

**UNIVERZITA KARLOVA**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství

**Denisa Čejková**

**Uspokojování potřeb pacienta s  
chronickou obstrukční plicní chorobou**

**Bakalářská práce**

Praha 2017

Autor práce: **Denisa Čejková**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, Ph.D.**

Oponent práce: **Mgr. Jana Křivková**

Datum obhajoby: **6.6.2017**

## **Bibliografický záznam**

ČEJKOVÁ, Denisa. Uspokojování potřeb pacientů s chronickou obstrukční plicní chorobou. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2017. 79s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, Ph.D.

## **Abstrakt**

Záměrem bakalářské bylo na základě průzkumného šetření zjistit, zda se potřeby pacientů s CHOPN mění v závislosti na stadiu onemocnění.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První se zabývá charakteristikou CHOPN, její diagnostikou a následnou léčbou. Druhá pojednává o klasifikaci potřeb, motivech a důsledcích, které plynou pro pacienty z nedostatečného uspokojení potřeb. Třetí část se zaměřuje na specifika ošetřování pacientů s CHOPN. V empirické části jsou prezentovány výsledky kvantitativního průzkumu, který probíhal pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly distribuovány hospitalizovaným pacientům s chronickou obstrukční plicní chorobou ve stadiu II, III a IV na Pneumologické klinice 2. LF UK a FN Motol. Průzkumné šetření probíhalo anonymně, od července do prosince 2017. Celkem bylo osloveno 76 pacientů, z nichž se šetření tři zúčastnit nechtěli.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že pacienti ve II. stadiu mají odlišně stanovené potřeby, než pacienti ve stadiu III a IV. U respondentů ve II. stadiu byla zjištěna na prvním místě potřeba lásky, 100% z nich ji uvedlo jako potřebu důležitou. U pacientů ve III. stadiu jsou na prvním místě zachovány fyziologické potřeby, potřebu kyslíku uvedlo 100% respondentů, dále byly jako důležité stanoveny potřeby bezpečí. U IV. stadia pacienti na první místo uvedli potřebu kyslíku (celkem 100%), na druhé a třetí místo opět potřebu bezpečí. 77% nemocných uvedlo, že je pro ně důležité být materiálně zabezpečen.

Získaná data byla zpracována pomocí tabelárních přehledů a grafického výstupu. Výsledky této práce mají přinést pohled na to, jak se jednotlivé potřeby mohou během onemocnění změnit. Mohou tak posloužit zdravotnickému personálu při sestavování cílů ošetřovatelské péče a pro snazší komunikaci s nemocným.

## **Klíčová slova**

Chronická obstrukční plicní nemoc. Klasifikace. Motivace. Ošetřovatelská péče. Potřeby nemocných.

## **Abstract**

The intention of the thesis was based on an exploratory investigation to determine whether the needs of patients with COPD varies depending on the stage of the disease.

The work is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part is divided into three chapters. The first slew characteristic of COPD, its diagnosis and subsequent treatment. The second deals with the classification of needs, motives and consequences that arise for patients insufficient meet the needs. The third part focuses on the specifics of treating patients with COPD. In the empirical part presents the results of quantitative research, which was conducted via questionnaire. Questionnaires were distributed to hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease in stage II, III and IV on the second clinic of Pneumology, University Hospital Motol. Exploratory survey was conducted anonymously, from July to December 2017. The main criterion for selection of respondents were diagnosed with COPD, good physical condition, mental well-being and willingness of patients to share their feelings. A total of 76 patients were approached, of which three savings would not participate.

From the exploratory investigation showed that patients II. stages are distinctly identified needs, than patients in stage III and IV. Respondents in the second. stage was observed in the first place need love, 100% of them rated it as an important need. As the second most important need for patients find the need for recognition (total 88%) and the third shows the need for security, and the need for self-realization fellowship, (total 75%). Patients in the third. stage are first retained physiological needs, the need for oxygen, said 100% of the respondents, were established as an important safety needs. Need to be pain free, a total of 87%, and need to be fearless total of 79%. For IV. stage patients answered very similarly, in the first place, is the need of oxygen (total 100%), the second and third place again the need for security. A possible answer to be without fear or pain, a total of 87% of patients. 77% of patients said that it is important for them to be materially secured. The data were processed using the tabular summaries and graphical output. The results of this study should provide insight into how individual needs can change during disease. They can assist medical staff in setting up goals for nursing and easier communication with patients

## **Key words**

Classification. Chronic obstructive pulmonary disease. Motivation. Needs of patients. Nursing care

# UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2015/2016

### ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Denisa Čejková**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Uspokojování potřeb pacienta s chronickou obstrukční plicní chorobou**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

KOBLÍŽEK, Vladimír. CHOPN Doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu chronické obstrukční plicní nemoci. 2013. Maxdofr, 2013. ISBN 978-80-7345-358-9.

NEUMANNOVÁ, Kateřina, KOLEK Vítězslav. Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc Možnosti komplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta. 2012. Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2617-8.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2010. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 80-7013-324-4.

MASLOW, Abraham H. O psychologii bytí 1. vydání. 2014. Portál, 2014.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ Marie. Interní ošetřovatelství I. 2006. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

## Seznam zkratek

<b>CHOPN</b>	Chronická obstrukční plicní nemoc
<b>COPD</b>	Chronic obstructive pulmonary disease
<b>GOLD</b>	The Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease
<b>mMRC</b>	Modifikovaná škála dušnosti
<b>ATT</b>	A <sub>1</sub> -antitrypsin
<b>FEV1</b>	Usilovný vydechnutý objem za vteřinu
<b>CT</b>	Výpočetní tomografie
<b>F/V</b>	Průtok/objem
<b>AKP</b>	Aretriální krevní plyny
<b>RTG</b>	Rentgenové vyšetření
<b>EKG</b>	Elektrokardiografie
<b>BMI</b>	Body mass index (index tělesné hmotnosti)

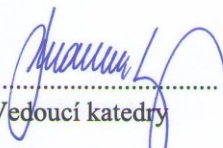
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, PhD.**

Oponenti: **Mgr. Křivková Jana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 4.5.2016

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
.....  
Vedoucí katedry

V Praze dne 5.5.2016

  
.....  
Děkan

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
2. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, Ph.D., uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala jsem zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne 27. 4. 2017

Denisa Čejková



### **Poděkování**

Chtěla bych velice poděkovat paní PhDr. Šárce Tomové, Ph.D. za odborné vedení této práce, udělování cenných rad a především za ochotný přístup, který mi při psaní této práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se ochotně účastnili průzkumného šetření.

## OBSAH

<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Charakteristika chronické obstrukční plicní nemoci</b> .....	<b>13</b>
2.1.1 Etiologie .....	13
2.1.2 Epidemiologie .....	13
2.1.3 Příznaky .....	15
2.1.4 Diagnostika .....	15
2.1.4.1 Radiologické vyšetření .....	15
2.1.4.2 Vyšetření krevních plynů .....	16
2.1.4.3 Pulzní oxymetrie .....	16
2.1.4.4 Funkční vyšetření plic .....	16
2.1.5 Léčba .....	17
2.1.6 Exacerbace .....	18
2.1.7 Prevence .....	18
2.1.8 Prognóza .....	19
<b>2.2 Potřeby člověka</b> .....	<b>19</b>
2.2.1. Klasifikace potřeb .....	20
2.2.1.1 Klasifikace dle H. A. Murray .....	20
2.2.1.2 Klasifikace dle E. R. Hilgard .....	21
2.2.1.3 Frommova teorie potřeb .....	21
2.2.1.4 Hierarchie potřeb dle Abrahama H. Maslowa .....	21
2.2.1.5 Teorie potřeb dle Virginie Hendersonové .....	22
2.2.2 Vývoj saturace potřeb .....	23
2.2.3 Překážky v procesu plnění lidských potřeb .....	24
<b>2.3 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s CHOPN</b> .....	<b>25</b>
2.3.1 Sociálně psychologické aspekty péče o pacienty s CHOPN .....	27
<b>3 EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1 Cíle empirické části a pracovní hypotézy</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2 Metodika šetření a zpracování dat</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3 Organizační šetření</b> .....	<b>30</b>
<b>3.4 Charakteristika respondentů</b> .....	<b>30</b>
<b>3.5 Výsledky vlastního šetření</b> .....	<b>33</b>

<b>3.6 Vyhodnocení statistických hypotéz .....</b>	<b>57</b>
<b>4 DISKUZE .....</b>	<b>63</b>
<b>5 ZÁVĚR .....</b>	<b>68</b>
<b>REFENČNÍ SEZNAM.....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>72</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>73</b>

## 1 ÚVOD

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je chronické onemocnění postihující dolní část dýchacích cest. Vzniká při dlouhodobé expozici plicní tkáně se škodlivými látkami z ovzduší. Jedná se především o cigaretový kouř. V dnešní době činitel velmi rozšířený, který kromě jiného, má silný vliv i na vznik CHOPN. CHOPN se dělí na chronickou bronchitidu a plicní emfyzém. Toto rozdělení záleží na tom, která lokalita dolních dýchacích cest je postižena. V mnoha případech se chronická bronchitida s plicním emfyzémem kombinují. Celosvětová prevalence je odhadována na 600 miliónů obyvatel. Ovšem předpokládá se, že konečné číslo je mnohem vyšší, protože respirační onemocnění nemusí vždy být včas diagnostikováno. Chronická obstrukční plicní nemoc zasahuje do pacientova života nejen z hlediska zdravotního, ale i sociálního. Jedním z důvodů, proč jsem zvolila právě toto téma, je fakt, že nemocní mají kromě zhoršeného zdravotního stavu a omezeného aktivního života také problém s uspokojením svých biologických, psychických a sociálních potřeb. CHOPN je progredující onemocnění, které pacientům postupně znesnadňuje tyto potřeby saturovat. Nemocní ve vyšších stádiích trpí sníženou fyzickou aktivitou, je pro ně tedy mnohem náročnější vykonávání běžných denních činností, než u pacientů s nižším stadiem nemoci. Lidé trpící chronickým onemocněním se musí postupně adaptovat nejen v oblasti společenské a sociální, ale v neposlední řadě se vyrovnat se svou diagnózou.

### **Cíle bakalářské práce**

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou potřeby pacientů ve vyšších stádiích CHOPN.

Cíl 2: Zjistit, zda se potřeby pacientů s CHOPN liší v závislosti na stadiu II, III nebo IV.

Cíl 3: Zjistit, zda jsou u pacientů s CHOPN ve stádiích II, III a IV saturovány jejich potřeby.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

Bakalářská práce se věnuje problematice uspokojování potřeb nemocných s chronickou obstrukční plicní chorobou. Teoretická část bude nejprve zaměřena na charakteristiku CHOPN, její prevalenci, příčiny, diagnostické metody a možnosti léčby. Dále bude popsána klasifikace a hierarchie lidských potřeb, způsoby, kterými člověk své potřeby uspokojuje a v neposlední řadě i odezva jedince na potřeby neuspokojené. V poslední části jsou zdůrazněna specifika ošetřování pacientů s touto chorobou.

### 2.1 Charakteristika chronické obstrukční plicní nemoci

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN, COPD) je vážné chronické respirační onemocnění, charakterizované sníženým průtokem vzduchu. Provází ho chronická bronchiální obstrukce a poškozený plicní parenchym. Tyto dvě složky se v různé míře kombinují. Na vzniku bronchiální obstrukce se významně podílí nejen změny na sliznici a adventicii, ale i tzv. hyperinflace. Pod termínem plicní hyperinflace rozumíme stav, kdy pacient není schopen vydechnout veškerý objem vzduchu. Při výdechu se u zdravých osob všechny alveoly vyprázdní. U pacientů s CHOPN tomu tak není, vzhledem ke ztrátě elasticity malých dýchacích cest se bronchioly předčasně uzavírají a nedochází při výdechu k vyprázdnění alveolů. Protože nejsou před dalším nádechem plíce dostatečně vyprázdněny, dojde při dýchání ke zvětšení objemu plic. Při hyperinflaci dělá nemocnému problém navýšit dechový objem. Vzduch, který zůstává v plicích, snižuje možnost znovu se nadechnout. Vzniká tak subjektivní pocit dušnosti.

Pro chronickou bronchitidu je charakteristický kašel s expektorací, trvající minimálně tři měsíce v roce a ve dvou letech po sobě. V dolních dýchacích cestách přetrvává zánětlivý otok, který způsobuje změny chrupavek malých bronchů. To způsobuje omezení průtoku vzduchu a vzniká tím vazokonstrikce, hypoxemie a plicní hypertenze. Zánětem poškozená sliznice produkuje nadměrné množství sputa, což vede k produktivnímu vykašlávání. K zánětu dochází při dlouhodobém dráždění a vdechování škodlivých částic a plynů, například cigaretového kouře, který je těchto škodlivin plný. Pod plicním emfyzémem rozumíme poškození přepážek mezi plicními sklípků. Podstatou je zánik malých sklípků od sebe oddělených stěnou a vznik velkých vzduchových

prostorů. Důvodem může být geneticky podmíněný nedostatek alfa1 antitrypsinu. AAT je tvořen v jaterních buňkách a napomáhá tlumit aktivitu sloučenin tvořených bílými krvinkami a tím zabraňuje poškození vlastních tkání. Jeho nízká koncentrace má za následek zvýšenou aktivitu již zmíněných bílých krvinek, které mohou poškodit některé orgány. Nejvíce postižené jsou plíce, kde dochází k emfyzému. Destrukci plicního parenchymu se snižuje elasticita plic a plocha, na které dochází k výměně dýchacích plynů mezi plicní tkání a krví. Typickým příznakem je výdechová dušnost (Šafránková a Nejedlá, 2006). CHOPN se dělí do několika stadií. Dříve GOLD klasifikovala stadia CHOPN dle výsledků spirometrického vyšetření na stadia I, II, III a IV (tabulka 1). V dnešní době se kromě spirometrického vyšetření posuzují další parametry jako počet exacerbací za jeden rok, výsledky dotazníku CAT a mMRC, které pomáhají zmapovat kvalitu života pacientů. Dle výše zmíněných parametrů GOLD doporučila pacienty s CHOPN seřadit do skupin A, B, C a D (Koblížek, 2013).

### *2.1.1 Etiologie*

Faktory ovlivňující vznik CHOPN lze rozdělit na faktory vnitřního a vnějšího prostředí. Pod faktory, které přicházejí zvenčí, rozumíme částice, které se během dýchání dostávají do plic a průdušek. Na rozvoji CHOPN se tedy zhruba z 80 až 70% uplatňuje aktivní kouření a to cigaret, doutníků i dýmek. Riziko vzniku CHOPN zvyšuje i pasivní kouření a to o 48%. Inhalace prachu a chemických látek v pracovním prostředí může způsobit rozvoj CHOPN, obzvláště, pokud je člověk těmto škodlivinám vystavován po dobu několika let. Za další rizikový faktor jsou považovány časté a opakující se respirační infekce v dětství, často spojeny se sníženou plicní funkcí a bronchiální hyperreaktivitou.

Za vnitřní faktory, které vedou ke vzniku CHOPN se považují genetické předpoklady, například defekt alfa1 antitrypsinu. Stav nemocného se v tomto případě rychle zhoršuje kouřením (Kašák, 2006).

### *2.1.2 Epidemiologie*

Celosvětově trpí CHOPN přibližně 600 milionů obyvatel a tím se zařazuje mezi nejčastější neinfekční choroby na naší planetě. Prevalence tohoto onemocnění se neustále zvyšuje i díky stále rostoucímu trendu kouření tabáku. V České republice je postiženo touto nemocí zhruba 8% obyvatel. CHOPN se nejčastěji diagnostikuje u lidí v pokročilém věku (až 50% pacientů je ve věku

65-70 let). Tato skutečnost se připisuje dlouhodobému působení tabákového kouře. Život v rozvojových zemích se znečištěným životním prostředím může být příčinou exacerbace, ovšem přímý vliv na vznik nemoci je mnohem nižší než kouření. Zasažení touto nemocí jsou častěji muži, ovšem vzhledem k rostoucímu počtu kuřáček ve společnosti je v posledních několika letech pozorován zvýšený výskyt CHOPN i u žen. Každý rok na CHOPN zemře téměř 2500 pacientů (Koblížek, 2013, Kašák, 2006)

### *2.1.3 Příznaky*

Jedním z hlavních příznaků u CHOPN je dušnost. Ta se objevuje nejdříve při fyzické námaze, poté u vykonávání běžných denních aktivit a v konečné fázi i v klidu. Dalším příznakem je chronický kašel, který bývá prvním příznakem CHOPN. V počátku onemocnění se vyskytuje občas, v pozdějším stádiu přetrvává během dne nebo i noci. Produktivní kašel, který se objevuje převážně po ránu, je příznakem chronické bronchitidy. Pacienti, u nichž převažuje plicní emfyzém, mají neproduktivní kašel. Mezi dalšími příznaky, které jsou společné jak pro emfyzematický typ, tak pro bronchitidu jsou hvízdání a sípání při výdechu, pocit tíže na hrudi, úbytek hmotnosti, únava a snížení fyzické aktivity. Některé z příznaků se v průběhu let zhoršují. Pokud nemocný pokračuje v kouření, onemocnění se rozvíjí rychleji (Koblížek, 2013).

### *2.1.4 Diagnostika*

CHOPN je zrádná svým pomalým vývojem, proto může být odhalena v jakémkoli stádiu. Součástí prvotní diagnostiky CHOPN je sběr podrobné anamnézy zahrnující informace o přítomnosti rizikových faktorů a klinických příznaků. Nemocný dále podstoupí fyzikální vyšetření a neinvazivní vyšetření jako radiologické vyšetření, pulzní oxymetrii, vyšetření krevních plynů a funkční vyšetření plic. U pacientů u kterých se rozvine CHOPN do 50 let se vyšetřuje přítomnost  $\alpha_1$ -antitrypsinu (Kašák 2006).

#### *2.1.4.1 Radiologické vyšetření*

Lékař nemůže pouze na základě radiologického vyšetření spolehlivě určit diagnózu, ale je díky němu možné odhalit počínající nebo pokročilé anatomické změny dýchacích cest (remodelace

periferních průdušek a emfyzém). CT vyšetření nebo skiagram hrudníku se také provádí k vyloučení komorbidit, kterými pacienti s CHOPN trpí, příkladem může být bronchogenní karcinom (Kašák, 2006).

