

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života pacientů po hospitalizaci na

ARO

bakalářská práce

Autor práce: Nikola Jarošová

Vedoucí práce: PhDr. Petra Doucková

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Nikola Jarošová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života pacientů po hospitalizaci na ARO
Cíl práce:	Zhodnotit kvalitu života pacientů po hospitalizaci na ARO.


PhDr. Petra Doucková
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života pacientů po hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Orientuje se především na pacienty s diagnózou Septický stav. Zkoumá vývoj fyzického i psychického stavu pacientů po celou dobu hospitalizace, schopnost sebezpečí a znovuzачlenění do běžného života. Přibližuje jednotlivé techniky používané na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, například kardiopulmonální resuscitaci, plicní intubaci, zajištění cévních vstupů, invazivní měření fyziologických funkcí a péče o pacienty s poruchou acidobazické rovnováhy – ASTRUP a také možnosti, jak efektivně komunikovat s pacienty s různými poruchami vědomí na oddělení ARO. Cílem bakalářské práce je zhodnotit, jak kvalitní život pacienti po hospitalizaci mají a jak se měnila úroveň kvality života v rámci hospitalizace. Samotné výzkumné šetření bylo provedeno metodou strukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce. Výzkumné šetření bylo realizováno na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a dále na lůžkových odděleních Nemocnice Jihlava, kam byli příslušní respondenti přeloženi k následnému doléčení.

Klíčová slova

Komunikace; kvalita života; ošetrovatelská péče; pacient; sebezpečí

Abstract

The bachelor thesis focuses on the quality of life of patients after hospitalization at the anesthesiology and resuscitation department. It focuses mainly on patient of septic conditions. It examines the development of the physical and mental state of patients throughout their hospitalization, self-care and reintegration into everyday life. Furthermore, the techniques used in the anesthesiology and resuscitation department, such as cardiopulmonary resuscitation, pulmonary intubation, vascular access, invasive measurement of physiological functions and care for patients with acid-base balance disorder - ASTRUP, as well as how to communicate effectively with patients with various disorders of consciousness in the department of ARO. The aim of the bachelor thesis is to evaluate quality of life patients have after hospitalization and how the quality of life in hospital has changed. The research itself was carried out by the method of structured interview of own construction. The research was carried out at the Department of Anesthesiology and Resuscitation as well as in the inpatient wards of the Jihlava Hospital, where the respondents were transferred for subsequent treatment.

Key words

Communication; quality of life; nursing care; patient; self-care

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 3. prosince 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Petře Douckové, za odborné vedení mé závěrečné práce, cenné připomínky a mnohé návrhy, které mi byly velkým přínosem.

Dále bych také ráda poděkovala personálu Nemocnice Jihlava, za možnost spolupráce při sběru dat pro výzkumné šetření. Velký dík patří také respondentům, za jejich svolení a ochotu při poskytování rozhovorů.

Poděkování také patří i mé rodině, která mi umožnila studium na vysoké škole, po celou dobu studia mě plně podpořila a měla se mnou trpělivost při jistých vypjatých momentech mého studia.

Obsah

Úvod.....	9
Motivace	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Zdraví.....	12
1.1.1 Definice zdraví.....	12
1.1.2 Faktory ovlivňující zdraví.....	12
1.1.3 Humanistické pojetí zdraví	13
1.2 Kvalita života	13
1.2.1 Definice kvality života.....	13
1.2.2 Pojetí kvality života	14
1.2.3 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	15
1.2.4 Kvalita života spojená s hospitalizací	15
1.3 Hodnocení kvality života	16
1.3.1 Metody měření kvality života	16
1.3.2 Klíčové prvky měření kvality života	17
1.4 Anesteziologie a resuscitace	19
1.4.1 Techniky užívané na anesteziologicko-resuscitačním oddělení	19
1.4.2 Sepse a septický šok	21
1.4.3 Kardiopulmonální resuscitace.....	23
1.4.4 Efektivní komunikace s pacienty na oddělení anesteziologie a resuscitace	25
1.4.5 Využití bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení ...	27
1.4.6 Poruchy vědomí spojené s anesteziologií a resuscitací	29
1.5 Pacient a hospitalizace	30
1.5.1 Psychické aspekty zvládání nemoci.....	30
1.5.2 Zátěžové situace spojené s nemocí a hospitalizací	31
2 Výzkumná část.....	33
2.1 Cíl výzkumu	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
2.3 Metodika výzkumu.....	33
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	34
2.5 Průběh výzkumu.....	34
2.6 Zpracování získaných dat.....	34
2.7 Výsledky výzkumu.....	34
2.8 Analýza výsledků.....	47

3	Diskuze	56
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	62
	Závěr	63
	Seznam použité literatury	65
	Seznam použitých zkratek	68
	Seznam tabulek	70

Úvod

„Existuje tisíce nemocí, ale jen jedno zdraví.“ – Karl Ludwig Borne (citáty slavných osobností, 2019).

Intenzivní péče prošla velmi rychlým vývojem, především v šedesátých letech minulého století. K dalšímu rozvoji potom došlo také v osmdesátých a devadesátých letech. Jak uvádí MUDr. Židková (2008) ve své disertační práci, právě především medicínské pokroky vedou k vzestupu přeživších pacientů přijatých na oddělení intenzivní a resuscitační péče a ke zlepšení celkové kvality života hospitalizovaných pacientů. Velký pokrok byl zaznamenán především ve farmakologii, celkové monitoraci pacienta, rozvoji umělé plicní ventilace nebo centralizace nemocných v kritickém stavu na specializovaných pracovištích. Monitorace pacienta a kvalitní sesterská péče se ukázaly jako zcela klíčové.

I přes všechnu snahu o kvalitní léčebnou péči se setkáváme s případy rozvinutí tzv. posttraumatického stresového syndromu, kterým jsou ohroženi právě pacienti na jednotkách intenzivní a resuscitační péče v kritickém stavu či pacienti dlouhodobě upoutaní na lůžko. Při rozhovorech s pacienty po hospitalizaci na oddělení intenzivní péče jsou schopni přesně popsat atmosféru prostředí hospitalizace, psychické halucinace i bolesti, které prožívali. Pacienti jsou schopni reagovat i ve stavech hluboké analgosedace, například na přítomnost blízkého člověka tzv. emocionální či vegetativní odpovědí. Dlouhodobě vnímají hluk, alarmy monitorovacích přístrojů, vibrace z okolí ventilátorů, nepohodlí způsobené upoutáním na lůžko či hlasy zdravotnického personálu. Všechny tyto nám „normální“ a zcela „automatické“ faktory mohou později po propuštění do domácího prostředí u pacienta vyvolat psychické poruchy, noční děsy, halucinace a stavy paniky a úzkosti. Myšlenky takového člověka se transformují a přetvářejí na děsivé představy související s jeho zdravotním stavem. Posttraumatický stresový syndrom je komplikací, která výrazně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Jeho léčba se neskývá pouze ve farmakologii, ale vyžadována je především trpělivá, pečlivá a dlouhodobá spolupráce s psychologem ve spolupráci s rodinnými příslušníky.

Na odděleních anesteziologické a resuscitační péče nacházíme často pacienty v kritickém a život ohrožujícím stavu, se změněným stavem vědomí či mnoha dalšími komplikacemi doprovázejícími hlavní onemocnění. Zcela klíčová je proto kvalitní a profesionální zdravotní péče vedená specializovaným lékařským personálem ve spolupráci s mnoha

dalšími osobami, jako jsou například fyzioterapeuti či kliničtí psychologové. Důležité pro zkvalitnění života pacientů v rámci hospitalizace je i přístup jednotlivých ošetřujících sester. Znalosti odborných postupů, ale především empatie, umění komunikace, užívání prvků bazální stimulace a umožnění kontaktu rodinných příslušníků či blízkých osob má klíčový dopad na pozdější prožívání nemocného a na zmírnění možných pozdějších psychických problémů, které se mohou v důsledku hospitalizace rozvinout. Protože lidské tělo není pouhá schránka.

Téma intenzivní a resuscitační péče je pro mě velmi zajímavé pro jeho pestrost a odbornost. Ráda se dozvídám o nových možnostech, které se v medicíně objevují. Pro mě, jako pro budoucí všeobecnou sestru, je ovšem velmi důležitá i psychická stránka pacientů, jejich prožívání v určitých zátěžových situacích, které mohou nastat. Ráda bych byla efektivní a pomocnou silou nejenom v rámci fyzického, ale i duševního zdraví pacientů. Potřeba rozvíjení daného tématu byla pro mě i impulsem k výběru zpracování této bakalářské práce. Cílem mé práce je zjistit, jak kvalitní život pacienti po hospitalizaci na ARO mají, jak se měnil jejich zdravotní a psychický stav v průběhu hospitalizace a jak probíhá jejich začleňování do každodenního života.

Motivace

Téma této bakalářské práce jsem si volila z důvodu pestrosti a také potřeby rozvíjení a zkoumání daného tématu, zabývání se kvalitou života pacientů po hospitalizaci na oddělení anesteziologické a resuscitační péče a rozvíjení lepší podpůrné, zvláště psychologické péče v nemocničních zařízeních i mimo ně. S tímto tématem mám také vlastní zkušenost – péče o blízkého člena rodiny po hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Poznala jsem díky tomu velmi emotivní a silné prožitky daného člověka, zvláště potom problematiku navrácení se a znovuzачlenění do běžného života. Rozhodla jsem se tedy věnovat se právě tomuto tématu a dozvědět se tak o kvalitě života jako takové i o samotném oddělení co nejvíce.

1 Současný stav problematiky

1.1 Zdraví

Zdraví je dle Světové zdravotnické organizace chápáno jako stav vyvážené tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost určité choroby. Zdraví je také základním předpokladem pro šťastný a aktivní život, jeho působení se promítá do celého života. Je důležité umět naslouchat svému tělu, uspokojovat základní životní potřeby vedoucí k zachování plného zdraví, osvojovat si návyky zdravého životního stylu a žít tak spokojený a kvalitní život (Machová; Kubátová a kol., 2015).

1.1.1 Definice zdraví

Člověk má mnoho potřeb (hodnot), které jsou pro naplnění jeho spokojeného života zcela nezbytné a zásadní. Jsou-li tyto hodnoty nedostatečně nebo nejsou-li vůbec naplňovány, člověk propadá úzkosti, může se cítit nespokojený, pociťuje pocit prázdnoty ve svém životě. Jednou z naprosto nejzásadnějších potřeb je potřeba zdraví, kterou může člověk pociťovat různě. Někdo vnímá potřebu zdraví pouze jako fyzickou spokojenost, jiní vyjadřují zdraví jako stav plné tělesné, ale i sociální a psychické pohody (Mastiliaková, 2014).

Velmi známá je také Maslowova teorie potřeb. Jeho teorie uvádí, že lidé mají různé potřeby a tyto potřeby tvoří určitou strukturu, tvořenou dvěma hlavními skupinami potřeb – odstranění nedostatku a dosažení maximální hodnoty lidského bytí (Šamánková, 2011).

1.1.2 Faktory ovlivňující zdraví

Faktorů, které ovlivňují naše zdraví, je nespočet. K hlavním rizikovým faktorům, které ovlivňují zdraví a životní styl člověka patří zejména nesprávná výživa, kuřáctví, nedostatek tělesné aktivity, vysoká hladina stresu, obezita, užívání návykových a omamných látek. Tyto faktory ovšem můžeme do jisté míry sami ovlivnit. Mezi další faktory, které už ovlivnit nemůžeme, patří například genetické predispozice, věk, životní a pracovní podmínky (Čevela; Čeledová; Dolanský, 2009).

1.1.3 Humanistické pojetí zdraví

Humanismus neboli lidskost má být základní hodnotou člověka pracujícího v ošetrovatelském povolání. Jako humanistické považujeme jednání, jež respektuje úspěch jiných osob, empatické chování, schopnost respektovat odlišný názor, lidumilnost (Humanismus a filantropie v ošetrovatelství, 2009).

Současnost v ošetrovatelství je zaměřena na zdraví jedince, na schopnost pečovat o sebe i o druhé, rozhodovat a volit si své životní podmínky a jednak i na možnost, že zdravotní péče je poskytována všem a bez rozdílů (Humanismus a filantropie v ošetrovatelství, 2009).

1.2 Kvalita života

Koncept kvality života má v rámci ošetrovatelství svou nezastupitelnou a specifickou pozici. Tento koncept úzce souvisí s mnoha dalšími pojmy, s kterými se v ošetrovatelské praxi pracuje, například lidské potřeby, zdraví, sebepéče, pohoda, denní aktivity pacienta i celkový existencionální rozměr lidského života. Téma kvality života je nejednoznačné, vládne v něm multidimenzionálnost a dynamičnost, jeho subjektivní charakter omezuje jeho jednoznačný teoretický základ. Koncept kvality života má ovšem svou nezastupitelnou roli v celé ošetrovatelské praxi a potřeba rozvíjení tohoto tématu je tudíž velmi vysoká (Gurková, 2011).

1.2.1 Definice kvality života

Pojem „kvalita“ neboli jakost, hodnota, je dle Gurkové (2011) vymezena jako výraz, který slouží k označení charakteristik, vlastností, kterými se daný člověk liší od jiných lidí. Je také relativní kategorií, může být vyjádřena jak kvalitativními, tak kvantitativními indikátory. Tím také zahrnuje hodnoticí proces. Obvykle se pojí s pozitivním výrazem pojmu kvalita (kvalitní = dobrý). V odborném jazyce se používá na popis pozitivních i negativních pojetí života.

1.2.2 Pojetí kvality života

Heřmanová (2012) ve své knize představuje *Holistický dynamický model kvality života*, který zkoumá čtyři základní oblasti existence člověka. Patří sem kontext a zázemí, dále prostředí, osobní charakteristiky a zpracování informací. Největší význam má ovšem právě posledně jmenovaný aspekt, který určuje konečnou podobu prožívání kvality života každého člověka.

Pojetí kvality života je zcela interdisciplinární, zabývají se jí různé disciplíny, jako například psychologie, politologie, etika, teologie, sociologie a převážně medicína, v níž je analýza kvality života a zdraví hlavním tématem výzkumu (Heřmanová, 2012).

Kontroverznost daného tématu spočívá v tom, že neexistuje všeobecně přijatelná definice, která by popisovala kvalitu života. Důkazem toho je i značná terminologická roztržičnost. Mimo pojem kvalita života (quality of life – QOL) existuje i řada jiných souvisejících pojmů, které se velmi často užívají jako synonyma. Lze uvést pojmy jako well-being (sociální pohoda), standart of living (životní standard), happiness (štěstí) nebo například satisfaction (spokojenost) (Heřmanová, 2012).

Je tedy více než jasné, jak obtížné je kvalitu života definovat, neboť se tento pojem přímo odvíjí od komplexnosti lidského života jako takového, od skutečnosti, že život člověka je ovlivněn mnoha vnějšími i vnitřními faktory, které přímo ovlivňují lidské myšlení (Heřmanová, 2012).

1.2.2.1 Objektivní a subjektivní indikátory kvality života

Kvalitu života lze také rozdělit na objektivní a subjektivní aspekty, které jsou klíčové pro konceptualizaci a následné hodnocení a měření kvality života. Toto rozdělení popisuje velké množství zahraničních i domácích publikací (Gurková, 2011).

