sester uvádí, že edukace u klientů s CHOPN začíná již při příjmu na oddělení. U S1 a S5 se vyskytuje odpověď, že klienti neumějí používat inhalační pomůcky.

**Kategorie č. 2** se nazývá **Edukační pomůcky**. Mezi odpověďmi S1, S2, S3, S4, S5 panuje shoda. S1, S2, S3, S4, S5 využívají informační letáky, inhalační pomůcky, pomůcky na dechovou rehabilitaci. Zde uvádíme pro názornost odpovědi: „Požíváme letáčky, foukačky rehabilitační pomůcky, flutter.“ (S4) „Doporučujeme pacientům ty letáčky, co máme na chodbě a inhalační pomůcky, pomůcky na dechovou rehabilitaci.“ (S5)

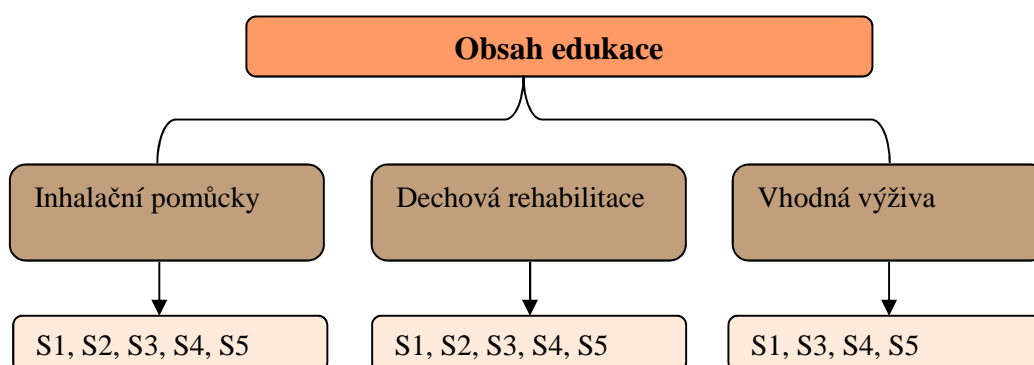
**Schéma 3 Edukační pomůcky**



**Schéma 3** ukazuje na používání edukačních pomůcek. 100 % sester v plicní léčbě používá informační letáky či brožurky, rehabilitační pomůcky a inhalační pomůcky.

**Kategorie č. 3** se nazývá **Obsah edukace**. V rozhovorech se všechny sestry shodují na tom, že edukace je zaměřena na používání inhalačních pomůcek, dechovou rehabilitaci. Jedna ze sester uvádí: „*Jana při příjmu zkouší inhalační pomůcky a poté dechová rehabilitace ...*“ (S2) S1, S3, S4, S5 navíc uvádí edukaci ohledně vhodné výživy při onemocnění CHOPN. Zde uvádíme dvě nejpodrobnější odpovědi: „*Velká část je, co se týče nutriční stravy, protože pacienti, kteří, jsou starší, tak oni rádi mléčné výrobky, mléčné výrobky by oni neměli, protože už nemají ty enzymy, který by štěpily kyseliny mléčné, takže se snažíme je v tomhlectom edukovat a další věc, co je ještě, tak oni mají trochu jiný metabolismus, už jedou v takovém jiným režimu, trochu acidotickým, takže speciální mlíčka pulmocare je vyloženě pro pacienty s chronickým plicním onemocněním existuje vyloženě speciální takováhle sippingová léčba.*“ (S1) „*Dále se u nás edukace točí okolo dechový rehabilitace, no a některým klientům doporučujeme také speciálně formovanou stravu, měli by užívat pulmocare.*“ (S5)

**Schéma 4 Obsah edukace**



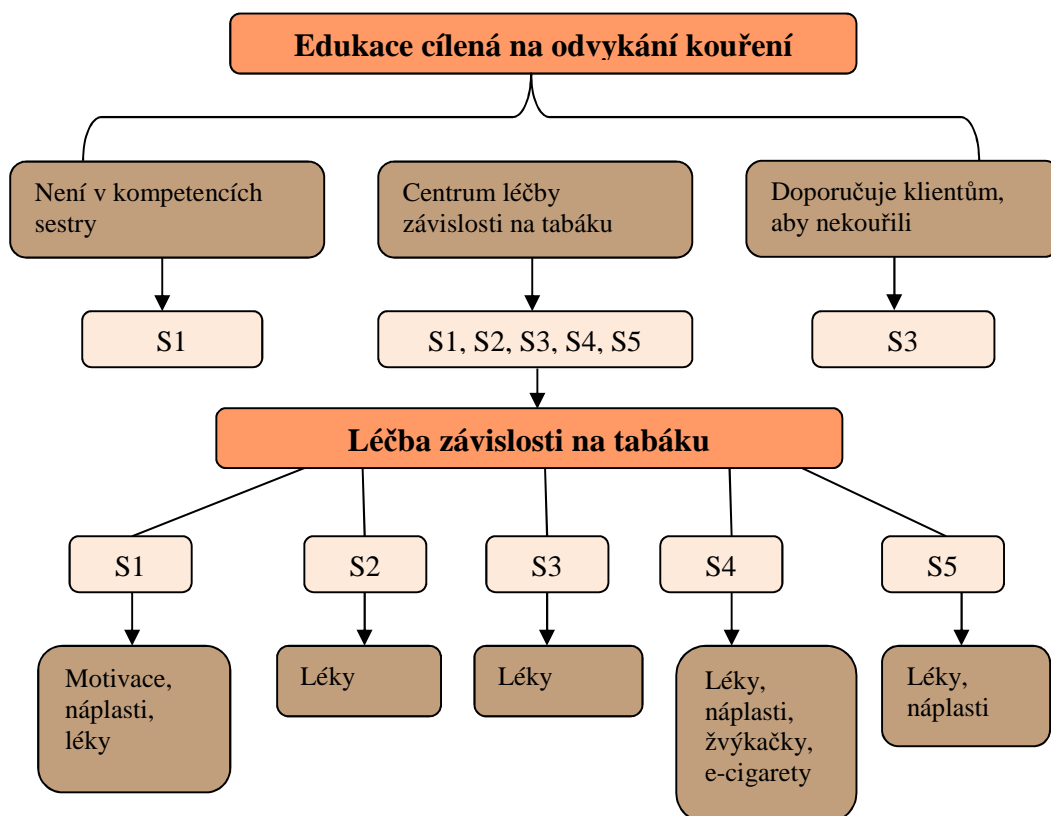
**Schéma 4** znázorňuje obsah edukace. 100 % sester uvádí, že edukace se týká inhalačních pomůcek, dechové rehabilitace. S1, S3, S4, S5 uvádějí edukaci ohledně vhodné výživy, S2 edukaci ohledně vhodné výživy neprovádí.

**Kategorie č. 4** jsme nazvali **Edukace sestrou zaměřená na odvykání kouření u klienta s CHOPN** vzhledem k vysokému počtu kuřáků, kteří trpí CHOPN. Sestrám byla položena otázka, jakým způsobem provádějí edukaci u klienta s CHOPN. S1, S2, S3 a S4 zařadily do svých odpovědí i edukaci zaměřenou na odvykání kouření. Sestra uvádí: „*Dál během hospitalizace se stáčí, teda hlavně teda, co se týče kouření.*“ (S1) Ovšem, když jsme se začali podrobněji ptát, S1 odpověděla, že edukovat ohledně odvykání kouření není v její kompetenci. Na tuto otázku S1, S2, S3, S4 a S5 uvedly, že odkazují na poradnu odvykání kouření. S2 hovořila: „*Odkazujeme na tu poradnu odvykání kouření.*“ (S2) U další sestry se ještě vyskytlo: „*Říkáme, nekuřte a odkazujeme na poradnu odvykání kouření.*“ (S3) „*Pokud je klient kuřák, tak my tady doporučujeme to centrum závislosti na tabáku.*“ (S5)

Na otázku, jaké znáte způsoby léčby závislosti na tabáku, byla nejpodrobnější odpověď: „*Náplasti, určitě tabletky, to se tu taky řešilo minulý týden, silná vůle, motivace, kolem dokola a jejich zdravotní stav, ve kterém sem přijdou, v exacerbaci, nízká saturace kyslíku a to je pro ně ten nejlepší moment přestat kouřit, oni se vyděsí, oni se bojí, neznají nic horšího, než ten pocit dušnosti, nedostatečného dechu, tak v ten moment už se na ně působí, tak oni přestanou, ono se uleví a je to znova...*“ (S1) Sestry S2 a S3

uvedly pouze léky, S5 uvedla léky a náplasti: „*No, já osobně nekouřím, tak se o tuhle problematiku moc nezajímám, ale asi léky, náplasti.*“ (S5) Dále se objevila ještě odpověď: „*Náplasti, léky, žvýkačky, e-cigarety jim nepomáhají.*“ (S4)