#### *2.1.4.2 Vyšetření krevních plynů*

Hlavní úlohou tohoto vyšetření je zjistit, zda CHOPN působí na výměnu plynů a jestli nemocný potřebuje kyslíkovou terapii. K vyšetření je nejčastěji používána arteriální nebo arterializovaná kapilární krev, která se odebírá do kapilár nebo injekčních stříkaček. V případě arterializované kapilární krve se pacientovi krev odebírá z břicha prstů nebo z ušního lalůčku. Je nutné před samotným odběrem arterializovat cévy pomocí hyperemizující masti, mechanicky pomocí masáže nebo ponořením končetiny do vodní lázně. Při správném provedení arterializace se hodnoty krevních plynů neliší od hodnot v arteriální krvi. Je nutné dodržovat několik zásad. Nemocný musí být 15 minut před odběrem v klidu, odebraná krev nesmí přijít do styku s atmosferickým vzduchem a zajištění rychlého vyšetření vzorku. Do doby transportu lze vzorek skladovat na ledu, ovšem ne déle než 3 hodiny (Musil, Petřík, Trefný et al., 2005).

#### *2.1.4.3 Pulzní oxymetrie*

Toto vyšetření se provádí pomocí pulzního oxymetru, kdy se čidlo připevní na prst nebo ušní lalůček pacienta. Vyšetřením zjistíme saturaci hemoglobinu kyslíkem. Jestliže je saturace nižší než 92%, je přítomna respirační insuficience (Musil, Petřík, Trefný et al., 2005).

#### *2.1.4.4 Funkční vyšetření plic*

Spirometrie se používá jako hlavní vyšetření k určení diagnózy. Jedná se o neinvazivní vyšetření, které lékaře informuje o tom, zda dokáží plíce zajistit dostatek kyslíku v krvi. Posuzují se křivky průtok vs. objem (F/V). Vyšetření se doplňuje bronchodilatačním testem, který je důležitý pro průkaz bronchiální obstrukce a ireverzibility. Jestliže se po bronchodilatačním testu normalizují plicní funkce, nejedná se o CHOPN. Dříve se na základě výsledků spirometrie určovalo stadium CHOPN. Přehled stadií s hodnotami spirometrického vyšetření jsou k nahlédnutí v níže uložené tabulce (Kašák, 2006).



Tabulka 1 **Stadia CHOPN dle výsledků spirometrie**

Stadium	Příznaky	Výsledky spirometrie
I. stadium	Může, ale nemusí být přítomný chronický kašel Pacient si nemusí být vědom zhoršené funkce plic	FEV1 $\geq$ 80%
II. stadium	Chronický kašel Objevuje se námahová dušnost Mohou se vyskytnout exacerbace	FEV1 50-80%
III. stadium	Zhoršení dušnosti Opakující se exacerbace Kvalita života je snížena	FEV1 30-50%
IV. stadium	Těžká bronchiální obstrukce Přítomnost dalších komplikací jako plicní hypertenze, cor pulmonale, chronická respirační insuficience	FEV1 $<$ 30%

(Nejedlá, 2006; Koblížek, 2013)

### 2.1.5 Léčba

CHOPN nelze zcela vyléčit, ale správnou léčbou je možné zpomalit její progresi. Cílem léčby je zpomalit průběh onemocnění a snížit možnost vzniku exacerbací, zlepšit kvalitu života pacientů, zvýšit toleranci fyzické zátěže a prodloužit nemocnému život.

Nemocnému se podávají inhalační bronchodilatancia, mukolytika, expektorancia a antitusika. Protizánětlivé léky a inhalační kortikosteroidy přispívají ke snížení počtu exacerbací. Terapii je možné doplnit plicní rehabilitací a preventivní vakcinací proti chřipce a pneumokokům. Léčbu pacientů s emfyzémem, u kterých byla prokázána přítomnost velkých bul, je nutné řešit chirurgicky (bulektomie, volum redukční operace plic a transplantace). Aby léčba mohla být co nejvíce úspěšná, je podmínkou zanechání kouření a eliminace vnějších rizikových faktorů, jako například inhalace škodlivých látek v pracovním prostředí (Koblížek, 2013).

### 2.1.6 Exacerbace

Exacerbace, je charakterizována zhoršením plicních funkcí. Je přítomna dušnost provázená změnou kašle a charakterem sputa. Zhoršení CHOPN může být vyvoláno nejčastěji virovým nebo bakteriálním respiračním infektem, ale i změnou teploty ovzduší a přerušáním léčby. Při exacerbacích způsobených bakteriální infekcí nemocný vykašlává větší množství sputa, a trpí zhoršenou dušností. Nejčastější bakterie způsobující infekční exacerbaci jsou *Haemophilus influenzae* a *Streptococcus pneumoniae*. U virových infekcí se nejčastěji uplatňují rhinoviry, dále koronaviry a adenoviry. Vyšší počet respiračních onemocnění je spojený i s vlhkým a chladným počasím. To je samo považováno za jednu z příčin exacerbace (Kašák, 2006).

Mezi základní diagnostická vyšetření patří sběr anamnézy a fyzikální vyšetření (pohledem je pozorovatelná ortopnoická poloha a prodloužené expirium, slyšitelné jsou spastické fenomény).

Další vyšetření jsou pulzní oxymetrie, AKP, RTG hrudníku, EKG a spirometrie.

Vzhledem k tomu, že je exacerbace nejčastěji způsobena infekcí, používají se k léčbě antibiotika, bronchodilatancia a inhalační kortikosteroidy. Prevencí vzniku exacerbací je kromě pravidelného používání léků a rehabilitací i vakcinace proti chřipce a pneumokokům (Šafránková, Nejedlá, 2006).

### 2.1.7 Prevence

Nejčastější příčinou vzniku CHOPN je aktivní, ale i pasivní kouření. Na prvním místě je tedy nikdy nezačít aktivně s kouřením, nebo s ním co nejdříve přestat. Pomoci mohou i poradny pro odvykání kouření. Významný podíl v prevenci má i vyhýbání se pasivnímu kouření, čili člověk by měl dávat přednost nekuřáckým podnikům, nebo nepracovat v zakouřených a špatně větratelných prostorech. Vyloučení pasivního kouření je určitým způsobem ovlivněno i legislativou země, ve které žijeme. Dalším krokem v prevenci je odstranění nebo snížení inhalace pracovních škodlivin. Zaměstnanec by měl být poučen o možných pracovních rizicích a možnosti používat ochranné pomůcky. Důležitou součástí prevence je také udržovat obranyschopnost organismu a to především vyváženou stravou s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin a antioxidantů, dodržováním dostatečného příjmu tekutin, otužováním a očkováním proti chřipce (Kašák, 2006).

### 2.1.8 Prognóza

Již z charakteristiky CHOPN je zřejmé, že se jedná o onemocnění celoživotní a postupně se zhoršující. Prognózu CHOPN lze určit pomocí kalkulace prognostického BODE indexu (znázorněno v tabulce 2). Jedná se o index kalkulovaný z BMI, bronchiální obstrukce, dušnosti a tolerance fyzické zátěže. V České republice se používá Celliho BODE index z roku 2004. Používá se především v péči o pacienty se IV. stadiem CHOPN a při indikaci k podstoupení plicní transplantace. Čím je hodnota BODE vyšší, tím je i vyšší riziko úmrtí (Koblížek, 2013).

Tabulka 2 **BODE index - Celli**

Parametr	Parametr	Parametr	Parametr	Parametr
BMI	> 21	≤ 21		
FEV1 postbronchodilata ční % náležitých hodnot	≥ 65	50-64	36-49	35
mMRC škála dušnosti (0-4)	0-1	2	3	4
6MWT (m)	≥ 350	250-349	150-249	< 150

(Koblížek, 2013)

### 2.2 Potřeby člověka

Potřeba je pojem, kterým lidská bytost vyjadřuje nějaký nedostatek, přebytek nebo touhu něčeho dosáhnout v biologickém, psychosociálním nebo duchovním odvětví. Naplňování potřeb je nezbytné pro lidský vývoj a zásadně ovlivňuje kvalitu života. Nedostatek nějaké potřeby má dopad na celkovou psychiku člověka, zasahuje do jeho myšlení, pozornosti a emocí a tak podstatně ovlivní vzorec chování jednotlivce. Během života se potřeby člověka mění, vyvíjejí se a je nutné si uvědomit, že každý jedinec bude své potřeby uspokojovat nejrůznějšími způsoby. Pokud uspokojení potřeby neškodí danému jedinci ani jeho okolí mluvíme o uspokojování žádoucím. Za nežádoucí

považujeme takové naplňování potřeb, které není v souladu s kulturně-sociálními hodnotami společnosti. Musíme brát na vědomí, že množství potřeb se váže na stáří a pohlaví jedince. Na intenzitě potřeb se odráží i kulturní a socioekonomické prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, jeho inteligence a v neposlední řadě i zdravotní stav (Trachtová 2010, Šamánková 2011).

Samotný proces uspokojování potřeb je nastartován motivací. Motivace je slovo převzaté z latiny (moveo) a vyjadřuje pohyb. Může také vyjadřovat proces zahájení nějaké činnosti nebo vybízet k udržení chování, které vede k dosažení vyrovnanosti a spokojenosti. Tuto hybnou energii usměrňují motivy. V souvislosti s naplňováním lidských potřeb je důležité si uvědomit, že člověk může na základě nějakého motivu jednat vědomě nebo nevědomě. Už z pojmenování je jasné, že rozdíl mezi vědomou a nevědomou motivací je v uvědomění si vlivu těchto podnětů na chování jedince. Trachtová uvádí: „*Vědomě se člověk může snažit o určitou kariéru, ale nemusí vědět, proč to činí.*” (Trachtová, 2010, s. 11).

Pod nevědomou motivací si představíme takové chování, kdy má jedinec nevědomou potřebu a nezávisle na logickém uvažování se jí snaží uspokojit, není si tedy zcela vědom důvodu svého jednání. Nedostatečně saturované lidské potřeby nastartují takzvané motivační napětí (Trachtová, 2010).

### 2.2.1 Klasifikace potřeb

Z psychologického hlediska se potřeby člení do dvou skupin. Do první skupiny patří potřeby fyziologické a biogenní, jsou vrozené a mohou ovlivnit chování člověka. Druhou skupinu tvoří potřeby sociogenní, psychogenní a psychologické, ty vrozené nejsou. Utváří se v průběhu života a jsou ovlivněny prostředím, ve kterém se jedinec nachází. Proto, se na rozdíl od fyziologických potřeb, vyznačují svou různorodostí.

#### 2.2.1.1 Klasifikace dle H. A. Murray

Problematikou tohoto rozčlenění se zabývala řada psychologů, kteří rozdělili potřeby do různých indexů. Například americký psycholog Henry A. Murray rozdělil potřeby na primární (viscerogenní) a sekundární (psychogenní), dále na kladné a záporné. Jeho teorie je založena na předpokladu, že člověk jako celek je tvořen potřebou a tlakem. Tlak je v tomto případě definován jako vše, co okolní prostředí od jedince požaduje. Oproti tomu potřeba je charakterizována jako

něco, co jedinec sám chce. Murrayův index potřeb postrádá v psychogenní části běžné sociální potřeby, jako potřebu uznání nebo obdivu (Trachtová, 2010).

#### *2.2.1.2 Klasifikace dle E. R. Hilgard*

Tyto potřeby doplnil do svého indexu psycholog E. R. Hilgard. Jeho index psychogenních potřeb je sestaven ze šesti částí, ty obsahují potřeby spojené s neživými předměty (potřeba aktivizace, uchovávání, organizace, podržení, konstrukce), potřeby vyjadřující ambice, prestiž, dokonalost a moc (úcta, předvádění se, celistvost, sebeobrana, protipůsobení, potřeba úspěchu), potřeby projevení síly a získávání obdivu (sebeprosazování, imitování, suverenita, diferenciací), potřeby poškozování jiných i sebe sama (agrese, pokoření a vyhnutí se ponížení), potřeby vztahující se k náklonostem lidí (potřeba být milován, ošetřování, hledání pomoci a přátelství) a sociální potřeby v užším slova smyslu. Například rozptýlení, zkoumání, vysvětlování a demonstrace (Trachtová, 2010; Šamánková, 2011).

#### *2.2.1.3 Frommova teorie potřeb*

Frommova teorie potřeb vychází z motivační síly podporující sílu lidského chování, která přímo souvisí s lidskou existencí. Mimo fyziologické potřeby E. P. Fromm uvádí potřeby transcendence, racionality, individuality a sociálního začlenění (Šamánková, 2011).

#### *2.2.1.4 Hierarchie potřeb dle Abrahama H. Maslowa*

Nejznámější rozčlenění lidských potřeb pochází od amerického psychologa Abrahama H. Maslowa (1908-1970), jehož teorie motivace vychází z hierarchické teorie potřeb. A. H. Maslow zastával názor, že každá lidská bytost má svoje individuální uspořádání motivů, přičemž každý motiv je jinak silný než ten druhý. Hierarchie potřeb vychází z úzkého vztahu mezi filozofií a psychologií a doporučuje, aby psychologové věnovali pozornost také filozofii hodnot. Hierarchicky organizovaný systém se skládá z pěti lidských potřeb. První potřeba je fyziologická. Fyziologické potřeby vstupují do popředí při narušení homeostázy a dávají tak najevo potřeby organismu, například potřebu výživy, spánku, kyslíku, čistoty. Člověk se snaží uspokojovat primárně právě fyziologické potřeby, například dodržováním pitného režimu nebo pravidelným spánkem. Pokud se jedinec dostane do situace, kdy nejsou fyziologické potřeby dostatečně saturovány, stanou se

dominantními a působí na jeho celkové jednání a chování. Na druhém místě jsou potřeby jistoty a bezpečí. Objevují se v případě, že je člověk nemocný, nebo musí být hospitalizovaný v nemocnici. Ztrácí tím pocit životní jistoty. Třetí jsou potřeby lásky a sounáležitosti, vyjadřují lidskou touhu po přízni, sociálnímu začlenění a touze být milován. Objevující se v případě opuštění nebo osamělosti. Předposlední je potřeba uznání a sebeúcty. Jsou to dvě spojené potřeby. Trachtová uvádí: „*První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.*” (Trachtová, 2011, s. 14).

Poslední a nejvýše položená je potřeba seberealizace, čili potřeba, kdy se člověk snaží nalézt svůj potenciál a sebenaplnění. Maslow označil první čtyři potřeby (fyziologické, bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti a potřeby uznání a sebeúcty) za nedostatkové a potřeby seberealizace jako potřeby růstu a existence. Takzvané nedostatkové potřeby jsou pro člověka zásadnější, a pokud jsou alespoň částečně saturovány, může se člověk zaměřit na potřeby vyšší. Existuje ovšem teorie, že saturace vyšších potřeb vede k lepšímu zvládnutí těžké životní situace (jako je například nemoc), ve které není v silách jedince uspokojit zcela potřeby nižší. Abraham Maslow byl totiž přesvědčen, že výkon pracovníků je možné zvýšit, pokud budou uspokojeny nejen materiální, ale i sociální potřeby (seberealizace, tvořivost, bezpečí, postavení). To stejné by se dalo aplikovat i v nemocničním prostředí, pokud bude pacient uspokojovat vyšší potřeby, snáze se vyrovná s hospitalizací (Trachtová, 2010).

#### 2.2.1.5 Teorie potřeb dle Virginie Hendersonové

Teorie potřeb Virginie Hendersonové se zakládá na předpokladu, že lidská bytost ve zdraví je schopna sama své potřeby identifikovat a saturovat. Předpokládala, že lidské potřeby jsou tvořeny složkou biologickou, psychickou, sociální a spirituální, které také zahrnuje do 14ti elementárních potřeb:

1. normální dýchání
2. příjem potravy a tekutin
3. vyměšování
4. potřeba pohybu a vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, svlékání a oblékání

7. fyziologická teplota
8. držení čistota těla a upravenost
9. eliminace vzniku poškození sebe i ostatních
10. potřeba emocí, strachu, názorů
11. vyznávání víry
12. naplňující práce
13. zvědavost, učení
14. podílení se na aktivní formě odpočinku

(Pavlíková, 2005)

Tyto potřeby jsou u každého člověka individuální a na jejich uspokojení mají vliv již zmíněné složky biologické, psychické, sociální a spirituální. Pokud nastane problém se saturací potřeb nemocného, je tu právě sestra, která má za cíl obnovit jeho nezávislost.

Proto V. Hendersonová definovala 14 komponent ošetrovatelství, které vymezují roli sestry a rozpracovávají tak problematiku potřeb. Jedná se o pomoc nemocnému s dýcháním, příjmem potravy a vylučováním, pomoc při udržení polohy, pomoc se spánkem a oblékáním, pomoc udržet normální teplotu, držet nemocného v čistotě a chránit ho před riziky vyskytující se v jeho okolí, pomoc vyjádřit pacientovi pocity a tolerovat jeho vyznání víry, pomoc při aktivizační, studijní a zájmové činnosti (Pavlíková, 2005).

### 2.2.2 Vývoj saturace potřeb

V případě že dojde k narušení rovnováhy organismu, v těle člověka se aktivuje takzvaný motiv, který člověka vede k uspokojení nenaplněné potřeby nebo motivuje ke splnění svých cílů. Příkladem může být nedostatečně saturovaná potřeba v oblasti výživy, která se projeví pocitem hladu a podráždění. Nemocný si uvědomí svůj subjektivní pocit, tedy že má hlad a snaží se svou narušenou homeostázu obnovit, čili nají se a příště si lépe zorganizuje svůj čas, aby se stihl najíst dříve, než dostane hlad. Proces saturace potřeb se tedy zaměřuje na zachování stability vnitřního prostředí organismu a snaží se tak předcházet vzniku fyziologického deficitu. Úmyslně vnímaná potřeba vzniká na podkladě nedostatku, ale i nadbytku některé biologické, materiální nebo spirituální potřeby. Názornou ukázkou je citace Šamánkové: „*Nedostatek lásky přináší pocit nespokojenosti, nadbytek lásky může přinášet pocit spoutání druhým člověkem, pocit jakéhosi okupování.*” (Šamánková 2011, s. 12).

Uspokojování potřeb z hlediska jejich množství může narušit celá řada faktorů, jako je věk, pohlaví, společenské a sociální zázemí, inteligence, zdravotní stav a individualita člověka. Nemoc jako taková znesnadňuje pacientům možnost potřeby naplnit a mění způsob, jakým nemocný své nedostatky vyjadřuje. Pacienti primárně soustřeďují pozornost na fyziologické potřeby a dočasně se nevěnují potřebám vyšší úrovně. Potřebu bezpečí a jistoty nemocní vyhledávají, až když jsou uspokojeny potřeby biologické. Nemocný bude také své potřeby projevovat jinak v nemocničním prostředí a jinak pokud je léčen pouze ambulantně. Ošetřující personál by měl věnovat pozornost i tomu, v jakém vývojovém stádiu se pacient nachází. Batolata a kojenci nejsou schopni projevit své nedostatky. Stejně je to u seniorů. Své potřeby také hůře projevuje pacient s narušenou sebekoncepcí. Tito pacienti špatně přijímají změny a nedokáží sami své potřeby rozpoznat a saturovat je. Na rozdíl od pacienta, který má sám k sobě kladný vztah a narušenou sebekoncepcí netrpí. Důležitou roli tu hrají i vztahy, které má pacient se svou rodinou a blízkými. Přátelé a příbuzní mohou nemocnému dopomoci k tomu, aby si byl svých potřeb vědom a sám se snažil o jejich uspokojení (Šamánková 2011; Trachtová 2013).