Objektivní kvalita života představuje uspokojení a splnění materiálních, sociálních požadavků a fyzického zdraví jedince, zatímco subjektivní aspekt kvality života se týká spíše vnitřní spokojenosti jedince, splnění životních cílů, očekávání, naplnění zájmů a celkový životní styl vůbec. Jako nejdůležitější ovšem hodnotíme vzájemný vztah těchto dvou aspektů, jejich vzájemné prolínání a uplatnění při měření kvality života v praxi (Gurková, 2011).

1.2.3 Faktory ovlivňující kvalitu života

Dle Dvořáčkové (2012) je jeden z nejčastějších a nejhlavnějších aspektů hodnocení kvality života (zvláště u pacientů staršího věku) právě zdraví. Zdraví je ovšem jeden z mnoha faktorů, které na sebe s kvalitou života navzájem působí. Kvalita života je ovlivněna mnoha faktory, v poslední době ale více pozornosti směřuje na subjektivní pojetí kvality života. Pro klinickou praxi může být důležitá včasná diagnostika a zahájení léčby onemocnění, ale také rozpoznání úrovně soběstačnosti, fyzické a psychické schopnosti pacienta. Faktory nesouvisející s klinickou praxí mohou mít také velmi výrazný dopad na prožívanou kvalitu života, a to například nedostatečné finanční zabezpečení, bytové podmínky, neochota poskytnutí potřebné pomoci ze strany rodiny, špatné osobní vztahy či pracovní zázemí.

V našem životě se ovšem více než na objektivní aspekty kvality života zaměřujeme na ty subjektivní, tedy na naše prožívání. Pro posouzení důsledků pro život je také třeba zvážit celkovou tíživost a závažnost daného onemocnění, stupeň a množství omezení, které z onemocnění vyplývají (Dvořáčková, 2012).

1.2.4 Kvalita života spojená s hospitalizací

Po celém světě se nyní prohlubuje tendence ke zkvalitnění života hospitalizovaných pacientů, ke zkrácení doby hospitalizace a také preferování ambulantní a domácí péče. Přínosem je také nemocniční psycholog, který může významně pomoci pacientům i lékařům. Přestože hlavním smyslem hospitalizace je především zdraví pacienta, nese s sebou i řadu nepříjemných důsledků, jako například ztrátu osobního a tělesného soukromí, omezení fyzických aktivit, omezení svobody a osobního chodu života. Velmi důležitá je také pro pacienta důsledná edukace, možnost rozhovoru s lékařem či rodinnými příslušníky a celková informovanost. Menší obavy mají pacienti s jasně stanovenou diagnózou, seznámení s následnými intervencemi a postupy léčby, než pacienti s nejasnou etiologií a potížemi. Důležité jsou tudíž rozhovory, vizity v příjemné atmosféře, ale také průběžná starost o celkový psychický stav pacienta. Každý pacient je jiný, má jiné povahové vlastnosti, jinak prožívá dané situace, proto by se mělo ke každému pacientovi přistupovat individuálně (Mandincová, 2011).

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se potom projevují znaky hospitalismu – negativní faktory, které působí na nemocného v rámci pobytu na lůžkovém

oddělení. Velký vliv na jeho vznik má taky dlouhodobá nucená nečinnost a imobilita. Čím je hospitalizace delší, tím více se hospitalismus projeví. V průběhu dlouhotrvajícího pobytu je ovlivněn jak duševní, tak i tělesný stav pacienta. Nejnáchylnější na projev hospitalismu jsou ovšem děti (Zacharová; Šimíčková-Čížková, 2011).

1.3 Hodnocení kvality života

Hodnocení úrovně kvality života pacientů vystupuje do popředí zejména u pacientů s dlouhodobým či nevyléčitelným onemocněním. Pacient prožívá řadu omezení, které narušují jeho běžný životní rytmus. V rámci hodnocení kvality života se usiluje také o efektivnost ošetrovatelských intervencí, které se mimo jiné také zasluhují o úroveň kvalitního prožívání pacientů (Gurková, 2011).

1.3.1 Metody měření kvality života

Při měření kvality života můžeme užívat širokou škálu nástrojů, neměli by být ovšem použity indikátory, které jsou určené na posuzování zdravotního stavu, respektive na kontrolu symptomů. Měření a hodnocení kvality života v klinické praxi se potom provádí zvláště u pacientů s chronickým či nevyléčitelným onemocněním. Tito pacienti prožívají neustálé napětí, úsilí a omezování, které jim brání přiblížit se k takové kvalitě života, kterou jiní vnímají zcela automaticky, bez neustálé sebekontroly či soužení. Kvalita života by měla být měřena v oblasti biologické, psychické a sociální, sestry potom budou moci lépe indikovat, provádět a vyhodnocovat ošetrovatelskou péči. Je možné ji posuzovat jako kvalitu života pacientů s určitou chorobou, v určitém zdravotnickém zařízení, nebo jako kvalitu ošetrovatelské péče (Gurková, 2011).

Při měření kvality života se musí nejprve specifikovat účel hodnocení, vymezit část pacientů, kteří budou posuzováni, stanovit konceptuální zaměření a následně specifikovat hodnotící kritéria. Postupy měření kvality života můžeme rozdělit do tří kategorií: objektivní metody, což je posuzování a hodnocení druhou osobou, dále subjektivní metody a metody kombinované. Nejpoužívanější metodou objektivního hodnocení kvality života jsou kritéria podle W. O. Spitzera, které analyzují pracovní schopnosti, fyzickou nezávislost, způsob, kterým tráví volný čas, bolest a nepohodlí, finanční situaci, komunikaci a dostatečnou edukaci pacienta

o nemoci. Nejčastější metoda pro subjektivní posuzování kvality života je metoda SEIQOL. Tato metoda se pomocí rozhovoru snaží zjistit aspekty, které jsou kriticky závažné. Jde o rozhovor strukturovaný, který je omezen pouze na nejdůležitější aspekty života a analyzuje vlastní systém hodnot, které jsou pro daného pacienta důležité. Kombinovaná metoda měření kvality života je taková, kde se využívají obě výše zmíněné metody. Získává tak obraz kvality života jedince přímo v konkrétní chvíli. Toto je možné využít přímo v ošetrovatelském procesu (Kvalita života v ošetrovatelské praxi, 2013).

Další metodou měření kvality života je měření pomocí dotazníků. Ty se rozdělují na generické (všeobecné) a specifické. Generické dotazníky hodnotí celkový stav nemocného, nespecifikují se pouze na určité onemocnění. Jako první byly používány především dva nástroje: SIP (Sickness Impact Profile) a NHP (Nottingham Health Profile). SIP měl široké využití bez ohledu na konkrétní onemocnění, zaměřuje se na hodnocení efektivity terapie. NHP slouží k měření tělesného, psychického a sociálního distresu. Více než na denní aktivity se zaměřuje na změny v prožívání. U nás je nejčastěji využíván dotazník WHOQOLBref, jenž je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, který je využíván hlavně pro potřeby v klinické praxi. Byly také vytvořeny dotazníky pro měření kvality života u pacientů se specifickými onemocněními (onkologické nemoci, kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus, respirační choroby, choroby pohybového aparátu) a také metody posuzující kvalitu života u dětí a seniorů (Gurková, 2011).

1.3.2 Klíčové prvky měření kvality života

Pacienti s chronickou chorobou prožívají neustálé omezení, napětí a stres, který je omezuje a narušuje kvalitu života, kterou jiní lidé považují za zcela automatickou. Dopad onemocnění na kvalitní život ovlivňuje celá řada faktorů. Například nároky selfmanagementu onemocnění, kdy pacient musí své onemocnění zakomponovat do svého života, změnit své chování a návyky. Dalším důležitým faktorem je celoživotní charakter léčby. Léčba je většinou substituční, zmírňující symptomy onemocnění. Dalším faktorem je také nejasnost prognózy, nepředvídatelnost průběhu daného onemocnění. Vědomí si závažných chronických komplikací a akutních stavů, pokud nedojde k dodržení terapeutického režimu, hrozící vysoké riziko závažných následků. Kvalita života pacientů je podmíněná, závislá na intenzitě a trvání symptomů

onemocnění, na lokalizaci a rozsahu komplikací, rovněž je také ovlivněna psychickými a sociálními faktory. Priority ošetrovatelské či medicínské péče o pacienty vychází často pouze z fyzických aspektů onemocnění. Kvalita života znázorňuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Měl by se zaměřit nejen na fyzické aspekty, ale především na podporu návratu pacientů do jejich běžného života a zvýšení úrovně sebepéče. Rozpoznání vnímání vlivu onemocnění na život jednotlivých pacientů může být východiskem pro plánování adekvátních intervencí, které povedou ke zkvalitnění života i terapeutického vztahu mezi zdravotníky a pacienty (Gurková, 2011).

1.4 Anesteziologie a resuscitace

Anesteziologie je na rozdíl od jiných oborů poměrně mladá, v dnešní době má však výsadní postavení mezi jednotlivými obory. Zřejmě nikdo si nyní již neumí představit provedení operačního výkonu bez vhodné anestezie či nemocnici bez oddělení ARO. Anesteziologie a resuscitace je jedním ze základních lékařských oborů. Znalost některých výkonů je ale vhodná i pro jiné odbornosti, jako je intenzivní medicína, chirurgické obory a ošetrovatelství celkově (Málek a kol., 2011).

1.4.1 Techniky užívané na anesteziologicko-resuscitačním oddělení

Anesteziologie a intenzivní medicína je základ lékařské specializace. Náplní oddělení je podávání regionální či celkové anestezie nebo analgosedace pacientům postupujícím operační výkon nebo výkon diagnostický. Oddělení se dále zaměřuje na péči o pacienty se selháváním životních funkcí a chronickou bolestí (Anesteziologicko – resuscitační oddělení, oficiální stránky Nemocnice Jihlava, 2019).

Plicní intubace

Plicní intubace patří mezi nejčastější postupy k zajištění dýchacích cest, využívající se na oddělení anesteziologie a resuscitace. Intubace může být nasotracheální či orotracheální. Nasotracheální intubace se provádí zavedením endotracheální trubice přes nos, hrtan, hlasivky až do průdušnice. Intubuje se za pomoci laryngoskopu a Magillových kleští, které byly vyvinuty z důvodu snadného směřování rourky podle proudu vzduchu, který byl vydechován rourkou. Orotacheální intubace je zavedení endotracheální trubice za pomoci laryngoskopu přes ústa, hrtan, hlasivky až do průdušnice. K této intubaci se může použít například tracheální rourka, což je pomůcka, která zajišťuje bezpečné oddělení horních dýchacích cest od proximální části zažívacího traktu. Tracheální intubace je považována za nejlepší možnost zajištění dýchacích cest, zvláště pro možnost průběžného odsávání z dýchacích cest. Nejširší využití díky svému tvaru si zachovala Magillova tracheální rourka. V dětské praxi je potom užívána Coleho rourka. K zajištění průchodnosti dýchacích cest se také užívají biluminální rourky, které slouží k separaci obou plic. Zajišťují oddělenou ventilaci obou plic a brání zanesení infekce z jedné plíce do druhé (Málek, 2016)

Umělá plicní ventilace

Přístroj, který podporuje respirační systém a přísun plynů do plic. Jedná se o posílení nebo náhradu respiračního výkonu. Může být krátkodobá, nebo dlouhodobá. Indikací k zahájení UPV se stává ventilační či ventilační a oxygenační selhání dýchání. Dochází k podpoře výměny plynů v plicích, zvýšení plicního objemu a ke snížení dechové námahy. Krátkodobá UPV je určena k zajištění plicní ventilace například u celkové anestezie nebo v časném pooperačním období, kdy dochází k odeznívání účinků anestetik. Dlouhodobá UPV spočívá v dostatečném zajištění plicní ventilace při selhávání dýchání jako základní životní funkce (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Zajištění žilního vstupu

Pro vedení jakékoli anestezie je důležité volit vhodný a bezpečný vstup do cévního řečiště. Ten slouží nejen k podávání léků, které jsou pro vlastní anestezii nezbytné, ale i pro léčbu případných komplikací. Provádí se kanylace periferní, nebo centrální žíly. Kanylace periferní žíly je k zabezpečení krátkodobého přístupu do žilního řečiště. Volí se žíly na dorzu na nedominantní ruce a volí se aseptický postup. Kanylace centrální žíly slouží k zajištění dlouhodobého žilního přístupu – podávají se vysoce účinné přípravky, například katecholaminy, nebo látky, které dráždí žilní stěnu. Díky kanylaci centrální žíly lze měřit centrální žilní tlak či aspirovat vzduch z pravé komory při vzduchové embolii. Nejčastější přístup je kanylací v. subclavia, v. jugularis interna nebo kanylace v. femoralis, zvláště u pacientů s popáleninami na horní části těla (Málek, 2016).

Invazivní měření fyziologických funkcí

Jedná se o monitoraci FF, při které dochází k poruše kožního krytu a ke kontaktu s tělesnými tekutinami pacienta. Provádí se například přímé kontinuální monitorování krevního tlaku, kdy dochází k punkci arterie. Do arterie se zavádí katetr, který je napojen na tlakový snímač. Punktována je většinou a. radialis na nedominantní končetině. Punkci provádí lékař za přísně aseptických podmínek. Další metodou invazivního měření FF je měření centrálního venózního tlaku. Jedná se o měření tlaku v horní duté žíle. Vypovídá o výkonnosti pravého srdce. Pro měření CVP je zapotřebí, aby měl pacient zavedený centrální žilní katetr (Vytejková; Sedlářová; Wirthová; Holubová, 2011).

Poruchy acidobazické rovnováhy

Na oddělení anesteziologie a resuscitace se vyskytují i pacienti s poruchami acidobazické rovnováhy. ABR se vyšetřuje pomocí odběru arteriální nebo kapilární krve z ušního lalůčku nebo bříška prstů k vyhodnocení krevních plynů. Normální hodnoty pH krve jsou v rozmezí 7,35 – 7,45. Pokles pod hodnotu 7,35 vypovídá o acidemii, vzestup na více než 7,45 potom o alkalemii, která je nejčastějším typem poruchy acidobazické rovnováhy u pacientů v kritickém stavu. Další krevní plyny, které se hodnotí, jsou například $p\text{CO}_2$ (parciální tlak oxidu uhličitého) nebo $p\text{O}_2$ (parciální tlak kyslíku). Dále se zde hodnotí tzv. base excess, jenž vyjadřuje množství nárazníkových bází v mmol, které jsou třeba přidat či ubrat na litr krve, aby došlo k vyrovnání pH k normální hodnotě. K potlačení vlivu kyselin a zásad na vnitřní prostředí slouží systém tzv. pufrů (nárazníků), dále také kompenzování poruch ABR činností ledvin a plic. Jestliže je primární porucha ABR respirační, nastává kompenzace renální. Je-li porucha renální, nastává kompenzace renální i respirační (Bartůněk; Jurásková, 2016).