**Schéma 5 Edukace sestrou zaměřená na odvykání kouření u klienta s CHOPN**

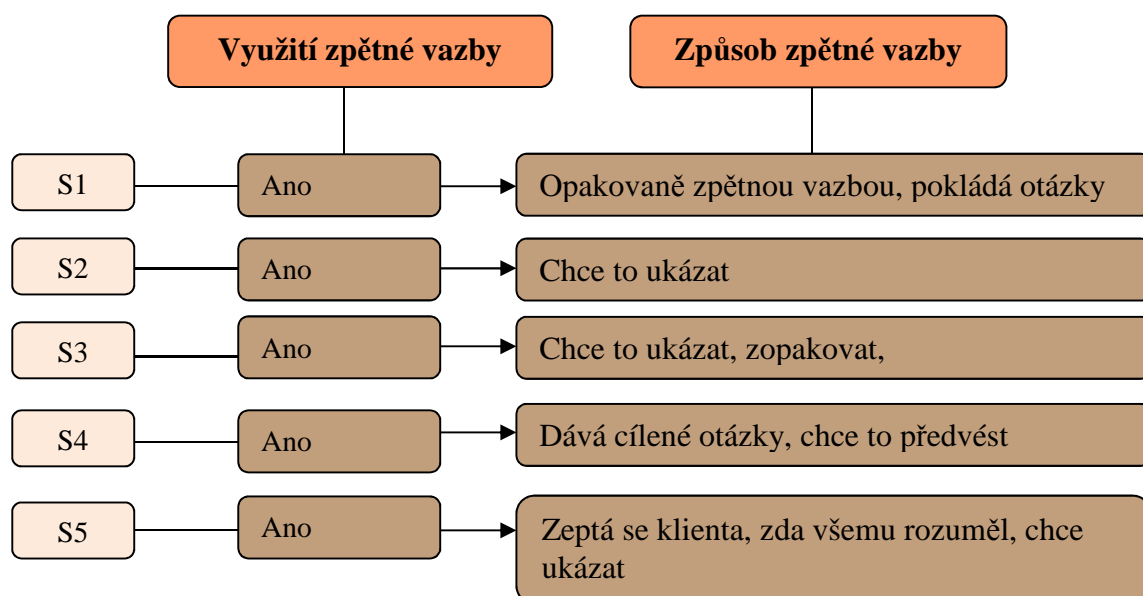


**Schéma 5** se zaměřuje na edukaci sestrou cílenou na odvykání kouření u klienta s CHOPN a znalosti sester o léčbě závislosti na tabáku. 100 % sester odkazuje na centrum závislosti na tabáku. S1 uvádí, že edukace zaměřená na odvykání kouření není v její kompetenci. S3 navíc doporučuje klientům, aby nekouřili. 100 % sester uvádí léky. S1 svou odpověď ještě doplnila o motivaci a náplasti. S4 uvádí navíc náplasti, žvýkačky, e-cigarety. S5 uvádí navíc náplasti.

**Kategorie č. 5** se nazývá **Metody zpětné vazby**. Při edukaci je důležité si ověřit, zda klient všemu rozuměl. V plicní léčebně na otázku, jak si ověříte, zda klient

s CHOPN všemu rozuměl, byly následující odpovědi a lze konstatovat, že S1, S2, S3, S4 a S5 zpětnou vazbu využívají. Uvádíme: „Zpětnou vazbou, vždycky a několikrát po dobu hospitalizaci, ptám se jich, zda všemu rozuměli.“ (S1) Další sestra uvádí: „Řeknu mu, aby mi to předvedl.“ (S2) Další odpověď byla: „No vyzkoušíme ho, zeptám se ho znova na to samý, řeknu, aby mi to ukázal.“ (S3) „Dávám cílené otázky a chci, aby mi to předvedl.“ (S4) A poslední odpověď byla: „No, zeptám se ho, zda všemu rozuměl a pro jistotu to chci ještě ukázat.“ (S5)

**Schéma 6** Metody zpětné vazby

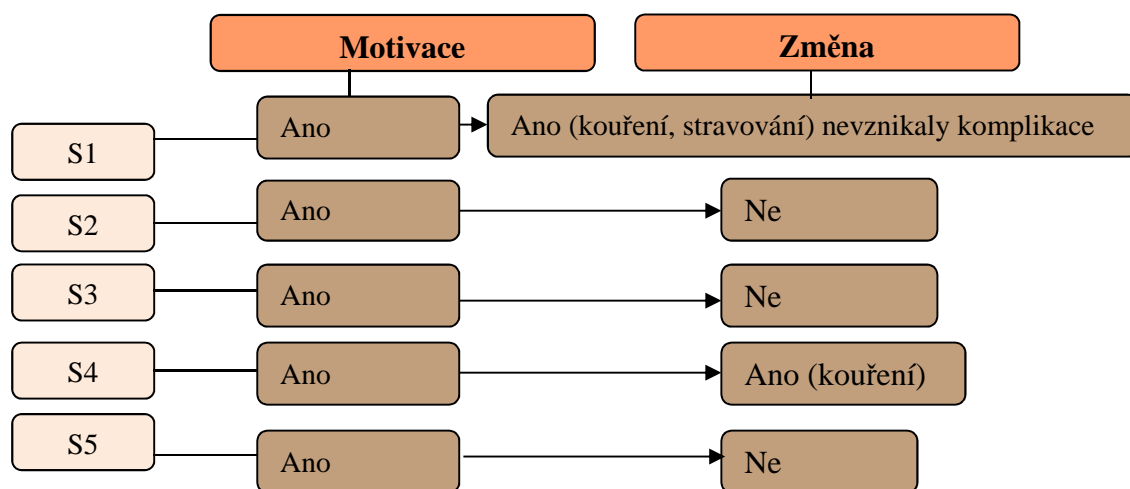


**Schéma 6** se týká metod zpětné vazby při edukaci u klientů s CHOPN. Zpětnou vazbu využívá 100 % sester. S1 využívá opakované pokládání otázek. S2, S3, S4, S5 to chtějí předvést. S3 to chce navíc zopakovat, S5 se navíc zeptá klienta, zda všemu rozuměl. S4 navíc dává cílené otázky.

Vzhledem k možnému využití motivačního rozhovoru při odvykání kouření nás zajímalo, jaké mají sestry povědomí o metodě motivačního rozhovoru, proto se další **Kategorie č. 6** nazývá **Motivační rozhovor v práci sestry**. Sestrám jsme položili otázku, co jim říká pojem motivačního rozhovoru. U všech sester jsme poznali

z neverbální komunikace, že neví, o co se jedná, byly naší otázkou zaskočeny, tipovaly, měly nejistý výraz ve tváři. S1 a S2 si byly schopné dát motivační rozhovor do souvislosti s kouřením. Zde uvádíme nejdelší odpověď: „*Motivující rozhovor, motivujeme pacienty, aby se jinak stravovali, nekouřili, přizpůsobili životosprávu svému onemocnění, aby nevznikaly komplikace.*“ (S1) Další sestra uvádí: „*Povídám si s ním a on tím pádem pochopí, proč je pro něj důležité, aby třebaš přestal kouřit.*“ (S4) U S2, S3 a S5 jsme se setkali s podobnou odpovědí, která se týkala pouze motivování klienta: „*Hm, tak asi rozhovor, kterým se snažím namotivovat klienta.*“ (S5) Ovšem na otázku: „*Pokud byste měla možnost absolvovat kurz motivačního rozhovoru, využila byste této nabídky, a co si o tom myslíte?*“ byly u S1, S3 a S5 odpovědi kladné: „*Ano využila, myslím, že každý zdravotník.*“ (S1) a u S2 a S4 byly odpovědi strohé, pouze „*asi ano*“.

**Schéma 7** Definice motivačního rozhovoru pohledem sestry



**Schéma 7** nám ukazuje, jak sestry chápou pojem motivační rozhovor. 100 % sester hovořilo o motivaci. O změně hovořila S1, S4. S1 o změně ve smyslu přestat kouřit, vhodně se stravovat, aby se předcházelo komplikacím. S4 o změně chování ve smyslu přestat kouřit.

## 4.2 Hodnocení edukační činnosti sestry klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí

Z původních deseti respondentů se rozhovor uskutečnil pouze s osmi klienty, kteří trpí onemocněním CHOPN. Dosud získaná data byla vyhodnocena jako dostačující, proto další dva rozhovory s klienty již nebyly realizovány. K rozhovorům s klienty docházelo vždy bez přítomnosti sester, aby nedošlo k ovlivnění výsledků výzkumného šetření. Na základě rozhovorů s klienty bylo vytvořeno šest kategorií.

**Kategorie č. 1** se nazývá **Spokojenost klientů s edukací**. Nejdříve jsme se zaměřili na spokojenost klientů s předáváním vědomostí a dovedností v rámci jejich onemocnění, jelikož spokojenost klienta je velmi důležitým ukazatelem kvality péče o klienty. Slyšeli jsme samou chválu. Všechny odpovědi byly kladné, klienti se tvářili velmi spokojeně. Na podporu tohoto tvrzení uvádíme několik následujících odpovědí: „*Super, super, co chci vědět, to mi řeknou...*” (K2) Další odpověď: „*Ježíš, úplně parádně. Perfektní, já jsem úplně přešťastná, že jsem se vůbec do takového zařízení dostala, všechno mě tu naučí.*” (K3) „*Jo dobrý, všechno mě tu naučí, vysvětlí, sem tu moc spokojený.*“ (K7)

Schéma 8 Spokojenost klientů s edukací

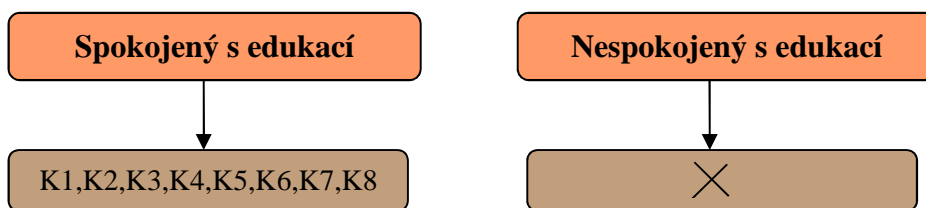


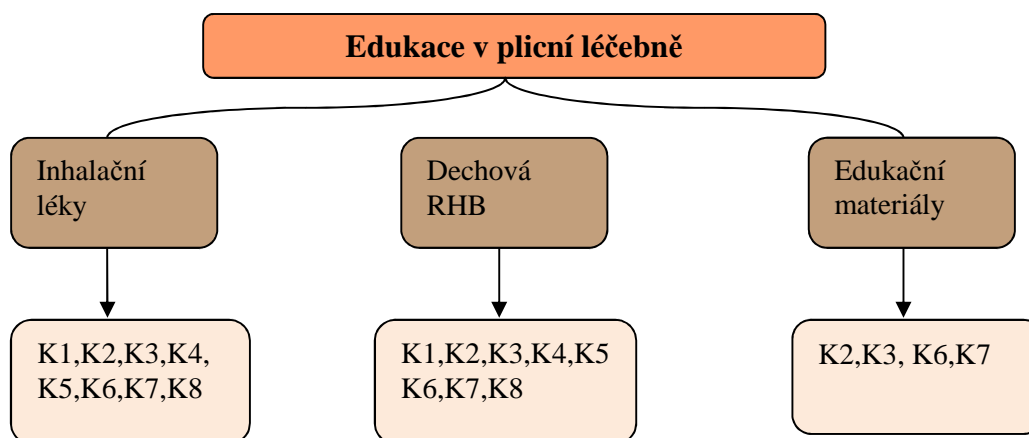
Schéma 8 ukazuje spokojenost klientů s edukací v plicní léčebně. Dle tabulky je zřejmé, že 100 % klientů je spokojeno.

