

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Jaroslava Kohoutová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Jaroslava Kohoutová

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech 5341T015

**POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ V SOUVISLOSTI
S PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jaroslava KOHOUTOVÁ**
Osobní číslo: **Z19N0019K**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech**
Téma práce: **Potřeba jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační formu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renata. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KUTCHER, P., Patric. Kommunikation-erfolgsfaktor in der medicin. 2. ausflage. Heidelberg: Springer-verlag, Berlin, 2017. 144 s. ISBN 987-3-662-53318-5.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5376-8.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 135 s. ISBN 978-80-7013.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Petra Bejvančická

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Pízni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu literatury.

V Plzni dne 28. 2. 2021

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bc. Jaroslava Kohoutová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Potřeba jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet stran – číslované: 118

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 63

Klíčová slova: potřeby, jistota, bezpečí, operace, pacient, všeobecná sestra

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá problematikou uspokojování potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Operace vždy nějakým způsobem ovlivní všechny pacientovy potřeby. Informace a komunikace jsou nejdůležitější oblasti, které pacient potřebuje pro co největší pocit jistoty a bezpečí. Všeobecná sestra hraje v tomto klíčovou roli a je pro pacienta před i po operaci tou nejbližší osobou. Svým postojem, znalostmi a dovednostmi se stává pro pacienta člověkem, který může a umí naplnit co nejlépe jeho potřebu jistoty a bezpečí. Teoretická část diplomové práce je věnována potřebám pacientů se zaměřením na potřebu jistoty a bezpečí v ošetřovatelském procesu. Popisuje problematiku operačního výkonu ze strany ošetřovatelské péče. Dále krátce rozebírá pojem kultura bezpečí ve zdravotnictví. Zmiňuje významné dokumenty ohledně jistoty a bezpečí v ČR i ve světě. Praktická část diplomové práce poskytuje informace o subjektivních pocitech pacientů během hospitalizace. Současně ukazuje z pohledu pacienta, jak je potřeba jistoty a bezpečí uspokojována sestrami prakticky. Na základě výzkumného šetření, které je provedeno me-

todou kvalitativního výzkumu s využitím hloubkových rozhovorů, se hledají eventuelní nedostatky v uspokojování těchto potřeb. Data z provedeného výzkumu jsou podrobena obsahové analýze. Následuje návrh praktického výstupu a další řešení této problematiky.

Abstract

Surname and name: Bc. Jaroslava Kohoutová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The need for security and safety in relation to the planned surgical intervention

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of pages – numbered: 118

Number of pages – unnumbered: 18

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 63

Keywords: needs, certainty, safety, surgery, patient, general nurse

Summary:

This is The Diploma thesis deals with the issues of patient's security and safety needs in the context of a planned surgery procedure. The surgery procedure always somehow influences the patient's needs. The information and communication are the two most important parts of the patient's needs to feel the highest possible sense of security and safety. A general nurse plays the key role in becoming the closest person to a patient before and after the surgery procedure. Thanks to her attitude, knowledge and skill set she assumes the role of overseeing the patient's needs of safety and certainty. The theoretical part of the Diploma thesis is dedicated to the needs of patients with a focus on certainty and security needs during the nursing procedure. This part of the thesis describes the issues of a surgery during the nursing care. Furthermore, it describes the safety standards in a healthcare system and mentions safety documents in the Czech Republic and throughout the world. The practical part provides information about subjective feelings of the patients during their stay in a hospital.

This part also shows how well are these requirements fulfilled from the patients' point of view. A research investigation is made using the method of qualitative research using a deep talk conversation to discover any issues in seeing to those needs. This data is then subjected to a large volume analysis, followed by a practical outcome and further solution of this issue.

Předmluva

Každý člověk je jedinečnou lidskou bytostí. A každý má své individuální vlastnosti, temperament, prožívání a potřeby. Aktuální potřeby jedince ovlivňují jeho jednání, chování a reakce. Výrazná změna nastává především v chování nemocného člověka. A všeobecná sestra je právě tou osobou, která dokáže zajistit, aby se nemocný cítil jistě a bezpečně. Téma kvalifikační práce bylo vyhlášeno FZS ZČU. Důvodem volby daného tématu byl můj osobní a profesní zájem. Pohybuji se ve zdravotnictví přes pětadvacet let a během mé pracovní kariéry si všímám změny přístupu ošetrovatelského personálu, ale i samotných pacientů v této problematice. Domnívám se, že mohu přispět svým názorem a svou osobní zkušeností všeobecné sestry s dlouholetou praxí.

Zajímá mě, jak se liší názory a zkušenosti pacientů v problematice uspokojování jejich potřeb v souvislosti s plánovaným operačním výkonem a jak sestry potřeby pacientů skutečně v praxi uspokojují. Současně práce zkoumá eventuelní nedostatky a následně hledá řešení.

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bejvančické za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FZS ZČU za poskytování odborných rad. Poděkování patří také vedení FN Plzeň za umožnění výzkumného šetření v nemocničním zařízení a respondentům za věnovaný čas pro rozhovory, které umožnily provést výzkum. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za psychickou podporu a trpělivost, kterou mi věnovala během celého studia.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 LIDSKÉ POTŘEBY A OŠETŘOVATELSTVÍ	16
1.1 Hierarchie potřeb	17
1.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu	17
1.3 Proces naplnění potřeb	19
1.4 Motivace pro naplnění potřeb	19
1.5 Potřeba jistoty a bezpečí	21
1.6 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí	22
1.7 Vliv všeobecné sestry na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.....	25
1.8 Psychická odezva na neuspokojené potřeby	25
2 CHIRURGICKÝ PACIENT A PLÁNOVANÝ OPERAČNÍ VÝKON	29
2.1 Charakteristika chirurgického ošetrovatelství	29
2.2 Předoperační péče	29
2.3 Pooperační péče	31
2.4 Péče o rány	32
2.5 Plánovaný operační výkon u pacienta a potřeba jistoty a bezpečí.....	32
2.6 Psychická podpora chirurgického pacienta.....	34
2.6.1 Předoperační strach a úzkost	34
2.6.2 Komunikace s pacientem.....	35
2.6.3 Terapeutický rozhovor.....	37
3 POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ V ČR.....	42
3.1 Kultura bezpečí	42
3.2 Dimenze hodnocení kultury bezpečí.....	42
3.3 Trendy v oblasti kultury bezpečí.....	45
3.4 Pochybení, omyly, prevence	47
3.5 Česká republika a systémy hodnocení kvality ve zdravotnictví	49
3.5.1 Resortní bezpečnostní cíle	49
3.5.2 Hodnocení kvality bezpečí zdravotní péče v ČR.....	49
3.6 WHO a problematika jistoty a bezpečí	50
3.6.1 WHO a Česká republika	50
3.7 Výzkumy v oblasti jistoty a bezpečí	51
EMPIRICKÁ ČÁST	54
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	54

4.1	Definice problému	54
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	55
5.1	Hlavní cíl.....	55
5.1.1	Dílčí cíl 1	55
5.1.2	Dílčí cíl 2	55
5.1.3	Dílčí cíl 3	55
5.1.4	Dílčí cíl 4	55
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	56
6.1	Výzkumná otázka 1	56
6.2	Výzkumná otázka 2	56
6.3	Výzkumná otázka 3	56
6.4	Výzkumná otázka 4	56
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	57
8	METODIKA PRÁCE	59
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	60
9.1	Kategorizace výsledků z rozhovorů.....	60
9.1.1	Kategorie Vyhnout se ohrožení	60
9.1.2	Kategorie Ochrana zdraví.....	63
9.1.3	Kategorie Důvěra.....	65
9.1.4	Kategorie Soběstačnost.....	68
9.1.5	Kategorie Informace a orientace.....	69
9.1.6	Kategorie Podněty senzorické a motorické	72
9.1.7	Vlastnictví a hromadění majetku.....	75
9.1.8	Kategorie Míru a klidu	77
9.1.9	Naděje a víra, láska, sounáležitost.....	79
9.1.10	Doporučení	81
	DISKUZE.....	86
	SEBEREFLEXE.....	98
	ZÁVĚR.....	99
	SEZNAM LITERATURY.....	101
	SEZNAM PŘÍLOH	108
	PŘÍLOHA A- MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB.....	109
	PŘÍLOHA B- POVOLENÍ SBĚRU INFORMACÍ VE FN PLZEŇ.....	109
	PŘÍLOHA C- KONTROLNÍ SEZNAM-BEZPEČÍ CHIRURGICKÉHO VÝKONU	109
	PŘÍLOHA D- SEZNAM OTÁZEK PRO PACIENTKY	109
	PŘÍLOHA E- PŘÍKLAD TECHNIKY KÓDOVÁNÍ.....	109

SEZNAM ZKRATEK

AHRQ.....	Agentura pro zdravotnický výzkum a kvalitu
APAIS.....	Amsterdamská škála předoperační úzkosti
Atd.	a tak dále
CRP.....	C-reaktivní protein
ČR.....	Česká republika
EKG.....	Elektrokardiograf
FN GPK	Fakultní nemocnice Gynekologicko-porodnická klinika
FZS ZČU	Fakulta zdravotnických studií Západočeská univerzity
ICN.....	Mezinárodní klasifikaci nemocí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA-1.....	Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských diagnóz
Např.	Například
Odst.	Odstavec
Písm.	Písmeno
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
RTG.....	Radioizotopový termoelektrický generátor
STAI Y1.....	Škála úzkosti pro dospělé
Tzv.	tak zvaně
USA.....	Spojené státy americké
VAS.....	Vizuální analogová škála
WHO.....	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

„Lidé se obávají neznáma. Jest pravda, že každé opuštění starého znamená nejistotu-skok do tmy. Avšak kdo chce pomoci sobě a jiným, musí opustit dobré, aby mohl vybojovat lepší. Nesmí držeti pevně vrabce v hrsti jen proto, že je lepší než holub na střeše. Bez odvahy ke změně není zlepšení, a tak není ani blahobytu!“

Tomáš Baťa

Některá onemocnění se nemohou léčit konzervativně a pacient musí podstoupit operační výkon. I když je operace naplánovaná, může dojít k narušení potřeby jistoty a bezpečí pacienta. Člověk se nachází v neznámém prostředí, je mezi neznámými lidmi. Chybí mu rodina, jeho blízcí, často je bez informací, a to v něm vyvolává obavy. Jak se pacient cítí, ovlivňuje to, zda již někdy takovou situaci zažil, jaké s tím má zkušenosti, jaké má onemocnění. Pacient potřebuje uspokojivé informace o tom, co ho čeká, aby byla naplněna jeho potřeba jistoty a bezpečí.

Veliký vliv na bezpečnou ošetrovatelskou péči má kultura bezpečí daného zdravotnického zařízení. Tento fenomén souvisí s hodnocením celkové kvality péče ve zdravotnictví. Dnes se obrovským způsobem stupňuje tlak médií, plátců, politiků i samotných pacientů na kvalitu ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. A to představuje aktuální problém současnosti. Zabýváme se tedy současným stavem řešení a nevyřešenými otázkami. Sestra je prvním člověkem, na koho se pacient obrací. Od sestry se očekává pomoc, pochopení a důvěra. Role sestry je tedy klíčová pro pacienta jako jeho podpora v nelehké životní situaci. Sestra by měla umět profesionálně reagovat na pacientovu psychickou odezvu na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí. Pomáhá zvládat zátěžovou situaci, správně s pacientem komunikuje, umí si získat důvěru, umí ho vyslechnout a povzbudit. Dokáže si pro pacienta najít čas. Orientace v lidských potřebách pomáhá sestře v aplikaci ošetrovatelského procesu. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, ne pouze souborem částí a procesů, mají holistický přístup k ošetřování nemocného. Mezi základní potřeby patří i potřeba jistoty a bezpečí. Ta je stejně důležitá jako potřeby základní, protože její neuspokojování způsobuje mnohdy veliké potíže. Jedná se o subjektivní pocit, který nelze objektivně měřit. V moderním ošetrovatelství tedy nelze upřednostňovat techniku před ošetrovatelskou péčí, která přihlíží k biologickým, psychologickým, sociálním a duchovním faktorům vzniku onemocnění. V kvali-

fikační práci jsou podrobně popsána teoretická východiska. Vysvětlují se pojmy lidské potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, kultura bezpečí, operační výkon, význam komunikace pro pacienta, jsou zmíněny důležité dokumenty v ČR a ve světě. Je uvedeno několik výzkumů na vnímání potřeby jistoty a bezpečí. Potřeby jedince jsou v diplomové práci hodnoceny z hlediska ošetřovatelství. Na základě výzkumného problému je cílem práce zjistit, jakým způsobem plánovaný operační výkon ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí. Zda je nutné v této oblasti něco změnit či zlepšit je zjišťováno po pečlivé analýze výsledků z provedeného výzkumu. V závěru práce je předložen návrh praktického výstupu. Pro vypracování diplomové práce byla použita literatura z oborů ošetřovatelství a medicíny, psychologie, sociologie a managementu. Vzhledem k epidemiologické situaci v České republice v daném období byly zároveň využívány odborné informace z online tuzemských i zahraničních internetových informačních zdrojů, které byly bezplatně přístupné pro studenty Západočeské fakulty, a to databáze Aleph, Medvik, EBSCO, ProQuest, Springer a Wiley Online Library. Jako klíčová slova byla použita: potřeby, jistota, bezpečí, operace, všeobecná sestra.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÉ POTŘEBY A OŠETŘOVATELSTVÍ

V naší pomáhající roli všeobecné sestry je důležité uvědomit si své vlastní pocity a způsob přijetí naší role sociální. Poznání našich potřeb a potřeb pacientů, kteří očekávají od nás pomoc, poznání a pochopení své osoby, napomáhá k pochopení potřeb ostatních, učí toleranci k názoru druhého člověka a orientaci ve svízelných situacích. (Šamánková, 2011, s. 9)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku. Je to něco, co člověk potřebuje k životu a svému vývoji. Pokud člověk prožívá nedostatek základních potřeb, je ovlivněna jeho veškerá psychická činnost. Lidské potřeby se v čase mění, vyvíjejí a kultivují. Mění se z hlediska kvality i kvantity. Jsou uspokojovány nejrůznějším způsobem. S tím souvisí pojem holismus. Termín holismus je možné chápat jako celek. To znamená, že všechny živé organismy jsou jednotné celky v interakci, které jsou více než součtem jejich částí. Nastane-li porucha částí, je poruchou celého systému. Lidský organismus tedy představuje integrovanou jednotku. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části či celého systému. Celostní pohled na živé bytosti je v souladu s neredukovaným chápáním lidské bytosti. Mluví se o bio-psycho-sociálním modelu zdraví. (Trachtová a kol., 2018, s. 9).

Pojem **holismus** J. H. Smuts uvedl v roce 1926 ve své knize Holismus a evoluce a definoval ho takto: „*Holismus nahrazuje zákon o zachování hmoty teorií o holistickém procesu. V průběhu vývoje formy hmoty ustavičně rostou a obnovují se.*“ (Kutnohorská, 2009 s. 94).

Princip holismu je obsažen v ošetrovatelském procesu, který zohledňuje fyzické, duchovní, emocionální, kognitivní a sociální potřeby lidí. Zaměřuje se na nemocného jako celek, ne na nemoc nebo na nemocnou část těla. Holismus je základem ošetrovatelských teorií, modelů, etických zásad a vytváří hodnotový systém oboru. (Mastiliaková, 1999 in Plevová, 2018, s. 195)

V psychologii se obvykle objevuje rozdělení potřeb na potřeby biogenní, fyziologické a na potřeby psychogenní, sociogenní, psychologické. (Trachtová, 2018, str.11)

1.1 Hierarchie potřeb

Existují různé teorie potřeb. Nejznámější teorií je Maslowova hierarchie potřeb. Je založena v duchu humanistické psychologie. Hierarchie znamená pořadí prožívané naléhavosti potřeb. Maslow rozděluje potřeby na nižší neboli základní a vývojově vyšší neboli potřeby růstu. Mezi základní potřeby řadí potřeby fyziologické a potřebu bezpečí. Později vznikají potřeby vyšší. Zde se upevňuje vazba člověka na sociální podmínky jeho fungování. Nejvyšší vývojovou potřebou je potřeba růstu, seberealizace. (Plevová a kol. 2019, str. 93)

Fyziologické potřeby slouží k přežití. Člověk dělá všechno proto, aby uspokojil tyto potřeby dříve, než se stanou aktuálními. Je to zejména potřeba spánku, výživy, pohybu, dýchání, vyprazdňování, sexuální potřeba. Když jsou potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání jedince.