1.4.2 Sepse a septický šok

V protikladu k různým bakteriálním infekcím, které se zaměřují na nejrozličnější tkáně a orgány (pneumonie, pyelonefritida, absces apod.), se sepsa projevuje jako onemocnění, které postihuje celý organismus nemocného člověka. „Otrava krve“, což byl dávný název této nemoci, napovídá, že právě samotná krev je přenašečem a nositelem chorobného stavu. V 19. století se zjistilo, že sepsa vzniká proniknutím bakterie do krevního oběhu a jejím rozsevem do celého těla. Myslelo se, že poškození organismu, ke kterému při sepsi dochází, je způsobeno samotnou bakterií. Později se ukázalo, že sepsi mohou vyvolat nejen bakterie, ale i houby či prvoci (maligní malárie), dále usmrcené bakterie nebo i pouhé části jejich těl. Postupně však vyšlo najevo, že sepsi nezpůsobují přímo bakterie, ale imunitní systém, který takto reaguje na přítomnost bakterií a mikrobusů ve tkáních. Selhání orgánů, popřípadě i smrt, je při sepsi vyvolána vystupňovanou zánětlivou odpovědí v celém organismu, která ho postihuje více, než by to dokázaly běžné bakterie. Sepsa je tedy chápána jako závažné, život ohrožující onemocnění, při němž dochází k rozvoji infekce a následné aktivaci leukocytů, které vyplavují prozánětlivé cytokiny do krevního řečiště. Tak vzniká zánětlivá reakce, jejímž důsledkem může být porucha celého oběhu, tzv. septický šok (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Základním klinickým projevem je horečka, ta může být trvalá i nepravidelná. Je-li nepravidelná, jejímu vzestupu předchází silná třesavka. Opakované třesavky jsou nejčastějším příznakem sepse a jejich výskyt svědčí o vyplavení bakterií z některého ložiska v těle do krevního oběhu. Třesavka je proto ideální dobou pro zahájení odběru hemokultury. Dalším projevem je hypotenze, která je způsobena únikem tekutiny z krve do tkání, dochází k rozvoji tachykardie a někdy i centralizace oběhu a oligurie či anurie. Častým příznakem sepse je schvácenost (náhle vzniklá dušnost a tachypnoe), zmatenost, obluzení či jiná forma poruchy vědomí a chování. U některých pacientů je rozvoj sepse provázen výsevem kožních eflorescencí, což jsou nebolestivé drobné krevní výrony, červené či fialové barvy. V krevním obraze bývá leukocytóza, někdy naopak leukopenie (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Terapie tohoto onemocnění se dle Bartůňka a Juráskové (2016) dělí na léčbu kauzální (odstraňující příčinu onemocnění) a podpůrnou (zmírnění projevů onemocnění). Léčba kauzální představuje zejména antibiotika a chirurgické výkony, kdy se odstraní ložisko infekce (incize a drenáž abscesu). Symptomatická terapie spočívá v nahrazení či podpoře funkce selhávajícího orgánu (např. UPV, podpora oběhu noradrenalinem, hemodialýza apod.), korekci poruchy vnitřního prostředí, léčebné rehabilitaci apod. Antibiotika používaná v léčbě septického onemocnění se podávají ve vysokých dávkách formou nitrožilních infuzí. Antibiotika se musí podávat samostatně, nesmí se míchat s jinými léky. Časový faktor je velmi významný při poskytování péče. U rychle gradující sepse nebo při rozvoji septického šoku musí být pacient umístěn na JIP, kde by měla být provedena řada opatření, nejlépe do jedné hodiny od stanovení diagnózy těžké sepse nebo septického šoku. Každé prodlení zhoršuje prognózu nemoci (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Průměrná morbidita tohoto onemocnění se pohybuje v rozmezí 25-50 %. Prognóza závisí na etiologii, na celkovém stavu pacienta a také na adekvátnosti a včasnosti léčby. Příčinou smrti může být oběhové selhání (septický šok) nebo multiorgánové poškození a také komplikace související s poskytovanou péčí, například druhotné nozokomiální infekce. U pacientů se z důvodu dlouhodobé hospitalizace rozvíjí svalová slabost, která vyžaduje léčebnou rehabilitaci (Bartůněk; Jurásková, 2016).

1.4.3 Kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace představuje soubor opatření, které mají za cíl obnovu hemodynamicky účinného oběhu a efektivního dýchání. Pro pacienta neexistuje nebezpečnější a urgentnější stav než zástava oběhu a dýchání. KPR je život zachraňující úkon a povinnost každého jedince. Kontraindikacemi k zahájení KPR jsou jisté známky smrti, konečná fáze nevyléčitelného onemocnění či dýchání neslučitelné s přežitím. Samotná KPR tvoří řetězec, který se skládá z co nejčasnějšího rozpoznání zástavy oběhu a poskytnutí či přivolání pomoci, neprodleného zahájení vlastní kardiopulmonální resuscitace, časně defibrilace (je-li indikována) a poresuscitační péče. Nejdůležitějším faktorem je čas od vzniku zástavy do zahájení resuscitačního úsilí. Každá minuta neprováděné KPR snižuje možnost přežití nemocného. KPR dělíme do několika kategorií. Dle věku na KPR novorozenců, dětí a dospělých. Toto rozdělení je definováno anatomicko/fyziologickými odlišnostmi jednotlivých věkových skupin, ale i rozlučnými mechanismy vzniku zástavy oběhu a dýchání. Obnovením oběhu a dýchání proces resuscitace nekončí, navazující je fáze proresuscitační péče, která zahrnuje léčbu základního onemocnění, které k zástavě oběhu či dýchání vedlo (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Kardiopulmonální resuscitaci můžeme rozdělit na základní neodkladnou, kdy se nahrazuje dýchání a srdce jako pumpa bez pomůcek, a KPR rozšířenou neodkladnou, kdy se připojuje užívání léků, kyslíku a časná defibrilace (Drábková; Cheníček; Nekola; Pokorný, 2017).

Časná rozšířená KPR

Časná rozšířená KPR vede ke dvojnásobně vyšší možnosti přežití a propuštění z hospitalizace. Postup se zahajuje laickým zjištěním bezvědomí a zavoláním odborné pomoci. Dalším krokem je otevření a zprůchodnění dýchacích cest, laikům se doporučuje pouze záklon hlavy. Pokud je přítomno vzdychavé nadechování, tzv. gasping, ihned následuje nepřímá srdeční masáž a následně se připojí umělé dýchání. U dospělých se umělé dýchání používá ve frekvenci 15/min, s objemy 500-750 ml, u dětí do 6 let je frekvence vyšší, 20/min, s přiměřeně menším objemem. Provádí se kontrola účinnosti pohledem na zvedání a klesání hrudníku. Zjištění tepu na krční tepně se laikům nedoporučuje, zdravotníkům ano. Není-li tep hmatný, dochází k provádění nepřímé srdeční masáže. Stlačuje se střed sternu v jeho střední čáře, u dospělých se srdeční masáž

provádí pomocí zkřížených zápěstí horních končetin napnutých v loktech. Frekvence je 100-120/min, hloubka přibližně 5-6 cm. Masáž se provádí bez přestávky, v rytmu 2 vdechy: 30 stlačení. Přerušování či střídání je povoleno na 5 sekund. U dětí kolem 10 let věku užíváme pouze jednu ruku a u dětí mladších 2 let pouze dva prsty. Poměr stlačení a vdechů je 5:1 (Drábková; Cheníček; Nekola; Pokorný, 2017).

Neodkladná resuscitace

Cílem neodkladné resuscitace je obnovení a stabilizování krevního oběhu, a to na místě události. Po obnovení oběhu je nemocný transportován do zdravotnického zařízení, většinou na JIP dle odpovídající odbornosti (Drábková; Cheníček; Nekola; Pokorný, 2017).

Neodkladná resuscitace v nemocnici nepřichází zpravidla nečekaně, ale je provázena varovnými příznaky jako například bolestí na hrudi, známkami hypoxie, neklidem, schváceností, hypotenzí a poruchami vědomí. Jako prevence slouží vhodná aktivace resuscitačního týmu, měření EKG, trvalá monitorace, podávání kyslíku v indikovaných případech, vhodné zajištění žilního vstupu a kontrola vnitřního prostředí. Mělo by dojít k vyloučení tzv. „4 H“ (hypoxie, hypovolemie, hypo či hyperkalemie, metabolické poruchy a hypotermie). Dále také tzv. „4 T“ (srdeční tamponáda, tenzní pneumotorax, koronární tromboembolie a toxické látky). Jedna osoba zahajuje resuscitaci, druhá shání pomoc a pomůcky k resuscitaci. Je důležité dbát na minimalizaci přestávek v kompresích, které se provádějí s maximální účinností. Dýchací cesty musí být zcela průchodné, případně dochází k intubaci. V případě zajištění dýchacích cest pomůckami, které to umožňují, se dýchá nezávisle na nepřerušovaných kompresích frekvencí 10/min. Kyslík se podává co nejdříve. Po přinesení defibrilátoru dochází k analýze rytmu, následně se po příchodu další pomoci připraví pomůcky a zajistí se přístup do žíly pro podávání léků. Připraví se základní léky (adrenalin, F1/1), následně probíhá předání informací vedoucímu resuscitačního týmu (Málek, 2016).

Zástava oběhu během anestezie

Rizikovými faktory jsou věk pod 2 roky, seniorský věk a akutní výkony. Nejčastějšími příčinami jsou například masivní krvácení, srdeční zástava či hypoxie. Velký důraz se tedy klade na prevenci, která spočívá v zajištění vhodného žilního vstupu, monitorace, preventivní lepení defibrilačních elektrod atd.) Postup při zástavě je stejný jako při monitorované zástavě oběhu a velký význam má rozdělení rolí během samotné resuscitace (Málek, 2016).

Nepřímá srdeční masáž - „LUCAS“

Nově se také v nemocnicích objevuje přístroj pro nepřímou srdeční masáž „LUCAS“. Ten zajišťuje vysoce kvalitní kompresi hrudníku bez pomoci záchranářů nebo jiného zdravotnického personálu, který se může zaměřit na ostatní život zachraňující výkony. Systém LUCAS také umožňuje přenášení dat do softwaru počítače, kde jsou přesně uvedeny informace o práci a zařízení a údaje o časovém průběhu kompresí (Defibrilátory a systémy pro KPR, 2019).

1.4.4 Efektivní komunikace s pacienty na oddělení anesteziologie a resuscitace

Práce na odděleních intenzivní péče vyžaduje značné teoretické znalosti všech fyziologických a patologických procesů v lidském těle, znalost zdravotnické techniky i manuální zručnost. Velmi důležitá je ovšem také empatie a citlivost při manipulaci s kriticky nemocnými pacienty, schopnost vhodně podávat informace a dobře komunikovat ve vypjatých situacích. Dostatečná, přesná a efektivní komunikace s lékaři či ostatními zdravotnickými pracovníky je nezbytná pro poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientům. Komunikace probíhá i mezi sestrami a pacienty, často i v případech, kdy pacienti trpí poruchou vědomí nebo jsou v bezvědomí, nebo s blízkými osobami pacientů. Nedostatečná nebo nevhodná komunikace je jedním z nejčastěji uváděných etických problémů (Heřmanová; Vácha; Svobodová; Zvoníčková; Slovák, 2012).

Sestry velice často řeší otázku, jak správně jednat s agresivním či zmateným pacientem. Jak vhodně odpovídat na otázky, jak zvládat emocionálně vypjaté situace, jak reagovat v situacích, kdy nepříznivá odpověď může ještě více rozrušit kriticky nemocného pacienta. K tomu potřebují vysokou míru empatie, zkušenosti, komunikační

dovednosti i schopnost dobře posoudit celkový stav pacienta a předvídat jeho reakce (Heřmanová; Vácha; Svobodová; Zvoníčková; Slovák, 2012).

Pacienti v intenzivní péči mají často omezené schopnosti komunikace z důvodu intubace, tracheostomie, poruchy vědomí, hybnosti nebo stavu vědomí. U pacientů s poruchou vědomí se využívá koncept bazální stimulace. U pacientů, u kterých nedošlo k poruše vědomí a jsou při vědomí, se může využít augmentativní, respektive alternativní komunikace (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Augmentativní komunikace

Augmentativní komunikace zahrnuje komunikační systémy, které podporují nedostatečně rozvinuté komunikační schopnosti a dovednosti, rozšiřuje se mluvená řeč (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Alternativní komunikace

Systém, který mluvenou řeč nahrazuje, například znakový jazyk, daktylotika (prstová abeceda). Alternativní komunikace se dále rozděluje na dynamickou (gesta, prstová abeceda, znakový jazyk) a na statickou (obrázky, fotografie, komunikační tabulky). Výběr mezi jednotlivými systémy je vždy individuální, hodnotí se možnosti a schopnosti konkrétního pacienta. Při výběru vhodných prostředků je třeba posoudit verbální dovednosti, porozumění neverbální komunikace, fyzické dovednosti (možnost psaní, cílených pohybů), současný způsob dorozumívání, vyjadřování pomocí ano/ne, věk pacienta, doba schopnosti práce (úroveň koncentrace, unavitelnost) a také stav smyslových orgánů (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Komunikační systémy mohou být ovládány například pomocí grafických symbolů (písmena, obrázky) nebo přístrojů s hlasovým výstupem, odezíráním, znakovou řečí, Braillovým písmem, ovládání dechem, jazykem, hlavou a mnoho dalších (Bartůněk; Jurásková, 2016).

1.4.5 Využití bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení

Komunikace je základní lidská potřeba, schopnosti komunikace slouží k navazování a udržování mezilidských vztahů a sdělování potřebných informací. Komunikaci dělíme na verbální, neverbální a komunikaci činem. U pacientů s poruchou vědomí se využívá koncept bazální stimulace, která byla jako první použita ve speciální pedagogice. Jejím zakladatelem je prof. dr. Andreas Frohlich. Jako první ji do ošetrovatelské péče zavedla prof. Christel Bieinsteinová v 80. letech. Mezi základní prvky bazální stimulace patří pohyb, komunikace a vnímání. Tyto prvky se navzájem prolínají a ovlivňují. Pokud má pacient porušené vnímání, nemůže se hýbat. Když se nehýbe, nemůže ani komunikovat. Bazální stimulace se proto snaží o stimulaci a podporu vnímání, přičemž dochází ke zlepšení hybnosti a následně i komunikace. Tím, že se nemocní stimulují, vznikají nová dendritická spojení v mozku, postupně se vybavují paměťové stopy, na které nemocný reaguje podle jeho zvyklostí. Stimuluje se vnímání vlastní identity a okolí. Bazální stimulace se uplatňuje u osob se změnou ve smyslovém vnímání, komunikaci a hybnosti, u komatózních stavů a u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko, také u pacientů neklidných, dezorientovaných, s poruchami vnímání tělesného schématu. Koncept bazální stimulace je založený na doteku. Dotek slouží jako komunikační prostředek, má být zřetelný, jasný, provedený jednou osobou přiměřeným tlakem celé plochy dlaně. Rozlišuje se několik kanálů komunikace, například somatický, vestibulární, vibrační, optický, olfaktorický, orální. Záleží na individualitě pacienta, na který podnět více reaguje. Pokud je nemocnému podnět příjemný, reaguje na něj mimickými pohyby, prohloubeným dýcháním či otevřením očí a úst nebo úsměvem. Při negativním prožitku pacienti většinou blednou, zavírají ústa, odvracejí se, mají neklidné chování (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Somatická stimulace

Forma bazální stimulace, kdy dochází ke stimulaci přes kožní receptory. Zklidňující stimulace potom slouží ke snížení neklidu a stimuluje vnímání pacienta (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Stimulace povzbuzující

Zlepšuje pozornost, zvyšuje svalový tonus a zkvalitňuje srdeční frekvenci (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Stimulace neurofyziologická

Stimulace, která se používá při hemiparéze a hemiplegii z důvodu cévní mozkové příhody nebo jiného poškození CNS (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Stimulace dechová

Kontaktní dýchání je forma dechové stimulace, kde se pokládají ruce na hrudník nemocného (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Vestibulární stimulace

Poskytuje informace o rovnovážném ústrojí (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Stimulace vibrační

Ke stimulaci se využívají ruce terapeuta, vibrační pomůcky nebo jen samotný hlas. Vibrace se aplikují na patní kost, zevní nebo vnitřní stranu kolene, loket, dlaň nebo rameno. Vibrační stimulace se využívá převážně u osob mentálně znevýhodněných a v kómatu, jako příprava na mobilizaci a vertikalizaci (Bartůněk; Jurásková, 2016).