**Kategorie č. 2** jsme nazvali **Pohled klientů na realizaci edukace v plicní léčebně**. Zajímalo nás, co všechno se dozvíme od klientů ohledně realizace edukace, abychom to posléze mohli porovnat s rozhovory, které jsme realizovali se sestrami. Výsledky jsou



následující: u K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7 a K8 se objevuje, že je sestry učily, jak užívat inhalační léky a provádět dechovou rehabilitaci, K1, K4, K7, K8 zdůrazňují, že edukce ohledně užívání inhalačních léků, začíná již při příjmu. V této souvislosti uvádíme několik odpovědí: „*No tak učili mě s tou foukačkou... kdyby mě to nenaučili, tak už jsem se dávno udusil.*“ (K2) „*A tak co se týče léků, braní léků a to vdýchávání léků, to je profesionalita, to vás naučí.*“ (K6) „*Ano učí mě s tím a hodně to pomáhá. Protože tím, jak do tohodle musíte vyfouknout a ta kulička jde nahoru, se tam musí „midlit“, tak ono vám to uvolní tady to a posune se to výš, nejhorší je to dostat tady odsud, ale to už taky umím a to na mě zkoušela taky nějaký přístroj, ale to se taky musíte zeptat, jak se jmenuje. To sem přijede sestřička, přiveze to, dá mi ten náustek a to mě časuje – do mě jde vzduch a ze mě jde vzduch. Ale teď nemůžu, protože mám mykózu, tak to nesmím používat.... Sestřičky? Hm. Ty nás léčí, roznáší nám léky. Učí nás, jak dýchat tyhle ty dýchací foukačky.*“ (K3) K4 se přiznává, že i když je hospitalizovaný opakovaně, tak stále neumí, zapomíná, jak má správně používat inhalační pomůcku: „*Já už jsem tu teda podruhé, tak mě paní vrchní sestra poučila, že to dělám stejně blbě, že foukám už přes tři roky a že to dělám špatně zase některý věci, že jsou nějaký nový poznatky.*“ Naše reakce na tuto odpověď byla ve smyslu, zda si mohl klient vše prakticky vyzkoušet, a zda mu sestra ukázala, jak má inhalační pomůcku správně používat. Odpověď byla kladná. Dále K2, K3, K6, K7 se zmiňují o informačních letácích, brožurkách, které se nacházejí na chodbě. „*Nabízeli brožurky.*“ (K3) „*Vím, že si je mohu vzít na chodbě.*“ (K7) Z odpovědi K2 je patrné, že ho informace obsažené v informačních materiálech nezajímají: „*Vím vše, co potřebuju vědět a kdybych se chtěl ještě něco dozvědět, tak si můžu vzít ty materiály na chodbě. No, ale já to nečtu, to není zábavný. Kdyby tam bylo něco o holkách třeba.(smích)*“ (K2)

**Schéma 9** Pohled klientů na realizaci edukace v plicní léčebně



**Schéma 9** znázorňuje pohled klientů na edukaci v plicní léčebně. Edukaci zaměřenou na užívání inhalačních léků a dechové rehabilitace uvádí 100 % klientů. Edukační materiály, myšleno brožurky, letáky, uvádí K2, K3, K6, K7.

**Kategorie č. 3** jsme pojmenovali **Čas strávený edukací**. Zajímalo nás, kolik mají sestry času pro edukaci klientů s CHOPN, zda se klientům náležitě věnují, jelikož jde o další ukazatel účinnosti edukačního procesu. K1, K7, K8 udává, že edukace probíhá vždy znovu při každém jeho pobytu. U všech klientů byli odpovědi obdobné, z jejich informací vyplývá, že sestry se vždy snaží udělat si na klienty čas a že prostoru pro edukaci je dostatek, a edukace zde probíhá v průběhu celého pobytu. Zde uvádíme názor klienta: „Dost, kolik bylo třeba.“ (K2) Další klient uvedl: „Kdykoliv za nimi můžu přijít.“ (K3) Další odpověď: „Tady dost. Opravdu, tady nás nechají vykecat, na všechno se zeptat.“ (K4) a: „Nejste tady sama, je nás tady víc, takže dělají, co můžou, takže dvě, tři hodiny určitě.“ (K6) „Dost, řekl bych, i když mají spoustu práce, tak se nám tu snaží maximálně věnovat, abychom byli spokojení... No, pokaždé když tu sem, tak mi to vysvětlují, jak mám foukat a tu dechovou rehabilitaci.“ (K7)

Schéma 10 čas strávený edukací

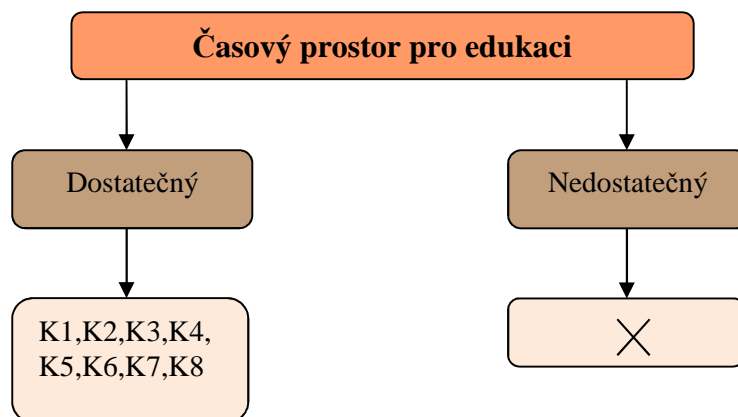
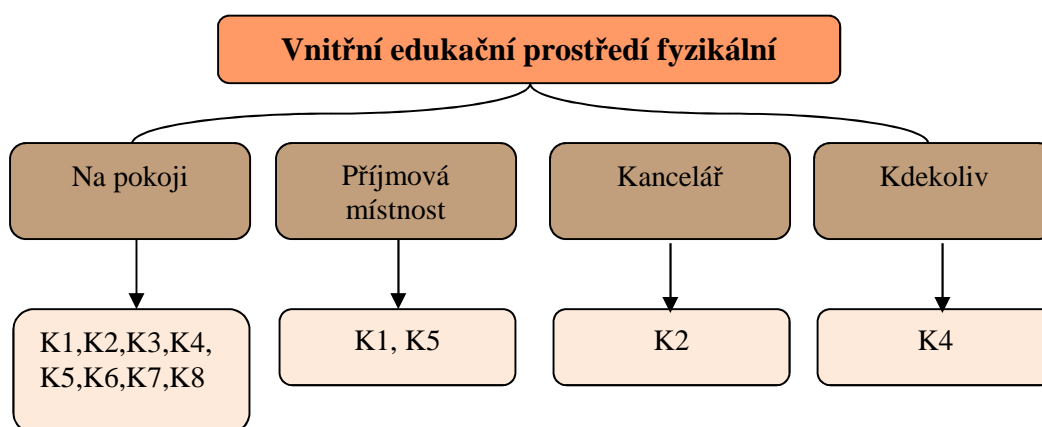


Schéma 10 znázorňuje čas strávený edukací. Časový prostor pro edukaci u klientů s CHOPN pociťuje 100 % klientů jako dostatečný.

**Kategorie č. 4 se nazývá Vnitřní edukační prostředí fyzikální.** Zajímalo nás, kde sestry předávají informace klientům s CHOPN a výsledky jsou následující. U všech klientů se objevila odpověď: „*na pokoji*“ dále u K1 a K5 navíc v „*příjmové místnosti*“, K2 uvedl navíc „*ještě v kanceláři*“ u dalšího klienta jsme se setkali s odpovědí: „*Všude. Na chodbě, když se potkáme, tady, při vizitě, tady je dobrý to. Tady jako opravdu, oni mají snahu...*“ (K4)

**Schéma 11 Vnitřní edukační prostředí fyzikální**



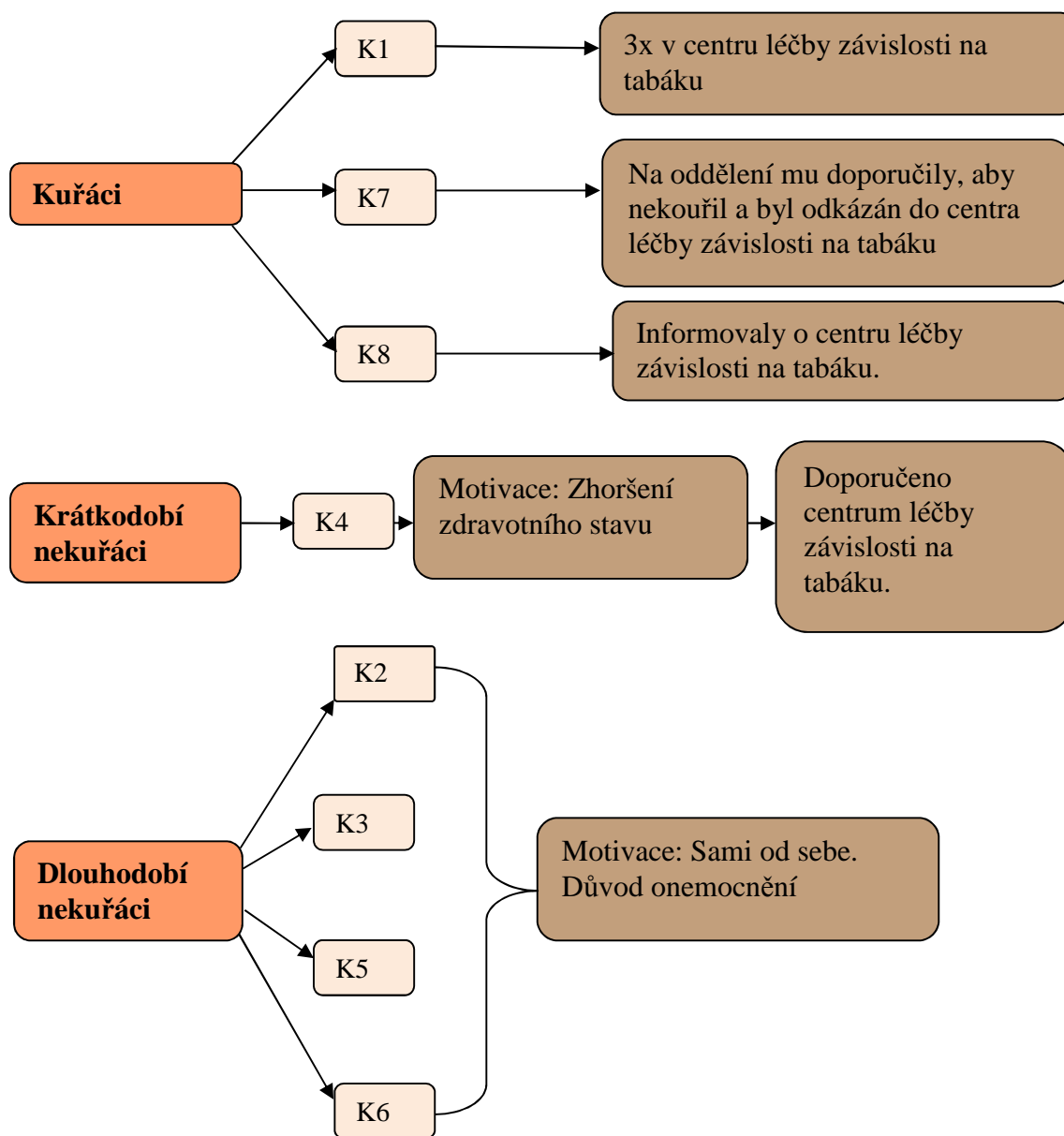
**Schéma 11** znázorňuje vnitřní edukační prostředí fyzikální. U 100 % klientů se objevila odpověď, že na pokoji. K1, K5 svoji odpověď doplnili o příjmovou místnost, K2 uvádí, že edukace proběhla ještě v kanceláři. K4 doplnil, že u něho edukace probíhá kdekoliv.