### *2.2.3 Překážky v procesu plnění lidských potřeb*

Vyjádřit své potřeby a nedostatky nemusí být pro jedince vždy lehké. Ošetřující zdravotnický personál by si měl být vědom, že nemocný vyjádří své potřeby jinak v nemoci a jinak při plném zdraví. Zdravotnický pracovník co je empatický a má dobré komunikační dovednosti, může rozhovorem zjistit, zda je pacient schopen své potřeby během hospitalizace uspokojovat. Všeobecně se doporučuje držet se několika zásad při rozhovoru s pacientem. Rozhovor by měl být pro nemocného srozumitelný, měli bychom se vyvarovat většího množství odborných termínů. Mohlo by se stát, že si s pacientem sestra neporozumí a dojde k takzvanému informačnímu šumu. Je důležité pacienta ujistit, že se nemusí ostýchat na něco znovu zeptat a mít od něj pozitivní zpětnou vazbu. Délku rozhovoru je nutné přizpůsobit zdravotnímu stavu a dávat prostor pro přestávky. Pacientovi dáváme najevo, že mu nasloucháme a jsme připraveni zjistit, zda jsou některé z jeho potřeb neuspokojené, zda existují nějaké překážky v jejich uspokojení a za jakých okolností ke vzniku bariér došlo.

Možností, proč není pacient schopen pojmenovat to, co mu chybí nebo co si přeje je mnoho. Jednou z možností je osobní bariéra ze strany pacienta. Může se jednat o pocit nedůvěry k ošetřujícímu personálu, nebo se pacient stydí svá přání vyslovit. Svou úlohu zde hraje i to, zda k druhému člověku chová nemocný sympatie či nikoliv. Další překážka může být psychická, čili nemocný není



schopen při naplňování potřeb přijmout od druhých pomoc. Problém s vyjádřením svých potřeb může být i z důvodu, že se pacient nachází v nemocničním prostředí, ve kterém se necítí dobře. Ošetřující personál by měl umět na takové situace správně reagovat a nemocnému pomoci najít tu potřebu, která je momentálně v popředí (Šamánková, 2011).

Pokud u nemocného tyto překážky přetrvávají a jeho potřeby jsou nadále nesaturovány, nastupují subjektivní a objektivní změny v chování jedince. Mezi charakteristické projevy nemocných, u kterých nejsou uspokojovány potřeby, patří obtíže psychické (pocit úzkosti, porucha soustředění se a podráždění) a somatické jako důsledek nesaturovaných fyziologických potřeb (pacient má narušený spánek, problémy s vyprazdňováním). Pocit nenaplněných potřeb může vycházet z vnějších i vnitřních podnětů a u nemocného může vyvolávat stres, distres a pocit frustrace. Stres je charakterizován jako stav, kdy je lidský organismus vystaven nečekané situaci, po které následuje obranná reakce organismu. U distresu se jedná na rozdíl od stresu o nadměrnou zátěž spojenou s nepříznivě prožívaným citovým průběhem jako je pocit zklamání či přetrvávající obavy nemocného. Pocit frustrace je zapříčiněn nějakou překážkou, která brání nemocnému uspokojit jeho potřeby. Tato situace v nemocném podporuje pocit bezmoci a zklamání. Tyto nahromaděné pocity jsou ventilovány formou slovní nebo fyzické agrese (Kolektiv autorů, 2005; Trachtová, 2010).

Bylo zjištěno, že u 42% nemocných s CHOPN se vyskytuje deprese, to je více, než u jiných chronických onemocnění. Důvodem může být snížená fyzická výkonnost a s tím spojená nemožnost vykonávání denních činností v oblasti sebeobsluhy a kulturního vyžití (Salajka, 2006).

### **2.3 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s CHOPN**

Cílem ošetrovatelské péče u pacientů s CHOPN je zmírnění nebo úplné odstranění pocitu dušnosti, snaha o zlepšení samoobsluhy a výkonnosti, zajištění kvalitního spánku a nutričního příjmu, prevence komplikací, udržování psychické pohody, edukace pacienta a jeho rodiny v oblasti odvykání kouření, preventivní vakcinace, změně životního stylu a průběžné předávání informací o pacientově zdravotním stavu (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Jak již bylo zmíněno, hlavním příznakem CHOPN je dušnost. Je tedy dobré upravit pacientovo lůžko tak, aby nemocný mohl zaujmout Fowlerovu nebo ortopnoickou polohu a poučit ho o dýchacích technikách, kterými může pocit dušnosti snížit. Spolu s fyzioterapeutem edukuje nemocného o správném dýchání. Pro usnadnění vykašlávání se nemocnému podávají léky ve formě inhalací. Sestra může provádět masáž a na přední část hrudníku vtírat roztoky, jejichž základem je kafir nebo francovka, které podporují prokrvení. Poklepovou masáží na stěnu hrudníků pomůžeme k

uvolnění sekretu. Masáž se provádí konečky prstů od periferie hrudníku až k jeho středu. Měla by trvat alespoň 5 minut. Kromě poklepové masáže se používá i vibrační masáž a posturální nebo polohová drenáž, které vedou ke snadnějšímu odkašlávání. Principem polohové drenáže je úprava lůžka do takové polohy, kdy má pacient dolní končetiny položené výše než hrudník. Sputum se uvolní pomocí vlastní váhy. U posturální drenáže je to podobné, jen pacient neleží, ale nakloní se přes okraj lůžka. Hrudník se dostane do nižší polohy než dolní končetiny a pacient si může začít odkašlávat. Posturální drenáž, na rozdíl od polohové, není vhodná pro méně pohyblivé pacienty. Pokud i přes dechovou rehabilitaci není pacient schopný odkašlat, musí sestra provádět odsávání, aby nedocházelo k hromadění hlenu v dýchacích cestách. Během odsávání se chrání ústenkou, popřípadě ochranným oděvem a dodržuje aseptický postup a délku odsávání maximálně 15 vteřin. V neposlední řadě zajistí pravidelné větrání pokoje a zvlhčování vzduchu (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Rehabilitační cvičení by mělo být u pacientů s CHOPN součástí celkové léčby již od II. stadia. Během hospitalizace se nemocní nevěnují jen dechové gymnastice, ale i kondičnímu cvičení, které zvyšuje jejich schopnost samoobsluhy. Nemocný by měl pokračovat ambulantně v rehabilitacích i po propuštění z nemocnice. Sestra by měla pacienta upozornit na pozitiva cvičení (zlepšení fyzické kondice, snížení počtu dalších hospitalizací, snížení pocitu dušnosti a zmírnění pocitu úzkosti) a eventuálně poskytnout seznam rehabilitačních pracovišť v blízkosti pacientova bydliště (Kašák, 2006).

Dalším problémem, se kterým se pacienti potýkají, je zhoršená kvalita spánku. Nemoc dokáže ovlivnit spánkový rytmus, proto je nezbytné, aby nemocní měli více prostoru pro spánek a odpočinek, než zdraví lidé. Pacientům s CHOPN se nedoporučuje podávat hypnotika, protože snižují dechovou frekvenci. Proto se sestra musí pokusit zkvalitnit nemocnému spánek jinými způsoby. Základem by měla být vyvětraná místnost a upravené lůžko. Pacientovi by měla doporučit, aby před spaním omezil pití nápojů obsahující kofein a během dne nepospával a snažil se aktivizovat například četbou. Rozhovorem se dá snadno zjistit, co přesně pacientovi brání v usínání. Je možné, že u pacienta přetrvává nějaká fyzická příčina, která mu brání v navození spánku. Strach a úzkost z nemoci mohou být také jedním z faktorů, proč nemocný není schopen usnout. Sestra by se měla snažit o těchto problémech s nemocným pohovořit a psychicky ho podpořit (Trachtová, 2013; Šafránková a Nejedlá, 2006).

Nemocní s CHOPN mívají často problém se ztrátou hmotnosti a úbytkem svalové hmoty. Nejčastěji pacienti ve stádiu III a IV, kteří trpí plicním emfyzémem. Úbytek na váze způsobuje nepříznivá bilance mezi energetickým příjmem a výdejem nemocného. Příčinou ztráty svalové hmoty je

oslabení rovnováhy syntézy a odbourávání proteinů. Sestra by proto měla průběžně sledovat, zda se pacientovo BMI udržuje v normálním rozmezí a poradit se s nutričním terapeutem o dietním opatření (Kašák, 2006).

Důležité je zjistit, zda má nemocný dostatek informací o svém onemocnění. Na pacienta je nutné pohlížet jako na zdravotnického laika, čili uvědomit si, že nemá dostatek zkušeností s jeho nemocí a doprovodnými příznaky. Při edukaci by se sestra měla vyvarovat většího množství odborných termínů a poskytnout nemocnému informační zdroje v podobě letáků, nebo brožurek. Ty si pacient může v klidu přečíst v případě, že by mu z rozhovoru se sestrou nebo lékařem přeci jen nebylo něco jasné. Poučením o správném užívání léků, průběhu léčby a možných komplikacích, které mohou nastat, můžeme u pacienta vzbudit dojem soběstačnosti. Pokud nemocný nemá dostatek informací, může se u něj rozvinout pocit úzkosti a strachu, nebo nebude dodržovat léčebný režim (Trachtová, 2013; Salajka 2006).

Sestra by neměla opomíjet sledovat nemocného po jeho psychické stránce. U pacientů s CHOPN se poruchy psychologického rázu vyskytují poměrně často. Osvědčenou metodou je aktivizace nemocného během dne jednoduchými činnostmi a odvedení pozornosti od jeho onemocnění. Psychickou pohodu ovlivňuje samotný charakter nemocného, to jak se dokáže vypořádat s těžkou životní situací, ale také podpora, kterou nemocný dostává od svých blízkých, popřípadě zdravotnických pracovníků (Salajka, 2006; Šamánková 2011).

Jednou ze základních podmínek pro úspěšnou léčbu CHOPN je absolutní zanechání kouření a vyhýbání se škodlivinám, které průběh onemocnění mohou zhoršit (znečištěné ovzduší, profesní chemikálie, nadměrné extrémní teploty). Je nutné pacientovi vysvětlit, že pokud nepřestane kouřit, léčba nebude tak úspěšná a CHOPN může rychleji progredovat, než kdyby nekouřil. Sestra může nemocného odkázat na odborné ambulance, které se zabývají odvykáním kouření. Nemocný by měl také vědět, že pravidelnou vakcinací proti chřipce snižuje možnost vzniku exacerbace (Kašák, 2006).

### *2.3.1 Sociálně psychologické aspekty péče o pacienty s CHOPN*

Jak již bylo zmíněno, CHOPN je progredující onemocnění, které zasahuje do všech oblastí pacientova života. Nemocní jsou nuceni se postupně adaptovat na změny, které se staly součástí jejich života. Dušnost je jedním z hlavních faktorů, která znemožňuje vykonávání denních aktivit. Ta se zhoršuje v závislosti na počasí, což nemocným v sychravých nebo parných letních dnech znemožňuje pohyb venku. Právě pocit dušnosti může mít za následek rozvoj maladaptivního

syndromu. Nemocní z důvodu snížené fyzické výkonnosti své denní aktivity omezí nebo zcela vyloučí. Největší dopad pacienti pocítují především v oblasti vykonávání denních činností. Omezení jsou především v provozování sportu či jiných zájmových aktivitách. Problémem u vyšších stadií je zajištění chodu domácnosti a změna či úplná ztráta pracovní pozice. To úzce souvisí i se zapojením rodinných příslušníků. Vzhledem k tomu, že jsou pacienti ze zdravotních důvodů nuceli změnit, nebo opustit zaměstnání, rodina se může ocitnout ve špatné finanční situaci. Také nemožnost vykonávat domácí práce a účastnit se různých kulturních akcí má za následek změnu postavení v rodině. Pacient se stává postupně závislým na jejich pomoci, což může způsobit rozvoj psychických problémů. A je především právě na rodině a zdravotnickém personálu, zda dokáží pacientovi pomoci s nalezením řešení, které by nemocného v rámci možností vrátilo zpět do společenského života (*Salajka, 2006; Bártlová 2009; Koblížek 2006*).

### 3 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část je věnována cílům průzkumného šetření a stanoveným pracovním hypotézám. Poté je zde popsána metodika vlastního šetření, organizace práce a charakteristika zkoumaného vzorku. Dále jsou popsány výsledky vlastního šetření, ty jsou znázorněny pomocí tabelárních přehledů a výsečových diagramů. Závěr empirické části tvoří diskuze nad daným tématem a porovnání výsledků šetření se studii podobného obsahu.

#### 3.1 Cíle empirické části a pracovní hypotézy

V této části kapitoly jsou popsány stanovené cíle bakalářské práce a pracovní hypotézy pro empirickou část. Prvním cílem bakalářské práce je zjistit, jak se mění potřeby pacientů s CHOPN ve stádiích II, III a IV. Dalším cílem je zjistit, zda jsou saturovány potřeby pacientů s CHOPN ve stádiích II, III a IV a jaké jsou potřeby pacientů ve vyšších stádiích CHOPN.

##### **Pracovní hypotézy:**

**Hypotéza č. 1:** Lze předpokládat, že pacienti, kteří mají dostatek informací o průběhu léčby, netrpí pocitem strachu nebo úzkosti.

**Hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že pohlaví pacientů hraje roli v pocitu osamělosti.

**Hypotéza č. 3:** Lze předpokládat, že provádění dechových rehabilitací má vliv na potíže s pohybem po oddělení

#### 3.2 Metodika šetření a zpracování dat

K zpracování bakalářské práce na téma „*Uspokojování potřeb pacienta s chronickou obstrukční plicní chorobou*“ byl využit kvantitativní typ průzkumu. Potřebná data jsem získala byla získána pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo zcela anonymně.

Dotazník byl sestaven na základě nastudované literatury a obsahoval celkem 20 otázek. První část dotazníku zjišťovala identifikační údaje nemocných, jejich pohlaví, věk a stadium onemocnění. Zbylá část byla zaměřena na zjištění aktuálních potřeb nemocných. Na poslední straně dotazníku byla znázorněna Maslowova pyramida potřeb. Pacienti byli požádáni, aby do ní vepsali jednotlivé

potřeby, tak jak je momentálně cítí. Většina otázek tvořila uzavřenou odpověď a pacient mohl označit pouze jednu z možných odpovědí. Data byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2013.

### 3.3 Organizační šetření

Distribuce dotazníků byla schválena nejdříve náměstkyní pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní nemocnici Motol, paní Mgr. Janou Novákovou, MBA (příloha 1). Dále vrchní sestrou Pneumologické kliniky 2. LF UK a FN Motol, paní Mgr. Janou Zelenkovou (příloha 2).

Začátkem července 2016 byl proveden pilotní průzkum. Bylo rozdáno 5 dotazníků. Z jeho výsledků a připomínek pacientů byl dotazník upraven do finální podoby (příloha 3). Šetření probíhalo na Pneumologické klinice 2. LF UK a FN Motol, na I. a II. lůžkové stanici. Dotazníky byly distribuovány od července do prosince 2017. Po domluvě se staničními sestrami z první a druhé lůžkové stanice jsem osobně předala k vyplnění dotazníky nemocným a následně je vybrala.

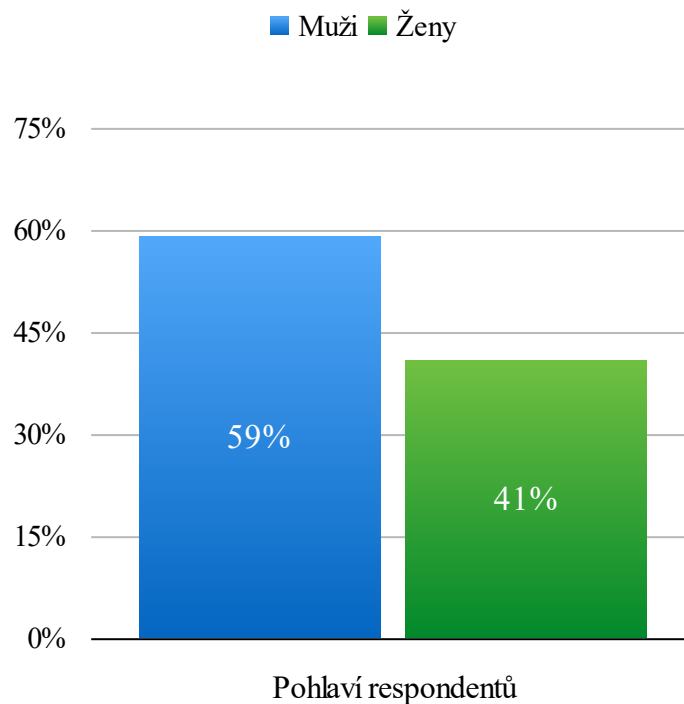
### 3.4 Charakteristika respondentů

Zkoumaným vzorkem byli náhodně vybraní pacienti s chronickou obstrukční plicní chorobou hospitalizováni na standardním oddělení na Pneumologické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Hlavním kritériem pro výběr pacientů byla diagnóza CHOPN. Průzkumného šetření se účastnilo celkem 76 respondentů. Ke statistickému zpracování bylo použito celkem 73 (96,05%) správně vyplněných dotazníků.

Tabulka 3 Přehled vybraných dotazníků

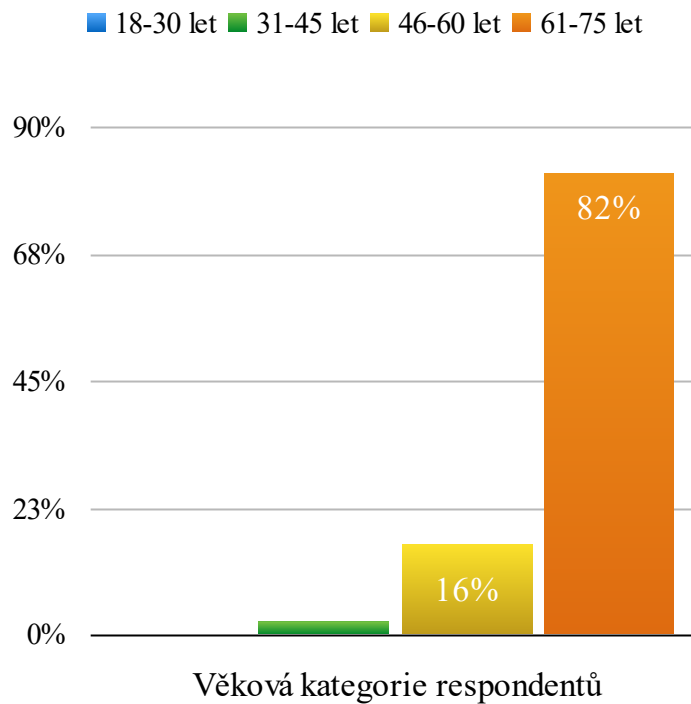
Distribuce dotazníků		
Proměnná	n	%
Správně vyplněné dotazníky	73	96,05 %
Nepoužité dotazníky	3	3,95 %
Celkem	76	100 %

Dotazníky byly distribuovány bez ohledu na pohlaví pacientů. Z níže uloženého grafu je zřejmé, že ve zkoumaném vzorku respondentů převládají muži s celkovým počtem 43 (58,90%). Žen se účastnilo méně, celkově 30 (41,10%).