V bazální stimulaci je důležitá autobiografická anamnéza, vycházíme při ní z paměťových stop, které se snažíme u pacientů vybavit, aby se uvolnili. K lepšímu seznámení se s nemocným přispěje i rozhovor s blízkými členy rodiny, kteří můžou poskytnout například rodinné fotografie, informace o oblíbeném filmu, jídle, pití, způsobu, jak nemocný usíná, kdy snídá, co má rád a co naopak rád nemá (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Nástavbové techniky, které se využívají v bazální stimulaci je stimulace čichu, zraku, chuti a hmatu. Ke stimulaci se využívají například štětičky namočené v oblíbeném jídle či pití (Bartůněk; Jurásková, 2016).

Při péči o takového pacienta musí být dodržována jasná pravidla. Neměl by se zvyšovat hlas, nepoužívat zdrobnělé výrazy nebo výrazy na který není nemocný zvyklý, měl by se dodržovat iniciační dotek, hovořit zřetelně, jasně a klidně, nehovořit s více osobami najednou (Bartůněk; Jurásková, 2016).

1.4.6 Poruchy vědomí spojené s anesteziologií a resuscitací

Vědomí je projev veškeré aktivity CNS, poruchy vědomí jsou důsledkem jakéhokoli poškození. Poruchy vědomí dělíme na kvalitativní a kvantitativní (Špinar; Ludka a kol., 2013).

Kvalitativní poruchy vědomí

Mezi kvalitativní poruchy vědomí se řadí obnubilace. Jedná se o mráкотný stav, při němž je zachována prostorová orientace ovšem pacient si není jist svým konáním. Vyskytovat se může například u hypoglykemie. Další kvalitativní poruchou vědomí je delirium. Stav, kdy je nemocný dezorientován časem i prostorem, je neklidný, má nekoordinované pohyby. Tento stav se vyskytuje především u chronických alkoholiků (delirium tremens) (Špinar; Ludka a kol., 2013).

Kvantitativní poruchy vědomí

Dělí se na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi dlouhodobé kvantitativní poruchy vědomí se řadí somnolence neboli letargie, což je stav, kdy je pacient spavý, má jen velmi nízkou spontánní aktivitu, ze spánku jej lze probudit. Reflexy jsou zachovány. Další poruchou vědomí je sopor. Stav, kdy je nemocný v hlubokém spánku, lze jej však probudit bolestivými podněty, do spánku ovšem ihned znovu upadá. Nejtěžší poruchou vědomí je kóma. V lehkém kómatu pacient reaguje obrannými pohyby na bolestivé podněty, k vědomí se ovšem neprobere. V hlubokém kómatu pacient již nereaguje na jakékoli zevní podněty, neudrží moc ani stolicí, vyhasínají veškeré reflexy a dostavují se poruchy oběhu a dýchání. Příčiny kómatu se rozdělují na zevní (trauma, intoxikace, pesticidy, drogy, plyn), fyzikální (elektrický proud, přehřátí, tonutí, dušení), vnitřní (mozková onemocnění), metabolické kóma a srdeční, což je přetrvávající poruchy vědomí po zástavě oběhu (vigilní kóma, apalický syndrom, vegetativní stav, decerebrační syndrom) (Špinar; Ludka a kol., 2013).

Mezi krátkodobé kvantitativní poruchy patří synkopa neboli mdloba. Je to neočekávaná náhlá ztráta vědomí, s pádem na zem, provázena povrchovými zraněními. Synkopy se rozdělují na kardiovaskulární a nekardiovaskulární. Kardiovaskulární synkopy jsou zaviněny ischemií mozku z přerušení až ze zástavy krevního oběhu. Nekardiální poruchy mají různé příčiny například hypoglykémii, otřes mozku, hyperventilační syndrom (Špinar; Ludka a kol., 2013).

1.5 Pacient a hospitalizace

1.5.1 Psychické aspekty zvládání nemoci

Každý člověk je chápán jako osobnost, ovlivněná biologickými a psychosociálními aspekty života. I každé jednotlivé onemocnění lze chápat jako bio-psycho-sociální model nemoci, ve kterém se jednotlivé aspekty prolínají a vzájemně na sebe působí, mají své specifické vlastnosti, projevy a možnosti řešení. Vzájemné ovlivňování těchto procesů může být pozitivní či negativní dopad na jednotlivé druhy pacientů (Kuzníková a kol., 2011).

Psychická reakce, nazvaná jako hospitalizmus, se projevuje u pacientů s dlouhodobým onemocněním spojeným s hospitalizací, s onemocněním intenzivním nebo nepříjemným. Hospitalizmus může být chápán jako negativní reakce na dlouhodobý pobyt v nemocničním zařízení, spojený s mnoha omezeními a nepříjemnými situacemi, do kterých se pacient v průběhu hospitalizace dostává. Je velmi blízký psychické deprivaci. Síla tohoto prožívání závisí na premorbidní osobnosti nemocného, se závažností onemocnění a na subjektivní prožívání jednotlivých léčebných procedur (Kuzníková a kol., 2011). U pacientů může dojít až k rozvinutí tzv. post-traumatického syndromu, jedná se o jednu z nejzávažnějších komplikací, která se může v důsledku hospitalizace rozvinout, je však značně obtížné, tento syndrom klasifikovat (Dan J. Stein; Matthew Friedman; Carlos Blanco, 2011).

Pocity nemocného v rámci nemoci mohou být různé – je třeba si uvědomit, že nemocný člověk se nachází v nestandardní situaci. Má něco, co mít nechce (nemoc), je někde, kde být nechce (nemocnice), dělá něco, co nechce (různé léčebné procedury) a nemůže dělat věci na který je zvyklý, nebo se chovat zcela přirozeně. Pacienti tedy často trpí pocity studu, narušení soukromí, viny, sociální frustrací, omezení svobody či naučeného rytmu spánku, změny v druhu navyklé stravy a podobně (Kuzníková a kol., 2011).

Bolest

Bolest je komplexní, nepříjemný zážitek. Tolerance bolesti je tedy zcela individuální. Každý jedinec přikládá bolesti individuální význam, jinak prožívá její frekvenci, intenzitu, charakter. Hodnocení bolesti záleží také na tom, jak se daný pacient

cítí, v jaké se právě nachází situaci, na výchově. Psychologicky zaměřený přístup tišení bolesti je založený především na pochopení stavu nemocného (Kuzníková a kol., 2011).

Strach

Strach je na rozdíl od úzkosti chápán jako obava, jež nemá reálný podklad. Vnímání strachu je též individuální, ačkoliv je jeho prožívání společné všem bytostem. Možnosti jak strach a úzkost ovlivnit jsou dány psychoterapeutickými postupy, které především manipulují s podmínkami a prostředím, ve kterém se daný člověk nachází (Kuzníková a kol., 2011).

Duševní krize

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů může dojít i k rozvoji tzv. duševní krize, která je definována jako situace, kterou není nemocný schopný sám efektivně překonat a prožívá ji jako zcela ohrožující. Akutní krize je reakcí na náhle vzniklou situaci, která je velmi intenzivní a má krátké trvání, zatímco chronická krize bývá spíše vleklá, jedná se o dlouhodobě neřešený problém. Tato forma krize je ovšem nebezpečnější, působí pozvolna a ubíjí pacienta postupně. Doporučuje se následná psychoterapeutická léčba. Důležitými faktory, které se stávají účinnými je schopnost naslouchat, ohraničit akutní krizový stav a zeslabit jeho intenzitu (Kuzníková a kol., 2011).

1.5.2 Zátěžové situace spojené s nemocí a hospitalizací

Onemocnění spojené s hospitalizací v nemocnici se stává zátěžovou a stresovou situací téměř pro každého jedince. Záleží na mnoha faktorech a souvislostech, jak se daný člověk s nemocí a hospitalizací vyrovná. Může to pro něj představovat značnou zátěžovou situaci, která může postupně vyústit v krizi, či v některých případech i trauma (Šamánková a kol., 2011).

Jedním z faktorů, který je důležitý při adaptaci na konkrétní zátěžovou situaci, je dosažená míra naplnění základních lidských potřeb. Kdo svoji potřebu dobře internalizoval, nebude mít pravděpodobně v tomto směru tolik problémů, bude na nemocniční prostředí lépe reagovat, jelikož dokáže lépe čerpat ze svých vnitřních zdrojů. Záleží tedy jak na osobní historii, tak i na věku nemocného, jelikož potřeby dětí se liší od potřeb dospělých jedinců (Šamánková a kol., 2011).

Zátěžovou situací, která je spojená s hospitalizací, je i tzv. „potřeba místa“. Nemocný přesunem do nemocnice opouští místo, kde se cítí v bezpečí. Kvůli nemoci a bolesti se také může dotýčný jedinec přestat cítit „doma“ ve svém těle. Potřeby místa v nemocnici se dotýká také to, zda je hospitalizovanému člověku dááno verbálně i neverbálně najevo, že „je na správném místě“. Zda neprožívá situace, které ho vystavují nepříjemným stavům, v nichž se cítí „mimo“ a nepatřičně (například ponechání pacienta o samotě a bez vysvětlení). Je-li nemocnému dovoleno, aby si v rámci hospitalizace své přidělené místo „zabydlel“, jestli personál respektuje jeho osobní věci, je-li včas informován o jakémkoli přemístění a edukován o následných lékařských intervencích. Velmi také pomůže, když se nemocného ptáme, co lze změnit, aby se v daném prostředí cítil lépe (Šamánková a kol., 2011).

Další zátěžovou situací může být pro nemocného potřeba výživy. Kvůli povaze nebo závažnosti svého onemocnění se nemusí být schopný sám najíst. Pacient ztrácí do určité míry schopnost se sám obsloužit, je odkázán na pomoc druhých (zdravotní personál, rodina). S potřebou výživy tedy souvisí i to, jak je zajištěna péče o jídlo a další fyziologické potřeby, jak zdravotnický personál respektuje potřebu pacienta, jak je toto umožněno v rámci organizace a jak je pacientovi umožněno stravovat se podle svých zvyklostí (Šamánková a kol., 2011).

S pobytem v nemocnici pacienti přicházejí o své každodenní jistoty, o podporu projevovanou od svého okolí, o známé podpůrné prostředí. S pobytem v nemocnici může souviset i nejistota, jak to bude dál s prací, s bydlením, v osobních vztazích a podobně. Důležité tedy je zjistit, zda je umožněna a podporována soběstačnost v co možná největší míře, zda je vhodné, aby si nemocný mohl ponechat drobné předměty z jeho domova. Také je velmi důležité respektovat potřebu návštěv a vidět se s pečujícími osobami v co možná největší míře (Šamánková a kol., 2011).

Závažná či dlouhodobá onemocnění a postižení se dotýkají potřeb nemocného i jeho rodinných příslušníků či blízkých osob nemocného člověka. I oni potřebují vědět, že je o jejich blízkého postaráno, že se pro něj najde vhodné místo, kde dostanou dostatek informací, na které mají právo. Že i oni sami mají právo na podporu při péči o nemocného a právo nalézt ve zmatku a chaosu, které onemocnění do rodiny přineslo, určitý řád a strukturu (Šamánková a kol., 2011).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu

Cíl: Zhodnotit kvalitu života pacientů po hospitalizaci na ARO.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak probíhalo začleňování pacientů do běžného života?

Výzkumná otázka č. 2: Měla hospitalizace nějaký negativní vliv na psychický stav pacientů?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké pociťují pacienti omezení v každodenním životě?

Výzkumná otázka č. 4: Jak hodnotí kvalitu svého života před a po hospitalizaci na ARO?

2.3 Metodika výzkumu

V bakalářské práci byla volena kvalitativní metoda výzkumného šetření. Tato metoda byla zvolena vzhledem k povaze zkoumané problematiky a z důvodu osobitějšího přístupu k pacientům a detailnějších informací o zkoumaném problému. Sběr potřebných dat byl realizován za pomoci strukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce. Oficiální struktura daného rozhovoru předcházela tzv. pilotní rozhovor, jenž sloužil k upřesnění a lepší formulaci některých již vytvořených otázek. Respondenti odpovídali na předem připravené a schválené otázky (viz příloha č. 1). Rozhovor obsahoval čtyři základní výzkumné otázky, které se následně dělily na další podotázky, jež se hlouběji zaměřovaly na daný předmět výzkumu. Otázky byly v rozhovoru voleny tak, aby se vztahovaly k cíli bakalářské práce. Rozhovory byly zaznamenávány na audio záznam, po předchozím souhlasu pacienta. Byly zcela anonymní a vedeny pouze se souhlasem pacienta a příslušného zdravotnického zařízení. Celkem bylo provedeno šest rozhovorů, ty byly následně přepisovány do finální elektronické podoby a dále kódovány metodou otevřeného kódování (viz příloha č. 3). Jak deklaruje Kutnohorská (2009, s. 66): „*Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Je to proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů*“. Z důvodu lepší vizuální přehlednosti byly následně zobrazeny ve formě tabulek.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou výzkumného šetření byli pacienti hospitalizovaní na ARO s diagnózou Septický stav. Rozhovory byly vedeny celkově se šesti pacienty na lůžkových odděleních Nemocnice Jihlava, kam byli z oddělení ARO přeloženi k následnému doléčení. Pro výběr nebyl rozhodující věk ani pohlaví respondentů. Před samotným rozhovorem bylo respondentům přiblíženo téma bakalářské práce a vysvětlený důvod konání rozhovoru.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v měsících září až prosinec 2019 po schválení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Jihlava, Mgr. Jarmilou Cmunťovou. (viz příloha č. 2)

2.6 Zpracování získaných dat

Při zpracovávání potřebných dat byl použit program Microsoft Office Word 2010.