**Kategorie č. 5** se nazývá **Zkušenosti klientů s CHOPN s odvykáním kouření**. Vzhledem ke skutečnosti, že do etiologie CHOPN řadíme mimo jiné i kouření, nesměla chybět kategorie na toto téma. Naše první otázka směřovala k problematice, zda se jedná o klienta závislého na tabákových výrobcích. Současný kuřák je pouze klient K1, K7, K8. Naše další otázky u těchto klientů byly směřovány na počet vykouřených cigaret, edukaci ohledně odvykání kouření. K1 zkoušel nikotinové žvýkačky, náplasti a léky, ale nepomohlo mu to. Klient byl v centru léčby závislosti na tabáku: „*Tříkrát a ani jednou, třikrát jsem byl na tom kuřáckým odvykání tady v nemocnici a nepomůže ..., je to tady vidět na pacientech, páč je tu jeden, říká taky přestaneš až tě to chytne pořádně, takže zhoršení zdravotního stavu asi ... no právě, ona chybí ta silná vůle ... opravdu alkohol nemusím, to mi jako nic neříká, ale tady to kouření to je moje jediná neřest, kterou mám ... ale jeden známý doktor mi řekl, klidně kuř, stejně už ti nemůžeme pomoci, tak to je jedno ...*“ (K1) K7 se pokoušel několikrát přestat kouřit, zkoušel k tomu nikotinové náplasti, chtěl přestat z důvodu svého onemocnění. V plicní léčbě mu doporučili, aby nekouřil a aby navštívil centrum léčby závislosti na tabáku.

Zde uvádíme odpovědi: „*Ano, zkoušel jsem to několikrát a ani jednou sem to nevydržel, ta závislost je hrozná věc a ... akorát jsem zkoušel náplasti a bylo to stejně k ničemu ..., no, tady my akorát říkali, abych nekouřil a byla mi doporučena poradna odvykání kouření, ale ještě jsem tam nebyl. No, nevím, ještě uvidím, já si myslím, že to bude stejně k ničemu.*“ (K7) Další klient uvádí, že zkoušel přestat kouřit kvůli finanční náročnosti tabákových výrobků. Zde mu bylo také doporučeno centrum léčby závislosti na tabáku. „*No přesvědčení, že bych mohl ušetřit ... akorát mi o tom povídali, že to existuje, že existuje tady to centrum.*“ (K8)

Ostatní klienti jsou bývalí kuřáci, otázky tedy byly zaměřeny na to, jak přestali kouřit a z jakého důvodu. Nejčastějším důvodem bylo onemocnění, daná odpověď se vyskytuje u K2, K3, K4, K5, K6. Vybraný klient uvádí na otázku, proč přestal kouřit: „*Nemohl jsem dýchat.*“ (K6) Dále nás u klientů zajímalo, zda použili pomůcky k odvykání kouření. Pouze u K1, K7 byla odpověď kladná. K2, K3, K4, K5, K6 negují prostředky k odvykání kouření. „*Sám od sebe ... Na odvykání jsem nikdy nebyl, poslechl jsem doktory.*“ (K6) „*Je to tak drahý, že to nemůže chtít nikdo.*“ (K4) K4 sice momentálně nekouří, zhruba měsíc, ale udává, že vydrží třeba i rok, rok a půl a pak znovu začne, nyní by chtěl přestat kouřit již na pořád, u něho je patrná motivace. Bylo mu proto sestrou doporučeno centrum léčby závislosti na tabáku, ale na oddělení žádná edukace ohledně úplného odnaučení kouření neproběhla. Klient uvádí: „*No, teď jsem přestal, nebylo mi dobře ... Já jsem nikdy nekouřil moc, já jsem kuřák labužník. Takže moje hodinka je po obědě, někdy večer jo, já nejsem takový ten kuřák, jak tahá jednu za druhou ... Dostal jsem lísteček na poradnu ... dojděte si tam, já jsem právě říkal, když jsem šel z vyšetření, takže je to tady v tom průjezdu, já jsem to znal, že to tady někde je, protože už jsem tam chtěl několik let zpátky jít do té poradny, myslel jsem to vážně s odvykáním kouření. Takže i u svého obvodního lékaře jsem se domáhal kontaktu a kdepak ...*“ (K4)

**Schéma 12 Zkušenosti klientů s CHOPN s odvykáním kouření**

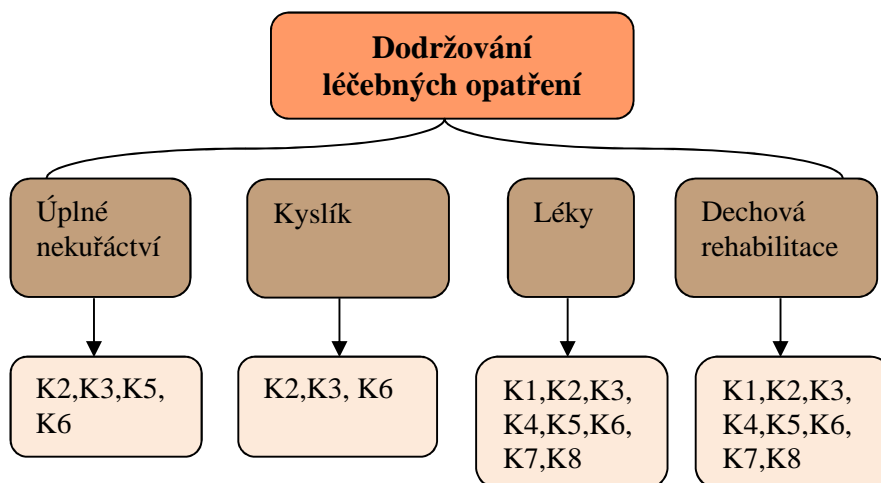


**Schéma 12** znázorňuje informace týkající se zkušeností klientů s CHOPN s odvykáním kouření. K1, K7, K8 jsou kuřáci a K4 momentálně nekouří kvůli zhoršení zdravotního stavu, ale obává se, že znovu začne. K1 již byl 3x v centru léčby závislosti na tabáku. K4, K8, K7 bylo výše zmíněné centrum doporučeno. K7 na oddělení mu

navíc doporučili, aby nekouřili. K2, K3, K5 a K6 přestali kouřit sami od sebe a důvodem bylo u všech zmíněných onemocnění.

**Kategorie č. 6** se nazývá **Dodržování léčebných opatření u klientů s CHOPN**. Zajímalo nás, zda klienti s CHOPN dodržují léčebná opatření. K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 uvádějí užívání léků, dechovou rehabilitaci. „*Tak určitě беру pravidelně léky, provádím tu dechovou rehabilitaci.*“ (K7) Dále uvádějí K2, K3, K6 kyslíkovou terapii: „*Tak беру léky, mám kyslík, mám tu pomůcku s tima kuličkama na zlepšení dechání.*“ (K2) „*Užívám léky, jsem na kyslíku, cvičím, aby se mi zlepšilo dechání.*“ (K6) Tato kategorie může také zahrnovat kouření, o kterém podrobněji hovoříme v kategorii č. 5 Zkušenosti klientů s CHOPN s odvykáním kouření, ale jelikož nekuřáctví patří do léčebných opatření, znovu uvádíme, že K2, K3, K5, K6 nekouří a K4 momentálně ne, ostatní klienti jsou kuřáci.