**Obrázek 1 Pohlaví respondentů**

Dále byl zmapován věk pacientů. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 61-75 let, celkem zastoupeni 60ti (82,19%) pacienty. Ve věku 46-60 let se nacházelo 12 (16,44%) pacientů. Do věkové skupiny 31-45 let byl zařazen pouze jeden pacient. Žádný z pacientů neobsadil věkovou skupinu 18-30 let.

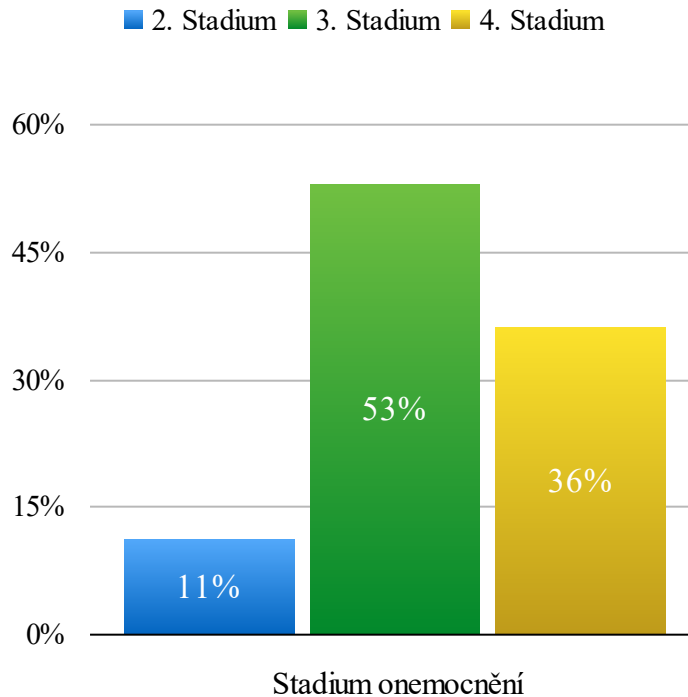


**Obrázek 2 Věk respondentů**

Nejdůležitějším kritériem pro výběr respondentů bylo stadium onemocnění. Záměrně bylo použito starší rozdělení na stadium I, II, III a IV, neboť při pilotním průzkumu bylo zjištěno, že nové dělení do skupin A, B, C a D respondenti neznají.

Níže uložený graf ukazuje, že ve druhém stadiu se nacházelo 8 (10,96%) respondentů. Nejpočetnější zastoupení mělo III. stadium, celkem 39 (53,42%) pacientů. 26 (35,62%) respondentů uvedlo, že se nachází ve IV. stadiu. Ze 73 oslovených pacientů 4 nevěděli, které stadium onemocnění mají. Informace byly posléze dohledány pomocí sester v dokumentaci.





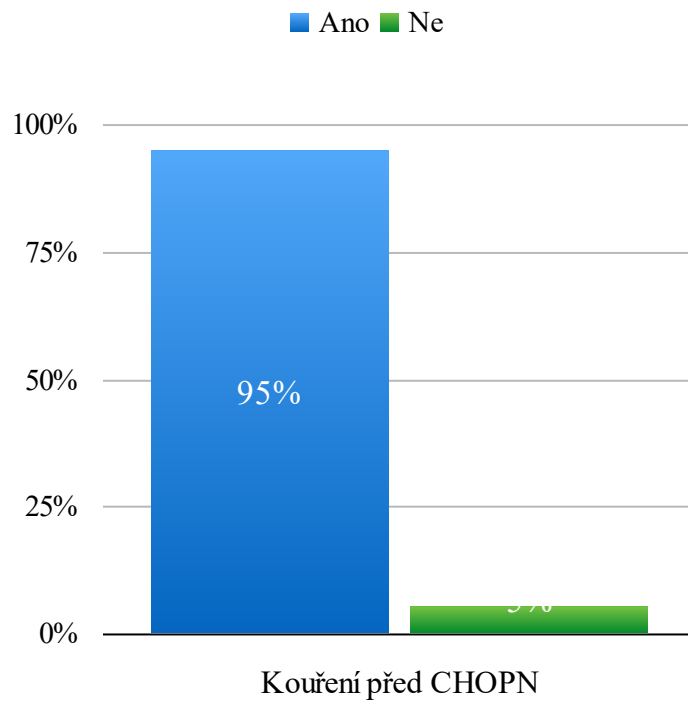
**Obrázek 3 Stadium CHOPN**

### 3.5 Výsledky vlastního šetření

V této části jsou uvedeny výsledky vlastního šetření v grafickém provedení. Otázky jsou seřazeny stejně jako v dotazníku, který obdrželi respondenti k vyplnění.

#### Otázka č. 4: **Kouřil/a jste předtím, než Vám diagnostikovali CHOPN?**

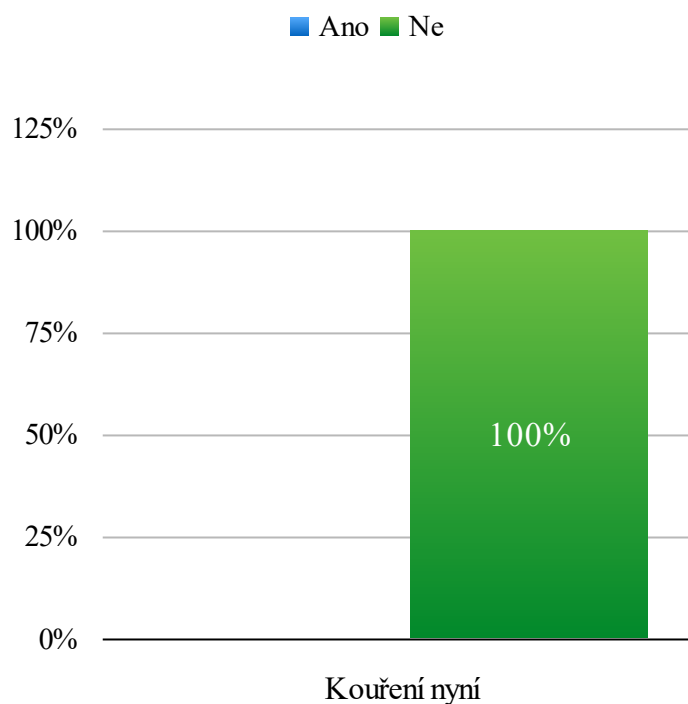
Vzhledem k tomu, že nejrizikovějším faktorem pro vznik CHOPN je kouření tabáku, byla otázka č. 4 zaměřena na předchozí zkušenosti pacientů s kouřením. Z níže uvedeného grafického znázornění vyplývá, že z celkového počtu oslovených pacientů 70 (95,89%) odpovědělo, že v minulosti kouřili. Pouze 3 (4,11%) pacienti uvedli, že nikdy nekouřili.



**Obrázek 4 Předchozí zkušenosti pacientů s kouřením**

**Otázka č. 5: Nyní kouříte?**

Na otázku, zda pokračují v kouření i poté, co jim byla diagnostikována CHOPN všech 73 (100%) respondentů odpovědělo, že s kouřením přestali.

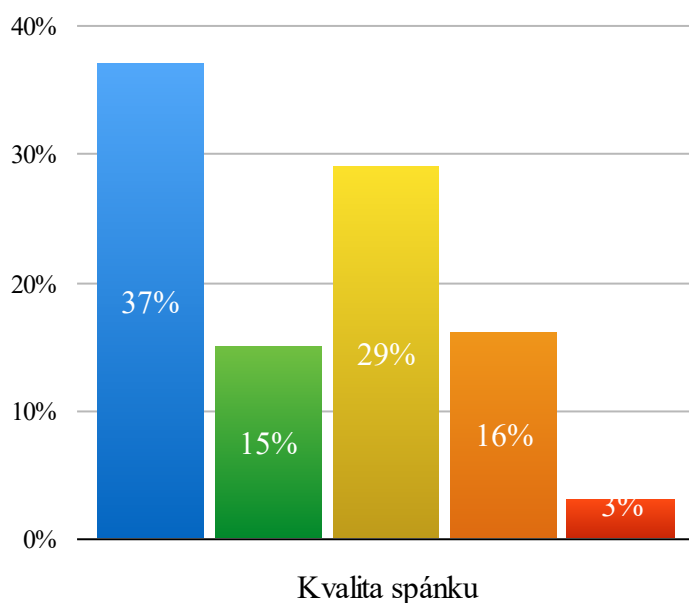


**Obrázek 5 Přehled aktuálních kuřáků**

**Otázka č. 6: Do jaké míry ovlivňuje Vaše onemocnění kvalitu spánku?**

První možnou odpověď „Dobře usínám, ale v noci se často budím” zvolilo 27 (36,99%) respondentů. „Špatně usínám, ale v noci se neprobouzím” označilo celkem 11 (15,07%) dotazovaných. Odpověď „Špatně usínám a v noci se neprobouzím” označilo 21 (28,77%) a „Dobře usínám a v noci dobře spím” 12 (16,44%). Možnost „Jiné” označili pouze 2 pacienti (2,74%).

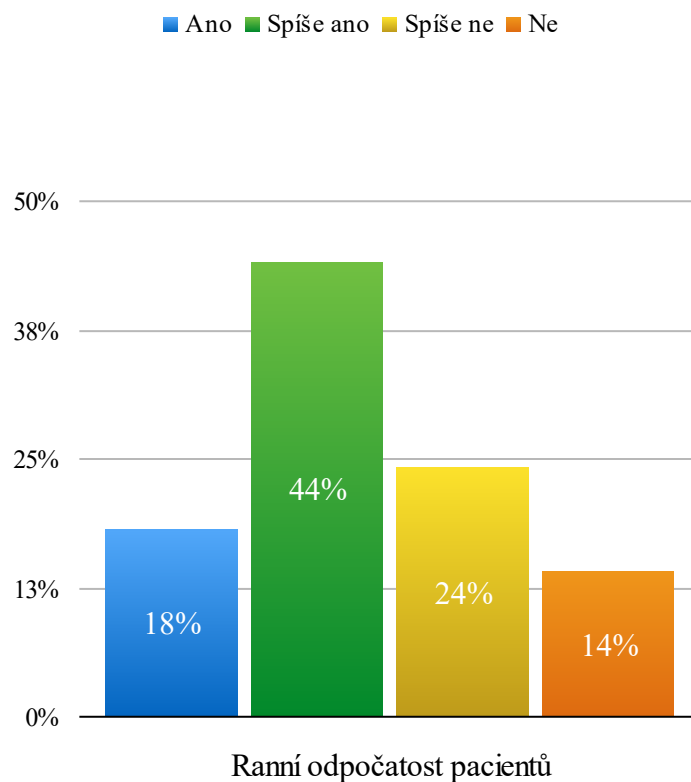
- Dobře usínám, ale v noci se často budím
- Špatně usínám, ale v noci se neprobouzím
- Špatně usínám a v noci se probouzím
- Dobře usínám a v noci dobře spím
- Jiné



**Obrázek 6 Kvalita spánku u nemocných s CHOPN**

**Otázka č. 7: Cítíte se ráno odpočatý/á?**

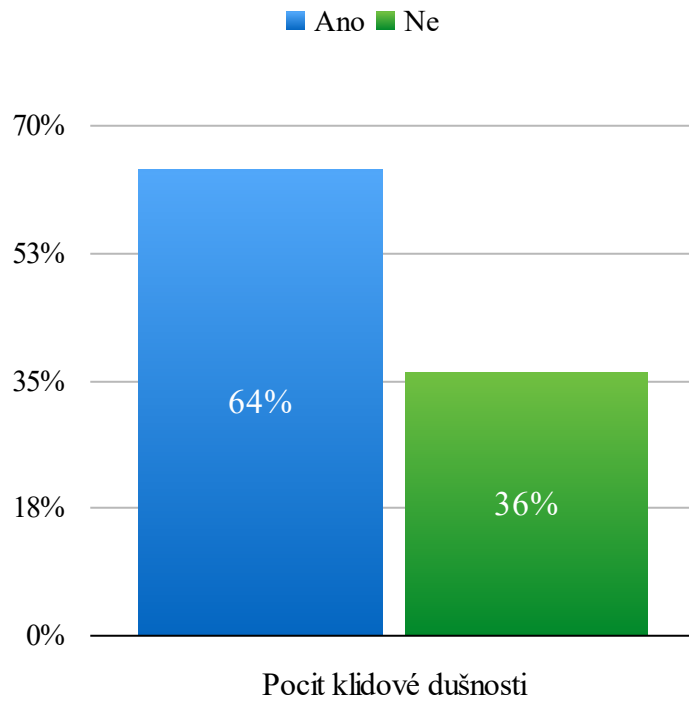
Cílem této otázky bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti ráno odpočatí. Z obrázku 8 vyplývá, že pacienti se ráno cítí spíše odpočatí, tuto odpověď zvolilo 32 (43,84%) dotazovaných. K možné odpovědi „Spíše ne” se přiklonilo 18 (24,66%) pacientů. Odpověď „Ano” zvolilo 13 (17,80%) a odpověď „Ne” 10 (13,70%) pacientů.



**Obrázek 7 Ranní odpočatost pacientů**

**Otázka č. 8: Trpíte pocitem klidové dušnosti?**

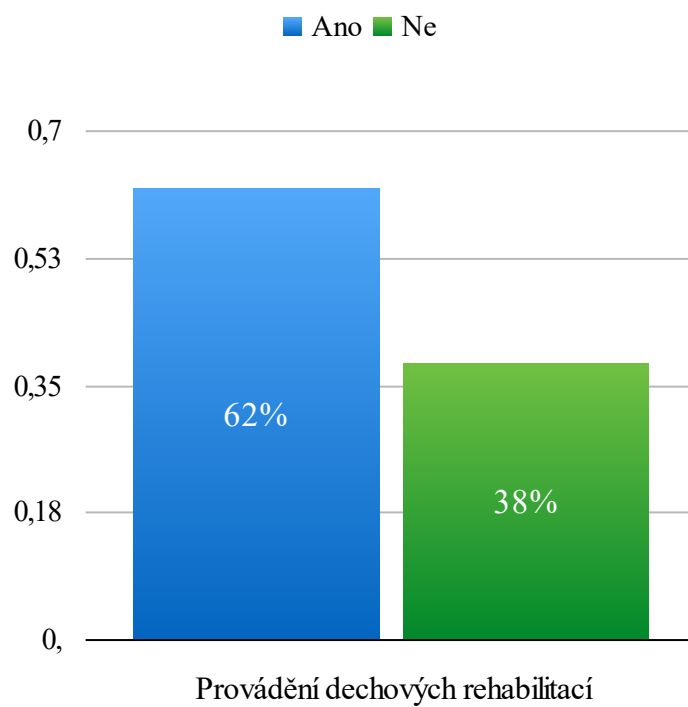
Na otázku, zda pacienti trpí pocitem klidové dušnosti, se kladně vyjádřilo 47 (64,38%) respondentů. Naopak, potíže s klidovou dušností nemá 26 (35,62%) dotazovaných.



**Obrázek 8 Přítomnost dušnosti**

**Otázka č. 9: Věnujete se v průběhu hospitalizace dechovým rehabilitacím?**

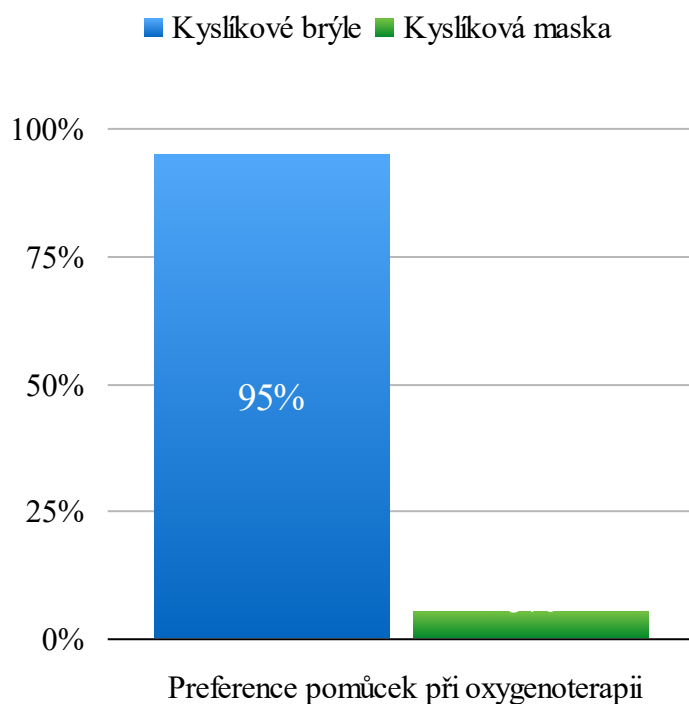
Z šetření vyplývá, že 45 (61,64%) pacientů pravidelně rehabilituje. 28 (38,36%) pacientů dechové rehabilitace neprovádí.



**Obrázek 9** Přehled rehabilitujících pacientů

Otázka č. 10: **Jakou pomůcku preferujete při oxygenoterapii (léčbě kyslíkem)?**

Z těchto odpovědí je zřejmé, že pacientům nejvíce vyhovují kyslíkové brýle. K této pomůcce se přiklání 69 (94,52%) dotazovaných, zbylí 4 (5,48%) pacienti uvedli, že preferují kyslíkovou masku.