2.7 Výsledky výzkumu

Respondent 1

Respondent je 64letý muž přijatý pro hemoragický šok, stav po revizi břicha kvůli rozsáhlému krvácejícímu vředu v žaludku. Muž byl na oddělení ARO v komatózním stavu, trpěl akutní respirační insuficiencí, byl intubován a napojen na umělou plicní ventilaci. Doba hospitalizace na ARO trvala necelé 4 týdny. V době rozhovoru byl respondent hospitalizován na standardním chirurgickém oddělení. Rozhovor probíhal v klidném prostředí, pán měl dostatek času si své odpovědi promyslet a odpovídat co nejspecifičtěji. Rozhovor začal úvodní otázkou, jaký byl důvod jeho hospitalizace na ARO a jak dlouho byl hospitalizován, na kterou odpověděl: „*Důvodem mé hospitalizace byl prasklý žaludeční vřed, zvracel jsem krev a odvezla mě rychlá. Potom už bohužel nevím nic, ani jak dlouho jsem tam byl*“. Respondent udává, že na dobu hospitalizace na ARO si nevzpomíná, nyní po přeložení na standardní oddělení nepopisuje žádné obtíže či bolesti. Dále se rozhovor zaměřil na první výzkumnou otázku týkající se začleňování pacientů do každodenního života. Na otázku, zda používá nějaký druh kompenzačních pomůcek, které mu v běžném životě pomáhají, odpověděl: „*Ne, nepotřebuji nic. Mám pouze brýle, ty ale nosím celý svůj život*“. Další otázka se týkala rodinného zázemí, zda

má dotyčný dostatečný kontakt s rodinou. „*Perfektní! Rodina se stará, neustále volají, navštěvují mě, mám s nimi stálý kontakt*“. Na muži bylo vidět, že ho otázka týkající se jeho rodiny potěšila, usmíval se a v ruce svíral rodinné foto. Další otázka se zaměřovala na prožívanou bolest, zda právě fyzická bolest brání muži dělat běžné denní činnosti. „*Nemám žádné bolesti, takže mě nic neomezuje. Jsem schopný si udělat vše, co potřebuji*“. Respondent udává, že se nyní cítí velice dobře. Nepopisuje žádné komplikace, které by mu znemožňovaly provádět běžné denní činnosti. Na další otázku, jakou míru pomoci potřebuje při vykonávání běžných činností, tedy odpovídá následovně: „*Zvládám vše sám, ani od sestřiček pomoc nepotřebuji*“. Rozhovor se dále zaměřil na druhou výzkumnou otázku týkající se psychického stavu pacientů po hospitalizaci na ARO. Samotná otázka se zaměřuje na to, zda pacienti pociťují depresi, úzkosti, nebo mají jiné psychické problémy, které jsou způsobené samotnou hospitalizací. Na otázku, jaká byla spolupráce s personálem, zda byla spíše aktivní, či pasivní, odpověděl: „*Já si z ARO na nic nepamatuji. Vůbec nic. Jenom vím, že mě původně odvezli na interní JIP, kde mi sestřička potom vynadala, že jsem jim dal, protože jsem tam vlastně skoro umíral. Měl jsem něco s krví, dávali mi 4 litry transfuze a z ARO už nevím, z toho nevím vůbec nic*“. Respondent byl přijat na interní JIP z důvodu krvácení do GIT. Dále byla muži položena otázka týkající se toho, zda měl po hospitalizaci nějaké depresi či úzkosti, a pokud ano, jak časté byly. Odpověděl: „*Jak jsem již říkal, nic si z oddělení ARO nepamatuji, takže si z toho nenesu ani žádnou újmu*“. Na otázku, jak se rodina podílí na zlepšení jeho zdravotního stavu, dodal: „*Jo, jsou tu denně, denně volají, chodí za mnou na návštěvy*“. Dále dodal, že nevyhledal žádnou odbornou pomoc, což byla další z otázek, která byla muži položena. Rozhovor se dále ubíral k další, třetí výzkumné otázce, která se zaměřovala na omezení, které mohou pacienti pociťovat v běžném životě. Na otázku, jaké běžné činnosti zvládá vykonávat sám, muž odpověděl: „*Vše, co potřebuji, si obstarám sám, nepotřebuji pomoc*“. Následně byla muži položena otázka, jaké pociťuje největší omezení v každodenním životě, co ho limituje nejvíce a jak. Odpověděl: „*Omezení, no... Už jsem byl na ozařování, takže uvidíme, co se bude dít. Mám v žaludku prý nějaký neřešitelný problém, mysleli, že to budou operovat, ale kdyby to operovali, tak by prý zasáhli i další místa, tak to nešlo. Tak to nakonec udělali takhle, že se to ozařuje. Jestli to pomůže, nebo ne, to se uvidí. Takže problém vidím v tom ozařování, to mě docela omezuje*“. Další z otázek se týkala osobních koníčků respondenta, zda si myslí, že se jim bude moci i nadále naplno věnovat, odpověděl následovně: „*Já doufám! Doufám, že už budu v téhle podobě i doma*“.

na Vánoce“. Následující otázka se opět týkala mužova rodinného zázemí a toho, s kým žije, bylo třeba zjistit, zda se bude mít kdo postarat v případě potřeby. *„No, bydlím s manželkou. Syn bydlí kousek ode mě, dcera o trochu dál, ale jsme v kontaktu, takže není problém. Dcera sem chodí pravidelně, syn, ten většinou o víkendech, nemáme problém“*. Rozhovor dále směřoval k poslední výzkumné otázce. Ta se týkala srovnání toho, jaký měl respondent život před hospitalizací a jakým způsobem se jeho život po hospitalizaci změnil. *„Byl jsem rád, když jsem se mohl projít, jít ven, tady se cítím jak pták v kleci. V nemocnici jsem již od poloviny září, a tak je to pro mě dlouhé. Jinak si pomalu zvykám na to neustálé ležení, no, není to to pravé“*. Respondent dále uváděl, že netrpí žádnými duševními problémy, s hospitalizací se vyrovnává. Další otázka se zaměřila na dostatečnou edukaci, zda byl v průběhu hospitalizace dostatečně informován o svém zdravotním stavu i následujících intervencích. *„Edukovali mě spíše lékaři, sestry se mnou zas tolik nekomunikují. Lékaři ovšem vysvětlovali vše, co bylo třeba“*. Poslední otázka, která byla muži položena, se zajímala o jeho spokojenost s nynějším zdravotním stavem a se zdravotním stavem před samotnou hospitalizací. Odpověděl: *„Já nevím, mně předtím prostě vůbec nic nebylo. Pak mi tedy začalo být špatně, naštěstí to bylo o den dýl, protože den před tím jsem byl u syna sekat elektriku a zapomněl jsem si s sebou vzít mobil. Cestou zpět už jsem tedy sotva došel a druhý den už jsem si říkal, že nikam nepůjdu, že už je mi nějak divně a pak už nevím asi dva dny nic. Myslím si, že mě rovnou odvezli na tu interní JIP, tam jsem zkolaboval, takže mě přeložili na to ARO a z ARO mě dále přeložili na chirurgickou JIP. Pak do mě potřebovali dostat nějaké živiny, tak jsem opět byl na té interní JIP asi týden, tam mě nějak vyživovali. Další týden jsem byl opět na té chirurgické JIP a teď jsem tady, no. Co se týče nějakých bolestí, tak nic zvláštního, normální bolesti jako po zákroku, dá se to zvládnout. Já měl během dvou týdnů dvě vcelku náročné operace, tak to byla pro tělo asi zátěž. Doufám, že se brzy vrátím domů“*. Prognóza je nyní pro muže příznivá.

Respondent 2

Respondentem je 56letý muž, přijatý s akutní pankreatitidou. „*Důvodem mé hospitalizace byl zánět slinivky, hospitalizovaný jsem byl 2 měsíce. Byly tam hrozně hodné sestřičky, staraly se o mě jak o vlastního. Byl jsem tam jak lazar, bezmocný, samá hadice ze mě koukala*“. Na otázku, zda muž užívá nějaké kompenzační pomůcky, které mu usnadňují běžné činnosti, odpověděl: „*Ne, nic nepotřebuji, chodím si sám a vše zvládnu*“. O svém rodinném zázemí mluvil následovně: „*Jo, všichni mě navštěvují, jsme v kontaktu. Není problém*“. Co se týče fyzické bolesti, respondent uvádí, že se cítí velmi dobře. Pohyb po pokoji je pro něj bezproblémový, bojí se však těžší fyzické práce po propuštění z nemocnice. Uvádí, že nyní nepotřebuje žádnou míru pomoci při vykonávání běžných činností. Na další z otázek týkající se osobní spolupráce s personálem muž odpověděl: „*Z oddělení ARO si docela dost pamatuji, byl jsem při vědomí. Doufám, že jsem sestřičky moc nezlobil. Cokoliv mi řekly, to jsem udělal, snažil jsem se jim jejich práci ulehčit, protože se o mě opravdu dobře staraly. Připadal jsem si, jak kdybych ležel doma*“. Rozhovor se dále ubíral směrem ke zjištění psychického stavu respondenta v období hospitalizace. Otázka se týkala toho, zda respondent pociťoval nějaké deprese, úzkosti či jiné duševní problémy. „*Ne, na to nebyl čas. To mi bylo tak zle, že jsem byl rád, že jsem rád. Je to za mnou, tak už jsem to pustil z hlavy*“. Respondent také dále uvádí, že mu velice pomáhá jeho rodina, která ho často navštěvuje a o jeho zdravotní stav se aktivně zajímá. To je také i odpovědí na další otázku z rozhovoru. Jelikož je muž v plné psychické kondici, konstatuje, že nevyhledal žádnou odbornou pomoc. Další otázka vedla ke zjištění míry soběstačnosti v každodenním životě. Muž na ni odpověděl: „*Nepotřebuji žádnou pomoc, vše, co potřebuji, si udělám už nyní sám*“. Dále se rozhovor zabýval tím, co respondent považuje za největší omezení spojené s jeho zdravotním stavem. „*Ta slinivka no, než se dá dohromady. Ta přísná dieta. Jinak bolesti žádné nemám, nebo minimální, tak to moc nepociťuji*“. Na otázku, jestli si myslí, že se i nadále bude moci věnovat svým koníčkům, odpověděl: „*No, v mých letech už člověk moc těch koníčků nemá, ale co se týče hospitalizace, není nic, co by mi v budoucnu bránilo dělat to, co mám rád*“. Na další otázku, s kým žije a jestli má po propuštění možnost pomoci někoho z rodiny, odpověděl: „*Žiji s manželkou, kdyby bylo potřeba, postarala by se o mě*“. Respondent dále uvedl, jaký byl jeho život před hospitalizací a jaký po hospitalizaci na oddělení ARO a také jakým způsobem se jeho život změnil. „*Asi budu muset být na sebe o dost opatrnější, nesmím zvedat nic těžkého*“.

a celkově na sebe musím být opatrný. Předtím jsem byl zcela zdravý“. Další otázka se zabývala nynějším psychickým stavem respondenta, muž i nadále uvádí, že nemá žádné psychické problémy a že si z hospitalizace nenese žádné negativní zážitky. Respondent také uvádí, že byl po celou dobu hospitalizace kvalitně informován o následných intervencích i o svém zdravotním stavu. *„Dostal jsem instrukce, co vše mám dodržovat. Říkali, že záleží výlučně na mně, jak na tom budu se zdravím dál, jestli budu dodržovat vše, tak jak mi řekli, či nikoli. Vždy mi včas řekli, když jsem měl jít na nějaké vyšetření, CT nebo podobně. Řekli mi přesně, kam pojedu, v kolik, proč tam vůbec pojedu a co se tam bude dít. Informace mi říkali všichni sami od sebe, aniž bych se musel ptát. Lékaři vždy přišli a seznámili mě se vším, co mě čeká. To jsem byl rád“.* Na otázku, jak byl spokojený se svým zdravotním stavem před hospitalizací a jak po hospitalizaci na ARO, odpověděl: *„Nemůžu už dělat věci, co jsem dělal dřív. Pomáhal jsem známým na chalupě, zvedal těžké věci a celkově jsem na sebe nebyl příliš opatrný. Už nezvládnou ty těžší práce v takovém tempu jako předtím“.*

Respondent 3

Respondentem je 69letý muž, přijatý s diagnózou lokálně pokročilého tumoru žaludku, stav po resekci žaludku. Muž byl polymorbidní, měl vstupně indikovaný metabolický rozvrat s anemií. Doba hospitalizace na ARO činila 2 týdny. V době rozhovoru byl hospitalizován na OGNP. Na otázku, jaký byl důvod hospitalizace na oddělení ARO a jak dlouho hospitalizace trvala, odpověděl: *„Byl jsem na operaci se žaludkem, ale jak dlouho jsem na oddělení ARO byl, to fakt nevím“.* Další otázka směřovala ke zjištění fyzického stavu respondenta, zda potřebuje při svých běžných činnostech nějaké kompenzační pomůcky, či nikoli. *„Používám francouzské hole, jsem po amputaci levé nohy a čekám na protézu, tak zatím chodím s holemi. Brýle mám také, ale pouze na čtení“.* Respondent byl již před samotnou hospitalizací na ARO přijat do nemocnice z důvodu zhoršení ischemického nálezu na pravé dolní končetině a k následnému operačnímu řešení (amputace pravé dolní končetiny ve stehně). Následně byla muži zkusmo provedena gastroskopie, s nálezem lokálně pokročilého tumoru žaludku, respondent byl proto indikován, k již zmiňované resekci žaludku. Na otázku ohledně svého rodinného zázemí odpověděl: *„Jsem rozvedený, žiju sám. Kontakt mám pouze se synem, který žije u matky, ale ne nijak často“.* Dále respondent odpovídal na otázku související s fyzickou bolestí. *„To, co mě bolelo, mi uřezali. Ted' mám pokoj“.* Muž je po amputaci pravé dolní končetiny ve stehně a dále po amputaci dvou

prstů na levé dolní končetině, má tedy omezené možnosti sebeobsluhy. *„Jelikož mám amputovanou nohu, tak potřebuji pomoc při přemísťování, nebo mi donesou jídlo a podobně“*. Respondent je nyní soběstačný v rámci lůžka. Další otázky z rozhovoru se specifikovaly na psychický stav respondenta. Muž si na období hospitalizace na oddělení ARO nevzpomíná, nelze proto efektivně zhodnotit respondentův kontakt a spolupráci s personálem. Dle informací od ošetřujících sester trpěl respondent komatosním stavem, byl připojen na umělou plicní ventilaci a v sedaci. Respondent dále uváděl, že si z období hospitalizace nenese žádné psychické problémy, neprožívá žádné úzkosti ani netrpí depresemi. Rodinné zázemí nemá příliš kvalitní, rodina s respondentem komunikuje minimálně. Dále uváděl, že nikdy nepotřeboval žádnou odbornou psychologickou pomoc. Rozhovor se dále zaměřil na činnosti sebeobsluhy. *„Dělá mi problém přemísťování mimo lůžko, s tím mi pomáhají. Jídlo mi také nosí, ale najíst už se zvládnou sám. S hygienou mi sestřičky také pomáhají. Vyprazdňuji se do močové lahve, kterou mám u lůžka, v případě potřeby se přesunuji s pomocí na klozetové křeslo“*. Muž také uváděl, že nyní nemá žádné větší bolesti, které by mu bránily ve vykonávání běžných činností, doufá, že se i nadále bude moci věnovat svým koníčkům. *„Co se týče žaludku, ten mi v ničem nebrání, problémy mi dělá pouze ta noha, čekám na protézu. I když bude noha falešná, bude to mnohem lepší než s těmi holemi“*. Dále byla respondentovi položena otázka, s kým sdílí domácnost a zda se o něj bude mít v případě potřeby kdo postarat. *„Žiji sám, pouze se psem. Kdyby bylo potřeba, postarala by se o mě má sestra“*. Další otázky se zaměřovaly na srovnání kvality života před a po hospitalizaci na oddělení ARO. *„Dříve bylo vše normální, došel jsem si do hospody za kamarády a na pivo, šel jsem domů. Šel jsem na procházku se psem, co jsem potřeboval, to jsem si udělal. Přestal jsem také kouřit, kouřil jsem velké množství, vykouřil jsem třeba 60 cigaret denně“*. Respondent má mimo své hlavní diagnózy také řadu vedlejších diagnóz, mimo jiné i chronickou kuřáckou bronchitidu. Muž také uváděl, že netrpí žádnými psychickými problémy. Starosti má pouze o udržení svého dočasného bydlení, to jsou ovšem podle jeho slov pouze osobní problémy, které s hospitalizací nesouvisí. Na otázku, zda měl po dobu hospitalizace dostatek informací o svém zdravotním stavu či o následných lékařských intervencích, odpověděl: *„Moc ne, vždy mě někam odvezou, pak zase přivezou, převlečou. Všechno je to na mě takové dost rychlé. Je tu jedna místnost, kam vás odvezou, sestřička je tam s vámi, omyje vás a přiveze zase zpět. Co se týče období na ARO, z toho si opravdu nic nepamatuji“*. Poslední otázka se zabývala zhodnocením zdravotního stavu před hospitalizací a následně po hospitalizaci na oddělení

ARO. „*Neměl jsem žádné zdravotní problémy, to všechno přišlo ráz naráz. Začal mi modrat prst, ten mi pak amputovali, pak mi amputovali druhou nohu od kolene dolů, s tím jsem chodil do nemocnice a tam mi vlastně zjistili ty problémy se žaludkem. S tím si ovšem myslím, že nadále mít žádné problémy nebudu*“. Prognóza respondenta je nyní příznivá, dlouhodobá prognóza je nejistá, vzhledem k životnímu postoji respondenta a odmítání léčby.