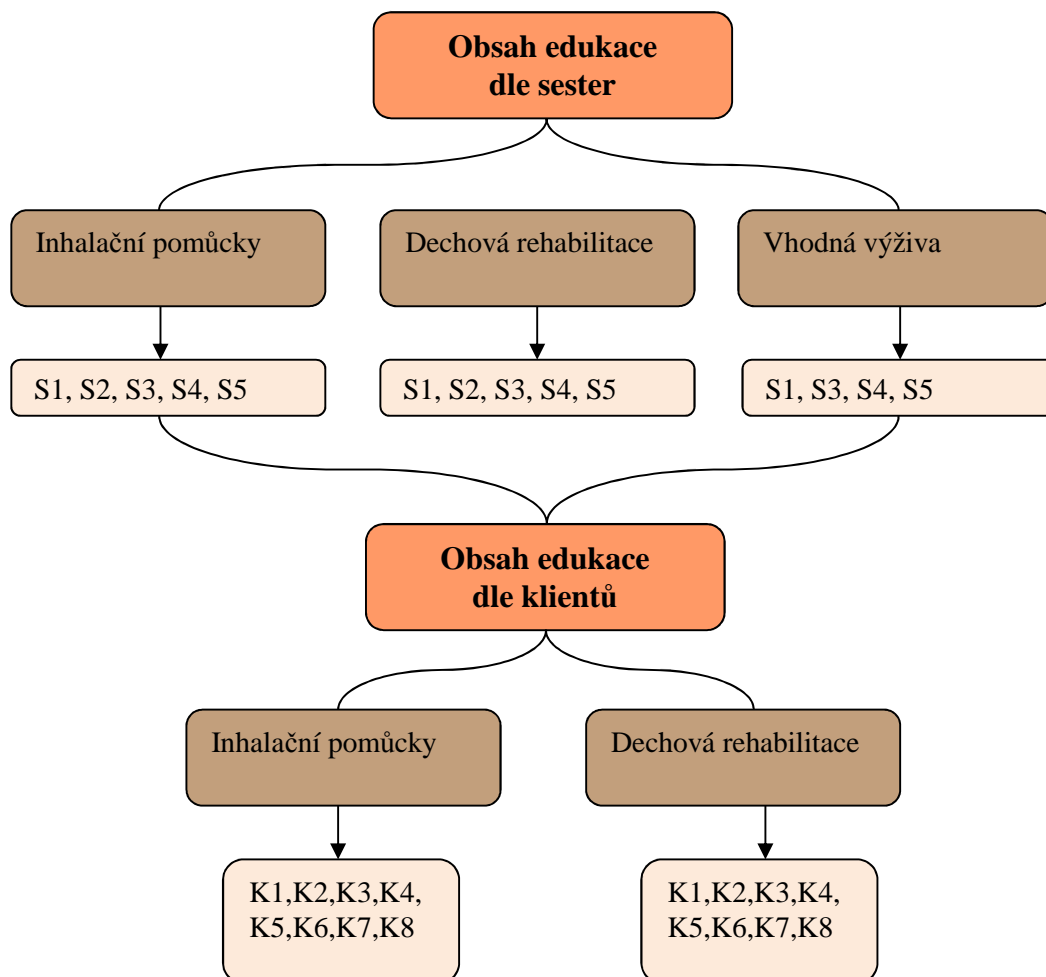
**Schéma 13 Dodržování léčebných opatření u klientů s CHOPN**



**Schéma 13** nám znázorňuje **Dodržování léčebných opatření u klientů s CHOPN**. Dlouhodobými nekuřáky jsou K2, K3, K5, K6, kyslíkovou terapii uvádí K2, K3, K6 léky a dechovou rehabilitaci K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8.

### 4.3 Shrnutí výsledků empirického šetření

Schéma 14 Porovnání obsahu edukace se sestrami a s klienty s CHOPN



**Schéma 14** znázorňuje porovnání obsahu edukace se sestrami a s klienty s CHOPN. Jak je patrné u všech sester, edukace se zaměřuje na dechovou rehabilitaci a používání inhalačních pomůcek plus u S1, S3, S4, S5 se edukace týká také vhodné výživy. Všichni klienti udávají edukaci zaměřenou na dechovou rehabilitaci a používání inhalačních pomůcek.



## 5. Diskuze

V této části naší bakalářské práce shrneme výsledky výzkumného šetření, které se uskutečnilo v plicní léčebně, a pokusíme se dát je do souvislosti s poznatky z teoretické části práce. Ještě je nutné uvést, že dané poznatky se týkají pouze našeho výzkumného souboru, pro potenciální možnost zobecnění výsledků by bylo nutné provést další výzkumné šetření většího rozsahu.

Naše výzkumné šetření se realizovalo v plicní léčebně po schválení hlavní a vrchní sestrou. Výzkumný vzorek lze rozdělit na dvě části. První část výzkumného vzorku tvořilo osm klientů hospitalizovaných s CHOPN v plicní léčebně. Původně se mělo empirického šetření účastnit deset klientů, ale vzhledem k teoretickému nasycení, kdy se výzkumu zúčastnilo osm klientů, už nebylo nutné v dalších rozhovorech pokračovat. Další část výzkumného vzorku tvořilo pět sester pracujících na výše zmíněném oddělení. Pro empirickou část naší bakalářské práce byl vzhledem k definovaným cílům práce zvolen kvalitativní přístup. Jako výzkumná metoda byl uplatněn polostrukturovaný rozhovor se sestrami a následně pro posílení validity i s klienty s CHOPN.

Hlavním záměrem tohoto empirického šetření bylo odkrývání jevů v účinné edukaci klientů s CHOPN v rámci ošetrovatelské péče, z něhož vychází jak cíl akademický, tak praktický. Tyto cíle byly rozpracovány a následně jsme za tímto účelem stanovili následující dílčí cíle. Prvním cílem bylo *Zjistit, zda edukace u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí je účinná.* K tomuto cíli se vztahovala první výzkumná otázka a to *Jaké edukační strategie používají sestry u edukace klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí?* Dalším cílem bylo *Zjistit, v jakých oblastech sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí.* K tomuto cíli se vztahovala další výzkumná otázka *V jaké oblasti sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí nejčastěji?* Třetím, námi stanoveným, cílem bylo *Zjistit spokojenost klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí s edukací sester.* K tomuto cíli se vztahovala výzkumná otázka *Jaký je pohled klientů na edukaci v léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění?* Vzhledem k možnému začlenění metody motivačního rozhovoru do edukace bylo naším dalším cílem *Zjistit znalosti sester*

*o motivačním rozhovoru. V souvislosti s danými cíli byla stanovena další výzkumná otázka, Mají sestry dostatek znalostí o motivačním rozhovoru?*

V následujících řádcích se budeme snažit nalézt odpovědi na dané cíle a výzkumné otázky práce.

Naším prvním cílem bylo zjistit, zda edukace u klientů s CHOPN je účinná. K tomuto cíli se vztahovala výzkumná otázka, jaké edukační strategie používají sestry u edukace klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí. V rámci rozhovorů se sestrami pracujícími v plicní léčebně nás nejprve zajímalo, jaký je průběh edukace u klientů s CHOPN. Ze Schématu 2 je patrné, že u všech sester bylo zjištěno, že edukace začíná pedagogickou diagnostikou při příjmu klienta a to pomocí metody individuálního rozhovoru. Edukace se soustředí na správné používání inhalačních pomůcek. Tuto skutečnost podporuje tvrzení u K1, K4, K7, K8. Tento jev hodnotíme velmi pozitivně. Je důležité, aby sestra zhodnotila již při příjmu dosavadní schopnosti klienta a dále těmto schopnostem uzpůsobila další potřebnou edukaci, která pomůže zlepšit klientův zdravotní stav. Ovšem S1 a S5 uvádějí, že klienti neumějí správně používat inhalační pomůcky. S1 navíc uvádí, že to mnohdy neumějí jak klienti z jiných plicních oddělení popřípadě léčeben či z ambulancí, tak jejich bývalí klienti, kteří dovednost zapomenou. K4 se též přiznal, že i když je hospitalizovaný opakovaně, tak mu musela sestra znovu vysvětlit, jak používat inhalační pomůcku, protože naučenou dovednost v domácím prostředí prováděl chybně. Proč tomu tak je? Možným vysvětlením může být nízká klientova motivace. Dle Beneše (2008) je motivace neboli zaměření a síla motivů klienta nepochybně velmi důležitá, aby bylo dosaženo efektivního vzdělávání. Problém proto shledáváme v nedostatečné motivaci klienta a je jasné, že pokud je klientův zájem minimální, dříve nebo později vše naučené zapomene.

K edukační činnosti je nutné používat i vhodné edukační pomůcky. Ze Schématu 3 je patrné, že všechny sestry využívají letáky, popřípadě brožurky, inhalační pomůcky a pomůcky k dechové rehabilitaci. I K2, K3, K6, K7 se zmiňují o informačních letácích a brožurkách, které si lze vzít na chodbě a rozšířit si tak své vědomosti o svém onemocnění. Bylo by vhodné klást větší důraz na edukační materiály a klienti by je měli

mít stále k dispozici pro případ, že by zapomněli informace, které jim byly na oddělení poskytnuty a bylo by žádoucí je i aktivně nabízet rodinným příslušníkům klientů.

K efektivní edukaci je potřeba i vhodné prostředí. Na základě výsledků uvedených ve Schématu 11 můžeme konstatovat, že u všech osmi klientů se objevila odpověď, že je edukace prováděna na pokoji, K1, K5 svoji odpověď doplnili o příjmovou místnost, K2 uvádí, že edukace proběhla ještě v kanceláři. Tato prostředí se nám jeví jako vhodná pro edukaci. K4 doplnil, že u něj edukace probíhá kdekoliv i na chodbě nebo na pokoji a hodnotí toto pozitivně. My považujeme edukaci, která probíhá v rušném prostředí, za neefektivní. Sestra by měla, dle našeho názoru, volit pro edukaci klientů klidné prostředí. Klient by neměl být ničím rušen, aby se mohl dostatečně soustředit na danou problematiku.

Nyní se dostáváme k metodám zpětné vazby, jak uvádí Šulistová a Trešlová (2012). Jedna z rolí sestry spočívá mimo jiné i v roli hodnotitelky. Je nutné zhodnotit, zda byla výuka přínosná, účinná a toto lze určit nejenom pomocí výsledků a dle stanovených kritérií, ale též je možno použít zpětnou vazbu. Ze Schématu 6 je patrné, že zpětnou vazbu využívají všechny oslovené sestry. Neefektivnější využívání zpětné vazby shledáváme u S2, S3, S4, S5, které chtějí předvést danou dovednost, aby si ověřily, zda všechny úkony klient správně pochopil. S3 chce navíc naučené zopakovat, S5 se navíc zeptá klienta, zda všemu rozuměl, S4 dává cílené otázky. Z výše uvedeného vyplývá, že využívání zpětné vazby nelze hodnotit jinak než velmi pozitivně.