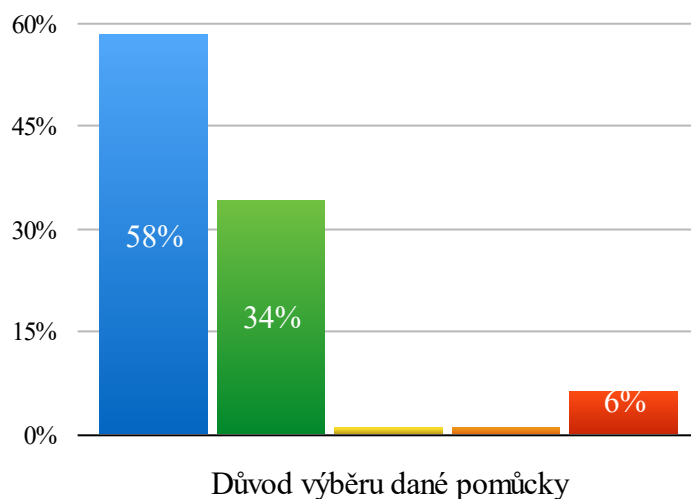
**Obrázek 10 Preferované pomůcky u oxygenoterapie**

**Otázka č. 11: Který z výroků nejlépe vystihuje Vaše pocity?**

Tato otázka navazuje na otázku č. 10. Cílem bylo zjistit, proč se pacienti rozhodli právě pro kyslíkové brýle nebo masku. Mohla být označena pouze jedna z pěti možných odpovědí. K odpovědi „S kyslíkovou maskou nemohu mluvit, jíst a pít” se přiklonilo celkem 42 (57,53%) pacientů. Druhou možnou odpověď „Maska mne obtěžuje kolem úst, mám z toho nepříjemný pocit” zvolilo celkem 25 (34,25%) pacientů. Nevýhodou kyslíkových brýlí může být pocit nedostatečného přísunu kyslíku a nepříjemný pocit z toho, že jsou brýle zavedeny na okraji nosu. Ke každé z těchto dvou variant se shodně přiklonil 1 (1,37%) pacient. 4 (5,48%) pacienti uvedli, že jim nevádí ani jeden ze způsobů, jakým je kyslík podáván.



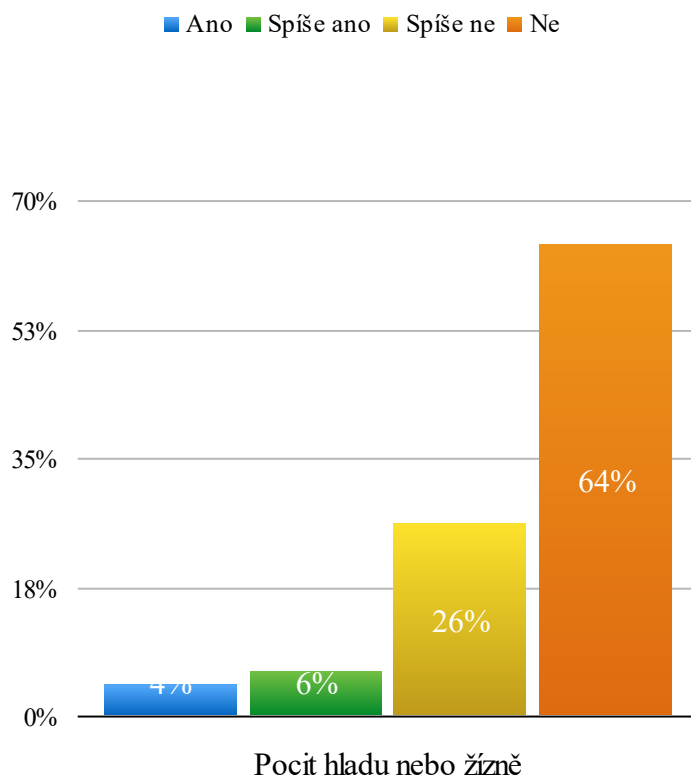
- S kyslíkovou maskou nemohu mluvit, jíst a pít
- Maska mne obtěžuje kolem úst, mám z toho nepříjemný pocit
- S kyslíkovými brýlemi mám pocit neodstatečného přísunu kyslíku
- U kyslíkových brýlích mne obtěžuje, že je musím mít zavedené na okraji nosu
- Ani jeden ze způsobů, kterým je kyslík podáván mi nevdí



**Obrázek 11 Důvod výběru kyslíkové masky nebo brýlí**

**Otázka č. 12: Trpíte v průběhu hospitalizace pocitem hladu nebo žízně?**

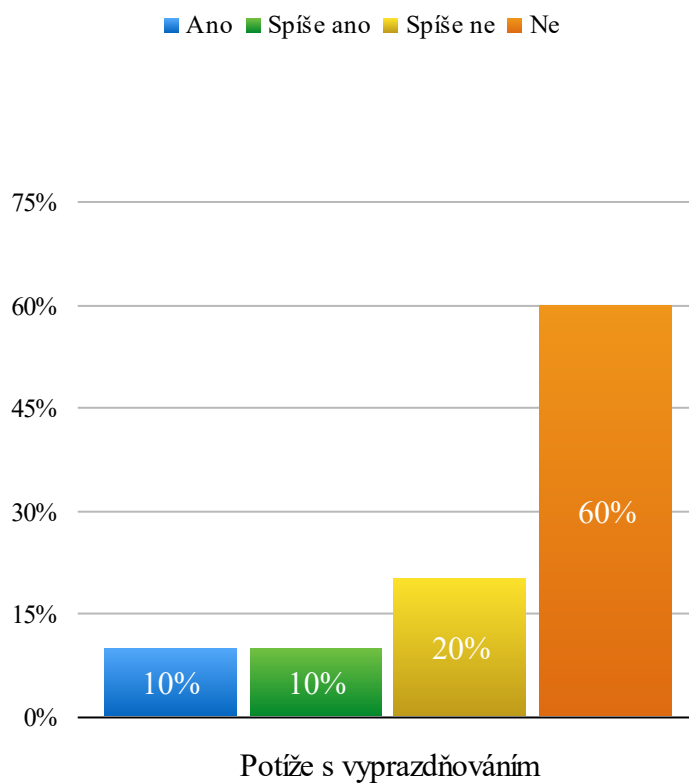
Z grafického znázornění vyplývá, že pocitem hladu nebo žízně netrpí 47 (64,38%) dotazovaných. Jako odpověď „*Spíše ne*” zvolilo 19 (26,03%) pacientů. 4 (5,48%) pacienti odpověděli „*Spíše ano*” a 3 (4,11%) odpověděli „*Ano*”.



**Obrázek 12 Pocit hladu a žízně u pacientů**

**Otázka č. 13: Máte v průběhu hospitalizace potíže s vyprazdňováním moče a stolice?**

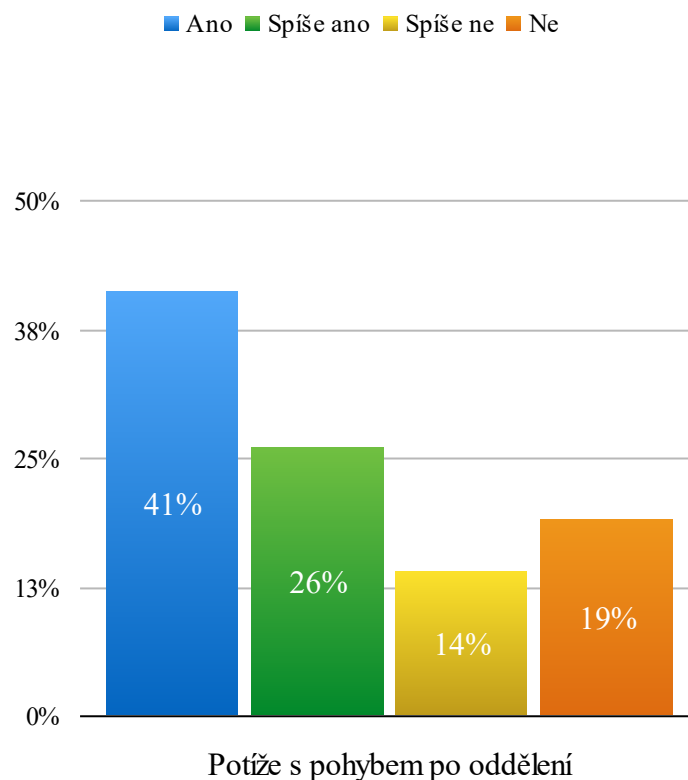
Jak se prokázalo, 44 (60,27%) dotazovaných nemá v průběhu hospitalizace potíže s vyprazdňováním moče nebo stolice. Odpověď „*Spíše ne*” udalo 15 (20,55%). Obtíže s vyprazdňováním má 20% pacientů. Odpovědi „*Spíše ano*” a „*Ano*” označilo shodně 7 (9,59%) pacientů.



**Obrázek 13 Potíže s vyprazdňováním u pacientů**

**Otázka č. 14: Omezuje Vás námahová dušnost v pohybu po oddělení?**

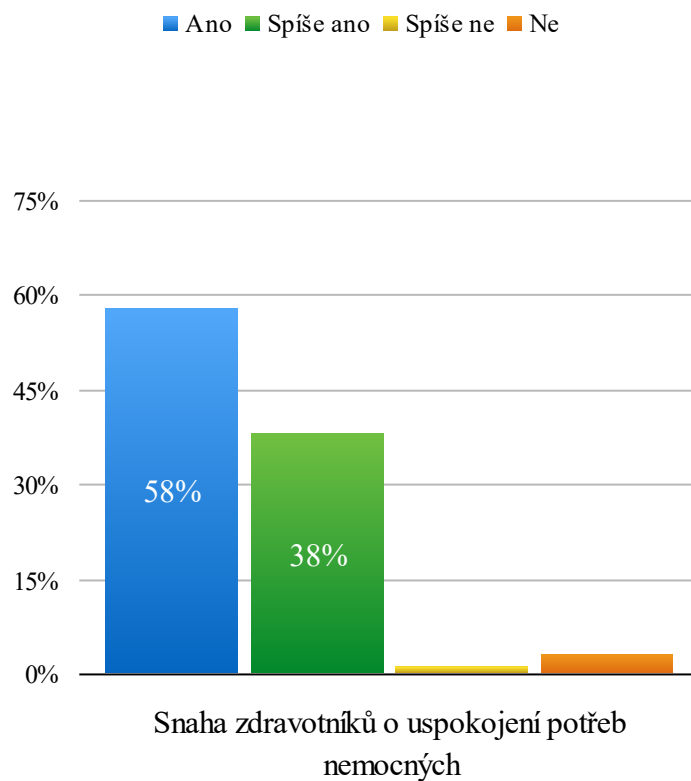
Šetřením bylo zjištěno, že více jak polovina pacientů má problém s pohybem po oddělení. „*Ano*” odpovědělo 30 (41,10%) pacientů a „*Spíše ano*” 19 (26,03%). 24 pacientů se přiklonilo buď k odpovědi „*Spíše ne*” 10 (13,22%) nebo „*Ne*” 14 (19,18%). Na základě těchto zjištění jsem se rozhodla zjistit, zda má vliv na zlepšení pohybu po oddělení provádění dechových rehabilitací. Výsledky jsou prezentovány v další kapitole.



**Obrázek 14 Potíže pacientů s pohybem po oddělení**

Otázka č. 15: „Máte pocit, že se personál snaží uspokojit Vaše potřeby?“

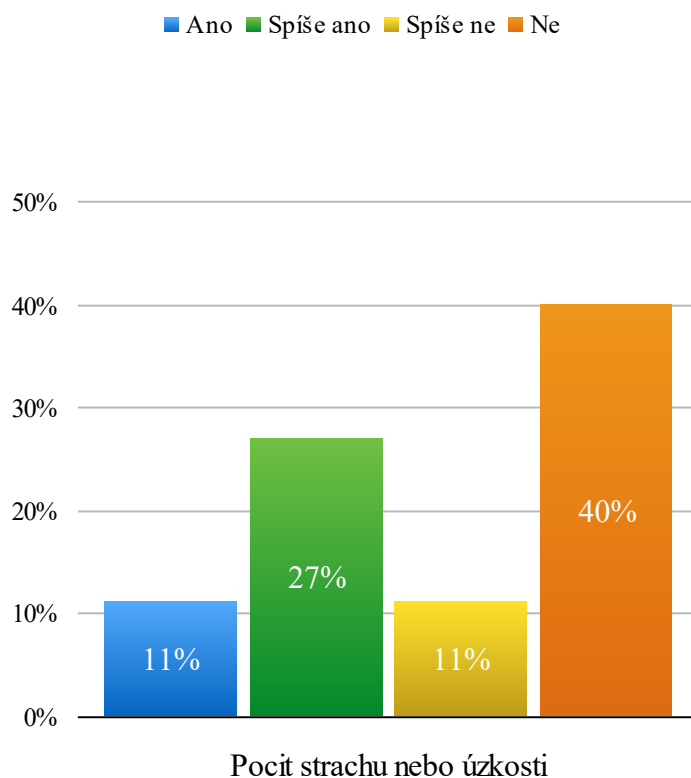
Z níže uloženého grafického znázornění vyplynulo, že 42 (57,53%) respondentů má pocit, že se zdravotnický personál snaží uspokojit jejich potřeby. Odpověď „*Spíše ano*“ zvolilo 28 (38,36%) pacientů. Pocit, že se zdravotníci nesnaží uspokojit potřeby nemocných měli 3 respondenti. 2 respondenti (2,74%) odpověděli „*Ne*“ a 1 (1,37%) odpověděl „*Spíše ne*“.



**Obrázek 15 Uspokojení potřeb nemocných**

**Otázka č. 16: Pociťujete při hospitalizaci strach či úzkost?**

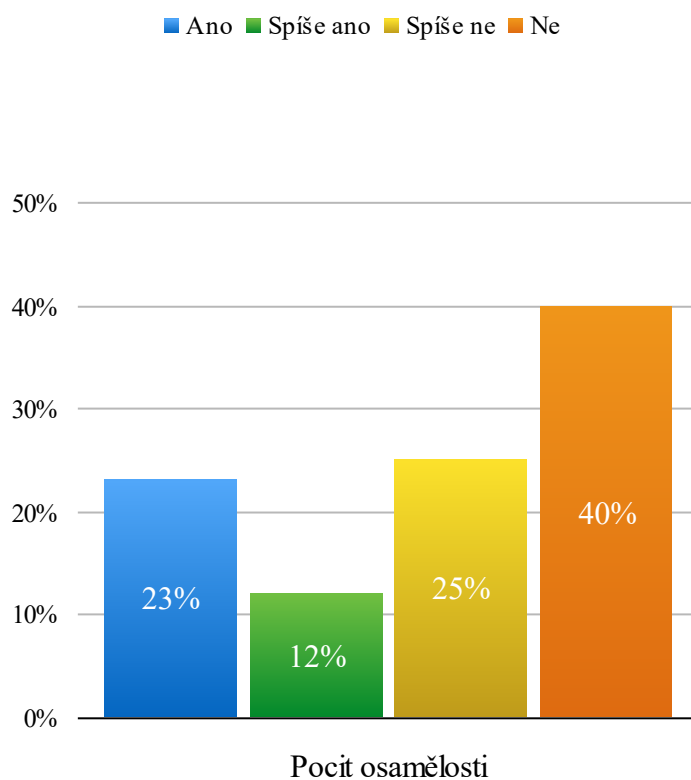
Z obrázku 16 je zřejmé, že převážná část nemocných nepociťuje strach nebo úzkost. „*Ne*“ odpovědělo 29 (39,72%) pacientů a „*Spíše ne*“ 16 (21,92%). Pociť strachu nebo úzkosti udává 8 (10,96%) respondentů. Odpověď „*Spíše ano*“ označilo 20 (27,40%) dotazovaných.



**Obrázek 16 Přítomnost strachu nebo úzkosti u nemocných**

**Otázka č. 17: Trpíte v průběhu hospitalizace pocitem osamělosti?**

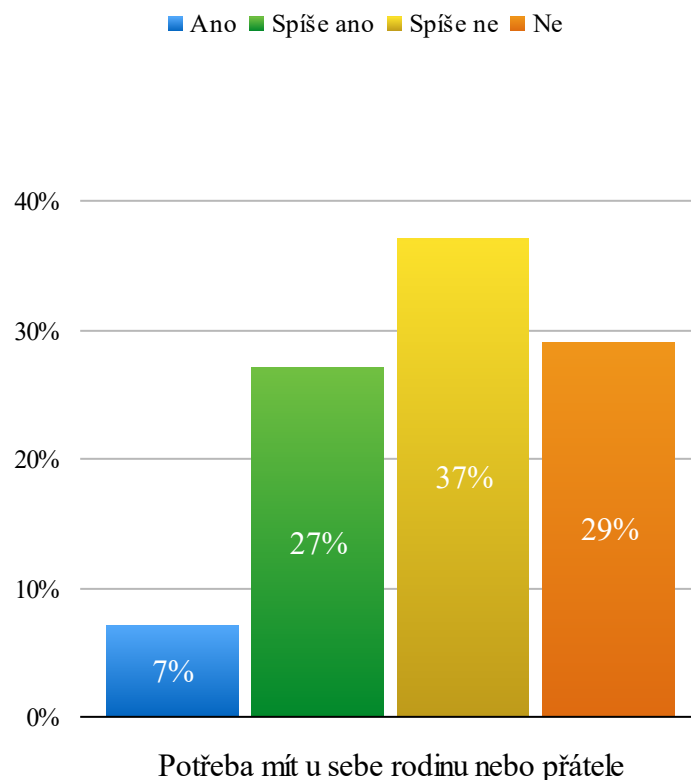
Z celkového počtu 73 respondentů trpí pocitem osamělosti 17 (23,29%) dotazovaných, k odpovědi „*Spíše ano*” se přiklonilo 9 (12,33%) pacientů. Osamělí se necítí být 29% pacientů. Odpověď „*Spíše ne*” byla označena celkem 18x (24,66%).



**Obrázek 17 Přítomnost pocitu osamělosti**

**Otázka č. 18: Máte potřebu mít u sebe někoho z rodiny či přátel?**

Na otázku, zda pacienti pocítují potřebu mít u sebe někoho z rodiny nebo přátel odpovědělo kladně 5 (6,84%) pacientů, „*Spíše ano*” odpovědělo 20 (27,40%). Možnou odpověď „*Spíše ne*” vybralo 27 (36,99%) dotazovaných. Rodinu a přátele u sebe nepotřebuje 21 (28,77%) pacientů.