Potřeba jistoty a bezpečí nutí člověka vyhnout se ohrožení a nebezpečí. Znamená touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochrany, být ekonomicky zajištěn.

Potřeba lásky a sounáležitosti znamená někoho milovat a být milován. Je to potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích samoty a opuštění.

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, po nezávislosti a kompetencích. Projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Potřeba seberealizace a sebeaktualizace vystupuje jako znak schopností realizace vytyčených osobních cílů.

Lidé jsou tedy zdraví a spokojení, pokud uspokojují své základní potřeby. (Trachtová, 2018, s. 14)

1.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Typickým znakem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojení potřeb zdravého i nemocného člověka. Saturace potřeb člověka se děje prostřednictvím **ošetrovatelského procesu**. Ošetrovatelský proces je myšlenkový algoritmus sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a soubor kroků a postupů při ošetrování nemocného.

Termín ošetrovatelský proces je poměrně nový a je spojen s počátky systémových přístupů, vědeckosti v ošetrovatelství. Toto období začalo v USA v 60. letech 20. století.

Poprvé termín ošetrovatelský proces použila L. E. Hallová v roce 1955. Svoji teorii používala na konci 60. let v modelu *Core, care, and cure*. Jedinec je myšlen jako tři samostatné domény: tělo, nemoc a osobnost. Měla za to, že o pacienty by měly pečovat jen kvalifikované sestry. (Alligood, 2014, in Mastiliaková, 2014, s. 111)

Než se začala používat metoda ošetrovatelského procesu v praxi, poskytovaly sestry svou péči pouze na pokyn lékaře. Jejich pomoc byla zaměřena více na nemoc než na uspokojování individuálních potřeb pacienta.

Ošetrovatelský proces je definován ze dvou hledisek:

Teoretické hledisko je systémová teorie aplikovaná na postup, který řeší určitý problém a má stanovený cíl (očekávané výsledky). Je to metoda, kterou používá kvalifikovaná sestra při posuzování stavu pacienta, plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti péče.

Praktické hledisko ošetrovatelského procesu znamená systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče, kdy cílem je pozitivní a zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta. (Mastiliaková, 2014, s. 114)

Každá zdravotnická profese má vlastní popis pro to „co“ tato profese zná a „jak“ s takovými znalostmi pracuje. Profese může mít společný jazyk, který používá k popisu a kódování znalostí. Lékaři léčí nemoc a používají Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICN). Sestry se zabývají lidskými reakcemi na zdravotní potíže a problémy, k čemuž využívají taxonomii **ošetrovatelských diagnóz** NANDA Internacional (NANDA-1). Taxonomie poskytuje způsob klasifikace a kategorizace oblastí pro odborníky v ošetrovatelství. Obsahuje 244 ošetrovatelských diagnóz, které jsou rozděleny do 13 domén a 47 tříd. Doména je oblast zájmu. Příkladem domén v dané taxonomii jsou např.: aktivita/odpočinek, zvládání zátky/tolerance stresu, vylučování/výměna a výživa. Domény se dělí na třídy, což jsou skupiny sdílející společné atributy. Ošetrovatelská diagnóza má svůj vlastní číselný kód. Diagnóza se pak zaměřuje na problém, podporu zdraví či potenciační riziko. Může být i přítomen syndrom, ale v taxonomii NANDA-I je málo zastoupen.

Ošetrovatelský proces tedy zahrnuje posouzení, ošetrovatelskou diagnózu, plánování, stanovení výsledků, intervenci a vyhodnocení. (Herdman, Kamitsuru, 2020, str. 56-58)

Hlavní kategorie ošetrovatelských diagnóz NANDA týkající se k potřeby jistoty a bezpečí jsou zastoupeny v **Doméně 6- Sebevnímání**. Třída 1 (Sebepojetí) zahrnuje diagnózu

beznaděj a má vlastní kód 00124. V **Doméně 9- Zvládání zátěže/Tolerance** stresu jsou zastoupeny v Třídě 2 (Reakce na zvládání zátěže) Bezmocnost s kódem 00125, Strach s kódem 00148 a Úzkost s kódem 00146. (Herdman, Kamitsuru, 2020, str. 304, 362,372,378)

1.3 Proces naplnění potřeb

Ve **zdraví** je každý člověk schopen saturovat své základní biologické potřeby sám. Bez pomoci se nají, umyje, nemá problémy s dýcháním. Mezi základní biologické potřeby se řadí také nemít bolest. Když je člověk zdravý, má občas „nevýznamné bolesti“. Naplnění potřeb vyšších se odvíjí od schopnosti, vědomosti a dovednosti jedince, jeho zázemí, prostředí, kulturnosti, vzdělání, úrovně životních cílů a ostatních motivací a potřeb (poradenství, kulturní přehled). Pokud je člověk zdravý, má možnosti a sílu dosáhnout všeho, co chce, může snížit nebo zvýšit své nároky, jeho snažení není omezeno nemocí.

Pro naplnění potřeb v období **nemoci** je nutné zmapovat osobnost jedince před onemocněním. Obecným kritériem je to, zda se jedná o ženu nebo muže. Důležité je znát věk, vzdělání a prostředí, ze kterého přichází. Vliv má typ osobnosti, temperament, zralost či nezralost osobnosti. Za povšimnutí stojí i hodnotový žebříček a celkové zdravotní uvědomění daného pacienta.

Posuzuje se i vliv předcházejících onemocnění. Hodnotí se úspěšnost léčby, forma onemocnění, přístup zdravotníků, léčebné a diagnostické zákroky. Naplnění potřeb je mnohdy horší u zdravotníků a osob s nižší inteligencí.

Přechod ze zdraví do nemoci je krizovou situací. Pacient se musí s novou situací vyrovnat-adaptovat se. Aktivní adaptace znamená přizpůsobení se sobě a svým potřebám. Pasivní adaptace je přizpůsobení se situaci.

Nemoc přináší konflikty v rodině, se sebou samým, neschopností přijetí faktu nemoci. Je to konfliktní situace kvůli změně životního rytmu, kvůli změně prostředí. (Šamánková, 2011, 33,34)

1.4 Motivace pro naplnění potřeb

Motivace souvisí s aktivní lidskou činností. Motivy vysvětlují, proč má chování člověka určitý směr a sílu. (Zacharová, 2016, s. 47)

Motivaci lze definovat jako hybnou sílu našeho jednání a konání. Pro naplnění potřeb je nutná schopnost člověka překonávat překážky. Jak velká je motivace, tak moc se dostává

člověku síly a odvahy pro naplnění cíle. Naplnění náhradního cíle a potřeby bývá přímo úměrné síle motivace.

Motivací se rozumí psychický proces vedoucí k energetizaci organismu. Motivace usměrňuje chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Radost, zvědavost, pozitivní myšlení a radostné očekávání vyjadřuje souhrn všech skutečností, které podporují či tlumí člověka, aby něco konal, popřípadě nekonal.

Motivace je proces, který je důležitý pro aktivizaci chování, dává mu směr a účel. Je to vnitřní hnací síla, ženoucí jedince k uspokojení nenaplněných potřeb, dosažení osobních a organizačních cílů. Je to vůle něčeho dosáhnout.

Lidské chování je vždy něčím motivováno. Je ale ovlivňováno biologickými, kulturními a situačními aspekty.

Motivace může být také zaměřena na ukončení nějakého chování. Na základě motivace vznikají motivy. Jsou to osobní příčiny chování, pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činností a jednání jedince zaměřené na uspokojování potřeb. Motivory se řadí mezi osobnostní faktory odvislé od dispozic a vlastností jedince. Motivory situační vycházejí z objektu a ze situace a vyzývají k jednání.

Motivační cyklus znázorňuje charakteristický sled homeostatické potřeby, vyladění interního života.

Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby. Ostatní formy se vyvíjejí z potřeb. Touha po uspokojení určité potřeby, po dosažení určitého životního optima, nutí jedince k činnosti. Aktivizace trvá do doby, než je potřeba uspokojena anebo dokud se člověk neshodí s faktem, že tato potřeba uspokojena být nelze a nemůže.

Ke spokojenému životu je potřeba pocitu životního optima. To znamená dosažení maximálního možného individuálního životního uspokojení.

Motivací nemocných k překonávání zdravotních potíží by měl každý poskytovatel péče intenzivně vyhledávat. Měl by podporovat a pomáhat hledat nové cesty pro naplnění potřeb. Za ideální situaci se považuje ta, kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka a mírou jejího naplnění. (Šamánková, 2011, s. 17-18)

1.5 Potřeba jistoty a bezpečí

Abraham Harold Maslow uvedl jako druhou prioritní potřebu na své pyramidě potřebu jistoty a bezpečí. Následuje hned nad biologickou potřebou, a to jako potřeba nedostatková. Pocit jistoty a bezpečí zasahuje do oblasti psychiky člověka. Potřebu jistoty a bezpečí je tedy možno rozdělit na:

- potřebu vyhnout se ohrožení (bolesti, stresu, chladu...),
- potřebu ochrany zdraví (saturace fyziologických potřeb),
- potřebu důvěry,
- potřebu soběstačnosti,
- potřebu informací a orientace (informace o zdravotním stavu a prognóze),
- potřebu podnětů (senzorických, motorických...),
- potřebu vlastnictví a hromadění majetku (potřeba ekonomického zajištění),
- potřebu míru a klidu,
- potřeba naděje a víry.

V momentě, kdy jsou uspokojeny fyziologické potřeby, jako je výživa, spánek, se potřeba jistoty a bezpečí stává pro jedince aktuální. Jistota a bezpečí znamená potřebu vyvarovat se nebezpečí a ohrožení. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, potřebu ochránce, osvobození od strachu, ale také ekonomické zajištění. Pocit jistoty a bezpečí znamená pro jedince získání důvěry, životní hodnoty, nezávislosti, orientaci ve společnosti i v materiálním světě.

V uvědomování si potřeby jistoty a bezpečí hraje důležitou roli věk jedince. Typická reakce na neuspokojení této potřeby je u dětí. Dítě velmi špatně snáší odloučení od rodiny, zejména od matky, projevuje se tzv. separační úzkostí. Dítě se cítí v ohrožení, pláče, křičí, nespolupracuje a utíká. Negativně prožívá diagnostické a léčebné zákroky. Dospělý člověk je schopen zvládnout neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí vlastními kompenzačními mechanismy. Ty si osvojuje během svého ontogenetického vývoje. Mohou být pro něho samotného i pro okolí prospěšné i neprospěšné (agrese, únik, izolace, racionalizace, aj.). (Trachtova, 2018, s. 17, 153-154)

Mezi hlavní cíle kvalitní léčebné a ošetrovatelské péče patří uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti pacienta. Nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn, že ho nenecháme samotného. Chce být hlavně zbaven bolesti a ostatních doprovodných příznaků, jako jsou nauzea, nechutenství, nespavost. Přeje si mít vše po ruce, chce vědět, že se mu dostane všeho, co mu přinese úlevu. (Šamánková, 2011, s. 36,39)

U nemocného člověka se musí vždy předpokládat ztrátu jistoty, která zákonitě přináší onemocnění samo a vše, co s tím souvisí. Potřeba bezpečí neznamena jen pouze bezpečí fyzické (bezpečné lůžko, bezpečný transport na vyšetření, bezpečí vhodného oblečení). Je to i vědomí bezpečného, byť omezeného prostoru, který je nemocnému v průběhu hospitalizace vyčleněn. Je to vědomí bezpečí, které pochází z připravenosti poskytovatelů lékařské a ošetrovatelské péče. Je to jistota, že ti, kteří se starají, jsou způsobilí kvalitně a kvalifikovaně pro výkon svého povolání. Pro nemocného je důležité vědomí, že jsou respektovány jeho potřeby a autonomie, že je včleněn do procesu a nebude v průběhu léčby přehlížen. Že mu bude dána důvěra ve spolupráci a pochopení toho, co se od obou stran očekává. Pocit bezpečí nemocným přináší i vhodné oblečení personálu. Pocit bezpečí zajišťují dané limity domácího řádu. Nemalý vliv má dochvilnost a plnění slibů. (Šamánková, 2011, s. 19,20)

Míra jistoty a bezpečí ovlivňuje fyziologicko-biologickou stránku lidského organismu. Napomáhá k normální funkci jednotlivých orgánových systémů přes působení centrální nervové soustavy a vegetativního nervstva. Nejistota účinkuje jako stresor působící na adaptační mechanismy organismu. (Trachtová, 2018, s. 153)

Být v bezpečí je pro každého člověka velmi důležité. Vztah mezi pacientem a zdravotníkem by měl být založen na vzájemné důvěře a respektu. Zdravotnický personál musí dodržovat povinnost mlčenlivosti, která je dána zákonem. Měl by jednat v souladu s etickým kodexem a dodržovat zásady profesionálního chování a jednání. Vzájemná interakce mezi zdravotníkem a pacientem by měla splňovat určitá pravidla, která obsahují důvěru, pochopení, naději a empatii. Nemocný vnímá zdravotníka jako zdroj bezpečí. Považuje jej za odborníka ve svém oboru, kterému důvěřuje. Ale i tak prožívá strach a nedůvěru. Uvědomuje si, že není asi zasvěcen do všeho, co zdravotník myslí a koná. (Zacharová, 2017, s. 78-80)

1.6 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí

Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí se dělí na několik oblastí. Mezi **fyziologicko-biologické** faktory patří věk, funkce orgánových systémů, intaktní tělesná struktura, adaptační mechanismy, způsoby zvládání stresových situací. **Psychicko-duchovní** faktory

jsou integrita osobnosti, láska a sounáležitost, vážnost a úcta. **Sociálně-kulturní faktory** představují socializaci, postavení v práci, v rodině, ve společnosti. Dále je to vliv hodnotového systému daného člověka, role a mezilidské vztahy. Nemalý vliv na jmenovanou potřebu mají **faktory životního prostředí**, příroda jako celek, industrializace (technika, chemie, záření). (Trachtová, 2018, s. 155)

Způsob uspokojování potřeb je tedy ovlivněn řadou faktorů. Patří sem individualita jedince, v jakém stádiu vývoje se člověk nachází, sociálně-kulturní prostředí, mezilidské vztahy, a v neposlední řadě nemoc a okolnosti, za kterých nemoc vznikla. Tyto faktory mohou znemožnit, narušit i měnit způsob uspokojování potřeb člověka. (Trachtová, 2018, s.16, Plevová, 2019, s. 98, Šamánková, 2011, s. 24

Individualita jedince znamená především osobní charakter člověka. Temperament osobnosti (introvert, extrovert), individuální zvláštnosti citů, jako je citová dráždivost, emocionální labilita a stabilita, citová zralost a odolnost proti zátěži. To vše ovlivňuje způsob prožívání a následně uspokojování potřeb. Člověk s narušenou sebekoncepcí má oslabenou schopnost uspokojit základní potřeby, ale i schopnost uvědomit si, zda byly potřeby uspokojeny nebo neuspokojeny. Lidé, kteří se znají a váží si sami sebe, snášejí snadněji změny. Identifikují své potřeby i způsob, jak je uspokojit. Lidé s narušenou sebedůvěrou nejsou schopni uspokojit samostatně své potřeby. Pravděpodobně budou vyžadovat vždy pomoc sestry.