Naším dalším cílem bylo dále zjistit, v jakých oblastech sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka, v jaké oblasti sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí nejčastěji. Jak uvádí Šafránková a Nejedlá (2006) a Vondra (2011), edukace klienta s CHOPN by se měla týkat oblastí jako je správné užívání inhalačních léků, dechová rehabilitace, zdravá životospráva, vhodná strava, aplikace kyslíku (oxygenoterapie), preventivní opatření proti infekci, nekuřáctví, klient by rovněž neměl pobývat v zakouřeném prostředí.

Ze Schématu 14 je patrné, že všechny sestry uvádějí edukaci zaměřenou na používání inhalačních pomůcek, dechovou rehabilitaci a S1, S3, S4, S5 edukaci

ohledně vhodné výživy. Věrohodnost odpovědí sester jsme ověřovali u klientů. Všichni oslovení klienti byli edukováni ohledně používání inhalačních pomůcek a dechové rehabilitace. Edukaci ohledně vhodné výživy neuvádí ani jeden z klientů. Tyto tři edukační oblasti považujeme za velmi důležité. Ovšem klademe si oprávněně otázku, jak je možné, že edukaci ohledně vhodné stravy neuvádí ani jeden z klientů? Je možné, že sestry zapoměly edukovat klienty v této oblasti, či klienti zapoměli zmínit tuto důležitou oblast, protože tuto považovali za, pro ně, nepodstatnou, a nebyl na tuto oblast kladen důraz. Edukace o dalších oblastech, kromě nekuřáctví, o kterých budeme hovořit později, neprobíhá. Na podobné téma byla napsána diplomová práce s názvem Edukace seniora s chronickou obstrukční plicní nemocí. Výzkumné šetření bylo prováděno na plicním oddělení v Kyjově. Ve výzkumném šetření se ztotožňujeme se zjištěním, že nejvíce klientů uvádí edukaci zaměřenou na používání inhalátoru (Šudřichová, 2013).

V našem výzkumném šetření nás mimo jiné také zajímalo, jak dodržují klienti s chronickou obstrukční plicní nemocí léčebný režim. Jak je patrné za Schématu 13, dlouhodobými nekuřáky jsou K2, K3, K5, K6, kyslíkovou terapii uvádí K2, K3, K6, léky a dechovou rehabilitaci uvádějí všichni klienti. S užíváním léků je to, jak jsme již zmiňovali, složitější. Nyní hovoříme o užívání medikamentů pomocí inhalační pomůcky, kterou klienti z velké části neuměli používat správně, než se znovu dostali do plicní léčebny, kde jim toto bylo opakovaně vysvětleno. Ovšem může se stát a stává se, že klienti tuto znalost za určitou dobu opět zapomenou. Z tohoto důvodu by bylo vhodné, aby si každý klient ponechal edukační materiál pro případ, že by naučené zapomněl. Tyto informační materiály by určitě měly být aktivně nabízeny i rodinným příslušníkům vzhledem k vyššímu věku klientů. Sestra by si měla být vědoma toho, jak uvádí (Beneš, 2008), že ve stáří totiž existují veliké rozdíly v kognitivních a psychických dovednostech, schopnostech, v potřebách a zájmech jedinců a bylo by vhodné uzpůsobit klientovi vhodnou edukaci vzhledem k jeho věku.

Nyní se dostáváme k další oblasti, která se týká edukace zaměřené na odvykání kouření vzhledem k tomu, jak uvádí Koblížek (2013), že kouření patří mezi rizikový faktor daného onemocnění a klienti s CHOPN, kteří jsou zároveň kuřáky, mají obvykle rychlejší snížení plicních funkcí, závažnější příznaky a vyšší úmrtnost oproti klientům,

kteří nekouří. Proto do účinného léčebného režimu patří i nekuřáctví. Z tohoto důvodu nás zajímalo, jak v plicní léčebně probíhá edukace zaměřená na odvykání kouření a kolik vědomostí mají sestry o metodách léčby závislosti na tabáku. Ze Schématu 5 vyplývá, že všechny sestry odkazují na centrum léčby závislosti na tabáku, které se nachází poblíž oddělení „v dolním areálu nemocnice“. S1 navíc ještě uvádí, že edukace zaměřená na odvykání kouření není v její kompetenci. S3 navíc doporučuje klientům, aby nekouřili. Z těchto důvodů se o edukaci, která by probíhala na oddělení v souvislosti s kouřením, nedá hovořit, sestry ani edukovat nemohou, protože nemají potřebné znalosti o metodách odvykání kouření, jak je patrné ze Schématu 5. V této souvislosti nás zajímalo vyjádření klientů, abychom posílili validitu výzkumného šetření. Dle Schématu 12 je patrné, že K2, K3, K5 a K6 přestali kouřit sami od sebe a důvodem bylo u všech zmíněných jejich onemocnění. Jak uvádí Green (2011), existuje mnoho metod, jak přestat kouřit, avšak bez dostatečné motivace, odhodlání a silné vůle nemusí být vždy úspěšné. Příkladem je K1, který je kuřák, ale bohužel motivace přestat kouřit je u něho nulová. V centru léčby závislosti na tabáku byl sice již třikrát, zkoušel nikotinové náplasti, žvýkačky a léky, ale bez úspěchu. K7 se pokoušel několikrát přestat kouřit, zkoušel také nikotinové náplasti, na oddělení mu doporučili, aby nekouřil a bylo mu doporučeno centrum léčby závislosti na tabáku, centrum ještě nenavštívil, a domnívá se, že je to zbytečné. Proto opětovně zdůrazňujeme motivaci a v této souvislosti možné využití metody motivačního rozhovoru. K4 vykazuje potřebnou dávku motivace, v současnosti nekouří zhruba měsíc, ale udává, že vydrží třeba i rok, rok a půl a pak znovu začne, nyní by chtěl přestat kouřit již napořád. Byla mu proto sestrou doporučeno centrum léčby závislosti na tabáku. S jistotou můžeme konstatovat, že je patrná shoda v této oblasti mezi rozhovory se sestrami a klienty, i když na oddělení edukace v této oblasti neprobíhá, tak klienti mohou navštívit centrum léčby závislosti na tabáku. Samozřejmě mnohem efektivnější by bylo, kdyby edukace probíhala jak na oddělení, tak také v centru léčby závislosti na tabáku, ale bohužel tato praxe, jako vyplývá z výše uvedeného, není běžná. Důvodem může být nechut' učit se něco nového o této problematice. Rovněž může být důvodem nedostatečné finanční ohodnocení a nedostatek personálu v nemocničních zařízeních.

Dalším cílem bylo zjistit spokojenost klientů s CHOPN s edukací sester. V této souvislosti byla položena otázka, jaký je pohled klientů na edukaci v Léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění. Abychom si mohli na tuto otázku odpovědět, zkoumali jsme následující oblasti.

K efektivní edukaci a spokojenosti klientů je potřeba i dostatečného časového prostoru, jak uvádí Svěráková (2012). Při edukaci klientů se mohou vyskytnout překážky, které tento proces mohou negativně ovlivnit. Jednou z těchto překážek je i nedostatek času. Výzkumným šetřením byl zjištěn pozitivní jev, že i přes skutečnost, že sestry jsou pracovním velmi vytížené, tak si prostor na edukaci najdou, jak je patrné ze Schématu 10. Všichni klienti pociťují dostatek času k edukaci.

Efektivní edukace jde „ruku v ruce“ se spokojeným klientem, proto nás zajímala spokojenost klientů s edukací v zařízení plicní léčebny. Jak vyplývá ze Schématu 8, všichni klienti vyjadřují spokojenost s edukací na tomto oddělení. Jejich verbální i neverbální komunikace vyjadřovala velkou spokojenost. Pohled klientů na edukaci v plicní léčebně je kladný, toto tvrzení podporuje i fakt, že sestry si udělají dostatek času na edukaci. Tento jev hodnotíme velmi pozitivně.

Vzhledem k možnému začlenění terapeutické metody motivačního rozhovoru do edukace bylo naším dalším cílem zjistit znalosti sester o motivačním rozhovoru. V této souvislosti byla stanovena další výzkumná otázka, zda mají sestry dostatek znalostí o motivačním rozhovoru. Nejprve byla sestrám položena otázka, co jim říká pojem motivační rozhovor. Dle Sdružení pro motivační rozhovory se jedná o terapeutický a komunikační přístup zaměřený na podporu vnitřní motivace lidí při změně chování. V této definici je důležitá změna a vnitřní motivace. Schéma 7 vypovídá o tom, že všechny sestry si daly metodu motivačního rozhovoru do souvislosti s motivací, což je logické. V souvislosti se změnou uvažovaly S1, S4. S1 mluvila o změně ve smyslu přestat kouřit, vhodně se stravovat, aby se předcházelo komplikacím. S4 mluvila o změně chování ve smyslu přestat kouřit. Tyto dvě odpovědi byly uspokojivé, ovšem bylo zřejmé z neverbální komunikace, že si sestry nebyly jisté, a proto tipovaly. Sestry požadované znalosti o motivačním rozhovoru nemají, proto jim byla položena další otázka, zda by chtěly absolvovat kurz motivačního rozhovoru, a co

si o tom myslí. Z výzkumného šetření vyplývá, že S1, S3, S5 by chtěly, S1 se dokonce domnívá, že každá sestra by mohla případný kurz absolvovat a u S2, S4 se objevuje strohá reakce asi ano. Líbí se nám jejich chuť vzdělávat se v této oblasti.