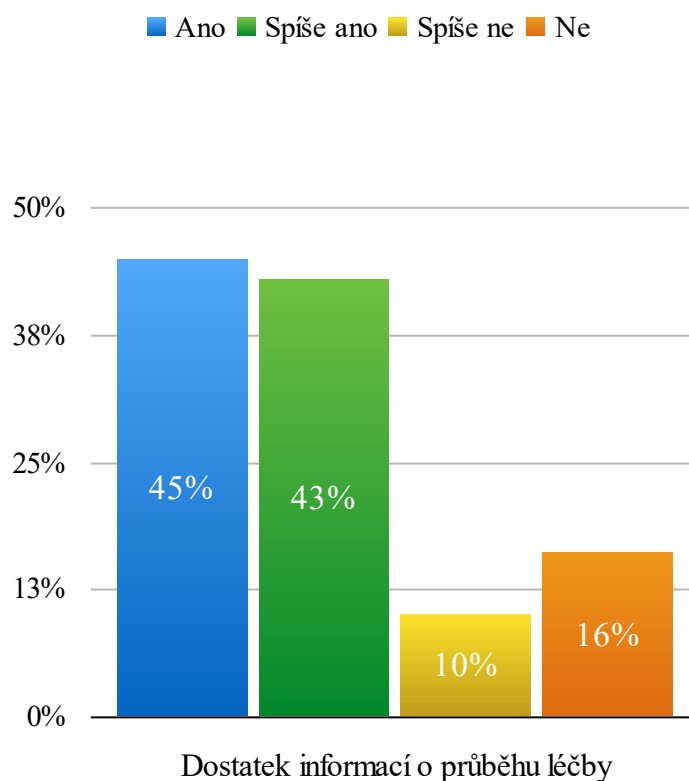


**Obrázek 18** Potřeba mít u sebe své blízké

**Otázka č. 19: Máte dostatek informací o Vašem onemocnění a průběhu léčby?**

Z obrázku 19 vyplynulo, že má dostatek informací 33 (45,11%) pacientů. 31 (42,47%) dotazovaných označilo za svou odpověď „*Spíše ano*“. 2 (2,73%) pacienti se domnívají, že mají o svém zdravotním stavu málo informací. Jako možnou odpověď „*Spíše ne*“ zvolilo 7 (9,59%) dotazovaných.

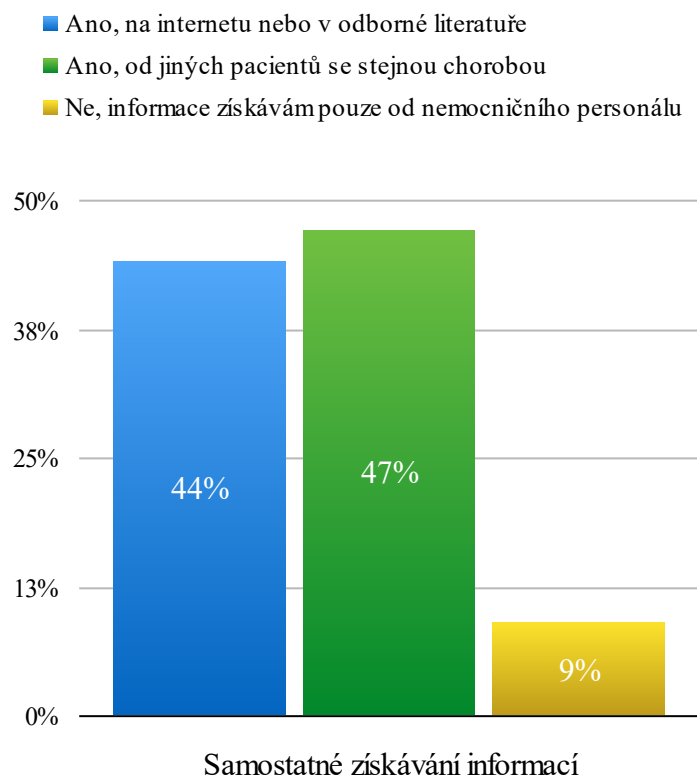




**Obrázek 19** Přehled informovanosti pacientů o jejich léčebném programu

**Otázka č. 20: Vyhledáváte sám/sama další informace o Vašem onemocnění?**

Poslední otázka byla zaměřena na samostatné vyhledávání informací o CHOPN ze strany samotných pacientů. Na výběr byly tři možné odpovědi. První odpověď: „*Ano, na internetu nebo v odborné literatuře*” označilo 32 (43,84%) pacientů. Nejvíce se respondenti přikláněli k druhé odpovědi. „*Ano, od jiných pacientů se stejnou chorobou*” udává 34 (46,58%) z nich. Z obrázku 20 je zřejmé, že nejméně se pacienti poléhají na informace, které dostanou od zdravotníků. Poslední možnou odpověď: „*Ne, informace získávám pouze od nemocničního personálu*” označilo pouze 7 (9,59%) dotazovaných.



**Obrázek 20 Zdroje nových informací o CHOPN**

Poslední část dotazníku tvořila Maslowova pyramida potřeb. Do spodní části pyramidy měli respondenti napsat potřeby, které považují za důležité, do horní části ty méně důležité.

Na výběr bylo celkem z 16ti potřeb:

- 1) Potřeba kyslíku
- 2) Potřeba být bez bolesti
- 3) Potřeba spánku a odpočinku
- 4) Potřeba jistoty
- 5) Potřeba býtí beze strachu
- 6) Potřeba lásky, být milován
- 7) Potřeba někam patřit
- 8) Potřeba respektu a sebeúcty
- 9) Potřeba dosáhnout úspěchu

- 10) Potřeba seberealizace
- 11) Potřeba rozvíjení se
- 12) Potřeba krásy
- 13) Potřeba stability a materiálního prostředí
- 14) Potřeba poznávání, vědění
- 15) Potřeba jídla a pití
- 16) Sexuální potřeba

Jak je zřejmé z níže uvedených tabulek (tabulka 4, 5 a 6), existují výrazné rozdíly ve vnímání potřeb v závislosti na stadiu onemocnění. Tabulky jsou rozděleny podle stadia onemocnění, které respondenti uvedli v otázce č. 3.

Potřeby zobrazené v tabulkách jsou seřazeny od nejdůležitějších po ty méně důležité, tak jak je pacienti uvedli v dotazníku.

Tabulka 4 Porovnání potřeb pacientů ve II. stadiu CHOPN

PACIENTI VE II. STADIU							
Pořadí	Proměnná	Důležitá potřeba		Nedůležitá potřeba		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
1.	Potřeba lásky, být milován	8	100 %	0	0 %	8	100 %
2.	Potřeba dosáhnout úspěchu	7	87,50 %	1	12,50 %	8	100 %

3.	Potřeba poznávání, vědění	6	75,00 %	2	25,00 %	8	100 %
3.	Potřeba stability a materiálního prostředí	6	75,00 %	2	25,00 %	8	100 %
3.	Potřeba rozvíjení se	6	75,00 %	2	25,00 %	8	100 %
3.	Potřeba seberealizace	6	75,00 %	2	25,00 %	8	100 %
3.	Potřeba někam patřit	6	75,00 %	2	25,00 %	8	100 %
3.	Potřeba být bez bolesti	6	75,00 %	2	25,00 %	8	100 %
4.	Potřeba krásy	5	62,50 %	3	37,50 %	8	100 %
4.	Potřeba být beze strachu	5	62,50 %	3	37,50 %	8	100 %
5.	Sexuální potřeba	4	50,00 %	4	50,00 %	8	100 %
5.	Potřeba kyslíku	4	50,00 %	4	50,00 %	8	100 %
5.	Potřeba jistoty	4	50,00 %	4	50,00 %	8	100 %
6.	Potřeba respektu a sebeúcty	3	37,50 %	5	62,50 %	8	100 %
6.	Potřeba jídla a pití	3	37,50 %	5	62,50 %	8	100 %
7.	Potřeba spánku a odpočinku	2	25,00	6	75,00 %	8	100 %

První tabulka (č. 3) znázorňuje odpovědi pacientů ve II. stadiu CHOPN. Z výsledků je tedy zřejmé, že pro pacienty ve II. stadiu CHOPN i přes nepříznivý zdravotní stav nejsou nejdůležitější fyziologické potřeby, ale potřeba lásky a sounáležitosti. Fyziologické potřeby považuje za důležité méně jak polovina respondentů (potřeba spánku- 25,00%, potřeba jídla a pití- 37,50%, sexuální potřeba a potřeba kyslíku- 50,00%). Jako druhá nejdůležitější potřeba se nejeví potřeba bezpečí, ale potřeba uznání. Do spodní části pyramidy ji vepsalo 7 pacientů (87,50%). Na třetí pozici byly umístěny se 75% potřeba být bez bolesti, potřeba někam patřit, potřeba seberealizace, rozvíjení se, vědění a potřeba stability materiálního prostředí. Dále pacienti považují za důležité potřebu být beze strachu a potřebu krásy, obě potřeby byly zařazeny do spodní části pyramidy 5ti pacienty (62,50%). Sexuální potřebu a potřebu kyslíku uvedli 4 pacienti (50,00%) jako důležitou a 4 pacienti (50,00%) jako méně důležitou. Za nejméně důležitou potřebu je 6ti pacienty (75,00%) považována potřeba spánku a odpočinku.

Tabulka 5 Porovnání potřeb pacientů ve III. stadiu CHOPN

PACIENTI VE III. STADIU							
Pořadí	Proměnná	Důležitá potřeba		Nedůležitá potřeba		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
1.	Potřeba kyslíku	39	100 %	0	0 %	39	100 %
2.	Potřeba být bez bolesti	34	87,18 %	5	12,82 %	39	100 %
3.	Potřeba spánku a odpočinku	31	79,49%%	8	20,51 %	39	100 %

<b>3.</b>	Potřeba být beze strachu	31	79,49 %	8	20,51 %	39	100 %
<b>4.</b>	Potřeba jídla a pití	28	71,79 %	11	28,21 %	39	100 %
<b>5.</b>	Potřeba lásky, být milován	25	64,10 %	14	35,90 %	39	100 %
<b>6.</b>	Potřeba jistoty	19	48,72 %	20	51,28 %	39	100 %
<b>7.</b>	Potřeba poznávání, vědění	18	46,15 %	21	53,85 %	39	100 %
<b>8.</b>	Potřeba stability a materiálního prostředí	16	41,03 %	23	58,97 %	39	100 %
<b>9.</b>	Potřeba někam patřit	10	25,64 %	29	74,36 %	39	100 %
<b>10.</b>	Potřeba respektu a sebeúcty	6	15,38 %	33	84,62 %	39	100 %
<b>10.</b>	Potřeba seberealizace	6	15,38 %	33	84,62 %	39	100 %
<b>11.</b>	Potřeba dosáhnout úspěchu	4	10,26 %	35	89,74 %	39	100 %
<b>11.</b>	Potřeba krásy	4	10,26 %	35	89,74 %	39	100 %
<b>12.</b>	Potřeba rozvíjení se	3	7,69 %	36	92,31 %	39	100 %
<b>13.</b>	Sexuální potřeba	0	100 %	39	0 %	39	100 %

U pacientů ve III. stadiu se jeví jako nejdůležitější potřeba kyslíku. Všech 39 (100%) pacientů ji

napsalo do spodní části pyramidy. Potřebu být bez bolesti udávají pacienti jako druhou v pořadí, jako důležitou potřebu ji označilo 34 (87,18%). Být beze strachu a potřeba spánku je důležitá pro 31 (79,49%) dotazovaných. Za nejdůležitější jsou tedy považovány fyziologické potřeby a potřeba bezpečí.

Jako nejméně důležitou potřebu považují pacienti potřebu sexuální, do horní části pyramidy ji napsalo všech 39 (100%). Též pacienti nepocítují potřebu dosáhnout úspěchu, být krásný nebo se osobně rozvíjet.

Tabulka 6 Porovnání potřeb pacientů ve IV. Stadiu

PACIENTI VE IV. STADIU							
Pořadí	Proměnná	Důležitá potřeba		Nedůležitá potřeba		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
1.	Potřeba kyslíku	26	100 %	0	0 %	26	100 %
2.	Potřeba být bez bolesti	21	80,77 %	5	19,23 %	26	100 %
2.	Potřeba jistoty	21	80,77 %	5	19,23 %	26	100 %
3.	Potřeba stability a materiálního prostředí	20	76,92 %	6	23,08 %	26	100 %
3.	Potřeba jídla a pití	20	76,92 %	6	23,08 %	26	100 %
4.	Potřeba poznávání, vědění	16	61,54 %	10	38,46 %	26	100 %
4.	Potřeba spánku	16	61,54 %	19	38,46 %	26	100 %

<b>5.</b>	Potřeba být beze strachu	15	57,69 %	11	42,31 %	26	100 %
<b>6.</b>	Potřeba lásky	14	53,85 %	12	46,15 %	26	100 %
<b>7.</b>	Potřeba někam patřit	9	34,62 %	17	65,38 %	26	100 %
<b>8.</b>	Potřeba respektu a sebeúcty	5	19,23 %	21	80,77 %	26	100 %
<b>9.</b>	Potřeba seberealizace	4	15,38 %	22	84,62 %	26	100 %
<b>10.</b>	Potřeba dosáhnout úspěchu	3	11,54 %	23	88,46 %	26	100 %
<b>10.</b>	Potřeba rozvíjení se	3	11,54 %	23	88,46 %	26	100 %
<b>10.</b>	Potřeba krásy	3	11,54 %	23	88,46 %	26	100 %
<b>11.</b>	Sexuální potřeba	0	0 %	26	100 %	26	100 %

U pacientů ve IV. stadiu je hierarchie potřeb velmi podobná, jako u pacientů ve III. stadiu. První místo opět zaujímá potřeba kyslíku, tu uvedlo jako důležitou všech 26 (100%) pacientů. Stejně důležité je mít pocit jistoty a být bez bolesti, tyto potřeby označilo jako důležité 21 (80,77%) dotazovaných. Jako třetí nejdůležitější potřeba se jeví potřeba jídla a pití a stabilita materiálního prostředí, uvedlo to 20 (76,92%) pacientů.

Jako u stadia III jsou i zde na prvním místě zachovány fyziologické potřeby a na druhém potřeba bezpečí. Potřebu uznání, seberealizace, kognitivní a estetické potřeby jsou pacienti ve IV. stadiu považovány za ty méně důležité.

### 3.5 Vyhodnocení statistických hypotéz



V této části jsou rozebrány stanovené pracovní hypotézy. Pro jejich otestování a zjištění hladiny statisticky významných rozdílů byla zvolena metoda testu chí- kvadrát. Nejdříve byla vytvořena kontingenční tabulka pozorované četnosti pomocí programu Microsoft Excel 2013. Po vypočítané očekávané četnosti byl vypočítán chí-kvadrát ( $\chi^2$ ) pomocí vzorce:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(P - O)^2}{O}$$

Jako hladina významnosti ( $\alpha$ ) byla zvolena hodnota 0,05. U této hodnoty je 95% pravděpodobnost, že mezi sledovanými existuje nebo neexistuje statistická významnost. U pracovních hypotéz č. 1, 2, 3 platí 1. stupeň volnosti.

### **Hypotéza č. 1:**

Lze předpokládat, že pacienti, kteří mají dostatek informací o průběhu léčby, netrpí pocitem strachu nebo úzkosti.

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi dostatkem informací, které mají pacienti o průběhu léčby a pocitem strachu nebo úzkosti.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl mezi dostatkem informací, které mají pacienti o průběhu léčby a pocitem strachu nebo úzkosti.

$\chi^2$ : Chí kvadrát

$\alpha$ : Hladina významnosti

$\Sigma$ : Celkový součet

Pozn.: Pokud je kritická hodnota vyšší než Chí kvadrát  $\chi^2$ , tak nulovou hypotézu  $H_0$  zamítáme, resp. přijímáme alternativní hypotézu.

Pozn.: Pokud je kritická hodnota nižší než Chí kvadrát  $\chi^2$ , tak nulovou hypotézu  $H_0$  nezamítáme, resp. zamítáme alternativní hypotézu.

Tabulka pozorované četnosti					
	Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	$\Sigma$
Ano	1	2	2	3	8
Ne	21	0	7	1	29
Spíše ano	7	0	11	2	20
Spíše ne	4	0	11	1	16
$\Sigma$	33	2	31	7	73

Tabulka očekávané četnosti					
	Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	$\Sigma$
Ano	3,61643835616438	0,219178082191781	3,3972602739726	0,76712328767123	8
Ne	13,1095890410959	0,794520547945205	12,3150684931507	2,78082191780822	29

Spíše ano	9,04109589041096	0,5479452054794 52	8,493150684931 51	1,91780821917808	20
Spíše ne	7,23287671232877	0,4383561643835 62	6,794520547945 21	1,53424657534247	16
$\Sigma$	33	2	31	7	73

$\chi^2$	$\alpha$	Krit. hodn.
38,8386072307374	0,05	16,919

K hypotéze č. 1 se vztahují otázky č. 21 a 17, které si kladly za cíl zjistit, zda informovanost pacientů má vliv na pocit strachu nebo úzkosti. Nulovou (počáteční) hypotézu  $H_0$  nezamítáme, resp. zamítáme alternativní hypotézu, neboť na 5% hladině významnosti neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pocitem strachu nebo úzkosti a dostatkem informací o průběhu léčby.

### Hypotéza č. 2:

Lze předpokládat, že pohlaví pacientů hraje roli v pocitu osamělosti.

$H_0$ : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pohlavím pacientů a pocitem osamělosti

$H_A$ : Existuje statisticky významný rozdíl mezi pohlavím pacientů a pocitem osamělosti

$\chi^2$ : Chí kvadrát

$\alpha$ : Hladina významnosti

$\Sigma$ : Celkový součet

Pozn.: Pokud je kritická hodnota vyšší než Chí kvadrát  $\chi^2$ , tak nulovou hypotézu  $H_0$  zamítáme, resp. přijímáme alternativní hypotézu.

Pozn.: Pokud je kritická hodnota nižší než Chí kvadrát  $\chi^2$ , tak nulovou hypotézu  $H_0$  nezamítáme, resp. zamítáme alternativní hypotézu.

Tabulka pozorované četnosti					
	Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	$\Sigma$
Muž	5	19	6	12	42
Žena	12	11	2	6	31
$\Sigma$	17	30	8	18	71

Tabulka očekávané četnosti					
	Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	$\Sigma$
Muž	9,7808219178082 2	17,260273972602 7	4,6027397260274	10,356164383561 6	42
Žena	7,2191780821917 8	2,7397260273973	3,3972602739726	7,6438356164383 6	31
$\Sigma$	17	30	8	18	71

$\chi^2$	$\alpha$	Krit. hodn.
7,52910755700129	0,05	7,815

Na hypotézu č. 2 se váží otázky č. 1 a 18. Záměrem bylo zjistit, zda existuje statistická významnost mezi pohlavím pacientů a pocitem osamělosti.

Nulovou (počáteční) hypotézu  $H_0$  zamítáme, resp. přijímáme alternativní hypotézu, neboť na 5% hladině významnosti neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pohlavím respondentů a pocitem osamělosti.

### Hypotéza č. 3:

Lze předpokládat, že provádění dechových rehabilitačních cvičení má vliv na potíže s pohybem po oddělení.

$H_0$ : Neexistuje statisticky významná spojitost mezi dechovou rehabilitací a potíží s pohybem po oddělení

$H_A$ : Existuje statisticky významná spojitost s dechovou rehabilitací a potíží s pohybem po oddělení.