Vývojové stadium člověka je dalším z faktorů ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí. Dítě se ve svém osobnostním rozvoji postupně zbavuje plné závislosti na nižších potřebách, které jsou spojeny s odkázaností na péči druhých. Vyvíjí se potřeby vyšší, které vyjadřují více jeho autonomii a svébytnost. Okamžitou potřebou po narození novorozence je potřeba kyslíku a tepla. Postupně se k nim přidávají další biologické potřeby, potřeby psychické a sociální, které se vzájemně prolínají. Jak v dětství, tak i ve stáří může být rozpoznání potřeb pečující osoby problematické. Involuční změny provázející vyšší věkové období mají vliv na způsob saturace potřeb. Člověk se v průběhu vývoje musí naučit důvěře k lidem. Na základě této schopnosti je pro něho snadněji dosažitelné naplnění základních pocitů jistoty a bezpečí. Zvláště v období kojeneckém, batolecím a částečně i následujících věkových obdobích, nemá dítě dostatečné výrazové prostředky k naznačování potřeb. Obdobný problém nastává i u starého člověka.

Kultura předává jednotlivcům vzorce pro uspokojování potřeb. Určité projevy potřeb ale potlačuje. Sociální prostředí je formováno rozmanitostí kultur, kterými byl člověk ovlivněn v průběhu života (multikulturalismus, transkulturalismus).

Rodina a mezilidské vztahy jsou dalším faktorem. Potřeby dítěte zabezpečuje především rodina, jejímž úkolem je dbát o jeho základní životní potřeby a ochranu zdraví a současně i o rozvoj schopností a zájmy dítěte. Funkční rodina přirozenými projevy citové náklonnosti, citovým přístupem k dítěti vytváří zázemí a buduje pocit bezpečí a jistoty. Rodinné zázemí a podpora blízkých ovlivňuje způsob uspokojování potřeb i v dospělosti včetně stáří. Zejména vztahy k příbuzným a blízkým narušují uspokojování potřeby. Zdravotnický personál často vstupuje do těchto vztahů, protože je v blízkosti nemocného v jeho kritickém období. Zacharová (2017, s. 27) uvádí, že nemocný se změnou své životní role nepříjemně cítí přerušení kontaktu s rodinou, nepříznivě prožívá nedostatek informací z domova nebo nepravidelný telefonický styk. Projevy pochopení a podpory při návštěvách a ujištění o dobré situaci v rodině mohou pro nemocného skutečně znamenat hodně. Dobrá nálada a optimismus kladně ovlivňují zdravotní stav.

Onemocnění člověku brání v uspokojování jeho potřeb a nemoc sama určuje způsob vyjádření potřeb a možnost jejich uspokojování. Prožívání a uspokojování potřeb ovlivňuje druh onemocnění (akutní nebo chronické). Na saturaci potřeb má vliv zvolený způsob léčby, přítomnost bolesti, hospitalizace nebo omezení pohybu. V průběhu nemoci mohou vzniknout i potřeby nové, v důsledku nedostatku vědomostí, zručnosti a stresu. Pokud jsou uspokojeny fyziologické potřeby, nemocný chce uspokojovat potřeby vyšší úrovně. Nemocní často svou veškerou pozornost zaměřují na fyziologické potřeby („přežití“) a přechodně se nezabývají potřebami vyšší úrovně. Mezi další faktory se řadí životní styl, schopnost adaptace jedince na stres, faktory prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal a ve kterém žije. Mohou záviset na inteligenci, zkušenostech, pohlaví jedince atd.

Okolnosti, za kterých nemoc vzniká, mají vliv na potřeby a jejich psychickou odezvu. Nemocný člověk jinak vyjadřuje a uspokojuje své potřeby v domácí péči a jinak při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Specifickými situacemi jsou např. onemocnění matky malého dítěte, onemocnění na cestách mimo domov, v cizině atd. (Plevová, 2019, s. 98-99, Šamánková, 2011, s. 13, Trachtová, 2018, s. 16-17, Šamánková, 2011 s. 24)

1.7 Vliv všeobecné sestry na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí

Při komunikaci s pacientem by měla sestra už svým zjevem působit příjemně uklidňujícím dojmem. Svým chováním vyvolává určité sympatie. Sestra má být upravená, v čisté uniformě. Oblečení a chování sestry je profesionální a nevtíravé. Pacient tak získává pocit, že je v dobrých rukou. Může jí tak svěřit své tělo a ducha. Sestra je přívětivá a trpělivá. Při ztížené komunikaci je schopna několikrát opakovat informaci. Nedává najevo nervozitu. Pacient vycítí eventuelní negativní zaměření sestry. Když sestra jedná laskavě, pacient se zklidní, komunikace probíhá vyrovnaněji. Pokud má pacient potíže s pohyblivostí, sestra ochotně pacientovi pomáhá. I dotyk působí zklidňujícím dojmem. Pacient vše bedlivě sleduje. Vše, co sestra řekne či udělá zároveň ovlivňuje jeho vztah k sestře a celému zdravotnickému zařízení. Je důležité, aby se sestra ptala pacienta, jaké má potíže, zda něco nepotřebuje. Zjišťuje tak, na co je nutné se bezprostředně zaměřit. Je vhodné seznámit pacienta s ostatními, kteří s ním leží na pokoji. Sestra se stává autoritou, dává tím nemocným najevo, že si přeje, aby spolu dobře vycházeli. Seznamuje pacienta s chodem oddělení a možnostmi návštěv. Všimá si jeho nálad, je psychickou oporou, podporuje jeho naději na zlepšení stavu. Neuráží pacientovu inteligenci falešně optimistickým postojem při infaustním stavu. Pak tedy poskytuje podporu neverbálně, svou dokonalou profesionalitou v poskytování úlevy, dotykem a empatií. Je nesmírně důležité, aby měl pacient hluboký zájem, pro který mu stojí za to bojovat s nemocí. U někoho je důležitý životní partner, u někoho děti, vnoučata. Pokud nejsou vztahy ideální, je nutné najít jiný zájem, do kterého se umí ponořit-flow. Takové hluboké zaujetí se významně podílí na kvalitě života. A to i tam, kde je léčba již vyčerpána. Sestra je tak významným partnerem pro uspokojování všech potřeb, kde významnou potřebou jsou pocit jistoty a bezpečí. (Dostálová, 2016, str. 60-62)

1.8 Psychická odezva na neuspokojené potřeby

Nemoc jako porucha zdraví sebou nese obtíže a neuspokojování potřeb. Je nutno upozornit na dvě složky nemoci. Proces poškození škodlivinou a soubor adaptačních reakcí. Rozdíl mezi nemocí a chorobou je v tom, že nemoc je soubor příznaků u konkrétního člověka, kdežto choroba je abstraktní výčet příznaků, které jsou očekávány pro určení diagnózy. (Mohapl 1992, str. 28 in Dostálová, 2016, str. 47)

Pokud má nemocný nedostatečnou saturaci potřeby jistoty a bezpečí, vnímá svou situaci jako ohrožení. Dochází u něj k narušení rovnováhy, strádá fyzicky i psychicky. Pocit jistoty a bezpečí je vystřídán úzkostí, strachem. Objevuje se hněv i smutek.

Úzkost je velice nepříjemný stav a prožitek, kdy si člověk neuvědomuje její bezprostřední vyvolávající příčinu. Je vnímána jako neznámá hrozba. Úzkost je často vnímána hůře než strach, protože očekávání něčeho nepříjemného a neznámého je horší než sama událost. Za určitých okolností má úzkost adaptační význam. Všechny vyvolávající faktory se prolínají s potřebami základními (kyslík, spánek, jistota, bezpečí, pohodlí atd.). Mezi faktory, které vyvolávají v člověku úzkost jsou např. změna sociální role, nemoc, ztráta zaměstnání, ohrožení bezpečnosti, separační úzkost u dětí, hospitalizace, smrt. (Trachtová, 2018, s. 157-162, Zacharová, 2017, s. 56-57)

Úzkost je také ošetřovatelskou diagnózou, kdy: „*Úzkost je vágní, nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj je často nespecifický nebo dané osobě neznámý), pocit znepokojení (obav) způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření s cílem hrozbě čelit.*“ (Herdmann, Kamitsuru, 2020, s. 378)

Strach je silná emocionální reakce nebo způsob chování. Člověk tak reaguje na signály, které vnímá jako nebezpečí. Prožívá nepříjemný pocit, pocit hrůzy, jež se vztahuje k určitému definovatelnému zdroji nebezpečí, před kterým varuje potřeba jistoty. Jedinec se soustředí na nebezpečí. To vše se poté projevuje nedostatkem pozornosti, snižuje se jeho výkon a kontrola. Prožívání strachu je závislé na věku, na toleranci vůči vyvolávajícímu podnětu a také na tom, zda je schopen určit jeho začátek a konec. (Trachtová, 2018, s. 157-162, Zacharová, 2017, s. 56-57)

Definice strachu jako ošetřovatelské diagnózy je podle Herdmann a Kamitsuru (2020, s. 372) „*vědomý nebo nevědomý pokus popřít znalost či význam události za účelem snížení úzkosti a/nebo strachu, vedoucí ke zhoršení zdraví.*“

Hněv je častou reakcí na frustraci a je spojován s agresí. U dětí se objevuje okolo 4. a 5. měsíce. Je proto patrné, že je vrozenou reakcí na překážku v uspokojení potřeb. Typickým znakem je fyzická agrese, která může nahrazovat agresí verbální. Vystupňovaný hněv se projevuje vztekem, zuřivostí až běsněním. Často se hněv projeví oslabením a ztrátou zábran, které zaplavuje vědomí a dezorganizuje jeho intelektovou činnost. (Trachtová, 2018, s. 157-162, Zacharová, 2017, s. 56-57)

Smutek je reakcí na ztrátu hodnoty ve formě zarmoucení až žalu. Projevuje se pláčem. Hluboký žal probíhá bez pláče. Smutek je pocit bezvýchodnosti, doprovázen atakou

hněvu, vzpoury, pocitem strachu a viny. Nedostatek informací, ztráta intimity, léčebné a diagnostické výkony, bolest, sociální izolace, změna prostředí, změna sociálního postavení, neschopnost provádět běžné denní činnosti, neschopnost komunikovat, následky onemocnění, umírání a smrt, to vše a jiné může vyvolat u jedince strach, úzkost, hněv, beznaděj. (Trachtová, 2018, s. 157-162, Zacharová, 2017, s. 56-57)

Je tedy jasné, že nemoc má rovinu somatickou (biologickou), rovinu psychickou a rovinu sociální. Biomedicínský model nemoci řeší somatickou stránku, vyznačuje se jasně definovanou měřitelností. Psychologický model nemoci je zcela subjektivní. Pokud se člověk necítí dobře, tento stav ovlivňuje jeho postoj k utrpení a snižuje schopnost je zvládat. Následuje neuspokojování řady potřeb, což vyžaduje novou adaptaci a omezuje tak životní aktivity. Psychologický model vychází z psychoanalýzy. Sociologický model nemoci se zabývá poruchou následující v poruše sociálních rolí v důsledku nemoci. Uvádí se, že „*nemoc je porucha schopností individua plnit očekávané úkoly a role, tedy odchylka od normální sociální role.*“ (Bártlová, 1996, str. 19 in Dostálová 2016, str. 47). Nemoc je tedy sociální jev, který znamená změnu v chování individua a odezvu jeho okolí. (Mohapl, 1992, str. 30 in Dostálová 2016, str. 47). Nemoc má objektivní stránku charakterizovanou patologickými změnami, které jsou prokazatelné vyšetřovacími metodami. Dále existujícími příznaky vzniklé důsledkem změn v organismu a jsou zevně zjistitelné. Nato má nemoc subjektivní stránku, kdy ji nemocný vnímá jako pocity přinášející potíže. (Dostálová 2016, str. 48).

Na psychický stav pacienta s nádorovým onemocněním má vliv jeho premorbidní osobnost, dále informace o tom, jakou nemocí trpí a současné příznaky nemoci. Podle vzhledu pacienta si sestra a okolí může všimnout rozdílu mezi skutečným a zdánlivým věkem. Podle psychologů stavba těla souvisí i s temperamentem člověka. Dostálová uvádí, že podle celkového vzhledu lze předpokládat, že např. mladé atraktivní ženy se budou adaptovat na karcinom prsu hůře, než starší, rozvážně vypadající ženy. U staře a sešle vypadajících lidí může sklerotická porucha značit nechápavost a zapomnětlivost. Hysterické typy lidí si často vynucují pozornost. Chování, verbální projevy a gestikulace mohou být změněny proti obvyklému projevu psychickou časnou reakcí na onemocnění.

Další důležitou funkcí je vůle. Potřeby, motivy a zájmy vedou ke chtění. To vede k rozhodnutí. Třetí fází je uskutečnění vytčeného cíle. K vůli se řadí rozhodnost, cílevědomost, statečnost, odvaha, vytrvalost, stálost, koncentrace. Vycvičenou dovedností je sebeovládání. (Říčan, 2010, str. 182). Osobnostní rysy pacienta souvisí s jeho životní rolí. Je to

předpis sociálního chování. S hraním rolí souvisí také sebe prezentace. Liší se při různých příležitostech. (Nakonečný, 2009, str. 34-38). Různé poruchy osobnosti mohou znesnadnit adaptaci na nemoc a snížit profesionální snahu o pomoc. Podle Dostálové jsou lidé, kteří se soustředí na budoucnost, lidé propadlí minulosti a lidé žijící zcela přítomností. Mladší lidé jsou zaměřeni na budoucnost, lépe snášejí léčbu. Pokud si ale uvědomují pokročilost onemocnění, vidí budoucnost temně a snadno propadnou depresi. Lidé vysokého věku jsou lidé minulosti. Užívají si vzpomínek. Jsou si nyní vědomi nebezpečí, která jim tehdy hrozila. Vzpomínky jsou proto příjemné, nebezpečí je zažehnáno. Hůře snášejí léčbu lidé zaměřeni na přítomnost. V případě, kdy se cítí lépe, dovedou si přítomnost užívat. Neznepokojují se budoucností. (Dostálová, 2016, str. 57)

2 CHIRURGICKÝ PACIENT A PLÁNOVANÝ OPERAČNÍ VÝKON

2.1 Charakteristika chirurgického ošetřovatelství

Chirurgie je základní lékařský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a operační léčbou onemocnění různých orgánů, včetně poranění. Chirurgie se dělí na všeobecné a specializované obory. Podstatou je týmová spolupráce, opírá se i o výsledky jiných lékařských oborů. Pro zajištění nejvyšší úrovně odborné chirurgické péče se zřizují specializovaná chirurgická centra. Probíhají zde složité, a hlavně nákladné operační výkony. Je proto vyžadováno specializované vzdělání a erudice zdravotnických pracovníků, technické a materiální vybavení. Chirurgické oddělení je rozděleno na úsek ambulantní, lůžkový a operační. (Slezáková, 2019, str. 9)

Chirurgické operace lze rozdělit podle různých kritérií. **Ambulantně** se provádějí výkony, které svým rozsahem a možnými komplikacemi nevyžadují, aby byl pacient hospitalizovaný a není u nich potřeba speciální předoperační příprava. **Operační výkony za hospitalizace** se provádějí tehdy, pokud vyžadují odbornou předoperační přípravu. Pacient bude následně pro celkový stav a rozsah výkonu pooperačně sledován a monitorován. **Plánované operační výkony** jsou operace, které lékař indikuje pro chronické potíže, které nelze řešit konzervativně. **Akutní** výkony se provádějí co nejdříve po určení diagnózy a po provedení nejnutnějších předoperačních vyšetření. Výkony, které nesnesou odklad jsou **urgentní** operační výkony. Výkon, který zcela řeší onemocnění je výkon **radikální**. **Paliativní** výkon neřeší základní onemocnění, ale snaží se o zlepšení kvality života pacienta. Dále se rozdělují výkony na výkony **jednodobé**, kdy je operací dořešeno onemocnění, a výkony **vícetdobé**, kdy se určuje časový plán operačních výkonů. **Diagnostické** výkony zjišťují příčinu obtíží a **léčebné** výkony mají za cíl vyléčení pacienta. **Krvavé** operační výkony jsou charakteristické pro chirurgii a jsou řešeny řezem, které je spojeno s krvácením. **Nekrvavé** operace neporušují integritu organismu, jsou prováděny endoskopicky, bez porušení anatomických struktur. (Schneiderová, 2014, str. 19-21)

2.2 Předoperační péče

Aby se zabránilo vzniku pooperačních komplikací, je potřeba udělat důsledné předoperační vyšetření. Na základě rozhodnutí lékaře je nutné provést předoperační přípravu. Zahrnuje dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední ošetřovatelskou předoperační péči. Je

provedeno komplexní (předoperační) interní vyšetření s EKG srdce a RTG plic, vyšetření biologického materiálu (jaterní a renální testy, CRP, krevní obraz, krvácivost a srážlivost). Tato vyšetření bývají u **dlouhodobé předoperační** péče zajištěna praktickým lékařem pacienta. Pacient si přinese výsledky vyšetření v den přijetí na plánovanou operaci. Vyšetření mohou být doplněna o další speciální vyšetření.