Tato práce by měla vést k možnému zkvalitnění edukace vedené sestrou v plicní léčbě. Výsledky výzkumného šetření nás celkem pozitivně překvapily. Jak jsme již výše uvedli, velmi kladně hodnotíme edukaci při příjmu i využívání zpětné vazby. Edukace se ovšem týká pouze užívání inhalačních pomůcek dechové rehabilitace a u čtyř sester z pěti i stravování. Sestry by si měly rozšířit obsah edukace ještě o další oblasti. Z tohoto důvodu považujeme za vhodné, aby sestry při své činnosti prováděly také edukaci zaměřenou na odvykání kouření a nespolehaly pouze na centrum léčby závislosti na tabáku. Vzhledem k tomu, že někteří klienti, dle našeho názoru, nejsou dostatečně motivováni, navrhuje, aby sestry absolvovaly kurz motivačního rozhovoru, o kterém se zmiňujeme v kapitole Motivační rozhovor a jeho možné využití sestrou při odvykání kouření u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. Ještě je nutné zdůraznit, že klienti se na oddělení často vracejí a při příjmu se ve většině případů zjistí, že klient opět neumí používat inhalační pomůcky. Edukace je efektivní u části klientů pouze po dobu hospitalizace, ale po propuštění do domácího prostředí část klientů naučené zapomene, neboť nedochází k reedukaci v domácím prostředí. Řešením by mohly být edukační materiály, které by každý klient při ukončení léčby dostával, včetně doporučení spolupráce s rodinou klienta pro případ, že by klient zapomněl, jak pomůcky správně užívat. Tímto způsobem by se mohla zefektivnit edukace v plicní léčbě. Touto prací se otevírá prostor pro další výzkumnou činnost o větším rozsahu na dané téma.

## 6. Závěr

V teoretické části naší bakalářské práce byla snaha podat komplexní informace o problematice edukace klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí v rámci účinného léčebného režimu. V ní se zabýváme definicí daného onemocnění, rizikovými faktory vzniku, příznaky, diagnostikou, terapií a ošetrovatelskou péčí u daného onemocnění. Vzhledem k důležitému rizikovému faktoru kouření je další oblast zaměřena na závislost na tabáku a s tím spojenou problematiku odvykání kouření a možného využití motivačního rozhovoru při léčbě závislosti na tabáku. Další oblastí, kterou nelze opomenout, je edukace u klientů s CHOPN.

Empirická část byla zaměřena na odkrývání jevů v účinné edukaci klientů s CHOPN v rámci ošetrovatelské péče. Na základě tohoto hlavního cíle jsme stanovili jak cíl akademický, tak praktický. Tyto cíle byly rozpracovány a následně jsme za tímto účelem stanovili následující dílčí cíle.

Prvním dílčím cílem práce bylo zjistit, zda edukace u klientů s CHOPN je účinná. K tomuto cíli se vztahovala první výzkumná otázka: Jaké edukační strategie používají sestry u edukace klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí? Dalším cílem bylo zjistit, v jakých oblastech sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí. K tomuto cíli se vztahovala další výzkumná otázka: V jaké oblasti sestry edukují klienty s chronickou obstrukční plicní nemocí nejčastěji? Třetím námi stanoveným cílem bylo zjistit spokojenost klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí s edukací sester. K tomuto cíli se vztahovala výzkumná otázka: Jaký je pohled klientů na edukaci v léčbě tuberkulózy a respiračních onemocnění? Vzhledem k možnému začlenění motivačního rozhovoru do edukace bylo našim dalším cílem zjistit znalosti sester o motivačním rozhovoru. V souvislosti s danými cíli byla stanovena další výzkumná otázka: Jaké mají sestry znalosti o motivačním rozhovoru?

Pro empirickou část naší bakalářské práce byl vzhledem k definovaným cílům práce zvolen kvalitativní přístup. Jako výzkumná metoda byl uplatněn polostrukturovaný rozhovor jak u sester, tak i u klientů s CHOPN. Z rozhovorů byly



získány informace, která nám umožnily nalézt odpovědi na námi položené výzkumné otázky.

Z výsledků našeho výzkumného šetření je patrné, že edukace v plicní léčbě začíná již při příjmu klienta pomocí individuálního rozhovoru, kde sestry zjišťují dosavadní znalosti klientů o užívání inhalačních léků. Dvě sestry z pěti uvedly, že i když jsou klienti hospitalizováni opakovaně, stejně danou dovednost ve velké míře zapomenou a učí se vše znovu. Všechny sestry využívají ve své edukaci pomůcky, mezi které patří informační letáky, brožury, pomůcky na dechovou rehabilitaci a inhalační pomůcky. Naším výzkumným šetřením bylo zjištěno, že všechny sestry využívají při edukaci zpětnou vazbu ke zhodnocení účinnosti edukačního procesu.

Zjistili jsme, že obsahem edukace je vždy návod, jak správně užívat inhalační léky, dechové rehabilitace, a čtyři sestry z pěti uvádí volbu vhodné stravy. Zajímavým zjištěním však bylo, že ani jeden z klientů se nezmínil o edukaci v oblasti vhodné stravy. Buď to bylo z důvodu, že to zapoměli nebo vhodnou stravu, podle našeho názoru, nepovažovali za důležitou. Dále jsme zjistili, že edukace v odvykání kouření neprobíhá, sestry doporučují klientům centrum léčby závislosti na tabáku. Zjistili jsme také, že všichni klienti se shodují na tom, že sestry si udělají vždy dostatek času pro edukaci a že jsou spokojeni s předáváním vědomostí a dovedností v plicní léčbě. Vzhledem k tomu, že sestry nevěděly, co je metoda motivačního rozhovoru, doporučujeme v rámci jejich vzdělávání absolvovat kurz motivačního rozhovoru, který by mohl vést ke zkvalitnění edukace. Sestrám bychom také doporučili zaměřit edukaci na více oblastí. Klást větší důraz na edukační materiály a spolupracovat s rodinami klientů, vzhledem k tomu, že klienti často v domácím prostředí zapomínají, jak inhalační pomůcku správně používat.

Věřím, že všechny dané poznatky, které jsem získala při tvorbě této bakalářské práce, využiji v budoucnu při své práci sestry. Výsledky výzkumného šetření mohou sloužit pro další vědecké bádání v této oblasti.

## 7. Seznam použité literatury

BASTABLE, Susan B, 2008. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning. ISBN 978-076-3746-438.

BENEŠ, Milan, 2008. *Andragogika*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4725-802.

BENEŠ, Milan, 2014. *Andragogika*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4824-5.

COMBY, Bruno, c2007. *Jak se zbavit závislosti na tabáku: praktický a účinný rádce, jak konečně přestat s kouřením*. Praha: Pragma. ISBN 978-80-7349-077-5.

CURRIE, Graeme P, 2009. *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-956368-5.

ČEŠKA, Richard, 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3874-230.

DART, Michelle A, 2010. *Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the Patient*. Sudbury: Jones Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-7385-4.

DÍTĚ, Petr, 2005. *Vnitřní lékařství II* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3672-9.

DÍTĚ, Petr et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-966.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-813.

GREEN, Robert Jay, 2011. *Přírodní léčba plicních onemocnění: Rozedma plic a CHOPN*. Praha: Pragma. ISBN 978-80-7349-272-4.

GULÁŠOVÁ, Ivica, Ján BREZA a Ivan RIEDL, 2013. *Péče o pacienty s CHOPN. Sestra*, č. 10, s. 38-39. ISSN 1210-0404.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2013. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním srdce a dýchacích cest*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6354-9.

KANTOREK, Milan, 2001. *CHOPN: Nekouřením ke zdraví: metodická příručka pro nemocné chronickou obstrukční plicní nemocí*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-354-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KARGES, Wolfram a Sascha Al DAHOUK, 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-087.

KLENER, Pavel et al., 2006. *Vnitřní lékařství*. 3.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1252-6.

KOBLÍŽEK, Vladimír et al., 2013. *CHOPN: doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu chronické obstrukční plicní nemoci*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-358-9.

KRÁLÍKOVÁ, Eva et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira. ISBN 978-80-904217-4-5.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3676-841.

MAREK, Josef et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.

MARTINEZ, Fernando J. a Antonio ANZUETO, 2009. *Contemporary Diagnosis and Management of COPD*. 2nd ed. Newtown, Pa: Handbooks in Health Care Co. ISBN 978-193-5103-189.

MILLER, William Ross a Stephen ROLLNICK, 2003. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN. ISBN 80-86620-09-3.

MOTIVAČNÍ ROZHOVORY- *Sdružení pro motivační rozhovory*[online].[cit. 2015-02-23] Dostupné z: <http://www.motivacnirozhovory.cz>

MÜLLEROVÁ, Dana et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.

NAVRÁTIL, Leoš et al., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

RENNARD, Stephen a William MACNEE, 2009. *Chronic obstructive pulmonary disease*. 2nd ed. Abingdon: Health Press. ISBN 978-1-905832-54-5.

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

ROBINSON, Terry a Jane E SCULLION, 2009. *Oxford Handbook of Respiratory Nursing*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-922623-8.

SOUČEK, Miroslav et al., 2011 *Vnitřní lékařství-1.díl*. Praha: Grada. ISBN 978-802-1054-189.

SOUKUP, Jan, 2014. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0607-1.

ŠAFRÁNKOVÁ Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠUDŘICHOVÁ, Vladimíra. *Edukace seniora s chronickou obstrukční plicní nemocí*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-452.

VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ, 2011. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-807-4520-129.

VONDRA, Vladimír et al., 2011. *Jak žít s CHOPN?* aktual. vyd. Praha: Vltavín. ISBN 978-80-86587-41-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. In VYTEJČKOVÁ, Renata a Pavla PAVLÍKOVÁ.: *Odběry biologického materiálu*. Praha: Grada, 2013. s. 203-235. ISBN 978-802-4734-200.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

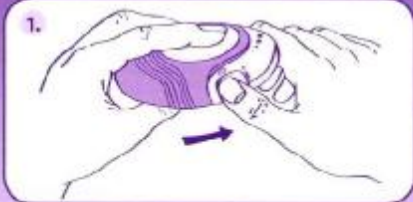
ŽALOUDÍK, Jan, 2008. *Vyhněte se rakovině- aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-075.