$\chi^2$ : Chí kvadrát

$\alpha$ : Hladina významnosti

$\Sigma$ : Celkový součet

Pozn.: Pokud je kritická hodnota vyšší než Chí kvadrát  $\chi^2$ , tak nulovou hypotézu  $H_0$  zamítáme, resp. přijímáme alternativní hypotézu.

Pozn.: Pokud je kritická hodnota nižší než Chí kvadrát  $\chi^2$ , tak nulovou hypotézu  $H_0$  nezamítáme, resp. zamítáme alternativní hypotézu.

Tabulka pozorované četnosti					
	Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	$\Sigma$
Ano	15	11	15	4	42
Ne	15	3	4	6	31
$\Sigma$	30	14	19	10	71

Tabulka očekávané četnosti					
	Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	$\Sigma$
Ano	18,493150684931 5	8,6301369863013 7	11,7123287671233	6,1643835616438 4	42
Ne	11,506849315068 5	5,3698630136986 3	7,28767123287671	3,8356164383561 6	31
$\Sigma$	30	14	19	10	71

$\chi^2$	$\alpha$	Krit. hodn.
7,80417830290011	0,05	7,815

Hypotéza č. 3 se vztahuje na otázky č. 15 a 10, které měly za cíl zjistit, zda má provádění dechových rehabilitací vliv na zhoršenou schopnost pacientů pohybovat se po oddělení.

Nulovou (počáteční) hypotézu  $H_0$  zamítáme, resp. přijímáme alternativní hypotézu, neboť na 5% hladině významnosti neexistuje statisticky významná spojitost mezi prováděním dechových rehabilitací a potíží pohybovat se po oddělení.

#### 4. DISKUZE

Onemocnění CHOPN postihuje zpravidla častěji muže než ženy. Ve výzkumném vzorku bylo zjištěno, že ze 73 respondentů je 43 mužů a 30 žen.

CHOPN je onemocnění postihující především pacienty v pokročilejším věku. Výzkumný vzorek pacientů, které zkoumala Kašparová pro svou diplomovou práci „*Vývoj potřeb u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí*“ byl tvořen nejčastěji pacienty ve věku 70-80 let. Toto tvrzení lze přijmout, neboť z průzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce pacientů je ve věkové skupině 61-75 let, celkem 60. Do věkové skupiny 46-60 let bylo zařazeno 12 respondentů. Pouze jeden pacient byl ve věkové skupině 31-45 let. Věkovou kategorii 18-30 neobsadil žádný z dotazovaných.

V současnosti se stadia onemocnění hodnotí dle GOLD podle spirometrického vyšetření, počtu exacerbací za jeden rok, modifikované škály dušnosti a CAT dotazníku. Na základě těchto parametrů se CHOPN dělí do skupin A, B, C nebo D. Již při pilotním průzkumu se ukázalo, že toto novější rozdělení pacientům nic neříká. Proto bylo v dotazníku použito starší rozdělení na stadia I, II, III a IV. Toto starší rozdělení využila již pro zmíněnou diplomovou práci i Kašparová, která zjistila, že většině pacientů nebylo lékařem specifikováno stádium onemocnění. Pacienti, kteří byli dotazováni na stejnou otázku v této práci se prokázali jako lépe informovaní. Pouze 3 pacienti si nebyli jistí stadiem onemocnění. To bylo posléze dohledáno pomocí sester v ošetrovatelské dokumentaci. Pro dotazníkové šetření byli vybráni pouze pacienti od stadia II do stadia IV. Ze 73 respondentů bylo ve stadiu II pouze 8 pacientů. Nejpočetnější skupinou zkoumaného vzorku byli pacienti ve III. stadiu. Bylo jich celkem 39. 26 pacientů se v době průzkumného šetření nacházelo ve stadiu IV.

Jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik CHOPN je aktivní i pasivní kouření. Kašparová ve své diplomové práci uvedla, že z jejího výzkumného vzorku 15ti pacientů nikdy nekouřili pouze 3 pacienti. Stejnou otázku si ve své diplomové práci kladla i Kollarová, která ve svém šetření zjistila, že 100% dotazovaných v minulosti kouřilo. Na základě těchto poznatků bylo zjišťováno, kolik pacientů kouřilo, než jim byla diagnostikována CHOPN. Bylo zjištěno, že z celkového počtu 73 respondentů 70 dříve kouřilo. Nikdy nekouřili pouze 3 pacienti. Tuto informaci považuji za velmi závažnou. Sestra by se měla více zaměřit na edukaci pacientů o škodlivosti kouření a možných nevratných změn, které kouření doprovází.

Hlavním bodem léčebného programu je okamžité zanechání kouření. Stejně jako v diplomové práci Kollarové, i v tomto průzkumném šetření bylo zjištěno, že 100% dotazovaných přestalo kouřit. Nemocný člověk má mnohem větší potřebu na spánek a odpočinek, než člověk, který je zdravý.

Poruchami spánku se zabývala i Chloubová, která u pacientů zjišťovala nespavost a časté probouzení. Dle autorky bylo zjištěno, že ze sta pacientů udává problémy se spánkem 51 z nich. Kašparová se ve své diplomové práci zabývá problémem spánku u nemocných s CHOPN. Ve své práci dospěla k závěru, že u nemocných se vyskytují problémy s kvalitou spánku a následnou odpočatostí. K této problematice byly do dotazníku zařazeny dvě otázky. První se zabývala tím, do jaké míry ovlivnila CHOPN kvalitu spánku nemocných. 27 dotazovaných uvedlo, že nemají problém s usínáním, ale v noci se často probouzí. 21 pacientů odpovědělo, že špatně usínají a v noci se probouzí. Dále 12 pacientů uvedlo, že sice mají problém s usínáním, ale v noci se neprobouzí. A 11 odpovědělo, že dobře usínají a v noci se nebudí. Zajímavým zjištěním bylo, když se během pilotního průzkumu několik pacientů nezávisle na sobě vyjádřilo, že se jim lépe spí v nemocnici než doma, protože usínají s kyslíkovými brýlemi. Cílem druhé otázky, která se zabývala touto problematikou, bylo zjistit, zda se pacienti ráno cítí být odpočatí. „Ano” odpovědělo 13 a „Spíše ano” 32 dotazovaných. Odpověď „Ne” zvolilo 10 pacientů a „Spíše ne” 18.

Jedním z příznaků, který doprovází CHOPN je pocit dušnosti. První otázka týkající se dušnosti měla za cíl zjistit, zda pacienti trpí pocitem klidové dušnosti. Dvořáková ve své práci „*Specifika ošetrovatelské péče u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí*” zkoumala omezení v životních potřebách. Dušnost v klidovém režimu udával 1 z 8 pacientů. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že klidovou dušností trpí 47 dotazovaných. Naopak, dušnost neobtěžuje 26 ze 73 pacientů. Dvořáková ve své práci dále uvádí, že 6 z 8 pacientů uvedlo chůzi jako faktor zhoršující dušnost. Proto u druhé otázky byli pacienti dotazováni na to, zda je dušnost omezuje v pohybu po oddělení. Z šetření vyplynulo, že 49 ze 73 pacientů má problém s pohybováním se po oddělení („Ano” odpovědělo 30 dotazovaných a „Spíše ano” 19). Dušnost při pohybu po oddělení neudalo 14 pacientů. K možné odpovědi „Spíše ne” se přiklonilo 10 pacientů.

Pacientům s CHOPN se doporučují dechové rehabilitace již od II. stadia onemocnění. Ve studii Johnové, která podrobila své pacienty s CHOPN šesti týdennímu komplexnímu rehabilitačnímu programu se ukázalo, že po absolvování programu 50% dotazovaných cítí menší únavu, 62,5% lépe zvládá denní činnosti, 37,5% lépe zvládá pohybové aktivity. Průzkumným šetřením bylo zjištěno, že pravidelně rehabilituje 45 pacientů. 28 uvedlo, že dechové rehabilitace neprovádí. Vzhledem k výsledkům Johnové jsem toho názoru, že by měli sestry více edukovat pacienty o pozitivních dechové gymnastiky a snažit se do cvičení zapojit větší procento nemocných.

Při zachování spontánní dechové aktivity lze použít k oxygenoterapii kyslíkovou masku, nebo kyslíkové brýle. Štefllová se ve své bakalářské práci dotazovala sester, jaké aplikační pomůcky pro pacienta považují za nejvhodnější. Všechny čtyři dotazované sestry uvedly jako nejvhodnější



pomůcku kyslíkové brýle. Jako nejvíce preferovanou pomůckou ze strany pacientů se ukázaly kyslíkové brýle. Ze 73 oslovených pacientů jim dalo přednost 69 z nich. Pouze 4 pacienti uvedli, že mají raději, když je kyslík podáván prostřednictvím kyslíkové masky.

Dále bylo zjišťováno, z jakého důvodu se pacienti rozhodli pro jednu z těchto pomůcek. Výhodou kyslíkové masky je možnost přesně regulovat množství podávaného kyslíku. Masky ovšem bývají pacienty špatně tolerovány z důvodu nemožnosti se najíst nebo napít. Také komunikování s maskou je obtížnější než u kyslíkových brýlí a je zde možnost vzniku otlaků kolem úst. Ve výše zmíněné práci Šteřlová uvádí, že sestry doporučují kyslíkové brýle právě z důvodu zachování lepší komunikace. Kyslíkovou masku doporučují v případě, když vznikají otlaky uvnitř nosu nebo kolem uší. Z šetření se ukázalo, že pacienty nejvíce obtěžuje kyslíková maska právě z důvodu obtížnější komunikace a nemožnosti se najíst nebo napít. Ze 73 oslovených pacientů se takto vyjádřilo 47 z nich. Nepříjemný pocit z masky kolem úst udalo celkově 25 pacientů. U kyslíkových brýlí jednomu pacientovi vadil pocit nedostatečného přísunu kyslíku a jednomu nepříjemný pocit z toho, že má brýle zavedené na okraji nosu. 4 pacienti uvedli, že jim nevádí ani jeden ze způsobů, jakým je kyslík podáván.

S nemocí a pobytem v nemocnici je spojena i změna způsobu hydratace a výživy. Pacienti s CHOPN mají problém se ztrátou hmotnosti a úbytkem svalové hmoty. Je tedy nutné, aby bylo průběžně sledováno zdravotníky jejich BMI a stav hydratace. Ve studii Chloubové bylo zaznamenáno, že 1/3 nemocných má nedostatečně saturované potřeby výživy. Na základě těchto poznatků bylo u zkoumaného vzorku pacientů zjišťováno, zda v průběhu hospitalizace trpí pocitem hladu nebo žízně. Pacienti vybírali ze čtyř možných odpovědí, z těch vyplynulo, že pocitem hladu a žízně trpí 3 ze 73 pacientů. „*Spíše ano*“ odpověděli 4. Naopak 47 pacientů udalo, že v průběhu hospitalizace pocitem hladu ani žízně netrpí. Jako možnou odpověď „*Spíše ne*“ zvolilo 19 dotazovaných.

Přestože se zdravotníci snaží předcházet problémům s vylučováním je obstrukce stále se vyskytující problém u více než třetiny hospitalizovaných pacientů. Tuto problematiku zkoumala i Chloubová, která ve svém článku „*Potřeby nemocných*“ uveřejnila, že ze sta pacientů, kteří se účastnili šetření se potíže s vyprazdňením stolice objevily u 44 pacientů a potíže s vyprazdňením moče u 31 pacientů. Z tohoto důvodu bylo pomocí dotazníkového šetření zjišťováno, do jaké míry mají pacienti s CHOPN problémy s vylučováním. Z celkového počtu 73 respondentů jich 14 uvedlo, že mají problémy s vylučováním. 44 pacientů odpovědělo, že nemá problém s vyprazdňováním. „*Spíše ano*“ odpovědělo 15 dotazovaných.

Saturování potřeb u nemocného člověka narušuje celá řada faktorů. Šamánková (2011) uvádí, že ošetřující personál by si měl být vědom toho, že nemocný člověk vyjadřuje své potřeby jinak než zdravý jedinec a měl by umět pomoci nemocnému své potřeby správně identifikovat a pomoci mu s jejich uspokojením. Pacienti byli proto dotazováni, zda mají pocit, že se zdravotnický personál snaží jejich potřeby uspokojit. Výsledky ukázaly, že pacienti jsou v tomto ohledu převážně spokojeni, „*Ano*” odpovědělo 42 pacientů a „*Spíše ano*” 28. Nespokojenost se snahou o uspokojení potřeb ze strany zdravotníků vyjádřili pouze 3 pacienti.

Nemocní mají nejčastěji strach ze ztráty nezávislosti a nejisté budoucnosti, bolesti, handicapu a smrti. Až 70% hospitalizovaných pacientů prožívá během hospitalizace pocit strachu nebo nejistoty. Chloubová zjistila, že ze sta pacientů se u 67 objevil pocit nejistoty a strachu ze závislosti na jiných osobách. U pacientů s CHOPN se ukázalo, že pocitem strachu nebo úzkosti netrpí 29 ze 73 dotazovaných. „*Spíše ne*” odpovědělo 18 pacientů. Strach v průběhu hospitalizace má 28 dotazovaných („*Ano*” odpovědělo 8 a „*Spíše ano*” 20 pacientů).

Až čtvrtinu nemocných trápí odloučení od svých blízkých. To se projevuje pocitem stesku a smutku. Chloubová ve svém článku „*Známe potřeby nemocných?*” uveřejnila, že ze sta oslovených pacientů 24 nemocných prožívala změnu prostředí a odloučení od rodiny nelibě. V průzkumném šetření byli pacienti dotazováni na to, zda cítí pocit osamělosti a mají potřebu mít u sebe někoho z přátel nebo rodiny. U 47 pacientů bylo zjištěno, že netrpí pocitem osamělosti („*Ne*” odpovědělo 29 a „*Spíše ne*” 18 pacientů). Pocit osamělosti udalo 18 pacientů. Možnost odpovědět „*Spíše ano*” využilo 9 dotazovaných. U druhé otázky, zda mají nemocní potřebu mít u sebe rodinu nebo přátele vyšlo najevo, že „*Ne*” zvolilo jako odpověď 21 a „*Spíše ne*” 27 pacientů. Potřebu mít u sebe své blízké vyjádřilo 25 respondentů („*Ano*” odpovědělo 5 a „*Spíše ano*” 20 pacientů). Tyto výsledky lze odůvodnit tím, že pacienti mají možnost být se svými blízkými v neustálém kontaktu pomocí mobilních telefonů a internetu. Dále možností každodenních návštěv a zkrácenou dobou hospitalizace.

Průzkumné šetření bylo dále zaměřeno na spokojenost pacientů v oblasti získávání informací od zdravotnického personálu a další samostatné vyhledávání informací o CHOPN. Pokud jsou nedostatečně saturovány potřeby v oblasti informací o zdravotním stavu nemocného a jeho léčebném režimu, tak se nemocní často obrací na své známé, lékaře nebo spolupacienty. Tuto otázku si kladla ve své bakalářské práci na téma „*Edukace klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí v rámci účinného léčebného režimu*” i Chalupová, která pomocí rozhovoru zjišťovala, kolik času věnují sestry edukaci pacientů s CHOPN a zda jsou pacienti spokojeni s informacemi, které se jim dostávají. Toto šetření ukázalo, že 100% dotazovaných pacientů bylo spokojeno s informacemi

od sester a uvedli, že každá sestra věnuje pacientovi tolik času, kolik potřebuje. Další kdo se podobnou tématikou zabýval byla Dvořáková, která ve své práci došla k závěru, že 6 z 8 pacientů je dokonale informováno o svém onemocnění, 1 pacient z 8 uvedl, že mu stačí základní informace a jeden stále nové informace hledá. Dále autorka zjišťovala, kde pacienti hledají informace o CHOPN. Všech 8 respondentů uvedlo, že u ošetřujícího lékaře, 7 respondentů uvedlo internet a pouze 2 odbornou literaturu. U první otázky, která byla zaměřena na tuto problematiku, se ukázalo, že 64 pacientů je spokojeno s množstvím informací, které dostává („*Ano*” odpovědělo 33 a „*Spíše ano*” zvolilo 31 pacientů). Zbylých 9 pacientů se vyjádřilo ve smyslu, že nejsou spokojeni s informovaností. Další otázka měla zjistit, jakou formou pacienti dohledávají informace o CHOPN. Přestože se prokázalo, že pacienti mají dostatek informací o svém onemocnění a léčebném režimu, u této otázky vyšlo najevo, že nejvíce pacientů vyhledává další informace o CHOPN u svých spolupacientů (ze 73 oslovených pacientů jich takto odpovědělo 34). Jednou z možností proč tomu tak mohlo být je fakt, že 82% pacientů bylo ve věkové skupině 61-75 let. Čili nemají možnost oproti mladším ročníkům vyhledávat informace prostřednictvím internetu.

Poslední část dotazníku byla zaměřena na porovnávání potřeb pacientů s CHOPN v závislosti na stadiu onemocnění. Chloubová se své studii zkoumala potřeby nemocných, oslovila celkem 100 pacientů z různých oddělení (Interna, chirurgie a neurologie). Průměrný věk pacientů byl 65 let. Šetření bylo provedeno formou kazuistik, s jejichž pomocí se zjistily nejčastěji nesatureované potřeby. Na prvním místě byla potřeba být bez bolesti, dále potřeba bezpečí a jistoty. Jako třetí potřebu pacienti nejčastěji udávali soběstačnost a potřebu spánku. Dále vyprazdňování moči a stolice, nedostatečně byly satureovány potřeby v oblasti informací a lásky. Na posledním místě pacienti uvedli potřebu dýchání. Na základě těchto poznatků byla v dotazníku znázorněna Maslowova pyramida, do které měli pacienti vepsat jednotlivé potřeby. Do spodní části pyramidy se umísťovali pacienti potřeby důležité, do horní části ty méně důležité. Z výsledků vyplynulo, že pacienti ve stadiu II mají jinak uspořádanou hierarchii potřeb, než pacienti ve stadiu III a IV. Na prvním místě pacienti uvedli jako důležitou potřebu lásky, dále potřebu dosáhnout úspěchu, potřebu seberealizace a potřebu stability materiálního prostředí a bezpečí. U II. stadia tedy nejsou na prvním místě fyziologické potřeby, nýbrž potřeba lásky a sounáležitosti. Hierarchie potřeb pacientů ve stadiu III a IV byla zhodnocena jako velmi podobná. U obou stadií byla zjištěna na prvním místě potřeba kyslíku a na druhém být bez bolesti. Pacienti ve III. stadiu dále udávali jako důležitou potřebu spánku, ve IV. stadiu to byla potřeba stability materiálního prostředí. Salajka (2006) uvedl, že sexuální aktivita je u pacientů vlivem CHOPN výrazně snížena, což se prokázalo jako pravdivý výrok, neboť všichni pacienti ve stadiu III a IV uvedli sexuální potřebu jako nedůležitou.