Krátkodobá předoperační příprava zahrnuje fyzickou, anesteziologickou a psychologickou přípravu. Jedná se o období přibližně 24 hodin před operačním výkonem.

Každý pacient musí být před operací 6-8 hodin nalačno. U pacientů s poruchou výživy je zajištěn příjem tekutin a energie parenterální cestou. **Vylučování** při náročných operacích je řešeno katetrizací močového měchýře. Vyprázdnění tlustého střeva se řídí pokynem lékaře, podává se klyzma nebo vyprazdňovací roztok. **Celková hygiena** pacienta je prováděna dle zdravotního stavu pacienta, je-li pacient schopný, provede si ji sám, pokud nemůže, pak mu je provedena s pomocí zdravotního personálu. **Příprava operačního pole** se provádí až těsně před odjezdem na operační sál a zahrnuje oholení operačního pole spolu s desinfekcí z důvodu snížení rizika infekce a dle zvyklostí oddělení. **Cennosti a protetické pomůcky** se proti podpisu ukládají do trezoru. Snímatelné zubní náhrady se odstraní z dutiny ústní. Z důvodu prevence tromboembolické nemoci se přikládají na dolní končetiny bandáže nebo punčochy. Den před výkonem, popřípadě v den výkonu, dle naléhavosti je provedena též **anesteziologická příprava**, kdy pacienta navštíví lékař anesteziolog a seznámí ho s anestézií, jejími možnými riziky, zhodnotí zdravotní stav u pacienta a určí premedikaci, spočívající v podání léků před operačním výkonem, z důvodu snížení rizika komplikací při výkonu. **Spánek a odpočinek** je důležitý pro zvládnutí stresu před operací. Proto anesteziolog často ordinuje sedativa a hypnotika. Cílem **psychické přípravy** je minimalizace strachu a stresu z operace. Na tomto úkolu se podílejí lékaři i sestry. Není vhodné bagatelizovat otázky kladené pacientem, které se týkají bezprostředně operace. Pacient se často zajímá o délku anestezie, nepříznivého výsledku operace, pooperační bolesti, imobilizace, má starost o rodinu.

Bezprostřední předoperační příprava nastává asi 2 hodiny před operací. Kontroluje se dokumentace pacienta, operační pole, bandáže dolních končetin, lačnění pacienta, kontrola chrupu. Dále se sleduje pacientovo vyprázdnění, sondy, venózní přístup. Aplikuje se premedikace a vše se zapisuje do dokumentace. (Slezáková, 2019, str. 34-36)

2.3 Pooperační péče

Pacient zůstává po operaci pod intenzivním odborným dohledem, do té doby není-li plně oběhově stabilizován, nemá plně obnovenou dechovou činnost a nemá-li opět aktivní obranné reflexy. Pobyt pacienta na dospávacím či pooperačním pokoji je součástí bezprostřední pooperační péče. Z operačního sálu bývá pacient předáván spontánně dýchající a při vědomí. Operatér zapíše do dokumentace své ordinace (léky, infuze, péče o převazy, drény).

Do pooperační péče spadá monitorace fyziologických funkcí v pravidelných intervalech dle ordinací anesteziologa a později ošetřujícího lékaře. Sledováno je vědomí, tep, krevní tlak, tělesná teplota a saturace kyslíkem. Hodnoty jsou pečlivě zaznamenávány do dokumentace. Důležité je sledování stavu operační rány a prosakování obvazů, odvod z drénu, drenáž, barva kůže a sliznic, diuréza, invazivní vstupy. (Slezáková, 2019, str. 38)

Po stabilizaci na pooperačním pokoji je pacient předán na standartní lůžkové oddělení. Je uložen do čistého, dobře přístupného lůžka. Má k dispozici signalizaci. I nadále jsou měřeny ošetřovatelským personálem fyziologické funkce, sleduje se stav vědomí. Sestry kontrolují operační ránu, prosakování obvazu, funkčnost a odpady drenů. Zásadní význam pro nekomplikovaný pooperační průběh má sledování bolesti. Pro potlačení nevolnosti a zvracení se podávají léky dle anesteziologa. Dbá se na prevenci aspirace. Sleduje se vyprazdňování močového měchýře a střev. Potíže se pak eventuálně řeší vycévkováním, zavedením permanentního močového katetru. Porucha peristaltiky střev je řešena rektální rourkou, pohybovou aktivitou nebo medikamentózně. Případná atonie žaludku může vést k opakovanému zvracení, které si vyžádá zavedení nazogastrické sondy. Po operaci se tekutiny a živiny řeší infuzními roztoky. Později je možno podat v malém množství čaj. Po obnově peristaltiky se pacient postupně zatěžuje stravou. Podává se tekutá dieta, poté kašovitá, šetřící až normální běžná strava.

Součástí pooperační péče je včasná rehabilitace. Je prevencí vzniku tromboembolických a respiračních komplikací, dekubitů. Rehabilitaci provádějí fyzioterapeuti. Sestry vykonávají dohled a pomoc při provádění hygieny, doprovázejí na toaletu. Motivují pacienta k včasnému vstávání z lůžka. Podporují pacienta psychicky.

(Schneiderová, 2014, str. 72)

2.4 Péče o rány

Ránu lze definovat jako porušení integrity kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu. Bývá doprovázena bolestí, krvácením, ztrátou tkáně. Hojení ran je rozděleno na hojení primární a sekundární. Primární hojení je u rány, kde není narušení okrajů. Okraje se dotýkají, není zde infekce ani zánět. Výsledkem je různě rozsáhlá jizva. Sekundární hojení bývá narušeno infekcí, poruchou prokrvení. Z důvodu snížení rizika vzniku komplikací se rány převazují. Účel převazu je preventivní a terapeutický. Pokud se jedná o operační ránu, první den se sleduje jen stav horní krycí vrstvy. První převaz provádí zpravidla jeden až dva dny po operaci lékař ve spolupráci se sestrou. (Burda, Šolcová, 2016, str. 153)

2.5 Plánovaný operační výkon u pacienta a potřeba jistoty a bezpečí

Operace prováděná z důvodu terapeutického či diagnostického je vždy zásah do lidského organismu. Chirurgický výkon může být krvavý, kdy dochází k porušení celistvosti povrchu těla (laparoskopie, laparotomie, incize, excize), nekrvavý (endoskopické výkony, neinvazivní repozice zlomenin). Dále se výkony dělí na ambulantní a výkony prováděné při hospitalizaci. Z hlediska načasování výkonu se operace dělí na plánované, urgentní a akutní. (Schnaiderová, 2014, s. 37-50) Výhodou plánované operace oproti urgentní a akutní je načasování výkonu. Je možnost pacienta co nejlépe připravit, aby bylo riziko omezeno na co nejmenší míru. Při urgentním výkonu totiž chybí řádná předoperační příprava, uspokojení potřeby jistoty a bezpečí je možno řešit až po chirurgickém výkonu v rámci pooperační péče. (Zeman, Krška, 2011, s. 17, 265-276)

Každý plánovaný výkon má tedy svou indikaci, rizika a prognózu. Může významně zasáhnout do pacientova života a ovlivnit jeho **potřebu jistoty a bezpečí**. Operace může být malým, i velkým rizikem. Může se provádět v místní nebo celkové anestezii. Pacient může být zcela vyléčen nebo je jeho dosavadní stav zlepšen. Díky operaci je často konečně objasněna příčina obtíží, i když je někdy prognóza nejistá a nepříznivá. Operace znamená mnohdy velký zásah do organismu. Příkladem vzniku postižení a životního omezení je třeba založení stomie, amputace končetiny či jiného orgánu. Takový pacient se musí vyrovnat nejen se samotným onemocněním, ale překonávat i následky spojené s operací. Musí přijmout novou situaci, což klade vysoké nároky na jeho schopnost adaptace. (Zacharová, 2017, s. 40)

Chirurgický zákrok je vnímán pacientem jako životní změna, jako veliká neznámá až děsivá realita. Zvýšená předoperační úzkost zvyšuje rizika spojená s operací, často je nutné zvýšit dávky anestetik, a to ovlivňuje opožděné hojení ran. Za nejčastější příčinu předoperační úzkosti autor zmiňuje čekání na operaci. Pacient má plno času přemýšlet, jak operace dopadne, jaká bude pooperační bolest, myslí na odloučení od rodiny, řeší pracovní neschopnost, ztrátu nezávislosti, bojí se smrti. (Ylmaz et al., 2012)

Dochází k narušení soukromí pacienta, kdy se musí obnažovat před ostatními, je vystaven pohledu na operační rány jiných spolupacientů, vidí různé chirurgické nástroje při převazech, vidí druhé pacienty, kteří se vrací z operačního sálu. (Zacharová, Šimíčková, 2011)

Dále dochází ke změně sociální a rodinné role, nemocný má strach ze ztráty samostatnosti, má strach z nejisté prognózy, bojí se tělesných změn díky chirurgické intervenci, které mohou vést až k postižení a nutnosti přizpůsobit se novému stavu. Prožívání negativních emocí v předoperačním období jsou ovlivněny individuálně v závislosti na věku, stavu výživy, na rozsahu, závažnosti, typu výkonu. Dále má na prožívání vliv předchozí zkušenost s operačním výkonem a zda se jedná o onkologické onemocnění. (Santos et al. 2014)

Autoři Zeman a Krška (2011) hovoří o důležitosti sociálního hlediska, jelikož nemocný bývá v dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo musí měnit pracovní zařazení. To pro pacienta představuje nejistotu v ekonomickém zabezpečení.

Veliký vliv na psychiku člověka má vnímání tělesného stavu. Sebekoncepce či sebe-pojetí znamená, jak vidí člověk sám sebe, svou osobnost a schopnosti. Vnímání obrazu těla je hodnocení funkce a vzhledu vlastního těla a může se lišit od reálného vzhledu. Mění se v čase, v různých obdobích života (těhotenství, puberta), vliv mají jizvy po operaci, drény, amputace či úraz, což změní fyzický vzhled jedince a tím ovlivní i jeho sebedůvěru a sebe-pojetí. (Atkinson, Pudner, 2010)

Anesteziolog pacientovi vše vysvětlí a zbaví ho obav z narkózy. Mnoho pacientů totiž uvádí, že má obavy, že se po operaci „neprobudí“ nebo naopak, že se „probudí“ během operace anebo během anestezie a něco na sebe vyžradí. Pro pacientovu jistotu je velmi důležité, že se může vyptávat, dostává pravdivé informace, které ho nevyděsí, a že je zkrátka v „dobrých rukou“. (Vymětal, 2003, str.204)

2.6 Psychická podpora chirurgického pacienta

Při některých onemocněních je nezbytné provést operaci. Často jsou to operace deformující (např. amputace prsu, amputace konečnicku s kolonoskopií, laryngektomie s trvalou ztrátou hlasu). Představují pro pacienta další šok (Dostálová, 2016, str. 57).

2.6.1 Předoperační strach a úzkost

Operace představuje pro nemocného stres a úzkost. Strach je na rozdíl od úzkosti normální reakcí na skutečné ohrožení nebo nebezpečí. Existuje takzvaný „syndrom strachu a úzkosti“. Je to stav, kdy je přítomen strach i úzkost zároveň. Jedná se například o stav pacienta před operací, kdy nemocný vnímá strach z operačního výkonu jako takového a zároveň prožívá úzkost z neznámého. Pacienti vnímají strach a úzkost bez ohledu na typ a velikost operačního výkonu i bez ohledu na způsob anestezie, způsob lokální či celkový. Nemocní se bojí zejména ztráty kontroly, bojí se, že se neprobudí. Starší pacienti prožívají stejné obavy jako ti mladší.

U nemocných s předoperační úzkostí je pozorováno zvýšení srdečního tepu, zvýšení krevního tlaku nebo i zvýšení tělesné teploty. U úzkostných nemocných může být v důsledku vazokonstrikce problém zavedení periferního žilního katetru. Úzkostný pacient hůře vnímá bolest v důsledku zvýšeného svalového napětí. Vnímání bolesti významně ovlivňuje průběh zotavování po operaci, celkový pooperační průběh a může pro pacienta znamenat i delší dobu hospitalizace. Tito nemocní mají zpravidla potřebu vyšších dávek anestetik v průběhu operačního výkonu a vyšších dávek analgetik v pooperačním období.

Mezi hlavní rizikové faktory předoperační úzkosti spadají onkologická onemocnění v anamnéze pacienta, psychiatrická diagnóza, úzkostné rysy, kouření, vzdělání a celkový fyzický stav nemocného. Pokud nemocný v minulosti již operační výkon podstoupil, je výskyt předoperační úzkosti nižší. Vyšší míru úzkosti mívají mladší pacienti bez předchozí zkušenosti s operací a s nižším vzděláním. Strach a úzkost neprožívají jen samotní nemocní, ale také jejich rodiny a blízcí.

Mezi další faktory, které ovlivňují předoperační úzkost, patří věk nemocného, ženské pohlaví, partnerský vztah a jeho vzdělání. Dále je úzkost před operací ovlivňována základním onemocněním pacienta, očekávaným výsledkem, komplikacemi, které mohou nastat, předchozími operačními výkony, délkou pobytu v nemocnici, druhem předoperačních informací, způsobem vedení anestezie. Nakonec předoperační úzkost ovlivňují psychosociální

faktory, jako je pacientova úroveň úzkosti, osobnost, psychiatrické onemocnění, citlivost na bolest a životní spokojenost. (Janíková et al., 2013, s. 361-368)

Ebirin a Tomin ve své studii z roku 2011 popisují, že pacienti jako nejčastější příčiny úzkosti uvádějí odložení operačního výkonu, poškození pacienta v důsledku chyby během operace, nedostatečnou pozornost ze strany ošetrovatelského personálu, obavy z neprobuzení se z narkózy, nedostatečné tlumení bolesti, neúspěšnou operaci. Mezi pět stresujících událostí před operací se řadí čekání na operaci, nemoci se napít, nemoci mít zubní protézu, transport na operační sál na lehátku a samotný příjezd na operační sál. (Ebirin, Tomin, 2011 in Janíková et al., 2013, s. 368).

Podle Kindlera existují tři dimenze strachu před operací. První dimenzí je strach z neznáma. Pacient se bojí čekání na operaci, má strach, že bude „vydán na milost“ zdravotníkům. Bojí se, jak operace dopadne, má strach z toho, že neví, co se stane. Druhou dimenzí je strach cítit se nemocný. Nemocný se bojí nevolnosti nebo zvracení po operaci, bojí se, že ho to bude po operaci bolet, má strach z toho, jak mu bude, až se probudí, bojí se, co se bude dít v době, kdy už bude spát. Poslední, třetí dimenzí je strach o život. Nemocný se bojí, že se po operaci neprobudí nebo že bude během operace poškozen (Kindler, 2000 in Janíková et al., 2013, s. 371).

Doba čekání na operaci vytváří prostor pro přemýšlení, napětí, znepokojení a obavy z blížícího se chirurgického výkonu, což ještě zhoršuje vnímání úzkosti. Sestra musí respektovat operační program a není v jejích silách zkrátit dobu čekání na operaci. Může ale zmírnit pacientovu úzkost např. muzikoterapií. Sestra nadále respektuje intimitu, důstojnost a soukromí pacienta. (Janíková et al., 2013, s. 371).