Respondent 4

Respondentem je 36letý muž přijatý pro akutní nekrotizující pankreatitidu. Muž měl zavedenou tracheostomickou kanylu, komunikace s ním tedy byla obtížná, rozhovor byl veden pomocí gestikulace respondenta (kývání hlavou – ano/ne), popřípadě zaznamenávání odpovědí na papír. S rozhovorem z tohoto důvodu pomáhaly i sestry daného oddělení, kde byl muž hospitalizován a jeho odpovědi v případě potřeby doplňovaly o vlastní poznatky, které získaly při ošetřování. Respondent byl na oddělení ARO přijat pro akutní nekrotizující pankreatitidu, hospitalizován byl necelý měsíc. Na otázku, jestli nyní potřebuje nějaké kompenzační pomůcky, které mu pomáhají v běžném životě, nesouhlasně kroutil hlavou. Nepotřebuje tedy žádné kompenzační pomůcky. Sestry uváděly, že muž má velmi dobré rodinné zázemí, kontakt s rodinou hodnotí také velmi kladně. „*Volají na oddělení často, i chodí na návštěvy*“. Další otázka se dotazovala na fyzickou bolest, zda respondenta bolest nějak omezuje, či mu brání dělat to, co potřebuje. Respondent souhlasně kýval hlavou a ukazoval směrem k přítomným sestrám, ty dodaly: „*Pacient je nyní kvůli silné bolesti pod dávkou opiátů, bolest popisuje silnou a velmi častou, je samostatný pouze v rámci lůžka, jinak mu se vším pomáháme*“. Další otázka se zaměřovala na míru pomoci, kterou respondent potřebuje při vykonávání běžných činností. Sestry opět dodaly: „*V rámci lůžka je muž soběstačný, chodí si s dvěma rehabilitačními sestrami, pomáháme mu jinak s veškerou sebeobsluhou. Muž je schopný se otočit na lůžku, pokud je mu strava donesena a připravena, sám se i najíst, ale většinou mu spíše pomáháme my*“. Další část rozhovoru se zaměřovala na psychický stav respondenta, muži byla položena otázka, jaká byla jeho spolupráce s personálem, zda byla aktivní nebo spíše pasivní. Sestry odpověděly: „*Komunikuje v rámci svých nynějších možností, ale na oddělení ARO ho sestřičky obletovaly, jak jen mohly. Myslím, že si na to hodně zvyknul, tady už tolik času není. Takže spolupráci bych hodnotila jako aktivní*“. Dále byla respondentovi položena otázka, zda trpěl v průběhu hospitalizace nějakými psychickými problémy, muž souhlasně kývl hlavou a na papír napsal slovo „*hadičky*“. Sestry následně dodaly: „*Hadičky, ano. Stěžoval si na množství hadiček a drénů, které nyní má, ty jsou ovšem nezbytné. Pacient je hospitalizovaný již dlouhou dobu. Následné zavedení tracheostomické kanyly mu jistě také na elánu nepřidalo. Muž také trpí alkoholismem, takže se u něj objevují abstinenční příznaky. Odbornou pomoc ovšem odmítá*“. Čímž sestry zodpověděly i následující otázku rozhovoru. Na otázku, zda se rodina nějakým způsobem podílí na zlepšení zdravotního

stavu respondenta, sestry uvedly: „*Ano, navštěvují ho často, také volají*“. Další otázka se týkala toho, jaké činnosti respondent zvládá vykonávat sám bez pomoci. „*Jak jsme již zmínily, pán je samostatný pouze v rámci lůžka. Pomáháme mu s hygienou, stravováním, přemisťováním mimo lůžko*“. Na otázku, jaké vidí největší omezení spojené s jeho zdravotním stavem, sestry odpověděly: „*Neschopnost kvalitní sebeobsluhy. Dále si stěžoval na diskomfort z důvodu tracheostomie, nemůže si správně odkašlat, těžko se mu komunikuje s okolím*“. Dále byl respondent dotázán, zda si myslí, že se i nadále bude moci věnovat svým koníčkům, muž souhlasně přikyvoval. Na otázku, s kým respondent žije a zda bude mít po propuštění možnost pomoci od někoho z rodiny, sestry odpověděly: „*Určitě ano, žije se sestrou*“. Poslední část rozhovoru se zaměřovala na porovnání kvality života před a po hospitalizaci na ARO. „*Pacient byl před hospitalizací plně zdravý, s ničím se neléčil. Nyní je odkázán na pomoc druhé osoby. Má za sebou sedm revizí břicha a zdaleka to asi není konec, objevovaly se mu i abscesy v břišní dutině. Je i nadále kvůli silným bolestem tlumen léky*“. Na oddělení ARO byl pacient monitorován a napojen na umělou plicní ventilaci, po dobu hospitalizace byl respondent při vědomí, kvůli silným bolestem pouze tlumen léky. Psychické problémy z důvodu dlouhodobé hospitalizace i nadále přetrvávají. Další otázka se zaměřovala na dostatečnou edukaci, zda měl respondent dostatek informací o svém zdravotním stavu. „*Lékaři s mužem často hovoří, vše mu vysvětlují a popisují, jak budou věci nadále probíhat, myslím si, že v tomto ohledu není problém*“. Respondent souhlasně přikyvoval. Poslední otázka z rozhovoru se zaměřovala na zdravotní stav respondenta před hospitalizací a po hospitalizaci na ARO. Sestry odpověděly „*Předtím byl zcela zdravý, pracoval jako zedník. Nyní je už dlouhodobě hospitalizovaný, opakovaně podstupuje revize břišní dutiny a jeho zdravotní stav není zcela ideální. Doba hospitalizace se ještě výrazně prodlouží z důvodu dalších plánovaných zákroků. Revize provázela řada komplikací, například abscesy v dutině břišní. Neví se tedy, jaká přesně bude jeho prognóza*“.

Respondent 5

Respondentkou je 76letá žena, hospitalizována pro prokázání přítomnosti bakteriální infekce MRSA (Meticilin-rezistentní zlatý stafylokok) v oblasti krku. Respondentka byla přijata na ARO z oddělení ORL, kde jí bylo indikováno operační řešení. Hospitalizace na ARO trvala dva týdny. Dle jejích slov vše začalo velkými otoky krku, které provázela silná bolest a obtížné dýchání. Na doporučení svého praktického lékaře byla následně hospitalizována. Respondentka byla febrilní a stěžovala si na velké bolesti. „*Otekl mi do rána krk, šla jsem teda ke svému lékaři. Ten se na mě podíval a řekl mi, že mám jít okamžitě do nemocnice na ORL. Jak jsem se dostala na ARO a jak dlouho jsem tam byla, to už si zase tak nepamatuji, vím jen to, co mi následně mé děti popisovaly. Vím jen, že jsem tam prodělala tři operace, ta třetí již byla kritická. Dávali mi různé druhy antibiotik, protože říkali, že skoro žádné nezabírají. Hrozně mi otekly nohy, chodila jsem bosá, nemohla jsem nic obout*“. Další otázka se zabývala tím, zda respondentka potřebuje nějaké kompenzační pomůcky, které jí pomáhají v běžném životě. „*Používám francouzskou hůl, ale to je už spíše vzhledem k mému věku, hůře se mi chodí. S hospitalizací to nijak nesouvisí. Musím si také kapat často kapky na kašel, protože už to v tom krku není asi úplně tak, jak by mělo. Na té jedné straně mi to operovali, tam jsem měla vyvedenou hadičku, tu mi každý den vytahovali, ustríhávali a proplachovali takovým černým Betadinem, to mi říkal sám pan primář, že se to musí*“. Následující otázka se týkala rodinného zázemí respondentky. „*Kontakt s rodinou mám více než dostatečný. Mám velkou rodinu*“. Z chování respondentky bylo zřejmé, že jí otázka mířená na její rodinu potěšila. Dále jsem se ženy ptala, do jaké míry má pocit, že jí fyzická bolest brání dělat to, co potřebuje. Odpověděla: „*No, když mě převezli z ARO, tak jsem teda nemohla vůbec chodit, nevím proč, asi jak jsem dlouho ležela. Pak se to trochu rozchodilo, mám s sebou tu hůlku, tak to zkouším s ní*“. Respondentka dále uvedla, že nepotřebuje žádnou míru pomoci od svého okolí, vše, co potřebuje, zvládá sama. Rozhovor se dále zaměřil na psychické vnímání hospitalizace. Respondentce byla položena otázka, jaká byla její spolupráce s personálem, zda byla spíše pasivní, či aktivní. „*Všichni tam na mě byli hrozně hodní. Já jsem člověk zvědavý, tak jsem se hodně ptala, ale vždy mi poctivě odpověděli, hlavně pan primář. Ten mi povídal, že jsem statečná, že jsem si ten život v podstatě vybojovala. Poprvé jsem se vždy ptala, ale ty kontroly krku probíhaly pořád stejně, tak pak už jsem věděla, jak to bude probíhat, a už nebylo potřeba se na nic ptát*“. Respondentka také dále uvedla, že trpěla nočními

děsy. „*Sny jsem měla příšerný, to se nedá ani popsat. V těch snech jsem cítila i tu bolest, kterou jsem prožívala, jen v jiném smyslu*“. Přístup rodiny byl ovšem velice aktivní, denně respondentku kontaktovali nebo navštěvovali, povídali si o všem, o čem žena potřebovala, a se vším pomáhali. Odborná pomoc proto nebyla nutná. Na otázku, jaké činnosti zvládne vykonávat sama, odpověděla: „*Já většinu věcí zvládám sama. Mám problém akorát s tou chůzí, ale hůl mi pomáhá. Vše, co potřebuji, si obstarám*“. Další otázka se zabývala tím, v čem nyní respondentka vidí největší omezení spojené s její zdravotním stavem, co jí nyní nejvíce limituje a jak. „*Co se týče téhle nemoci, tak už je to celkem v pořádku, akorát mi neslouží ty nohy. V tom krku to samozřejmě horší je, nemůžu se tolik zasmát, hlasitě promluvit nebo jíst nějaké druhy potravin, vyzozorovala jsem, že mi nedělá moc dobře rýže. Špatně se mi to jí. Také mi dost vadilo to dlouhé ležení, nemohla jsem ani mluvit*“. Dále jsem se respondentky zeptala, zda si myslí, že se i nadále bude moci věnovat svým koníčkům. „*V mém věku už tolik koníčků ani nemám. Mám za sebou už asi osm operací, tak mám ráda svůj klid*“. Další otázka se zabývala tím, s kým respondentka žije a zda má po propuštění možnost pomoci někoho z rodiny. Odpověděla: „*Mám, žijeme s manželem*“. Na otázku, jakým způsobem se změnil její život a jaký byl život před hospitalizací, respondentka odpověděla: „*Nemyslím si, že se nějak výrazně změnil. Snažím se trochu se rozchodit, nedělalo mi dobře to dlouhé ležení. Zvykám si i na ten divný pocit v krku, co teď mám. Jinak nemám pocit, že by se můj život nějak zásadně změnil. Jak jsem již říkala, prodělala jsem osm operací, tudíž už jsem na ledasco zvyklá*“. Dále uvedla, že netrpí žádnými přetrvávajícími psychickými obtížemi. Uvedla také, že byla během hospitalizace dostatečně seznámena se svým zdravotním stavem i následnými intervencemi. Respondentka mi dále sdělila, že nepocituje žádnou výraznou změnu ve svém zdravotním stavu před hospitalizací a po hospitalizaci. Dlouhodobá hospitalizace, imobilizace či izolace na pokoji se stávaly pro ženu stresujícími faktory. Navzdory tomu žena působila při konání rozhovoru velice optimisticky. Uvedla, že doufá, že se její zdravotní stav zlepší natolik, že bude moci brzy domů.

Respondent 6

Respondentem je 80letý muž, diabetik, hospitalizován pro zhoršení celkového zdravotního stavu a rozsáhlé chronické defekty na bérce. Muži byla následně diagnostikována bakteriální infekce MRSA v defektech na dolní končetině a krku. Doba hospitalizace činila 3 týdny. Respondent je polymorbidní, v minulosti prodělal slabou cévní mozkovou příhodu, nyní špatně komunikuje a z provádění rozhovoru byl z tohoto důvodu lehce nervózní. Vše jsem muži vysvětlila, seznámila ho předem s jednotlivými otázkami a celý rozhovor jsme si společně několikrát prošli. Muž se zdál o mnoho klidnější a souhlasil proto i s audio nahráváním. Na otázku, zda potřebuje nějaké kompenzační pomůcky, které mu pomáhají v běžném životě, odpověděl: „*No, chodím o dvou hůlkách. Mám bolavou nohu*“. Na ARO byly muži aplikovány opiátové náplasti z důvodu velkých bolestí, nyní už respondent uváděl, že se jeho bolesti výrazně zmenšily a jeho zdravotní stav se pomalu lepší. Další otázka se týkala respondentova zázemí, zdali má dostatečný kontakt s rodinou. „*Ano, rodina mi velmi pomáhá*“. Dále jsem se muže dotázala, do jaké míry má pocit, že mu fyzická bolest brání dělat to, co potřebuje. „*Mám teď ještě pořád bolesti, беру hodně léků. Ta rána na noze se moc nelepší, vždycky se to zatáhne a pak zase rozdělá*“. Respondent ale dále uváděl, že nyní nepotřebuje žádnou velkou míru pomoci při vykonávání běžných činností. Pomoc potřebuje pouze při chůzi nebo při chůzi do schodů. Další část rozhovoru se zaměřovala na to, zda měla hospitalizace nějaký negativní vliv na jeho psychický stav. Respondenta jsem se dotázala, jak by popsal svou spolupráci s personálem, zda byla spíše aktivní, či pasivní. Odpověděl: „*No, dá se říct asi spíše aktivní. Nevím, moc si toho nepamatuji. Měl jsem silné léky, tak to mám teď trochu v mlze*“. Na otázku, zda měl respondent nějaké deprese či jiné psychické problémy, odpověděl: „*Byl jsem zpočátku vyděšený z toho, když mi řekli, že je to ta MRSA. Nevěděl jsem přesně, o co jde, trápila mě celá ta hospitalizace. Nemám rád nemocnice. Mám rád, když můžu být doma*“. Respondent se svěřil, že nemá rád prostředí nemocnice, trpěl proto úzkostí, která se projevovala velkou únavou a zhoršením celkového psychického stavu. Muž dále ale uvádí, že má plnou podporu od své rodiny, ta ho často navštěvuje a kontaktuje. „*Manželka za mnou chodí s dcerami. Vnučky za mnou také docházejí, nebo alespoň volají*“. Respondent nepotřeboval žádnou odbornou psychologickou pomoc. Další otázka se zaměřovala na úroveň sebepečce. Respondenta jsem se dotázala, jaké běžné činnosti zvládá vykonávat sám. „*Nyní si už udělám vše, co potřebuji, mám občas problém s orientací v prostoru*“.

a s chůzí. Také nevydržím dlouho stát“. Největší omezení, které respondent prožíval v rámci hospitalizace, byla izolace na pokoji, *„Izolace, to mi vadilo. Dále ty různé hadice, co ze mě koukaly. Ted’ už spíše jen ty občasné bolesti“.* Respondent také uvedl, že doufá, že se i nadále bude moci věnovat svým koníčkům. Na otázku, s kým respondent žije a zda má po propuštění možnost pomoci někoho z rodiny, odpověděl: *„Mám, žiju s manželkou, ta mi moc pomáhá“.* Další část rozhovoru se zabývala srovnáním kvality života před hospitalizací a po hospitalizaci na ARO. Respondent byl dotázán, jakým způsobem se změnil jeho život a jaký byl jeho život před hospitalizací. *„No, tak mě už ta noha bolí dlouho. Nejhorší bylo asi to období na tom ARO, to jsem na tom byl nejhůře“.* Muž dále uvádí, že netrpí žádnými přetrvávajícími psychickými problémy. *„Doufám, že už to se mnou bude jen lepší a lepší“.* Na otázku, zda měl respondent po dobu hospitalizace dostatek informací o svém zdravotním stavu, odpověděl: *„Ano, lékaři mi vše říkají, jsou hodní“.* Poslední otázka rozhovoru se zaměřovala na posouzení zdravotního stavu před hospitalizací a po hospitalizaci na ARO. *„Více si ted’ budu vážit svého zdraví, budu na sebe opatrnější. Doufám, že se i ta noha brzy zahojí“.*

2.8 Analýza výsledků

Výsledky výzkumného šetření byly z důvodu lepší vizuální přehlednosti rozděleny do jednotlivých tabulek dle výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1

Jak probíhalo začleňování pacientů do každodenního života?