## 5 ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma „*Uspokojování potřeb pacienta s chronickou obstrukční plicní chorobou*” bylo mým cílem zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby pacientů s CHOPN a jak se mění potřeby v závislosti na aktuálním stadiu onemocnění. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část pojednává nejdříve o charakteristice onemocnění, příznacích, možnostech léčby a prognóze. Dále jsou popsány lidské potřeby, jejich klasifikace a důsledky, které plynou z jejich nenaplnění. V závěru teoretické části jsou popsána specifika ošetrovatelské péče u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí.

V empirické části jsem si na základě stanovených cílů určila pracovní hypotézy. Sběr dat proběhl pomocí dotazníkového šetření na Pneumologické klinice 2. LF UK a FN Motol. Dotazník jsem sestavovala na základě nastudované literatury a do finální podoby byl upraven po pilotním průzkumu. Z průzkumného šetření vyplynulo, že pacienti ve stadiu II mají odlišně stanovenou hierarchii potřeb, než pacienti ve stadiu III a IV. Pacienti ve II. stadiu upřednostňují potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu seberealizace a kognitivní potřeby před potřebami fyziologickými. U pacientů ve III. a IV. stadiu byly na prvních příčkách zachovány potřeby fyziologické a potřeba bezpečí. Po vyhodnocení dotazníků vyplynulo, že při posuzování saturace potřeb pacientů by se mělo vycházet především z individuality každého jedince. Výsledky nepoukazují na to, že by nějaká ze zkoumaných oblastí byla u pacientů zanedbávána. Naopak mě velmi potěšilo, že 96% pacientů má pocit, že se mu zdravotnický personál věnuje a snaží se pomoci s uspokojením jejich potřeb.

Původní myšlenkou přínosu této práce bylo, že ošetřující personál zjistí, v jakých oblastech mají pacienti největší problém. Ovšem vzhledem ke zmíněné individualitě každého jedince na prožívání hospitalizace a s tím spojené uspokojování potřeb, bude pro pacienta nejefektivnější, pokud plán ošetrovatelské péče bude hodnocen především subjektivně. Doufám, že předložené výsledky ukázaly, jak je důležité zacházet s každým jedincem individuálně.

Jedná se o mou první práci tohoto typu, kterou jistě ovlivnil můj věk a nezkušenosti z praxe. Uvědomuji si, že můj písemný projev je ovlivněn nedostatečnou slovní zásobou a vyjadřovacími schopnostmi, které v praxi běžně nepoužívám.

## REFERENČNÍ SEZNAM

- KOBLÍŽEK, Vladimír. *CHOPN: doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu chronické obstrukční plicní nemoci*. Praha : Maxdorf, 2013. 134 s. ISBN 978-80-7345-358-9.
- KANTOREK, Milan. *CHOPN: nekouřením ke zdraví: metodická příručka pro nemocné chronickou obstrukční plicní nemocí*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN: 80-7013-354-6.
- KAŠÁK, Viktor. *Chronická obstrukční plicní nemoc: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha : Maxdorf, c2006. 187 s. ISBN: 80-7345-082-8.
- KOBLÍŽEK, Vladimír. *Chronická obstrukční plicní nemoc pohledem nových doporučení: souhrn aktuálního fenotypově zaměřeného standardu České pneumologické a fizeologické společnosti pro internisty*. Brno : Ambit Media, 2013. 35 s. ISBN: 978-80-905474-0-7
- MUSIL, Jaromír — KAŠÁK, Viktor — KONŠTACKÝ, Stanislav. *Chronická obstrukční plicní nemoc: doporučený postup pro diagnostiku a léčbu astma bronchiale*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2012. ISBN: 978-80-86998-60-2.
- MUSIL, Jaromír — PETŘÍK, František — TREFNÝ, Martin. *Pneumologie: (učebnice pro studenty lékařství)*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 248 s. ISBN: 80-246-0993-2.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 134 s. ISBN: 978-80-247-3223-7.
- ZACHAROVÁ, Eva — ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 278 s. ISBN: 978-80-247-4062-1.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN: 80-7013-277-9.
- MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2014. 317 s. ISBN: 978-80-262-0618-7
- TRACHTOVÁ, Eva — TREJTAROVÁ, Gabriela — MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. nezměn. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN: 978-80-7013-553-2.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena — NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 211 s. ISBN: 80-247-1148-6; 80-247-1777-8.
- SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 146 s. ISBN: 80-247-1306-3.

- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 150 s. ISBN: 80-247-1211-3.
- Základy ošetřování nemocných*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 145 s. ISBN: 80-246-0845-6.
- JIRKOVSKÝ, Daniel — HLAVÁČOVÁ, Marie. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN: 978-80-87347-13-3.
- BÁRTLOVÁ, Sylva — MATULAY, Stanislav. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin : Osveta, 2009. 141 s. ISBN: 978-80-8063-306-6.
- FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství: teorie*. 1. čes. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN: 80-8063-227-8.
- KAŠÁK, Viktor — KOBLÍŽEK, Vladimír. *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha : Maxdorf, c2008. 520 s. : il. ; 24 cm. ISBN: 978-80-7345-158-5.
- MAREŠ, Jiří — VACHKOVÁ, Eva. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno : MSD, 2009. 146 s. ISBN: 978-80-7392-120-0
- KLENER, Pavel. *Základy vnitřního lékařství: pro bakalářské studium*. Praha : Univerzita Karlova, 1996. 170 s. ISBN: 80-7184-121-8.
- Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. Hradec Králové : Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, 1999- . ISSN: cnb000773223
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha : Grada, 2013. 272 s. ISBN: 978-80-247-3420-0.
- BOUSQUET, Jean (ed.) — KALTAEV, Nikolai (ed.). *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach*. Geneva : World Health Organization, 2007. ISBN: 978-92-4-156346-8.
- KOBLÍŽEK, Vladimír — CHLUMSKÝ, Jan — ZINDR, Vladimír, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: official diagnosis and treatment guidelines of the Czech Pneumological and Phthisiological Society; a novel phenotypic approach to COPD with patient-oriented care. *Biomedical papers*, 2013, roč. 157, č. 2, s. 189-201. ISSN: 1213-8118.
- COPD: journal of chronic obstructive pulmonary disease*. Monticello : Dekker, c2004- . ISSN: 1541-2555.
- Respiratory medicine. COPD update*. Oxford : Elsevier, 2005-2009. ISSN: 1745-0454.

CHLOUBOVÁ, Helena. Potřeby nemocných. Referát pro konferenci sester Cesta k modernímu ošetrovatelství v Motole. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference)*. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 1999-. 1999, s. 69-75

ČERNÁ, Hana. Potřeby hospitalizovaných nemocných. *Ošetrovatelství*, 2000, Roč. 2, č. 1/2, s. 24-31. ISSN: 1212-723X.

CHLOUBOVÁ, Helena. Známe potřeby nemocných?. *Sestra*, 1999, Roč. 9, č. 7, s. 30. ISSN: 1210-0404.

DINDOŠ, Ján. Chronická obstrukční plicní nemoc z pohledu plicního a praktického lékaře. *Lékařské listy*, 2009, roč. 58, č. 2, s. 10-12.

VACHKOVÁ, Eva. Pacientovo pojetí nemoci - možnosti ovlivnění a přínos pro ošetrovatelskou praxi. In: *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno : MSD, 2011. 2011, s. 97-115. ISBN: 978-80-7392-191-0.

*Studia pneumologica et phthiseologica: časopis Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti a České pneumologické a ftizeologické společnosti*. Martin : Osveta, 1993- . ISSN: cnb001197852; 1213-810X.

ZATLOUKAL, Jaromír. Novinky v terapii CHOPN. *Medicína pro praxi*, 2007, Roč. 4, č. 7-8, s. 301-304. ISSN: 1214-8687

Český občanský spolek proti plicním nemocem [online]. 2017 [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <http://copn.cz>

The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [online]. 2016 [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <http://goldcopd.org>

Plicní rehabilitace a respirační fyzioterapie [online]. 2001 [cit. 2017-04-17]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/plicni-rehabilitace-a-respiracni-fyzioterapie-137215>

KOLLAROVÁ, Jana. Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc. Brno, 2014. Diplomová práce (Mgr.). MASARYKOVA UNIVERZITA, Lékařská fakulta

KAŠPAROVÁ, Iveta. Vývoj potřeb u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. Č. Bud., 2014. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

CHALUPOVÁ, Petra. Edukace klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí v rámci účinného léčebného režimu. Č. Budějovice, 2015. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

DVOŘÁKOVÁ, Romana. Specifika ošetrovateľskej péče u klientů s chronickou obštrukční plicní nemocí.. Č. Bud., 2012. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

ŠTEFLOVÁ, Karolína. Problematika ošetrovateľskej péče u pacientů odkázaných na domácí oxygenoterapii a inhalační léčbu . Č. Budějovice, 2016. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

JOHNOVÁ, Hana. Vliv dechové rehabilitace a pravidelné pohybové aktivity na ventilační funkce, rozvíjení hrudníku, tělesnou zdatnost a kvalitu života u pacientů s chronickou obštrukční plicní nemocí . Olomouc, 2012. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta tělesné kultury

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1:** Povolení k průzkumnému šetření od Mgr. Jany Novákové, MBA  
**Příloha č. 2:** Povolení k průzkumnému šetření od Mgr. Jany Zelenkové  
**Příloha č. 3:** Dotazník



## Přílohy

Denisa Čejková

Rooseveltova 381/13  
Praha 6 Bubeneč  
16000  
denisa.c@hotmail.cz

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Mgr. Jana Nováková, MBA

FN Motol  
V Úvalu 84  
Praha 5  
150 06

Vážená paní náměstkyně,

jsem studentkou II. ročníku bakalářského studia Ošetrovatelství obor všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Tímto bych Vás chtěla požádat o povolení k průzkumnému šetření na Pneumologické klinice 2.LF UK a FN Motol. Průzkum bude součástí mé bakalářské práce na téma: Uspokojování potřeb pacientů s chronickou obstrukční plicní chorobou. Šetření bude provedeno formou dotazníku, anonymně a výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za kladné vyřízení žádosti.

Se srdečným pozdravem

Denisa Čejková

*Čejková*

*11.7.16*

*Sochařová*

*[Signature]*

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84  
náměstkyně pro oš. péči  
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Denisa Čejková

Rooseveltova 381/13  
Praha 6 Bubeneč  
16000  
denisa.c@hotmail.cz

Vrchní sestra

Mgr. Jana Zelenková

FN Motol  
V Úvalu 84  
Praha 5  
150 06

Vážená paní magistro Zelenková,

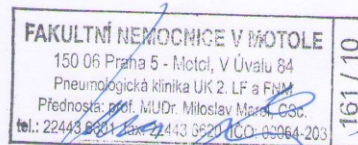
jsem studentkou II. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství obor všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Tímto bych Vás chtěla požádat o povolení k průzkumnému šetření na Pneumologické klinice 2.LF UK a FN Motol. Průzkum bude součástí mé bakalářské práce na téma: Uspokojování potřeb pacientů s chronickou obstrukční plicní chorobou. Šetření bude provedeno formou dotazníku, anonymně a výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Distribuce dotazníku bude probíhat na I. a II. lůžkové stanici.

Děkuji za kladné vyřízení žádosti.

Se srdečným pozdravem

Denisa Čejková

Mgr. Jana ZELENKOVÁ  
vrchní sestra, l. 6805



**1. Jaké je vaše pohlaví?**

žena

muž

**2. Do jaké věkové kategorie patříte?**

18-30

31-45

46-60

61-75

**3. V jakém stádiu je nyní Vaše onemocnění?**

II. stadium

III. stadium

IV. stadium

**4. Kouřil/a jste předtím, než Vám diagnostikovali CHOPN?**

Ano

Ne

**5. Nyní kouříte?**

Ano

Ne

**6. Do jaké míry ovlivňuje Vaše onemocnění kvalitu spánku?**

Dobře usínám, ale v noci se často budím

Dobře usínám a v noci dobře spím

Špatně usínám a v noci se probouzím

Špatně usínám, ale v noci se neprobouzím

Jiné

**7. Cítíte se ráno odpočatý/á?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**8. Trpíte pocitem klidové dušnosti?**

Ano

Ne

**9. Věnujete se v průběhu hospitalizace dechovým rehabilitacím?**

Ano

Ne

**10. Jakou pomůcku preferujete při oxygenoterapii (léčbě kyslíkem)?**

Kyslíkové brýle

Kyslíkovou masku

**11. Který z výroků nejlépe vystihuje Vaše pocity?**

S kyslíkovou maskou nemohu mluvit, jíst a pít

Obtěžuje mne maska kolem úst, mám z toho nepříjemný pocit

S kyslíkovými brýlemi mám pocit nedostatečného přísunu kyslíku

U kyslíkových brýlí mne obtěžuje, že je musím mít zavedené na okraji nosu

Ani jeden ze způsobů, kterým je kyslík podáván mi nevádí

**12. Trpíte v průběhu hospitalizace pocitem hladu nebo žízně?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**13. Máte v průběhu hospitalizace potíže s vyprazdňováním moče a stolice?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**14. Omezuje Vás námahová dušnost v pohybu po oddělení?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**15. Máte pocit, že se personál snaží uspokojit Vaše potřeby?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**16. Pociťujete při hospitalizaci strach či úzkost?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**17. Trpíte v průběhu hospitalizace pocitem osamělosti?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**18. Máte potřebu mít u sebe někoho z rodiny či přátel?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

**19. Máte dostatek informací o vašem onemocnění a průběhu léčby?**

Ano

Spíše ano

Spíše ne

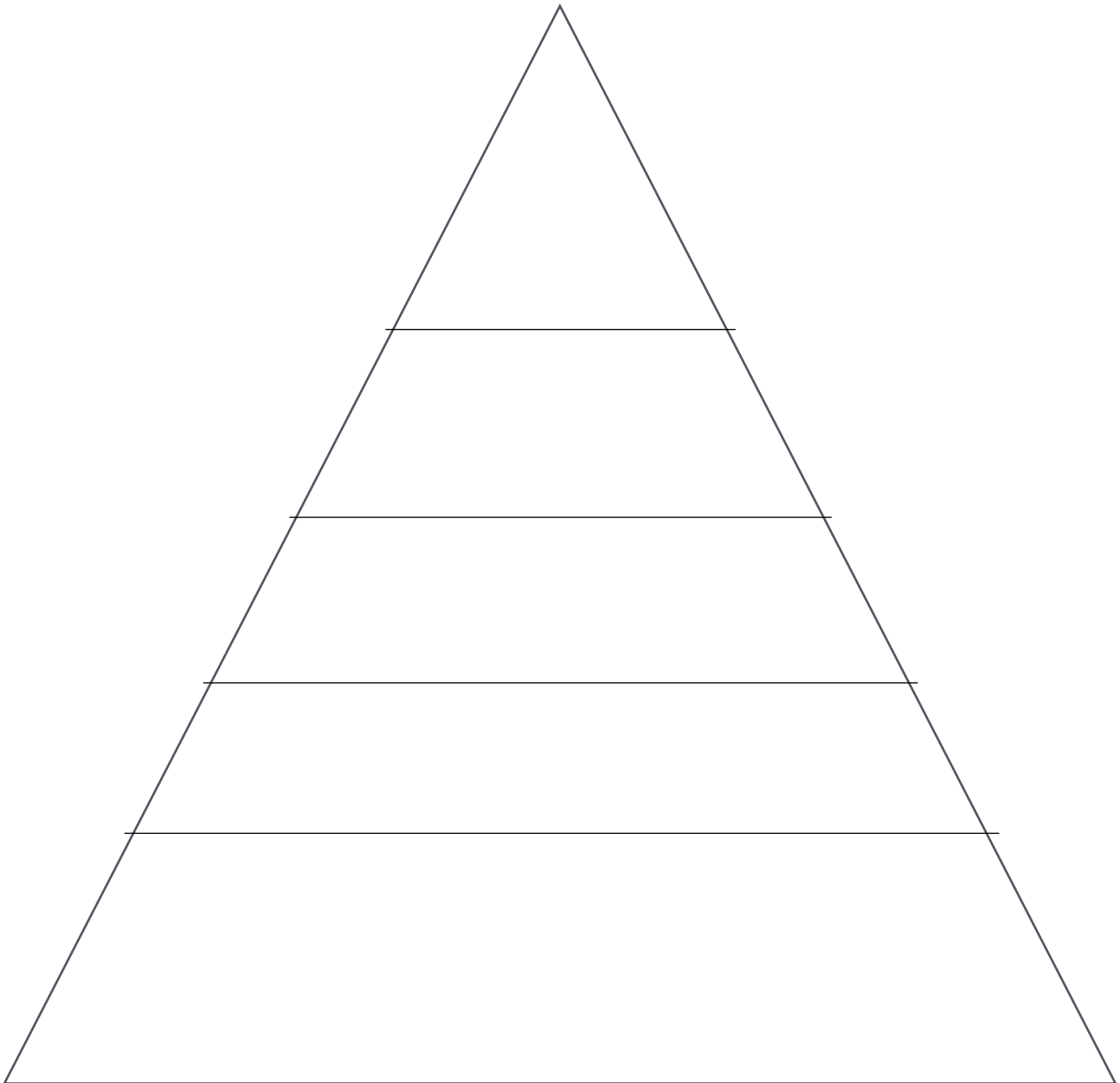
Ne

**20. Vyhledáváte sám/sama další informace o vašem onemocnění?**

Ano, na internetu nebo v odborné literatuře

Ano, od jiných pacientů se stejnou chorobou, se kterými jsem v kontaktu

Ne, informace získávám pouze od nemocničního personálu (lékař nebo sestra)



Do každého řádku v pyramidě napiště jednu nebo více potřeb, které jsou uvedeny níže, tak jak je momentálně cítíte. U každé potřeby je uvedeno číslo, stačí tedy do řádku vepsat číslici.

Do spodní části pyramidy napiště ty, které považujete za nejdůležitější. Na vrcholu pyramidy budou ty nejméně důležité.

1. potřeba kyslíku, 2. potřeba být bez bolesti, 3. potřeba spánku a odpočinku, 4. potřeba jistoty, 5. potřeba být bez strachu, 6. potřeba lásky, být milován, 7. potřeba někam patřit, 8. potřeba respektu a sebeúcty, 9. potřeba dosáhnout úspěchu, 10. potřeba seberealizace, 11. potřeba rozvíjení se, 12. potřeba krásy, 13. potřeba stability materiálního prostředí, 14. potřeba poznávání, vědění, 15. potřeba jídla a pití, 16. sexuální potřeba