2.6.2 Komunikace s pacientem

Kromě znalostí a schopností všeobecných sester je klíčovým pilířem komunikace. Když není vůle k dobré komunikační schopnosti, protože je to považováno za zbytečné nebo nadbytečné, personál si neudělá na komunikaci čas, pak se sotva dosáhne pokroku. (Kutschner, 2017, str. 68)

Vzájemná interakce mezi pacientem a sestrou se děje v prostoru malé sociální skupiny. Role sestry a pacienta jsou naprosto odlišné. Sestra se dostává do role dominantní a nemocný, vzhledem ke svým neuspokojeným potřebám a nemoci do role „žadatele“, submisivní. Ne každý je na tuto roli připraven a schopen se ztotožnit. (Zacharová, 2016, str. 81)

Technika a lidský aspekt patří k sobě. A lékař, který se vcítí do pacienta, může vytvořit důvěru. Vztah důvěry však může narušit nejasný jazyk i nepochopení. Je tedy nezbytné budování důvěryhodného vztahu a komunikativně rétorická kompetence. Pacient pravděpodobně odpustí spíše to, pokud lékař nepoužívá řeč těla jako podporu svých slovních výroků než jeho drsný, neosobní způsob přímé komunikace. Vynikající jazyk nedokáže vykompenzovat nedostatek osobní pozornosti. (Kutscher, 2017, str. 13)

V současnosti se tedy klade veliký důraz na kombinaci odborných vědomostí zdravotníků a správně uplatňovaný přístup k pacientovi. Sestra by měla mít schopnost zahájit, podporovat a udržovat správnou komunikaci. Často na tom závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran. Mnohdy můžeme slyšet stesky pacientů: „*Nic mi neřekli.*“ Nebo: „*Ani mě pořádně neposlouchali.*“ (Zacharová, 2016, str. 97)

I ve své publikaci „*Kommunikation- erfolgsmotor in der medicin*“ autor Kutscher uvádí, že existuje souvislost mezi spokojeností pacientů a komunikací na základě stížností na lékaře. Stížnosti mají obvykle svou příčinu v komunikačních problémech. Hlavní důvody soudních sporů proti lékařům v USA jsou: nedostatečné poučení pacientů, pacienti se cítí ignorováni, chybí ocenění, rychlost vyšetření. Naopak znakem úspěšného komunikačního stylu jsou: dlouhodobý kontakt s pacientem, orientace, vysvětlení postupu, humor, povzbuzení, vlastní prohlášení a spolupráce. (Kutscher, 2017, str. 91)

Komunikační kompetence se dá dosáhnout, pokud existuje schopnost řídit vztahy a umění používat sady komunikačních dovedností situačně i osobně. Zásadní požadavek pro přesvědčivost v komunikaci je osobní postoj. Pojem k sobě, víra v sebe sama. Pokud chce člověk úspěšně komunikovat, musí být přesvědčen, že to umí a může. To, na co si troufá, záleží, co si o sobě myslí, v co věří a co si myslí, že může dosáhnout. (Kutscher, 2017, str. 67)

V praxi bývají skupiny pacientů, kteří nevyžadují žádné informace, spokojí se s pokyny zdravotníků. Většina však projevuje zájem o celou řadu informací, které se týkají jejich nemoci. Ptají se na závažnost onemocnění, průběh, bolest, soběstačnost, komplikace. Pacient, kterému informace chybí, bojí se klást otázky, je postupně úzkostnější, nejistější, méně důvěřuje zdravotníkům. Pak vznikají obavy z nejhoršího, zdravotní stav se nezlepšuje.

Když má nemocný dostatek informací, udělá méně chyb, odliší důležité pokyny od nedůležitých. Pokud je pacient dobře informován, dochází k určitému uklidnění. Jeho

kognitivní kontrola nad situací v něm vzbuzuje důvěru ke zdravotníkům a usnadňuje spolupráci. Informace sdělované pacientům je třeba poskytovat účelně, protože mohou mít vliv na další průběh nemoci. Sestra nesmí poskytovat informace o zdravotním stavu ani o průběhu léčby pacientovi či rodině. Může ale v rámci ošetrovatelské péče působit optimisticky např. povzbuzením: „*Hezky se vám to hojí*“.

Mnozí pacienti své problémy neumí sdělit jasně a stručně. Nemocný bývá často rozrušen, zapomíná sdělit důležité okolnosti a problémy. Je vhodné, když si pacient písemně připraví, co je třeba řešit. Předejde se tím napětí a úzkosti, které při komunikaci vznikají. Psychologicky je dobré znát, co pacient prožívá, co mu působí starosti. Pak je možné přiměřeným vysvětlením zlepšit jeho spoluúčast na léčebném procesu. (Zacharová, 2016, str. 99-101)

2.6.3 Terapeutický rozhovor

V ošetrovatelské praxi sestra využívá různé typy komunikace v závislosti na cíli, které sleduje. Terapeutický rozhovor vychází z teorie, že dobré slovo léčí. Sestra je člověkem, který je s pacientem v bezprostřední blízkosti. Bývá s ním velmi často a od běžných hovorů se dostává k pocitům pacienta. Naslouchání tomu, co nemocný cítí, je to nejdůležitější. Pacienti uvádějí nejčastěji strach, úzkost, smutek, zklamání, tíseň. Uvádí i pozitivní emoce, k nimž se řadí radost, potěšení, klid. Akceptace pocitů znamená dávat druhým najevo, že je vnímáno, co druzí prožívají. Když se sestře podaří pocity akceptovat, sníží se jeho napětí, a bude v rozhovoru pokračovat. Vede to k zmírnění úzkosti a k navázání důvěry. (Zacharová, 2016, str. 45)

Pojem terapeutická komunikace začal používat v roce 1961 Ruesch. (Baringer, 2006) Jedná se o proces, který pomáhá překonávat stres, dobře vycházet s lidmi, přizpůsobit se nezměnitelným událostem a překonávat překážky. Odborník tedy může svou komunikací podstatně ovlivnit psychické zdraví a pohodu pacienta. Terapeutická komunikace vyžaduje srdečnost, důvěru, empatii a vzájemný respekt. Pacient pak věří sestře, že o něho dobře pečuje, rozumí mu a je zaměřená na jeho potřeby. (Plevová, 2019, str. 123)

Mezi základní techniky terapeutické komunikace patří dle Antai-Otong (2007) aktivní naslouchání, asertivitu, objasnění, řešení konfliktu, konfrontaci, humor, vyjednávání, reflexi, ticho a sumarizaci.

Aktivní naslouchání je forma reagování na druhou osobu zlepšující vzájemné porozumění. Představuje dovednosti, jaké jsou pozornost, soustředění, dešifrování, paměťové zvládnutí, kritické myšlení a zpětnou vazbu. Naslouchání není důležité jen pro porozumění, ale i pro vyjádření zájmu a sdělení pocitu. Je to aktivní proces, který si žádá úsilí potlačit vlastní potřeby a emoce. A to není vždy snadné.

Křivohlavý v předmluvě českého vydání knihy Zapomenuté umění naslouchat (Nichols, 2005) mluví o významu naslouchání: *„Když zažijeme to, že nám někdo skutečně naslouchá, pak máme pocit, jako by nám ze srdce spadlo břemeno. Cítíme, jako by nás přestalo bolet to, co nás trápilo. Porozumění ze strany druhých lidí tak v nás buduje sebedůvěru. Na druhé straně se ukazuje, jak zle je člověku, který nemůže najít někoho, komu by se mohl svěřit s tím, co ho trápí, s tím, s čím si neví rady, i s tím, co považuje za tak důležité, že si to nechce nechat jen sám pro sebe. Ukazuje se, jak těžký je zážitek, když něco říkáme, ale druhý nám nenaslouchá, jak bolí nedostatek vnímavosti u druhých lidí pro to, co jim chceme sdělit: jak bolestné je, když nám někdo nenaslouchá bez snahy porozumět a pochopit, co mu chceme říci, a jak bolí nedostatek empatie u lidí, kterým chceme či potřebujeme něco sdělit. Pocit, že nám někdo nenaslouchá, že nám nerozumí, popř. se ani nesnaží nás pochopit a porozumět nám, patří k nejbolestivějším pocitům.“*

Pro dobré zvládnutí naslouchání patří udržení očního kontaktu, nepřerušování, plné soustředění, odstranění překážek, parafrázování, reakce na obsah, sledování myšlenky a tématu. (Antai-Otong, 2007 in Plevová, 2019, str.129)

Empatie se nejčastěji popisuje jako umění vcítit se do duševního stavu a prožitků druhého. Představuje kognitivně-emoční funkci, která znamená poznání a pochopení prožívání nemocného. Je to „spoluprožívání“ ale i zároveň jasné hodnocení a distancování se od něho („být s ním“ a přitom „zůstat sám sebou“). Empatie je založena na intenzivním zpracování signálů neverbální komunikace a vědomý příklon k pacientovi. Taková komunikace sestře pomáhá vnímat vnitřní svět pacienta, pomáhá dívat se na jeho potřeby a problémy jeho očima. Sestra schopná empatie poskytuje pacientovi pocit jistoty a bezpečí. (Plevová, 2019, str. 140)

Asertivita je „způsob komunikace, kterým člověk upřímně a otevřeně vyjadřuje své myšlenky, emoce, názory a postoje v pozitivní i negativní formě“ (Kristová, Tomašková, 2002). Neporušuje přitom svá práva ani práva ostatních. Asertivita je také označení pro

zdravé sebeprosazení, sebebřijetí, sebeotevřeni, sebeobjevení nebo sebeprojevení (Hartl, Hartlová, 2000).

Podle Vybírala (2009) je asertivita založená na dostatečném sebevědomí, na souboru komunikačních a sociálních dovedností, které umožňují jedinci prosadit vlastní zájmy, a zároveň respektovat přání a zájmy druhých. Asertivní člověk přebírá plnou zodpovědnost za své chování, působí vyrovnaně, uvolněně, umí naslouchat, jde mu o spolupráci. Asertivity je možné dosáhnout vysvětlením a praktickým nácvikem. Asertivní trénink je v zásadě určen pro plaché a neprůbojné jedince a pro lidi, kteří reagují velmi podrážděně na jakoukoli kritiku a mají tendenci ihned oplácet, vracet, vyvolávat napětí. (Plevová, 2019, str. 147)

Řešení konfliktu může být i přínosem, pokud je konflikt rozpoznán a správně řešen. Konflikt je rozpor, spor nebo současné střetávání protichůdných tendencí, snah a sil. Konflikt má v češtině výrazně negativní přízvuk. Naznačuje rozkol, nesoulad, disharmonii. Každodenní interakce s pacienty, kolegy a nadřizenými může vyvolat nesouhlas, spory a konflikty. Často bývají konflikty spojené s chováním, ne s lidmi. Při jejich řešení je proto potřeba se zaměřit právě na chování, ne na schopnosti a vlastnosti lidí. Řešení konfliktu vyžaduje efektivní komunikační zručnosti, hlavně asertivitu. Neřešitelné nebo protražované konflikty narušují duševní rovnováhu a poškozují duševní zdraví. (Plevová, 2019, str. 154)

Humor je radostný citový stav vyvolaný komickou myšlenkou, nápadem, situací (Hartl, Hartlová, 2000). Humor je chápán jako způsob vnímání a prožívání života, osvobozuje od konformity a přidává více spontánnosti a autentičnosti. Sjednocuje lidi prožíváním a vzájemným sdílením radosti, snižuje úzkost a napětí, buduje vztahy, podporuje řešení problému a učení, motivuje, umožňuje osobní přežití nebo pomáhá při zvládnutí strachu a stresových situací. Humor je v českém sociokulturním kontextu považován za žádoucí vlastnost. Pokud sestra používá tento druh komunikace, musí ho umět vhodně načasovat. Ne každý pacient vnímá humor kladně, může to chápat jako lehkovážnost. Sestra nepoužívá sarkasmus, ironii, zaměřuje se na obsah. (Balzer-Riley, 1996 in Plevová, 2019, str. 154)).

Konfrontace znamená nabídnout pacientovi více alternativních pohledů nebo názorů. Konfrontace má dvě části: Cílem první je přimět druhého, aby si uvědomil své nežádoucí chování, a cílem druhé je nabídnout nový způsob vhodného chování. Konfrontace jako technika terapeutické komunikace se využívá k poukázání na inkongruenci mezi slovním sdělením a chováním (Antai-Otong, 2007 in Plevová, 2019, str. 157).

Objasnění je způsob, jak udělat zprávu pro pacienta srozumitelnou. Používá se, když je parafrázování složité. Objasnění napomáhá sestře v situacích, když potřebuje získat doplňující informace, popř. ověřit klinické údaje. Tyto informace mohou objasnit vhodné otázky. Může pacientovi pomoci objevit, co ve skutečnosti chce říct, objasní sdělovanou zprávu. Komunikační technika objasňování vytváří bezpečné a laskavé prostředí, kde může pacient vyjádřit své pocity a objasnit podrobnosti týkající se konkrétní situace. Plevová, 2019, str. 160).

Vyjednávání představuje proces rozhodování, v jehož průběhu se dvě nebo více zúčastněných stran pokouší o dosažení shody či vyřešení sporu. Tato forma komunikace je nezbytnou součástí práce s lidmi. I sestry denně vyjednávají – pokaždé, když někoho o něco žádají nebo naopak. Úspěšné vyjednávání vyžaduje optimistický postoj, znalost procesu vyjednávání, interpersonální zručnosti a porozumění pro lidi, kreativitu, efektivní komunikační zručnosti (Antai-Otong, 2007 in Plevová, 2019, str. 160).

Reflexe znamená opakování slyšeného a interpretaci toho, co pacient řekl. Může být správná, ale i nesprávná. Je třeba proto požádat o potvrzení správnosti. Reflexe je technika vyžadující schopnost naslouchání a chápání neverbální komunikace. (Antai-Otong, 2007 in Plevová, 2019, str. 163).

Ticho je důležitou součástí komunikace. Ticho může být přemýšlivé, ale také prázdné, když účastníci komunikace nemají co říct. Mlčení může vyjadřovat nechuť mluvit v konkrétní situaci nebo s konkrétním člověkem. Může vyjadřovat také spokojenost a pohodu. Mlčení může podle De Vita (2008) poskytovat mluvčímu čas na přemýšlení, na formulaci a uspořádání obsahu verbálního sdělení. Slouží jako „zbraň“, kterou je možné druhé zranit. Mlčení je výrazem osobní úzkosti, nesmělosti nebo pocitu ohrožení. Slouží k zabránění komunikace, poskytuje čas ke zmírnění emocionálních reakcí. Slouží ke sdělení emocionální reakce (např. rozhodnutí nespolupracovat, vzdorovat, vyjádření náklonnosti a lásky).

Sumarizace znamená shrnutí obsahu řečeného se zdůrazněním podstatných informací. Při této technice nejde jen o pochopení toho či onoho pacientova výroku, ale o pochopení celé série pacientových výroků. Umožňuje shrnout hlavní body setkání jako doporučení, návrhy, objasnění nesouhlasů a ponechává čas na reflexi pocitů, myšlenek a případnou diskuzi (Antai-Otong, 2007). Sumarizací sestra zjišťuje, jestli nemocný řekl vše, co chtěl, a zda sestra porozuměla jeho myšlenkám.