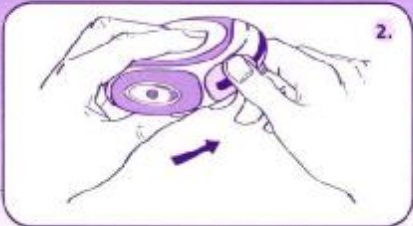
## **8. Seznam příloh**

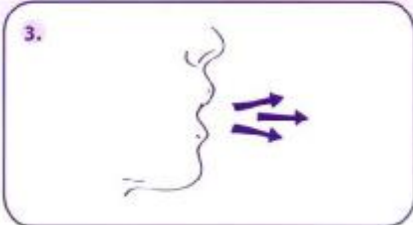
- 1. Edukační materiál týkající se používání inhalátoru Diskus**
- 2. Edukační materiál pro klienty, jež jim byl předepsán Ultibro Breezhaler**
- 3. Návrh otázek k rozhovorům pro sestry**
- 4. Návrh otázek k rozhovorům pro klienty**
- 5. Žádost o povolení výzkumného šetření**


## Příloha 1 Edukační materiál týkající se používání inhalátoru Diskus


# JAK SPRÁVNĚ POUŽÍVAT DISKUS

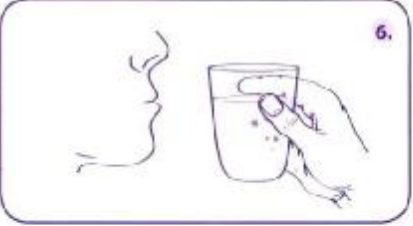
- 

**1. OTEVŘÍT:** Dejte vnější trvanlivý kryt jednou rukou a páčkou druhé ruky otáčejte vnitřním krytem, dokud neuslyšíte klapnutí.
- 

**2. NATÁHNOUT:** Natahujte pozadní páčku, drákuč neuslyšíte klapnutí.
- 


**3. VYDECHNOUT:** Dříve než přiložíte inhalací systém Diskus k ústům, co nejvíce vydechněte.
- 

**4. INHALOVAT:** Přiložte ke rtům náusek a zvolna a zhluboka se nadochněte přes inhalátor. Inhalátor odložte a zadržte dech asi na 10 sekund nebo na tak dlouho, jak je to bez námahy možné. Potom pomalu vydechněte.
- 

**5. ZAVŘÍT:** Vnitřní světlejší kryt pootočte zpět až uslyšíte klapnutí. Páčka se automaticky vrátí do původní polohy a je znovu nastavena k aplikaci další dávky.
- 

**6. VYPLÁCHNOUT:** Po každé inhalaci si řádně vypláchněte ústa.

Inhalací systém Diskus obsahuje 60 jednotlivých dávek. Přesné počítadlo jednotlivých dávek je uloženo na horní straně disku. Ukazuje, kolik dávek ještě zůstává. Posledních 5 dávek je označeno červenými číslicemi. Každá dávka je přesně odměřena a rentgenologicky zkontrolována při výrobě. Vícestupňový bílýový blistr chrání každou dávku před vlhkostí. Inhalací systém Diskus je funkční v jakékoli poloze, nevyžaduje žádnou údržbu a je opětovně plněn.

 **GSK** GlaxoSmithKline

Informační materiál. Užívání pouze pro pacienty užívající na základě předpisu ošetřujícího lékaře uvedený inhalací systém.

Zdroj: Edukační materiál v Nemocnici České Budějovice a.s.



**Příloha 2 Edukační materiál pro klienty, jež jim byl předepsán Ultibro Breezhaler  
(první strana)**

# 8 kroků ke správné inhalaci



Určeno pouze pro pacienty, kterým  
byl předepsán přípravek Ultibro® Breezhaler®.

Materiál je určen výlučně pro bližší názorné  
obeznámení pacienta se specifickým způsobem  
aplikace přípravku Ultibro® Breezhaler®.



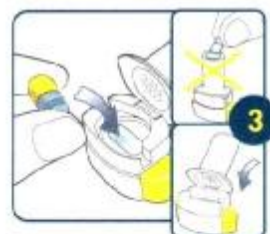
**1** Nejdříve je třeba **sejmout čepičku inhalátoru**  
a následně inhalátor otevřít tak, že se tělo  
inhalátoru pevně uchopí a náustek se odklopí.



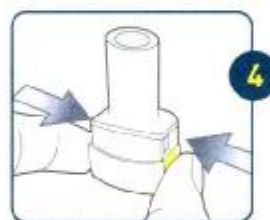
**2** Podél perforace z karty blistru **odtrhnout jeden  
blistr** obsahující tobolku. Ze zadní strany stáhnout  
ochrannou fólii k odkrytí tobolky. Neprotlačovat  
tobolku skrz krycí fólii.  
Bezprostředně před použitím inhalátoru vyjmout  
z blistru suchýma rukama **jednu tobolku**.



**3** **Tobolku** vložit **do komůrky inhalátoru** určené  
pro tobolky. Inhalátor uzavřít zaklopením náustku,  
dokud není slyšet „cvaknutí“.  
Nikdy nevkládat tobolku přímo do náustku.



**4** Inhalátor držet ve **vzpřímené poloze** náustkem  
nahoru. Vloženou tobolku propíchnout současným  
pevným stiskem obou postranních tlačítek,  
až je slyšet „cvaknutí“. **Stisknout pouze jednou**  
a poté tlačítka uvolnit.




**5** Před vložením náustku do úst je potřeba  
**zhluboka vydechnout**. Do náustku nefoukat.



## Příloha 2 (druhá strana)

**6** Pro vdechnutí léku hluboko do dýchacích cest je třeba: Držet inhalátor tak jako na obrázku. Postranní tlačítka by měla směřovat vlevo a vpravo. **Postranní tlačítka nemačkat.** Vložit náustek do úst a rty kolem něho pevně stisknout. Vdechovat rychle, ale stejně silně a co nejhlouběji to jde.



**7** Poté, co proběhla inhalace léku, je třeba: **Zadržet dech** na nejméně 5–10 vteřin nebo co nejdéle je to pro pacienta pohodlné a současně vyjmout náustek z úst. Potom vydechnout. Otevřít inhalátor a zjistit, zda nějaký prášek nezůstal v tobolece.



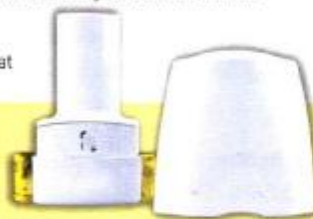
**8** Po ukončení podávání léku je třeba: Odklopit opět náustek a vyjmout prázdnou toboleku jejím vyklepnutím z komůrky. Prázdnou toboleku odložit do domovního odpadu. Uzavřít inhalátor a nasadit na něj čepičku.



- **Tobolky neuchovávat v inhalátoru Ultibro® Breezhaler®.**
- Během vdechování přes inhalátor se toboleka v komůrce otáčí kolem dokola a mělo by být slyšet hrčení. Je cítit sladká příchut', jak lék vstupuje do plic.
- Občas mohou velmi malé úlomky tobolek projít přes sítko a dostat se do úst. Pokud k tomu dojde, můžete tyto úlomky cítit na jazyku. Spolknutí nebo inhalace těchto úlomků nepoškozuje zdraví. Možnost roztržení tobolek se zvyšuje, pokud je toboleka omylem propíchnuta více než jednou [krok 4].
- Pokud po ukončení aplikace léku v tobolece zůstal nějaký prášek, je třeba inhalátor opět uzavřít a opakovat kroky 5, 6 a 7. Většina pacientů je schopna vyprázdnit toboleku jednou nebo dvěma inhalacemi.
- Občas se po inhalaci může objevit krátké nucení ke kašli, čehož není třeba se obávat. Pokud je toboleka prázdná, byl přijat dostatek léku.

### JAK INHALÁTOR ČISTIT

- Inhalátor čistit jednou týdně.
- Náustek vytřít zevnitř a zvenku čistou látkou neuvolňující vlákna, aby byl odstraněn ulpělý prášek.
- Nemýt inhalátor vodou. Udržovat ho suchý.
- Inhalátor nerozebírat.



Zpracováno na základě informací z Příbalové informace: Informace pro uživatele Ultibro® Breezhaler® 85 mikrogramů/43 mikrogramů, prášek k inhalaci v tvrdé tobolece. Máte-li jakékoli další otázky týkající se užívání přípravku Ultibro® Breezhaler®, zeptejte se svého lékaře nebo lékárníka.

Přičtěte si pozorně celou příbalovou informaci dříve, než začnete tento přípravek užívat.

Případné nežádoucí účinky konzultujte s lékařem nebo lékárníkem.

Novartis s. r. o., Pharma Gemini, budova B, Na Pankraci 1724/129, 140 00 Praha 4, tel: 225 775 111, fax 225 775 222, www.novartis.com

CZ483849/2014

Zdroj: Edukační materiál v Nemocnici České Budějovice a.s.

### **Příloha 3 Návrh otázek k rozhovorům pro sestry**

- Jaké máte vzdělání?
- Kolik let zde pracujete?
- Na jakých jiných odděleních jste ještě pracovala?
- Jakým způsobem provádíte edukaci u klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí?
- Jak si ověříte, zda klient s chronickou obstrukční plicní nemocí všemu porozuměl?
- Jakých oblastí se týká edukace na vašem oddělení?
- O jakých metodách odvykání kouření edukujete klienty?
- Jaké znáte způsoby léčby závislosti na tabáku?
- Co Vám říká pojem motivační rozhovor?
- Pokud byste měla možnost absolvovat kurz motivačního rozhovoru, využila byste této nabídky, a co si o tom myslíte?

Zdroj: Vlastní

#### **Příloha 4 Návrh otázek k rozhovorům pro klienty**

- Jste kuřák?
- Kdy jste se narodil?
- Jak jste spokojen s edukací sester na tomto oddělení?
- O jakých oblastech máte dostatek informací?
- O jakých oblastech máte nejméně informací?
- Kolik času vám sestry při edukaci věnovaly?
- Kde edukace probíhala?
- Jak jste byl edukovaný o metodách jak přestat kouřit?
- Jaká léčebná opatření v rámci vašeho onemocnění dodržujete?

Zdroj: Vlastní

## Příloha 5 Žádost o povolení výzkumného šetření

Hlavní sestra  
Mgr. Monika Kyselová, MBA  
Nemocnice České Budějovice, a.s.  
B. Němcové 585/54  
370 01 České Budějovice

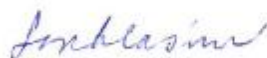
### Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní magistro,

tímto bych Vás chtěla požádat o povolení výzkumného šetření v nemocnici České Budějovice, a.s., které je potřebné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Edukace klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí v rámci účinného léčebného režimu. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

27. XI. 2014



Mgr. Monika Kyselová, MBA  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Zdroj: Vlastní