Tabulka č. 1 Kompenzační pomůcky

Respondenti	Ano	Ne
R1		X
R2		X
R3	X	
R4		X
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 2 Rodinné zázemí

Respondenti	Dostatečné	Nedostatečné
R1	X	
R2	X	
R3		X
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 3 Fyzická bolest

Respondenti	Silná	Střední	Slabá	Žádná bolest
R1				X
R2			X	
R3				X
R4	X			
R5			X	
R6		X		

Zdroj: autorka

Tabulka č. 4 Soběstačnost

Respondenti	Soběstačný	S pomocí	Nesoběstačný
R1	X		
R2	X		
R3		X	
R4			X
R5	X		
R6		X	

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 2

Měla hospitalizace nějaký negativní vliv na psychický stav pacientů?

Část dotazovaných respondentů si na dobu hospitalizace na ARO vlivem silné sedace nepamatují, hodnocení tedy proběhlo v rámci oddělení, kde byli hospitalizováni v době konání rozhovorů.

Tabulka č. 5 Spolupráce s personálem

Respondenti	Aktivní	Pasivní
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 6 Psychický stav

Respondenti	Narušený	Nenarušený
R1		X
R2		X
R3		X
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 7 Aktivní účast rodiny

Respondenti	Dostatečná	Nedostatečná
R1	X	
R2	X	
R3		X
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 8 Potřeba odborné psychologické pomoci

Respondenti	Ano	Ne
R1		X
R2		X
R3		X
R4		X
R5		X
R6		X

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 3

Jaké pociťují pacienti omezení v každodenním životě?

Tabulka č. 9 Úroveň sebeobsluhy

Respondenti	Plně soběstačný	Částečně soběstačný	Nesoběstačný
R1	X		
R2	X		
R3		X	
R4			X
R5	X		
R6		X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 10 Omezení v každodenním životě

Respondenti	Ano	Ne
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 11 Osobní zájmy

Respondenti	Ano	Ne
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 12 Pomoc rodiny v případě potřeby

Respondenti	Ano	Ne
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 4

Jak hodnotí kvalitu svého života před a po hospitalizaci na ARO?

Tabulka č. 13 Změny v životě pacientů

Respondenti	Popisované změny
R1	Dlouhodobá imobilizace – nemožnost dlouhé chůze, omezení volného pohybu
R2	Fyzické omezení – zvedání těžkých břemen
R3	Dlouhodobá hospitalizace – omezení sociálních kontaktů
R4	Celkové zhoršení fyzického i psychického zdraví – izolace, imobilita, zavedení tracheostomické kanyly
R5	Omezená pohyblivost z důvodu dlouhodobé imobilizace
R6	Přetrvávající bolesti dolní končetiny, náročnost hospitalizace na ARO

Zdroj: autorka

Tabulka č. 14 Aktuální psychický stav

Respondenti	V normě	Narušený
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4		X
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 15 Kvalita edukace a dostupnost informací

Respondenti	Spokojen(á)	Nespokojen(á)
R1	X	
R2	X	
R3		X
R4	X	
R5	X	
R6	X	

Zdroj: autorka

Tabulka č. 16 Spokojenost s aktuálním zdravotním stavem

Respondenti	Popis respondentů
R1	Pouze převládající mírné bolesti, respondent dále uvádí, že již cítí velice dobře a těší se do domácího prostředí.
R2	Zákaz zvýšené fyzické námahy, potřeba klidového režimu.
R3	Omezení pohyblivosti z důvodu amputace dolní končetiny. Mimo tohoto respondent nepopisuje žádné další problémy.
R4	Převládající zdravotní problémy, opakované revize dutiny břišní, komplikace – abscesy. Nejistá prognóza.
R5	Velké zlepšení fyzického i psychického stavu, respondentka nyní nepopisuje žádné problémy.
R6	Přetrvávající obtíže s dolní končetinou, mírné bolesti. Respondent ovšem uvádí že se jeho zdravotní stav, v porovnání s obdobím hospitalizace na ARO výrazně zlepšil.

Zdroj: autorka

3 Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na téma „Kvalita života pacientů po hospitalizaci na ARO.“ Cílem kvalitativního šetření bylo zjištění odpovědí pacientů, kteří byli hospitalizováni na oddělení ARO, na následné výzkumné otázky. Jak probíhalo začleňování pacientů do každodenního života? Měla hospitalizace nějaký negativní vliv na psychický stav pacientů? Jaké pacienti pociťují omezení v každodenním životě? Jak hodnotí kvalitu svého života před a po hospitalizaci na ARO?

Výzkumné šetření bylo provedeno v Nemocnici Jihlava, na lůžkových odděleních, kam byli příslušní respondenti přeloženi k následnému doléčení, konkrétně oddělení CHIR/A, CHIR/B, OGNP2, INF-JIP. Ve svém výzkumném šetření se zaměřuji především na pacienty, hospitalizované na ARO s diagnózou Septický stav. Celkem bylo osloveno 6 respondentů. V rámci porovnávání mé bakalářské práce a absencí jiné bakalářské práce na toto či příbuzné téma, byla uvedena diplomová práce Veroniky Šutorové z Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně na téma „Kvalita života pacientů po hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitační klinice“. Výzkumné šetření již zmíněné diplomové práce bylo vedeno pomocí dotazníku SQUALA, jenž hodnotí převážně subjektivní kvalitu života pacientů. Celkem bylo osloveno 29 respondentů. Jednalo se tedy o kvalitativní formu výzkumného šetření. Bakalářská práce byla porovnána i se zahraniční studií s názvem „Improving Quality of Life in Patient at Risk for Post-Intensive Care Syndrome“ (2018), od autorů Lisa M. Daniels, Andrea B. Johnson, Patrick J. Cornelius a kolektivu. Studie byla zveřejněna v publikaci Mayo Clinic Proceeding: Innovations, Quality and Outcomes. V této studii probíhalo hodnocení pomocí smíšené analýzy – kvantitativní i kvalitativní druh výzkumu. Kvalitativní analýza probíhala pomocí jednotlivých rozhovorů, kvantitativní analýza potom užitím dotazníku pro zjištění kvality života s názvem SF-36. Studie se zúčastnilo nejméně 20 respondentů – absolutní číslo není známo, z důvodu udržení anonymity. Autoři studie zde porovnávali kvalitu života pacientů před a po hospitalizaci. V diskuzi se zabývám již zmiňovanými otázkami a jejich porovnáváním s dostupnými zdroji.

Výzkumná otázka č. 1: Jak probíhalo začleňování do každodenního života?

Samotné začleňování pacientů je také do jisté míry ovlivněno celkovou dobou hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Větší část dotázaných respondentů uváděla, že jejich hospitalizace na ARO trvala méně než 1 měsíc, pouze jeden z respondentů uvedl, že byl hospitalizován delší období, konkrétně 2 měsíce. Míra soběstačnosti se zdá příznivá, tři z dotazovaných respondentů uváděli, že jim aktuálně nic nebrání ve vykonávání běžných činností, jsou tedy plně soběstační. Dva z dotazovaných respondentů uvedli, že potřebují určitou míru pomoci od zdravotnického personálu či svých blízkých, a to především v rámci náročnější formy pohybu mimo lůžko, toto zjištění ovšem nevyplyvá pouze ze stanovené diagnózy pacienta ale také z důvodu vyššího věku respondentů, a tudíž celkového zhoršení úrovně mobility. Co se týče fyzické bolesti, většina respondentů shodně uvedla, že nyní nepocítují téměř žádnou, či pouze slabou formu bolesti, pouze jeden dotazovaný respondent uvedl, že jeho bolest je trvalá a velmi intenzivní. Tento respondent ovšem podstupuje opakující se revize a další lékařské intervence, které výrazně prodlužují dobu rekonvalescence. Polovina respondentů také shodně konstatovala, že jim výrazně pomáhá možnost užívání kompenzačních pomůcek. Z důvodu vyššího věku dotazovaných se jedná především o užívání francouzských holí při pohybu mimo lůžko. Významnou roli v začleňování pacientů do běžného života má také rodinné zázemí jednotlivých respondentů, zde se většina respondentů shodla, že jejich rodinné zázemí je více než kvalitní a že se tento fakt významně podílí na jejich životnímu postoji k prodělané nemoci. Tento výsledek se shoduje i s výsledkem výzkumného šetření Šutorové (2010), kde na otázku ohledně rodinného zázemí odpovědělo 15 z celkového počtu 29 respondentů „velmi spokojen/a“, 6 respondentů „zcela spokojen/a“ a 7 respondentů „spíše spokojen/a“. Pouze jeden z respondentů, stejně jako u mého výzkumného šetření odpověděl, že je s rodinným zázemím nespokojen. Důvodem, proč jsou tyto výsledky natolik pozitivní, je dle mého názoru fakt, že je v této době nemocniční prostředí více otevřené rodinným příslušníkům pacientů, umožňuje delší časové období pro návštěvy a lékaři jsou s rodinnými příslušníky ve větším kontaktu, než tomu bylo dříve. Hospitalizací je však ovlivněn každý pacient. Jeho aktuální prioritou se stává období klidu a odpočinku, přichází tedy výrazně méně do kontaktu se svým okolním světem a jeho pozornost se zaměřuje zejména na ty nejbližší.

Výzkumná otázka č. 2: Měla hospitalizace nějaký negativní vliv na psychický stav pacientů?

Většina dotazovaných pacientů konstatovala, že si na samotnou hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení vlivem výrazné sedace nepamatují, není tedy možnost efektivně zhodnotit psychický stav pacientů v tomto období, nyní po přeložení na následné oddělení ovšem nepopisují žádné výrazné problémy v oblasti duševní pohody. Zhoršení psychického stavu uvedli pouze dva dotazovaní respondenti. První z respondentů uváděl noční děsy, které byly způsobeny promítáním a uvědomováním si silné fyzické bolesti. V průběhu následujících dní, kdy docházelo ke zlepšení zdravotního stavu respondenta tyto problémy zcela vymizely. Druhý z respondentů uvedl, že za příčinou jeho psychických problémů stojí především zavedení tracheostomické kanyly, která výrazně snižuje jeho komunikační schopnosti, dále také množství katetrů, které omezují respondentovu hybnost a celková náročnost a doba hospitalizace. Z tohoto důvodu vidím jako nesmírně důležitou dostatečnou edukaci pacientů a komunikaci s pacientem i jeho blízkými. Jak deklarují Tomová a Křivková (2016) ve své knize, všichni blízcí pacientů, které prožívají nemoc společně s pacientem jsou postiženi stresem z nemoci, stejně jako respondent sám. Od sester a lékařů se tedy očekává vlídný přístup, podpora a dostatek kvalitních informací. Více jak polovina dotázaných respondentů uvedla, že je jejich aktuální psychický stav nenarušený. Toto tvrzení se shoduje s výsledky Šutorové (2010), která ve výzkumném šetření své diplomové práce uvedla, že celkem 19 respondentů pomocí dotazníku odpovědělo, že je jejich psychický stav zcela v normě. Celkem bylo v dotazníkovém šetření Šutorové zahrnuto 29 pacientů, z čehož vyplývá, že se jedná o více než polovinu dotázaných respondentů. Myslím si tedy, že tyto kladné výsledky jsou zapříčiněny tím, že právě komunikace, vlídný přístup zdravotnického personálu a možnost kontaktu s rodinnými příslušníky se stává natolik důležitým mezníkem. Zahraniční studie od Danielsové a kolektivu (2018) uvedla zcela odlišné výsledky. Z rozhovorů je patrné, že dotázaní respondenti měli v průběhu hospitalizace velké psychické problémy, které mnohdy přetrvávali i po transferu na následné oddělení k doléčení. Uvádali zde, že jim nebyly poskytnuty dostatečné informace o jejich zdravotním stavu, měli strach ze své diagnózy a neuměli si sami poradit. Značná část stresu se též přenášela na rodiny respondentů, které se snažili svým blízkým jejich pobyt ulehčit. Je zde zcela patrné, že dotyčné zdravotnické zařízení nedbá na dostatečnou edukaci a psychickou podporu svých pacientů, na rozdíl

od instituce, kde probíhalo výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci, či výzkumné šetření diplomové práce Šutorové. Všichni dotázaní respondenti ze všech zdrojů ovšem uvedli značnou pomoc od rodinných příslušníků. Aktivní účast rodiny hodnotí většina dotazovaných respondentů kladně. V průběhu zpracovávání jednotlivých rozhovorů jsem sama viděla na reakci respondentů, že je otázky ohledně rodinného zázemí a domova vždy potěšili, měli úsměv na tváři a na tyto otázky či otázky podobného typu se vždy nejvíce rozpovídali. Všichni dotazovaní respondenti také uváděli, že nepotřebovali žádnou odbornou psychologickou pomoc, a to i v případě, že jim byla nabídnuta.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké pociťují pacienti omezení v každodenním životě?