Projevít jiným **srdečnost** znamená sdělit jim, že jsou akceptováni takoví, jací jsou, a jejich přítomnost je vítaná. Srdečnost je sdělována verbálně i neverbálně (např. poklepáním na rameno či jemným úsměvem). I když je srdečnost záležitostí také vnímání, zejména komunikace zaměřená na lidské potřeby se vztahuje na srdečnost komunikujícího. Srdečnost dělá lidi vítané, více uvolněné a radostné. Srdečnost se objevuje v komunikaci spolu s empatií a respektem. (Plevová, 2019, str. 163-167)

3 POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ V ČR

Jako jedna ze základních lidských práv je potřeba jistoty a bezpečí zakotvena v Listině základních práv a svobod. V ČR byla schválena a potvrzena v lednu 1991. Hovoří se zde mimo jiné o tom, že každý člověk má právo na život, jistotu a svobodu osobnosti. Každý člověk jako člen společnosti má právo na sociální jistoty. A dále se zmiňuje o životní úrovni člověka, která jedinci a jeho rodině má zajistit zdraví a spokojenost. Člověk má mít právo jistoty v případě nezaměstnanosti, nemoci, stáří, invalidity. (2018, Trachtová, str. 154)

3.1 Kultura bezpečí

Tento pojem definuje organizační strukturu, kde zaměstnanci souhlasí s cíli organizace a chtějí poskytovat co nejbezpečnější péči. Zároveň se ale nebojí přiznat svoje pochybení. Za svá pochybení nejsou zaměstnanci trestáni, s výjimkou hrubé neodpovědnosti a nedbalosti. Takové postupy, stejně jako snaha o jejich zamlčení, nejsou v tomto systému podporovány. Veškerá snaha je směřována k přijetí opatření a hledání možnosti zlepšení. Zlepšení mají za cíl zabránit anebo alespoň minimalizovat vznik případných dalších pochybení. (Škrla, Škrlová, 2008, str. 97)

Pojem kultura bezpečí souvisí s pojmem organizační struktura. Existuje několik definic. Kultura bezpečí pacientů je podle *Agentury pro zdravotnický výzkum a kvalitu* (AHRQ) vysvětlena jako „produkt individuálních a skupinových hodnot, postojů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které určují vazbu organizace, její styl a odbornost, ale i zdraví a bezpečnost vedení. Organizace s pozitivní kulturou bezpečnosti se vyznačují komunikací založenou na vzájemné důvěře, sdílením vnímání důležitosti bezpečnosti a důvěry v účinnost preventivních opatření.“ (Sorra et al., 2016, str. 1).

3.2 Dimenze hodnocení kultury bezpečí

Při hodnocení kultury bezpečí se hodnotí celkem dvanáct dimenzí. Kultura bezpečí může být hodnocena různými kategoriemi zdravotnických pracovníků, či managementem jednotlivých zdravotnických zařízení.

Týmová spolupráce v rámci oddělení se dá vysvětlit, jako skupina pracovníků, kteří společně poskytují zdravotní péči pacientům. Snaží se o dosažení společného cíle, což je udržování nebo podporování zdraví jednotlivců, rodin a komunit. Skupina se navzájem podporuje, chová k sobě úctu a respekt. (Kear, Ulrich, 2014 in Bartoníčková et al. 2018)

Podpora vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta přispívá k zvýšení bezpečnosti pacientů a je potřebná pro strategii vedení lidí. (Sammer et al., 2010 in Bartoníčková et al. 2018) Vedoucí v ošetrovatelské péči, jako zodpovědný pracovník, by proto měl zvažovat návrhy sester na zlepšení bezpečnosti pacientů, chválit je při navrhování bezpečných postupů a nepřehlížet bezpečnostní problémy pacientů. Dále by měl stanovovat vzor chování pro celý tým, jelikož je potřebný ve všech úrovních péče a veškerých důležitých situacích. (Ulrich, Kear, 2014 in Bartoníčková et al. 2018)). Boyntonová (2012, ppt. 31-34) uvádí, že manažer ošetrovatelské péče na všech úrovních a specializacích je zodpovědný za rozvoj efektivní strategie zajišťující bezpečnost, podporu klienta a spokojenost zaměstnanců. Efektivní vedení lidí je v klinickém prostředí pak svázáno s lepší kvalitou a bezpečností v zařízení. (Bartoníčková et al. 2018)

Znalosti organizace a kontinuální zlepšování je management označovaný jako proces vytváření nebo vyhledávání znalostí. Znalosti se nadále šíří a využívají v rámci organizace i mezi nimi. (Stock et al., 2010 in Bartoníčková et al. 2018). Organizační učení a management znalostí pak kolektivními postupy vedou k neustálému zlepšování organizace a využívání příležitostí k celkovému rozvoji (Reiman et al., 2010 in Bartoníčková et al. 2018). Učení se ze svých chyb a hledání nových příležitostí pomáhá ke zlepšení výkonu zaměstnanců. Příležitost pro učení by neměla vycházet pouze z chyb nebo selhání, ale hlavně z úspěchů organizace. (Sammerová, 2010 in Bartoníčková et al. 2018)

Podpora managementu pro bezpečnost pacienta je důležitá pro podporu a motivaci sester. Snižují se tak bariéry v týmu a podporuje se tak rozvoj bezpečné a kvalitní kultury. Ta pomáhá managementu vedení lidí, a z tohoto důvodu by jí zdravotnická zařízení měla dále rozvíjet. (Alves Barros et al., 2014 in Bartoníčková, 2018). Management rozvíjí vizi a strategii zařízení, informuje sestry, hledá způsob motivace pro zlepšování péče o pacienty. Zpětná vazba a systém odměňování jsou důležité motivační prvky. (Kagan, Barnoy, 2013 in Bartoníčková et al. 2018) Bylo prokázáno, že management nemocnice vytváří pracovní klima, které má vliv na bezpečnost pacientů a ta je nejvyšší prioritou. (Ulrich, Kear, 2014 in Bartoníčková et al. 2018)

Celkové vnímání bezpečnosti pacienta sestrami, kde se jedná o subjektivní evaluaci této bezpečnosti, je nedílnou součástí prevence a výskytu nežádoucích událostí a zlepšení celkové kvality poskytované zdravotní péče. (Wagner, 2014 in Bartoníčková et al. 2018) Rozdíly ve vnímání kultury bezpečí jsou zjevné mezi odděleními i mezi pracovníky. Uvádí

se, že akreditované nemocnice mají vyšší hodnotu vnímání bezpečí pacientů než nemocnice neakreditované. (El-Jardali et al. 2014 in Bartoníčková et al., 2018) Studie Ammouriho et al. (2015) popisuje, že sestry s delší praxí udávají vyšší stupeň vnímání bezpečnosti. Pochoopení odlišných názorů vnímání kultury, posouzení postojů, hodnot a vnímání organizačních praktik může mít následně využití jako vhodný nástroj pro identifikaci problematických oblastí poskytované bezpečné péče. Výsledné získané informace pak mohou vedoucím pracovníkům pomoci najít různé vzdělávací programy k celkovému zlepšení bezpečnosti pacientů (Listyowardojo et al., 2012 in Bartoníčková et al., 2018).

Zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí patří mezi nezbytnou součást kvalitní péče o pacienta. Sestry pracující v týmu by měly vzájemně komunikovat o veškerých negativních vlivech působících na péči o pacienty a neměly by se bát dávat otázky lidem s vyšší autoritou (Kear, Ulrich, 2014). Wagner, 2014 in Bartoníčková et al., 2018) Bylo prokázáno, že potíže v komunikaci jsou významným faktorem, který se podílí na vzniku a častějším výskytu nežádoucích událostí (El-Jardali et al., 2014 in Bartoníčková et al., 2018).

Otevřenost v komunikaci uvnitř a mezi zdravotnickými týmy sester znázorňuje efektivní prostředek výměny informací o pacientech a jejich potřebách. A proto je nezbytná k odstranění veškerých potenciálních hrozeb z hlediska bezpečnosti pacientů (El-Jardali et al., 2014, Wong et al., 2016 in Bartoníčková et al., 2018).

Frekvence hlášení nežádoucích událostí patří mezi kompetence sester a jedná se o prioritní problém ve zdravotnictví. Klíčovou oblastí vedoucí ke zlepšení bezpečnosti pacientů je právě správné hlášení a jeho pravidelné zveřejňování (Kalra et al., 2013 in Bartoníčková et al., 2018). V rámci výzkumů je doloženo, že nízká frekvence hlášení těchto událostí sestrami bývá zapříčiněna především nedostatečným personálním zajištěním, existujícím represivním prostředím, nedostatečným systémem hlášení a nízkou motivací (Bahrami et al., 2014 in Bartoníčková et al., 2018).

Spolupráce mezi odděleními existuje mezi managery, zaměstnanci a dalšími členy organizace. Vztahy v týmu by proto měly být kolegiální, otevřené, bezpečné, uctivé a flexibilní. (Sammer et al., 2010 in Bartoníčková et al., 2018) Týmy i jednotlivci mohou bezpečnost narušit nebo ji dále rozvíjet. Tým, který nefunguje dobře, zvyšuje možnost vzniku nežádoucích událostí. Naproti tomu kvalitně fungující tým má vyšší potenciál k zajištění bezpečí pacientů. Bylo prokázáno, že efektivní týmová spolupráce mezi sestrami se považuje

za základ kvalitně poskytované péče. (Kaufman, McCaughan, 2013 in Bartoníčková et al., 2018)

Personální obsazení patří mezi další dimenze kultury bezpečí. Ve zdravotnických organizacích má být dostatek personálu pro zvládnutí pracovní náplně a pracovní doba by měla být přiměřená (Kear, Ulrich, 2014 in Bartoníčková et al., 2018). Velkým problémem současnosti je však nedostatek sester, který je v rozporu s vysokou poptávkou. Tato záležitost vede často ke snížení úrovně kvality poskytované péče (Bahrami et al., 2014 in Bartoníčková et al., 2018) Mít silnou, schopnou a motivovanou pracovní sílu je dnes jednou z největších priorit pro všechna zdravotnická zařízení. Sestry v nemocnicích s nedostatečným personálním obsazením jsou přepracované, trpí stresem a nespavostí. To může vést ke vzniku pochybení a nežádoucích událostí (El-Jardali et al., 2014 in Bartoníčková et al., 2018))

Překlady a předávání pacientů jsou také nedílnou součástí dimenze kultury bezpečí. Při překladu pacienta může docházet ke ztrátě důležitých informací. I toto může přispívat ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Úkolem sestry při překladu pacienta je předání kompletní ošetrovatelské dokumentace. Platí to v případě překladu na oddělení v rámci jednotky a vyplnění ošetrovatelské překládové zprávy v případě překladu na jiné oddělení, či do jiného zdravotnického zařízení. Předávání služeb mezi sestrami probíhá formou ústní, písemnou nebo kombinací obou metod. Uvádí se, že sestry upřednostňují kombinaci ústního a písemného předání. Při předávání informací je velmi důležitá dostatečná časová dotace. (Brabcová et al., 2014 in Bartoníčková et al., 2018).

Nerepresivní odpověď na nežádoucí události a rozvoj aktivity k dobrovolnému hlášení nežádoucích událostí tvoří vhodné pracovní prostředí a jsou důležité pro rozvoj kultury bezpečí. (Wang et al., 2014 in Bartoníčková et al., 2018). Sestry by měly znát, že jejich chyby a omyly nejsou používány proti nim a nejsou drženy v jejich personálních spisech. (Kear, Ulrich, 2014 in Bartoníčková et al., 2018) Sestry si mohou myslet, že v případě nahlášení nežádoucí události může být tato informace použita proti nim. Tento strach však počet zaznamenaných událostí velmi snižuje a představuje při vytváření pozitivní kultury bezpečí pacientů velkou překážku. (El-Jardali et al., 2014 in Bartoníčková et al., 2018)

3.3 Trendy v oblasti kultury bezpečí

K tzv. nežádoucím událostem dochází v každém zdravotnickém zařízení a nikdy je nelze zcela eliminovat. Prostřednictvím důrazu na kvalitu a bezpečnost lze těmto událostem

předcházet a minimalizovat je. Dosud byl přístup nemocnic takový, že měřily nežádoucí události a z toho vyvozovaly bezpečnost. Novým trendem je snažit se už dopředu na základě zkušeností vlastních i cizích minimalizovat rizika proaktivně. Tématu se věnovala XI. Konference Spojené akreditační komise v Praze 30. září 2019 (Koubová, Zdravotnický deník, 2019, online)

Významný vliv na bezpečnost pro pacienty má prostředí zdravotnického zařízení. V odborných kruzích se hovoří o provázanosti bezpečí pacientů, zdravotnického personálu a fyzického prostředí. Zmiňovány jsou čtyři oblasti:

snížení únavy a stresu zdravotnického personálu zvyšuje účinnost poskytované péče,

zlepšení bezpečnosti pacientů,

potřeba snižování stresu a nutnost zlepšit výsledky,

zlepšení celkové kvality péče.

Na bezpečí pacientů má vliv mnoho faktorů. Trendem je pečování o zdraví a bezpečnost svých zaměstnanců prostřednictvím opatření v oblasti životního prostředí. To zvyšuje efektivitu zaměstnanců, snižuje chyby. Zvyšování spokojenosti zaměstnanců přispívá participace při zlepšování jejich pracoviště. Nedílnou součástí při bezpečnosti je snaha o snižování nosokomiálních infekcí. Snižování se děje hlavně důrazem na mytí rukou, bariérovým systémem péče na jednolůžkových pokojích. Dále je zmiňována nutnost snižování chyb při léčbě, pády pacientů. Bezpečí pacientů zvyšuje i intimita a soukromí. Ohromný vliv má snížení hluku a kvalita spánku pacienta. Je třeba myslet i na prostorovou orientaci pacienta. Hovoří se o potřebě snížení depresí pacienta. Tím, že se nemocnému poskytne pohled na přírodu (obrázky přírody na pokoji, vodní fontánky na chodbách, relaxační koutky, tichá hudba) vzniká celkově pozitivní rozptýlení. Součástí pocitu bezpečí pro pacienta je poskytování eventuelní sociální podpory, zlepšení komunikace. Pokud je to možné, vhodným řešením jsou jednolůžkové prosvětlené pokoje a zkrácení délky pobytu.

Nové nemocnice by již měly být mnohem tišší, aby snížily stres a zlepšily spánek a další výsledky. Úrovně hluku se tedy snižují již zmiňovaným poskytováním jednolůžkových pokojů, instalací vysoce výkonných stropů a odstranění zdrojů hluku (např. bezhlučného pagingu). Dnes jsou již vyvinuty systémy zaměřující se na cestu, která umožní zejména ambulantním pacientům a návštěvníkům, najít cestu efektivně a s minimálním stresem. Existují

ventilace pomocí vylepšených filtrů. Jsou i vylepšení při osvětlení, kdy je umožněn hlavně přístup k přirozenému a širokospektrální osvětlení. Uspořádání oddělení a ošetrovatelské stanice má být koncipováno tak, aby se snížilo množství chůze a únava zaměstnanců, prodloužila se doba nutná pro péči o pacienta a podpořila aktivita zaměstnanců, jako je zásobování léky, komunikace, mapování a odpočinek od stresu. (Ulrich et al., 2004, on line)

3.4 Pochybení, omyly, prevence

Zdravotníci jsou jenom lidé a také mezi nimi se najdou neodpovědní jedinci, kteří působí na nemocného škodlivě. Rozsah negativního působení na pacienty je relativně široký. Pro jevy související se škodlivým působením zdravotníků existují odborné názvy. Výraz **iatropathogenia** se užívá při poškození pacienta lékařem. Také sestry mohou negativně působit na nemocné a pro jejich negativní a nepřiměřené jednání existuje výraz **sororigenie**. Pacient získává informace od sester, lékařů, ale i od spolupacientů. Takové informace mohou být pro pacienta nepřesné, neúplné, mohou vystrašit, šokovat. Negativní působení spolupacientů se označuje jako **egrotogenie**. Málo pečlivé či lajdácké vykonávání činnosti zdravotníků vedoucí k poškození pacienta nebo až zanedbání péče se nazývá **malpractice**. (Kutnohorská, 2007, str. 62-64)

Díky tomu, že na celém světě jsou sestry nejpočetnější skupinou zaměstnanců ve zdravotnictví nesou s sebou i rizika spojená s ošetrovatelskou péčí. Mezi nejčastější **pochybení a omyly sester** patří:

nedostatečná orientace nových sester,

nedostatečná či nevhodná komunikace

nedostatečná informovanost sester,

nedostatečná supervize/dohled,

nezajištění bezpečnosti pacienta,

nepozornost v důsledku narušení soustředění (Škrla, Škrlová, 2008, str. 47)

Odborný tým Practice Breakdown Advisory Panel označil v roce 2001 osm hlavních **rizikových oblastí**. Jsou to:

nedostatek vnímavosti/ pozornosti k měnícímu se klinickému stavu pacienta- pracovní přetížení sester, nedostatek sester, zátěžový mix pacientů, nedostatky ve vzdělání nebo nevhodná, neprofesionální či neefektivní komunikace

nedostatek morální zodpovědnosti- neochota vážně vnímat svoji roli advokátky pacienta, lhostejnost k vlastním chybám i chybám ostatních v týmu

nesprávné rozhodování- chybná identifikace pacienta, chybná ošetrovatelská dokumentace a intervence, přílišná sebedůvěra, neochota požádat o radu, nedostatečná kompetence, neochota zapojit pacienta do procesu péče

medikační chyby- chybná identifikace pacienta, nepozornost, neznalost terapeutických dávek a vedlejší účinek léků, podání chybného léku, nepodání léku, nevhodná doba podání léku

nedostatečná intervence- neznalost, neochota požádat o radu, nezáměr, nedostatek času, vysoké zatížení stresem, neprofesionální vztahy, neochota spolupracovat, nedostatečná komunikace

nedostatek preventivních opatření- nedodržování pravidel pro prevenci pooperačních infekcí, vzniku dekubitů, pneumonie, pádů, nedodržování hygieny rukou

ordinace lékařů- opožděné, opomenuté, chybně interpretované, neochota ověřit si nejasné informace a ordinace, neprofesionální přístup

chyby v ošetrovatelské dokumentaci- záznamy jsou zapsány dříve, než jsou podány, nedostatečná pozornost dekurzům a ordinacím lékařů, nečitelnost, nedodržování protokolu dokumentace, nedůslednost, nekompletní a chybějící zápis na léčbu pacienta (PBRAP, 2001 in Škrla, Škrlová, 2008, str.47)

Mezi nejčastější pochybení a omyly spadají chyby v medikaci, neposkytnutí vhodné péče včas, provádění procedur bez dostatečné znalosti a dovednosti. Sestry manažerky mají na oddělení důležitou roli. Nesou totiž odpovědnost za celou šíři aktivit spojenou s kvalitní ošetrovatelskou péčí. (Škrla, Škrlová, 2008, str.48)

3.5 Česká republika a systémy hodnocení kvality ve zdravotnictví

3.5.1 Resortní bezpečnostní cíle

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému tzv. „Minimální požadavky“, které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015. Jedním z těchto požadavků je i zavedení **resortních bezpečnostních cílů**. (dále jen “RBC“),

- t.č. **pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče** – a to:

RBC1 – Bezpečná identifikace pacientů

RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

(viz příloha C)

RBC4 – Prevence pádů

RBC5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

RBC6 – Bezpečná komunikace

RBC7 – Bezpečné předávání pacientů

RBC8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

- a dále t.č. **pro poskytovatele ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby** – a to:

RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

(MZČR, 2013, online)

3.5.2 Hodnocení kvality bezpečí zdravotní péče v ČR

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je legislativně upraveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je zde formulováno jako: „*dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí.*“ (MZČR, 2012)

V zákoně je dále vymezeno, že „*hodnocení kvality a bezpečí může provádět fyzická nebo právnická osoba, které bylo uděleno oprávnění k provádění této činnosti.*“ (MZČR, 2012)

O udělení tohoto oprávnění rozhoduje ministerstvo. Zákon určuje podmínky žádosti o toto oprávnění i podmínky, s kterými zaniká. „*Hodnocení kvality a bezpečí se provádí na základě smlouvy uzavřené mezi osobou oprávněnou provádět hodnocení kvality a bezpečí a poskytovatelem; součástí smlouvy je i sjednaná úplata za provedené hodnocení.*“ (MZČR, 2012)

3.6 WHO a problematika jistoty a bezpečí

Světová zdravotnická organizace (WHO) je agenturou spadající pod systém Organizace spojených národů. ČR je členem od roku 1993. Hlavním úkolem činnosti WHO je formulace zdravotní politiky, konzultační činnost, odborná pomoc při zpracovávání národních strategií. Dále je jejím úkolem sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy států, rozvoj a testování nových technologií a postupů při kontrole nemocí a řízení zdravotní péče. Mezi hlavní aktivity WHO patří:

Podpora zdraví

Podpora zdravotní bezpečnosti

Upevňování zdravotnických systémů

Využití poznatků z výzkumu při formulování strategií

Posilování spolupráce

Zlepšení implementace rozhodnutí (MZČR, 2014)

3.6.1 WHO a Česká republika

Sekce WHO na Stálé misi ČR v Ženevě spolupracuje s řídicími orgány WHO a participuje na koordinacích postojů Evropské unie, které pak země EU společně prosazují v rámci WHO. **Prioritou** České republiky v WHO je:

Podpora zdraví během života (Zdraví 2020, Zdraví ve všech politikách, Zdravé stárnutí, Primární péče)

Nepřenosná onemocnění (Prevence a kontrola, Výživa)

Dohled a bezpečnost (Připravenost na pandemická a epidemická onemocnění)

Univerzální zdravotní pokrytí

Management (e-Health, MZČR, 2014)

3.7 Výzkumy v oblasti jistoty a bezpečí

Strach a úzkost negativně ovlivňují předoperační období i celý průběh hospitalizace. Pokud pacient pociťuje úzkost nebo strach, pak může být ovlivněn průběh hospitalizace i výsledek operace. Pokud je ve sledována úzkost a strach, pak mohou být využity různé intervence, zmírňující úzkost a redukující výskyt nežádoucích komplikací. Cílem monitorace strachu a úzkosti je zhodnotit předoperační úzkost a strach před plánovaným operačním výkonem a porovnat míru strachu a úzkosti v závislosti na různých faktorech jako je pohlaví, vzdělání, předcházející zkušenosti s operací apod. V květnu 2014 byl na 22. kardiologickém sjezdu České kardiologické společnosti představen výzkum týkající se monitorace strachu a úzkosti u nemocných před plánovaným operačním výkonem. Na sběr dat pro hodnocení předoperační úzkosti a strachu byla zvolena dotazníková metoda. Dotazník se skládal z měřicích nástrojů STAI Y1, APAIS a VAS a z otázek vlastní konstrukce. Soubor respondentů tvořilo 344 dospělých pacientů chirurgického a gynekologického oddělení, kteří byli přijati k plánované operaci ve Vítkovické nemocnici. Nemocní hovořili česky a byli ochotni vyplnit dotazník. Mezi dotazníky VAS, APAIS a STAI Y1 byly zjištěny statisticky významné korelace. Nejčastějším zdrojem strachu byl strach z bolesti. Dále pak byl uváděn strach z komplikací anestézie, strach z pooperační nevolnosti a zvracení. Výrazně vyšší míru strachu a úzkosti měly ženy, dále pak pacienti se špatnou předcházející zkušeností a pacienti polymorbidní. Většina respondentů uvedla, že by si přáli opakovaný kontakt s rodinou a zdravotnickým personálem a důsledné informování o celkovém průběhu výkonu, aby se cítili v nemocničním prostředí lépe. Závěrem zmiňovaného výzkumu je potvrzení, že VAS je škála, která efektivně hodnotí strach a úzkost a je časově nezatěžující. Zavedením standartního měření míry strachu a úzkosti v praxi a intervencemi redukující strach se redukuje spotřeba léčiv a výskyt komplikací. (Česká kardiologická společnost, 2014, on-line)

Téma uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení zajímavě již zpracovávala ve své bakalářské práci v roce 2013 a FZS ZČU studentka Marcela Čedíková.

Cílem této práce bylo zmapovat problematiku potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení z pohledu všeobecné sestry a z pohledu pacienta. Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili vždy jedna sestra a jeden pacient z různých oddělení. Studentka stanovila pět výzkumných otázek. Tři byly zaměřené na sestry a dvě na pacienty. K sestrám se vztahovala otázka na vědomosti z oblasti jistoty a bezpečí. Dále se ptala sester na faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí. Třetí otázka zněla: Jakým způsobem reagují na potřebu jistoty a bezpečí? Z výpovědí sester vyplynulo, že mají vědomosti k uspokojování potřeby jistoty a bezpečí, i když nikdy nenavštívily žádnou akci na dané téma. Shodly se, že je vždy co zlepšovat. Za nejdůležitější faktor ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí sestry uváděly dostatek informací, komunikaci, kontakt s rodinou a prostředí. Překvapivě nezahrnuly bolest. Až po přímé otázce zahrnuly také pro potřebu bezpečnosti nutnost hygieny rukou. Sestry reagují na potřeby pacientů dle výzkumu studentky na vysoké úrovni a profesionálně. Dále se sledovaly pocity pacientů během hospitalizace. Názory pacientů jsou dle studentky velice odlišné. A dále se výzkumná otázka ptala, zda jsou informace ovlivňujícím faktorem v saturaci potřeby jistoty a bezpečí. Z výzkumu vyplynulo, že nedostatek informací je skutečně významným ovlivňujícím faktorem. (Čedíková, 2013)

Zkušenosti a potřeby pacientů během perioperační péče byly také např. zjišťovány při výzkumu ve Španělsku a publikovány v květnu roku 2020 v zahraničním článku „Preference pacientů“. Účelem studie bylo zjistit informace týkající se potřeb, obav, zkušeností a vnímání pacientů v perioperačním období. Pomocí metody kódování z diskuzí s pacienty po nedávno prodělané břišní či gynekologické operaci vyplynulo, že nejčastějším kódem byla potřeba informací, obavy při indikaci zákroku, obavy z čekací doby, pobytu na „chirurgickém pokoji“. Pacienti se dále obávali anestezie a pooperačního období, zejména po propuštění z nemocnice. Zmiňována byla obava z bolesti v pooperačním období. Dále byly citovány emoční dopady, stres a úzkost, včetně příjezdu domů. Závěr španělské studie jasně dokládá, že pacienti požadují získání komplexní a srozumitelné informace a zapojování do několika kroků. To snižuje stres, úzkost a obavy. Zjištěná data se vztahují i na pooperační období a příjezd domů. (Gobbo, Milena et al., 2020, online)

Již v roce 2010 publikovala autorka Judith M. Stefano v časopise *Jurnal of Nursing* článek *Stres a bezpečnost pacienta*. Mluví o tom, že bezpečnost pacientů představuje nutnost poskytovatele zdravotní péče, kterou musí podporovat každá součást zdravotnického zaří-

zení, bez ohledu na velikost nebo lékařskou specializaci. Studie provedená Institutem Luciana Leapeho v Národní nadaci pro bezpečnost pacientů ukazuje, že poskytování péče zůstává nebezpečné i přes iniciativy na zlepšení. Ústavem bylo navrženo pět konceptů, jejichž cílem je smysluplně zlepšit bezpečnost systému péče. Hovoří se o transparentnosti, integraci, zapojení pacienta, obnovení radosti a smyslu v práci a reforma lékařského vzdělávání. Tento dokument navrhuje, aby očekávaný stres, co nejméně ovlivňoval celkovou bezpečnost pacienta. Tvrdí se zde, že stres souvisí s dřívějšími zkušenostmi pacientů se zdravotní péčí. Má souvislost na komunikaci s poskytovateli péče a je zásadním problémem, který je třeba řešit. Také stres poskytovatelů péče ovlivňuje celkovou pohodu pacientů. Cestou vpřed je dle autora potřeba komplexnějšího vzdělávacího programu, který by mohl snížit negativní dopady předvídatelného stresu na bezpečnost jak u pacientů, tak u poskytovatelů zdravotní péče. (Judith M. Stefano, 2010, online)

EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

4.1 Definice problému

Potřeba jistoty a bezpečí patří mezi základní potřeby člověka. Saturace této potřeby je velmi důležitá od vlastního vývoje plodu, během celého života a až po vysoký věk jedince. Ovlivňuje psychiku a osobnost jedince. Je tedy nutné na tuto potřebu nezapomínat v jakémkoliv věku, v jakékoliv situaci. Během hospitalizace člověk ztrácí jistoty, které měl, je v jiném prostředí, objevuje se neznámá situace. Cítí se ohrožen, je plný obav o své zdraví, rodinu a svou budoucnost. Pacienti akceptují svoji nemoc lépe, pokud mají potřebu jistoty a bezpečí uspokojenou. Sestry svým profesionálním postojem dokáží takovému nemocnému pomoci. Někdy se stává, že je daná potřeba často opomíjena. Proto je třeba zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí, a co nemocní skutečně potřebují pro co nejlepší pocit uspokojení dané potřeby.

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí.

5.1.1 Dílčí cíl 1

Zjistit priority pacienta pro jeho uspokojení v oblasti potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s operačním výkonem.

5.1.2 Dílčí cíl 2

Zjistit, jak sestry zajišťují pacientovu potřebu jistoty a bezpečí.

5.1.3 Dílčí cíl 3

Hledat eventuelní nedostatky v uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacientů v souvislosti s plánovaným operačním výkonem.

5.1.4 Dílčí cíl 4

Vypracovat doporučení pro praxi.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 Výzkumná otázka 1

Jaké jsou priority pacienta pro jeho uspokojení potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem?

6.2 Výzkumná otázka 2

Jak jsou zde sestrami saturovány potřeby v oblasti potřeby a jistoty?

6.3 Výzkumná otázka 3

Co nejvíce ovlivňuje celkovou saturaci potřeby jistoty a bezpečí?

6.4 Výzkumná otázka 4

Co zde pacientům nejvíce chybí pro úplné naplnění své potřeby jistoty a bezpečí?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Byla nastavena kritéria pro výzkumný soubor. Zkoumaným souborem bylo osm respondentek. Označení respondentky je R1 až R8. Výzkumný soubor tvořily pacientky po prodělaném plánovaném operačním výkonu v období 11/2020-2/2021. Pacientky byly záměrně vybrány z Fakultní nemocnice v Plzni. Z pracovních i osobních důvodů bylo zvoleno pooperační oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky GIB. Jejich průměrný věk v době operace byl 50,25 let. Další demografické údaje jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Respondentky-identifikační údaje

Skupina odpo- vědčí	Věk	Operační den	Druh operace	Vzdělání	Zaměstnání
R1-Markéta	42	třetí	laparo- skopie	vysoko- školské	sociální pracovnice
R2-Alena	60	třetí	vaginální hysterek- tomie	vyučena	uklízečka
R3-Štěpánka	72	třetí	vaginální hysterek- tomie a plastiky	vyučena	důchodkyně
R4-Martina	50	pátý	hysterek- tomie	středo- školské	realitní makléřka
R5-Jiřina	60	šestý	hysterek- tomie	středo- školské	nezaměstnaná
R6-Miluše	56	druhý	TOT páska	bakalář- ské	administrativní pracov- nice
R7-Eva	22	třetí	laparo- skopie	středo- školské	poštovní úřednice
R8-Anna	40	první	hystero- skopie	středo- školské	řidička

Zdroj: vlastní

8 METODIKA PRÁCE

Pro zjišťování problematiky potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem byl zvolen kvalitativní výzkum. Sběr dat probíhal osobně formou rozhovoru. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s pomocí otevřených otázek. (viz příloha D) Inspirací pro vytvoření sady otázek vhodných pro zjišťování problematiky jistoty a bezpečí u pacientů byl příklad rozhovoru dle autorky Trachtové (2018, str. 158).

Autorka v knize rozděluje potřebu jistoty a bezpečí do devíti oblastí (viz kapitola 1.5 - teoretická část). Pro účely empirické části kvalifikační práce se jednotlivá oblast potřeby jistoty a bezpečí stala zároveň kategorií výzkumu. Poslední kategorie byla kategorie Doporučení. Bylo tedy vytvořeno celkem 10 kategorií.

Pro jednotlivou oblast bylo sestaveno 2 až 5 původních otázek. Dotaz se tedy skládal z položené otázky na jednotlivou oblast potřeby a poté byl doplněn dle situace dotazem na konkrétnější podrobnosti. Jednotlivé odpovědi se podle vlastního návrhu rozřídily do podkategorií zkoumané oblasti.