Všichni dotazovaní respondenti shodně uvedli, že nyní pociťují nějakou formu omezení. Konkrétně se jedná o omezení z důvodu dlouhodobé hospitalizace či omezení pohybových schopností. Co se týče sebeobsluhy, tři ze šesti respondentů uvedli, že jsou nyní již plně soběstační, dva pouze částečně a jeden respondent uvedl, že je soběstačný minimálně a potřebuje výraznou míru pomoci od svého okolí. Toto zjištění je v rozporu s výsledky diplomové práce Šutorové (2010), která uvádí, že většina dotazovaných respondentů hodnotí úroveň sebeobsluhy jako nedostatečnou a jsou významně méně spokojeni v oblasti fyzické soběstačnosti. Z celkového počtu 29 respondentů hodnotí 10 respondentů svoji soběstačnost jako „nedostatečnou“ a dalších 10 dotázaných respondentů jako „spíše nedostatečnou“. Zbylí respondenti hodnotili svoji míru soběstačnosti jako „zcela dostatečnou“. Převládají tedy negativní odpovědi. Tyto rozdílné výsledky přisuzuji zejména tomu, že většina dotazovaných respondentů v rámci mého výzkumného šetření, nemělo žádné výrazné komplikace či jiné problémy, které by nějakým způsobem prodloužily dobu jejich rekonvalescence a také jejich původnímu velmi dobrému zdravotnímu stavu. Co se týče osobních zájmů respondentů, všichni respondenti shodně uvedli, že doufají a považují za reálnou možnost to, že se po propuštění do domácího prostředí dále budou moci věnovat svým dosavadním zájmům a koníčkům. Všichni dotazovaní respondenti také uvedli, že v případě potřeby mají možnost pomoci od někoho z rodinných příslušníků či blízkých.

Výzkumná otázka č. 4: Jak hodnotí kvalitu svého života před a po hospitalizaci na ARO?

Dotazovala jsem se zejména na změny v životě pacientů. Nejvíce shodných odpovědí od respondentů se týkalo problémů s dlouhodobou hospitalizací a imobilitou spojenou s hospitalizací na ARO. Většina respondentů uváděla, že se jejich zdravotní stav oproti hospitalizaci na ARO výrazně zlepšil. Toto tvrzení je opět v rozporu s výsledky výzkumného šetření Šutorové (2010), která ve své práci uvedla, že řada pacientů již nedosáhla plné síly a úplného zdraví po hospitalizaci, viz výsledky výzkumného šetření Šutorové v rámci výzkumné otázky č. 3. V potaz se musí brát také to, že proces znovuzачlenění a nabytí stejného fyzického zdraví je dlouhodobá záležitost, která může trvat měsíce, i roky. V případě nutnosti dlouhodobější či náročné hospitalizace můžeme mluvit o rozvíjení tzv. hospitalismu, což je, jak uvádí ve své knize Zacharová (2016), důsledek řady negativních faktorů, která při hospitalizaci na lůžkovém oddělení na pacienta působí. To také potvrzuje zahraniční studie Danielsové a kol. (2018), která uvedla značné zhoršení fyzického stavu po hospitalizaci a delší dobu celkové rekonvalescence respondentů. Avšak tyto výsledky jsou v rozporu s výzkumným šetřením mé bakalářské práce i diplomové práce Šutorové (2010). Rozdílné výsledky přisuzuji zejména vyššímu věkovému průměru dotazovaných respondentů a náročnější formy hospitalizace i značně vyšší komplikovanosti onemocnění. Většina dotazovaných respondentů mého výzkumného šetření ovšem hodnotila svůj nynější zdravotní stav kladně, a to i v případě přetrvávajících mírných bolestí či jiných obtíží. Skupina respondentů na mě působila velmi příjemným a optimistickým dojmem. Na otázku, jak se aktuálně cítí po zdravotní stránce a co považují za největší změnu oproti zdravotnímu stavu před hospitalizací většina respondentů shodně odpověděla, že je nyní trápí pouze mírné nebo žádné bolesti, část respondentů uváděla, že mají zákaz zvýšené fyzické námahy a stále musí dodržovat klidový režim. Dodali, že se budou více soustředit na své zdraví do budoucna a budou na sebe opatrnější. Jeden z dotázaných respondentů trpí přetrvávajícími bolestmi, došlo k celkovému zhoršení fyzického i psychického stavu. Toto přisuzuji zejména tomu, že jsou u daného pacienta stále prováděny revize břišní dutiny a jiné lékařské intervence. Pacient má také stále zavedenou tracheostomickou kanylu, která má za následek pocit diskomfortu a určitého způsobu omezení komunikačních schopností. Prognóza je pro pacienta zatím nejistá. Respondent přesto doufá, že se jeho zdravotní stav zlepší. V rámci ošetrovatelské péče má také

nezastupitelnou roli kvalitní edukace a dostupnost informací o zdravotním stavu. Edukaci a informovanost všichni respondenti ohodnotili jako kvalitní, chválili si přístup celého lékařského i zdravotnického personálu. Důležitost informovanosti pacientů ve své knize popisuje také Gurková (2017), která zde dále uvádí i to, jak důležité je být pro pacienta oporou a dostatečně ho motivovat, k dalším postupům. Myslím si, že aktuální zlepšování fyzického i psychického stavu pacientů pouze odráží kvalitní lékařskou a zdravotní péči, která je pacientům poskytována. Jsem velice ráda, že dochází k neustálému rozvoji a modernizaci medicíny, která nám nyní umožňuje pozorovat především snižování morbidit pacientů přijatých na oddělení ARO či intenzivní péče.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření vyplývá, že dotázaní respondenti byli spokojeni s mírou edukace a dostatkem informací o svém zdravotním stavu či následných intervencích, je tedy zřejmé, že na pracovištích, kde edukace probíhala, ji považují za důležitou. S nedostatkem přijatých informací jsem se setkala pouze u jednoho respondenta ze šesti dotázaných. Ten popisoval nedostatek informací o svém zdravotním stavu. Toto zjištění potvrdila i zahraniční studie od Danielsové a kol. (2018), kde byli respondenti s dostupnými informacemi značně nespokojeni. Navrhovala bych proto na daném oddělení či ve zdravotnickém zařízení, zlepšení úrovně komunikace jak mezi personálem a samotným pacientem, tak i s jeho blízkými. Co se týče psychického stavu respondentů, většina netrpěla žádnými přetrvávajícími problémy a pokud ano, byla jim nabídnuta odborná psychologická pomoc. Toto hodnotím velice kladně. Z důvodu prevence rozvinutí možných psychických problémů ovšem navrhuji zlepšení zdrojů ohledně post-traumatického syndromu v oblasti vzdělávání a léčby. Na základě analýzy spolu s přehledem literatury by měly být intervence široce a snadno dostupné. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že většina dotázaných respondentů užívala v průběhu následné hospitalizace kompenzační pomůcky, které jim pomáhali při vykonávání každodenních činností. Na základě této informace navrhuji respondenty informovat o různých druzích kompenzačních pomůcek, které mohou užívat pro zkvalitnění jejich života. Většina dotázaných respondentů potvrdila, že mají velice kvalitní rodinné zázemí a v případě potřeby se o ně má kdo postarat. V případech, kdy by aktivní pomoc od rodiny nebyla možná, či byla rodina nějakým způsobem vyčerpána, doporučuji seznámit dotyčné respondenty s možností využití Pečovatelské služby, a to především u starších pacientů. Z výzkumného šetření vyplývá, že větší část respondentů si díky kvalitní léčebné a ošetrovatelské péči nenese žádné následné psychické či jiné problémy, cítí se dobře a jsou připraveni na následné období rekonvalescence.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života pacientů po hospitalizaci na ARO.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů po hospitalizaci na daném oddělení. Jednotliví respondenti odpovídali na předem připravené a schválené otázky které se vztahovali k cíli práce. Rozhovor probíhal v klidném prostředí, kde měli respondenti dostatek času si své odpovědi promyslet a odpovědět tak co nejspecifičtěji. Výzkumná otázka č. 1 se zaměřovala na začleňování pacientů do běžného života. Z výzkumného šetření vyplývá, že převážná většina dotazovaných respondentů se s hospitalizací na ARO vyrovnává velmi dobře. Nepocíťovali žádné větší fyzické či psychické problémy, které by určitým způsobem omezovaly jejich běžný život. Respondenti popisovali pouze mírné obtíže dané působením nemoci, které jsou ovšem dány především krátkým obdobím po samotné hospitalizaci na ARO. Pomocí výzkumného šetření bylo také zjištěno, že u většiny respondentů, kteří byli na ARO pod vlivem sedace, byly prováděny různé metody bazální stimulace, které se také velkou měrou podílí na jejich aktuální dobré prognóze. Dále se také potvrdila dostatečná míra informovanosti jednotlivých pacientů o jejich zdravotním stavu. Následně potvrdili, že kvalita komunikace a přístupu personálu byla více než kvalitní, to má také značný vliv na jejich aktuální psychický stav, nebylo tedy třeba žádné odborné psychologické pomoci. Tímto došlo k zodpovězení výzkumné otázky č. 2, která se zaměřovala na to, zda měla hospitalizace nějaký negativní vliv na psychický stav pacientů. U respondentů nedošlo k rozvinutí tzv. post-traumatického syndromu. Výzkumná otázka č. 3 se zaměřovala na to, zda pocítují nějaké omezení, které by je limitovalo v běžném životě. Dotázaní uváděli nižší schopnost sebeobsluhy a fyzické zdatnosti, toto tvrzení je dle mého názoru spojeno převážně s vyšším věkovým průměrem dotázaných respondentů, řada z nich již byla poučena o správném užití kompenzačních pomůcek, které jim můžou v běžném životě značně ulevit. Výzkumná otázka č. 4 sloužila k porovnání kvality života před a po samotné hospitalizaci. Kvalita života byla částečně narušena vlivem hospitalizace, dlouhodobé imobility a řadou, v jistých případech nepříjemných léčebných intervencí, které ovšem byly nezbytné pro zlepšení celkového zdravotního stavu. Životní úroveň se ovšem postupem času zlepšuje a utvrzuje myšlení respondentů, že potřeba zdraví je jedna z nejdůležitějších životních hodnot. Výzkumné šetření potvrdilo, že pacienti, kteří se nacházeli v kritickém stavu, mají zcela jiný žebříček svých přání, než

který měli před onemocněním a hospitalizací, a také zcela odlišný pohled na život jako takový.

U respondentů nedošlo vlivem poskytování kvalitní léčebné a zdravotnické péče k výraznějšímu rozvoji komplikací, které by nadále narušovaly jejich fyzický stav. V době konání rozhovorů se cítili dobře a byli plně připraveni na období následné rekonvalescence.

Na základě zjištěných odpovědí mohu konstatovat, že hlavní cíl bakalářské práce byl splněn.

Seznam použité literatury

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení. *Oficiální stránky Nemocnice Jihlava* [online]. Jihlava, 2019 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: https://www.nemji.cz/vismo/o_utvar.asp?id_org=427000&id_u=1011&tzv=2&p1=109

BARTŮŇEK, Petr a Dana JURÁSKOVÁ, HECZKOVÁ, Jana a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

Citáty slavných osobností. Citaty.net [online]. [cit. 2019-10-21]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/5503-karl-ludwig-borne-existuje-tisice-nemoci-ale-jen-jedno-zdravi/>

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-2860-5.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, Jaromír CHENÍČEK, Jaroslav NEKOLA a Jiří POKORNÝ. *Urgentní medicína: Lékařské repetitorium*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-322-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

Florence – časopis moderního ošetrovatelství [online]. Praha: Ambit Media, 2005, 2009 (8) [cit. 2019-10-10]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/humanismus-a-filantropie-v-oseetrovatelstvi/>

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncept, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7519-106-0.

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-271-0994-4.

MÁLEK, Jiří a kol. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.

MÁLEK, Jiří a kol. *Praktická anesteziologie: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5632-5.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderním ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.

MEDSOL: Lucas 3 [online]. 2019 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: <http://www.medsol.cz/test/physio-control-defibrilatory-a-systemy-pro-kpr/kpr/#art112786>

MAYO CLINICS PROCEEDINGS– *Innovations, Quality and Outcomes: Improving Quality of Life in Patients at Risk for Post-Intensive Care Syndrome* [online]. Mayo Clinics, 2018 (2) [cit. 2019-12-02]. Dostupné z: [https://mcpiqjournal.org/article/S2542-4548\(18\)30106-1/fulltext](https://mcpiqjournal.org/article/S2542-4548(18)30106-1/fulltext)

PRAŽSKÝ, Bohumil. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi* [online]. 9.12.2013 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-oseatrovatelske-praxi-473279>

STEIN, Dan J., Matthew J. FRIEDMAN a Carlos BLANCO. *Post-traumatic Stress Disorder* [online]. New York: John Wiley, 2011 [cit. 2019-12-04]. ISBN 978-0-470-68897-7. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=BptFaTiO5M4C&printsec=frontcover&dq=post+traumatic+stress+syndrome&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjTgs-7w5vmAhXGblAKHfjaASgQ6AEIKTAA#v=onepage&q=post%20traumatic%20stress%20syndrome&f=false>

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4356-1.

ŠUTOROVÁ, Veronika. *Kvalita života pacientů po hospitalizaci na Anesteziologicko-resuscitační klinice* [online]. Brno, 2010 [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/b0tua/DP_MU_Sutorova_28.4.10.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav. Vedoucí práce PhDr. Pavel Humpolíček, Ph.D.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II.: Speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

ŽIDKOVÁ, Alexandra. *Sledování kvality života pacientů po intenzivní a resuscitační péči* [online]. Plzeň, 2008 [cit. 2019-11-17]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/149100/?lang=cs>. Disertační práce. Lékařská fakulta v Plzni. Vedoucí práce Doc. MUDr. Eduard Kasal, CSc.

Seznam použitých zkratk

ABR acidobazická rovnováha, rovnováha mezi kyselými a zásaditými látkami v organismu

CNS centrální nervový systém

CVP centrální žilní tlak

EKG základní vyšetřovací jednotka v kardiologii – elektrokardiogram

F1/1 fyziologický roztok pro žilní aplikaci, využíván nejčastěji jako nosič léků

FF fyziologické funkce

GIT gastrointestinální trakt

JIP jednotka intenzivní péče

KPR kardiopulmonální resuscitace

NHP „Nottingham Health Profile“ – jedna z prvních metod měření kvality života, hodnotící úroveň psychického, tělesného a sociálního distresu

OGNP oddělení geriatrické a následné péče

QOL „Quality of life“ – kvalita života

SEIQOL „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life“ – nástroj pro individuální hodnocení kvality života

SF-36 dotazník kvality života k hodnocení zdravotního stavu v obecné populaci

SIP „Sickness Impact Profile“ – jedna z prvních metod měření kvality života, hodnotící účinnost dané terapie

SQUALA dotazník subjektivní kvality života

UPV umělá plicní ventilace

WHOQOL-100 „The World Health Organization Quality of Life“ – dotazník hodnotící kvalitu života

WHOQOLBref zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100

4H vyšetřovací metoda, využívána při neodkladné resuscitaci

4T vyšetřovací metoda, využívána při neodkladné resuscitaci

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Kompenzační pomůcky	47
Tabulka č. 2 Rodinné zázemí.....	47
Tabulka č. 3 Fyzická bolest	48
Tabulka č. 4 Soběstačnost.....	48
Tabulka č. 5 Spolupráce s personálem.....	49
Tabulka č. 6 Psychický stav.....	49
Tabulka č. 7 Aktivní účast rodiny.....	50
Tabulka č. 8 Potřeba odborné psychologické pomoci	50
Tabulka č. 9 Úroveň sebeobsluhy	51
Tabulka č. 10 Omezení v každodenním životě.....	51
Tabulka č. 11 Osobní zájmy	52
Tabulka č. 12 Pomoc rodiny v případě potřeby.....	52
Tabulka č. 13 Změny v životě pacientů.....	53
Tabulka č. 14 Aktuální psychický stav	54
Tabulka č. 15 Kvalita edukace a dostupnost informací	54
Tabulka č. 16 Spokojenost s aktuálním zdravotním stavem.....	55