Respondentkám z řad pacientek bylo poskytnuto soukromí. Rozhovor se vedl ve dnech po provedeném operačním výkonu, v období stabilizace zdravotního stavu. Pacientka byla bez akutní bolesti. Rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány na osobní mobilní telefon. V diplomové práci je přiložen předem schválený souhlas daného pracoviště, kde bude výzkum probíhat. (viz příloha B)

Definice kvalitativního výzkumu. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání, porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (HENDL, 2016, s. 46)

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Využívá se hloubkový, polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné otázky jsou předem připravené, otevřené, doplněné dotazováním. Jednotlivé rozhovory jsou doslovně přepsány do textové podoby. Rozhovory jsou následně vytištěny a jsou podrobeny obsahové analýze dat otevřeným kódováním-metodou papír a tužka.

Metoda kódování se váže k prvnímu průchodu textem. Cílem této fáze je tematické rozkrytí analyzovaného textu. Výzkumník si všímá témat a přiřazuje jim kódy. Může kódovat jednotlivá slova, věty nebo odstavce. Kódy volí tak, aby zahrnovaly konkrétní jevy v textu do obecnějších konceptů.

V tomto případě se postupuje tak, že z rozhovorů jsou vyhledávána slovní spojení. Jsou vytvořeny kategorie a podkategorie. Označí se řádek v textu rozhovoru. Termíny z podkategorií jsou pro přehlednost označeny jinou barvou. Každá podkategorie uvádí nejčastější vyjádření respondentek s číselným odkazem. Je tak možno v textu hledat a citovat. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

9.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů

9.1.1 Kategorie Vyhnout se ohrožení

Kategorie Vyhnout se ohrožení se věnuje otázce vlastního onemocnění respondentky a popisu reakcí na nemoc. Byly vytvořeny čtyři podkategorie: Příčina onemocnění, Reakce na první příznaky nemoci, Reakce na bolest a Reakce na stres. V podkategoriích jsou kódované výrazy, kterými se respondentky vyjadřovaly k tomuto tématu.

Podkategorie Příčina onemocnění

Většina respondentek se vyjádřila, že nezná příčinu svého onemocnění. Nejčastější odpovědi byly výrazy „Nevím, netuším, zřejmě“. R1 uvedla: „*Tak to vůbec nevím, co způsobilo, že tam ta cysta vyrostla. Nejsem si vědoma ničeho špatného.*“ R3 ale odpověděla: „*Měla jsem tři porody a dělala jsem poměrně těžkou práci, to se na mě podepsalo.*“ R5 zmínila dědičný vliv: „*Moje onemocnění je zřejmě dědičné. Stejnou nemoc měla moje maminka i obě babičky.*“ Na dědičnost onemocnění poukazuje i R6: „*Zřejmě na to měla vliv dědičnost a vlastnost tkáně, moje matka měla také potíže s úniky moči.*“ Dále ovšem R6 zmiňuje i vliv jiných vlivů: „*Dále jsem třikrát spontánně rodila, kdy všechny děti měly ke čtyřem kilům. K potížím*

asi hodně přispěla moje nadváha a věk.“ Sport jako životní styl a jeho vliv na onemocnění uvedla R7. R2 reagovala na daný dotaz: *„Vůbec netuším.“* A R4 podobně: *„To opravdu nevím.“* R8 si myslí, že nemoc zřejmě způsobila nemoc dřívější: *„Měla jsem polyp v děloze, příčina je prý neznámá.“*

* nevím, netuším, zřejmě R1/8, R2/8, R4/9, R7/, R8/8

* dědičnost R5/8, R6/8

* životní styl R3/8, R6/9, R7/8

Podkategorie Reakce na první příznaky nemoci

Respondentky se vyjadřovaly, jak reagovaly při zjištění potíží. Nejčastěji se objevovala odpověď, že se obrátily na svého lékaře. R1 uvedla: *„Začalo mě bolet břicho. Tak jsem navštívila svého gynekologa. Při vyšetření lékař našel nějaký nález a poslal mne na kliniku ke konzultaci. Zdejší lékař se pak rozhodl pro laparoskopickou operaci cysty.“* Ovšem R2 uvádí: *„Problém mi zjistila moje gynekoložka při pravidelné prohlídce. Pak mi doporučila kontrolu na klinice.“* Potíže neuváděla ani R3: *„Zpočátku nic, myslela jsem si, že časté krvácení a bolest i mimo termín menstruace patří k blížícímu se přechodu. Až na preventivní prohlídce u gynekoložky jsem se dozvěděla příčinu potíží.“* Obavy uvedla respondentka R5: *„Při objevení prvních příznaků jsem byla nemile zaskočena, ale něco jsem dlouho tušila. Vzhledem k rodinné zátěži jsem s něčím podobným počítala. Pochopitelně mám obavy, jak to vše dopadne.“* Podobnou reakci zmínila R3: *„Začala mi vypadávat děloha a to mě přímo šokovalo. V první chvíli jsem se strašně vylekala a nechtěla jsem to nikomu říct. Pak jsem šla ke své paní doktorce a ta mi doporučila tuto operaci.“* Dlouhodobé potíže uváděla R7: *„Já jsem se léčila u svého gynekologa opakovaně, ale problémy se mi vracely.“*

* nic, vyčkávání R4/11, R8/11

* šok, obavy R3/10, R5/11

* návštěva lékaře pro vzniklé potíže R1/10, R3/11, R5/10, R6/12, R7/10, R8/11

* absence potíží R2/10

Podkategorie Reakce na bolest

Respondentky byly dotazovány, jaká je obvyklá reakce na vlastní bolest a její zvládnání. Hodně se opakoval výraz analgetika či léky na bolest. R8 jako reakci na svoji bolest a její zvládnání uvádí: „Vezmu si nějaké léky na bolest a snažím se to zaspát.“ R4 také řeší bolest léky: „Záleží na tom, kdy se objeví. Pokud večer, tak to už vydržím. Pokud mám nějakou bolest už ráno, vezmu si něco od bolesti, protože mám před sebou celý den. Mám ještě dítě školou povinné a celý den řídím auto. Musím být funkční. Nemohu si dovolit polehávat.“ Pět respondentek také souhlasně odpovědělo, že bolest snášejí dobře a snaží se jí vydržet. R1: „Neužívám skoro žádná analgetika, a to ani při menstruaci. Zvládám bolest dobře, nemám s tím žádný problém.“ R2: „Drobná bolest mi nevadí. Nejsem přecitlivělá, nějaká bolest mě nesloží.“ R5: „Bolest snáším celkem dobře, ale snažím se léky proti bolesti neužívat.“ Podobně odpověděla R7: „Snáším bolest dobře.“ R3 a R6 se shodovaly v odpovědi, kde popisovaly velmi špatné zvládnání bolesti až strach z bolesti. R3: „Já se velice bolesti bojím. Vlastní bolest mne pak dlouho odrazuje od operačního výkonu.“ Respondentka R6 reagovala na dotaz podobně: „Bolest mi velmi vadí, snáším ji velmi špatně, mám nízký práh bolesti. Projevuje se to tak, že jsem nervózní, rozladěná, chodím po pokoji z místa na místo, cítím vnitřní neklid.“

* analgetika, léky R8/13, R4/16

* snáším bolest dobře, vydržím to R1/14, R2/13, R7/12, R5/14, R4/15

* snáším bolest špatně, nervozita, strach R6/15, R3/13

* spánek R8/13

Podkategorie Reakce na stres

Potřebu jistoty a bezpečí pacienta ovlivňuje prožívaný stres. Dotazy byly směřovány na ohodnocení vlastního stresu a jeho zvládnání. Jako velký ovlivňující faktor při prožívání vlastní jistoty a bezpečí a celkové pohody uváděly špatné zvládnání stresu čtyři respondentky. Respondentka R5: „Na stres reaguji podrážděně, jsem unavená, nepříjemná na okolí.“ Respondentka R6 na dotaz odpovídala: „Mlčím, nevnímám okolí, mám toho tzv. plnou hlavu.“ Špatnou reakci na bolest hodnotí i R7: „Jsem vzteklá, hádavá, nepříjemná.“ Obdobně hodnotí svou reakci na stres R8: „Nemůžu jíst, spát, pláču, prostě nic do mě není.“ Jedna respondentka (R1) hodnotí svou reakci na prožívaný stres dobře. R2 reaguje na stres podle

okolností: „Záleží od čeho stres je. Pokud se týká rodiny a blízkých, reaguju hůře. Běžný stres, například z přepracování, z toho se vyspím.“ Snahu o zvládnutí stresu aktivní či náhradní cestou zmiňují tři respondentky R3: „Já jím. Cokoliv a pořád. To mi stres odbourává.“ R4 reaguje na otázku takto: „Jsem hodně aktivní člověk, povahou cholerik. Na nějaké fňukání si nepotrpím. Stres zajídám, a to sladkostmi.“ Svojí pohodu při stresu řeší R5 takto: „Snažím se nějak odreagovat a nemyslet na špatné věci a čerpat energii ze zvířátek.“

* dobře R1/17

* špatně R5/16, R6/18, R7/14, R8/15

* záleží na okolnostech R2/15

* jídlo, jiné aktivity R3/15, R4/19, R5/17

* spánek R2/16

9.1.2 Kategorie Ochrana zdraví

Kategorie Ochrana zdraví se zabývá tím, jak hodnotí respondentky vlastní zdraví. V první kategorii se hodnotil vlastní zdravotní stav. Druhá podkategorie byla vytvořena z odpovědí, jaké konkrétní kroky dělají respondentky pro to, aby si udržely své zdraví.

Podkategorie Ohodnocení zdravotního stavu

Respondentky v dotazu subjektivně zhodnotily svůj zdravotní stav. Většina uváděla drobné zdravotní problémy. „Úplně špatně se necítím, ale není to ono.“, říká R2. R4 řekla: „Až na gynekologické potíže v poslední době se cítím dobře. Vážnější zdravotní problémy nemám.“ R5 na položený dotaz uvedla: „Zdravotní stav hodnotím jako uspokojivý. Léčím se s cukrovkou.“ Drobné potíže zmínila i R7: „Kromě současného problému ho hodnotím jako velmi dobrý.“ R6 řekla: „Kromě úniku moči zdravotní stav hodnotím vzhledem k věku jako dobrý.“ Dvě respondentky se shodují, že jejich zdravotní stav je dobrý. R1: „Můj zdravotní stav je dobrý.“ Podobně reagovala R8: „Domnívám se, že je velmi dobrý.“ Jen jedna respondentka (R3) uvedla, že je zdravotní stav špatný, ale díky operaci věří, že se zlepší.

* dobrý R1/20, R8/17

* dobrý, s malými potížemi R2/18, R4/22, R5/19, R6/20, R7/16

* špatný dříve, díky operaci lepší R3/17

Podkategorie Udržení zdraví

Z odpovědí byla sestavena podkategorie Udržení zdraví. Respondentky měly konkrétně hovořit o tom, jak si udržují zdraví. Nejvíce jmenovaly sport, pohyb, zdravou stravu. Dále zmiňovaly, že chodí na pravidelné prohlídky k lékaři, drží dietu a užívají předepsané léky. Také respondentky podotkly důležitost nekuřáctví, abstinence a uchování si dobrého psychického stavu. R1: „*Snažím se stravovat zdravě, vybírám si kvalitní potraviny. Snažím se více pohybovat, cvičit.*“ R2: „*Jsem aktivní člověk, ráda jezdím na kole, chodím na procházky. Nebaví mě jen sedět doma a koukat na televizi. Mám ráda pohyb.*“ A rovněž R2 zmiňuje pravidelné prohlídky u lékaře. Na položený dotaz ohledně udržení zdraví R3 odpověděla: „*Hodně jsem jezdila na kole a plavala. Nyní to bohužel nelze, bojím se, že bych se zranila. Takže zbývají jen krátké procházky.*“ Na pohyb a stravu poukazovala i R4: „*Mám ráda pohyb, jezdím na kole, lyžuju, bruslím, chodím občas běhat. Dávám si pozor, abych jedla zdravě a pravidelně...*“ a také v rozhovoru zmínila pravidelné preventivní prohlídky. Zajímavě na dotaz odpovídala R5: „*Chodím na pravidelné kontroly k lékaři. Snažím se být celkově v klidu, jíst zdravě, chodím na procházky, obklopuji se milými lidmi, relaxuju a dávám radost a podporu ostatním.*“ V jiné části rozhovoru R5 říká: „*Léčím se s cukrovkou, držím dietu, užívám léky.*“ „*Pěší turistika, kolo, občas si zacvičím*“, tvrdí R6. Dvě respondentky mimo jiné zmínily abstinenci a nekuřáctví. R7: „*Sportuju, dbám na zdravou výživu, chodím k lékařům na pravidelné prohlídky, přestala jsem kouřit, nepiju alkohol.*“ R8: „*Nepiju alkohol, nekouřím, snažím se udržet svou hmotnost, nepřejídám se.*“

* zdravá strava R1/22, R4/26, R7/18

* pohyb, sport R1/22, R2/20,21, R3/19,20, R4/25, R6/22, R7/18

* preventivní prohlídky u lékaře R2/10, R4/12, R5/21, R7/18

* užívání ordinovaných léků R5/19

* dieta R5/19, R8/19

* abstinence, nekuřáctví R7/19, R8/19

* dobrá mysl R5/22

9.1.3 Kategorie Důvěra

Kategorie Důvěra se zabývá tím, jak vnímají respondentky potřebu jistoty a bezpečí po praktické stránce. Dotazy se týkaly spokojenosti pacientek se zajištěním intimity a přístupu všeobecných sester k saturaci potřeb pacientek. Z odpovědí bylo vytvořeno pět podkategorií.

Podkategorie Pocity před operací

V rozhovoru respondentky měly popsat své pocity a obavy před operací. R1 uvedla několik obav: „*Samozřejmě jsem se bála, nevěděla jsem, co mě čeká*“. A pokračuje s tím, čeho se nejvíce bála: „*Asi celkové anestezie a toho, jak budu reagovat na běžné věci, jak budu zvládat pooperační bolest*.“ Podobně mluví o narkóze R6: „*Bála jsem se, že se neprobudím z narkózy*.“ R2 říká: „*Chtěla jsem vědět, jaký to má vliv na sexuální život a zda budou nějaká omezení*.“ R3 reaguje na dotaz: „*Strašně jsem se bála. Ani ne tak výkonu, ale zejména bolesti*.“ I R6 řeší bolest: „*Taky jsem měla strach, jestli se po operaci sama vymočím bez bolesti*.“ Zajímavě odpovídala R4: „*Měla jsem obavy z toho, jak si vše stihnu zajistit. Bylo třeba vyběhat předoperační vyšetření. Taky jsem si potřebovala zorganizovat narychlo domácnost a pracovní záležitosti. To mě dost znervózňovalo*.“ R5: „*Pocity před operací jsem měla smíšené. Nevěděla jsem, co mě čeká, bála jsem se, jak zvládnu pobyt v nemocnici v dnešní době. Ale zároveň jsem moc chtěla, abych to už měla za sebou*.“ Obavy z erudice personálu a z opuštění partnerem vyjádřila R6: „*Měla jsem obavy z toho, aby se operace povedla. Měla jsem potíže v intimním životě a bála jsem se, aby mě manžel kvůli tomu neopustil*.“ R7 odpovídala: „*Slíbili mi, že se operace provede laparoskopicky, ale mohlo se stát, že se to bude muset říznout. To jsem se hodně bála, protože jsem nechtěla jizvu*.“ Jinak odpovídala ale R8: „*Nemám ráda cizí prostředí obecně, jsem nesvá. Také se bojím, jak dopadne histologie, aby to nebylo nic vážného*.“

* strach z neznáma R1/25, R5/24, R8/21

* narkóza a stav po narkóze R1/29, R6/24,

* vliv operace na další život R2/24, 25, R6/26,

* bolest R1/30, R3/22, R6/25,

* jizvy, vzhled R7/22

* opuštění, ztráta blízkého člověka, partnera R6/27

* fungování rodiny R4/28, 30

* erudice personálu, rychlost R5/25

* výsledek, prognóza R8/21

Podkategorie Svěření se

Respondentky v dotazu jmenovaly osoby, které se svěřovaly se svými pocity během hospitalizace. R1: „...říkala jsem to večer před operací sestře... Chvilku jsme si o tom povídaly.“ R2 řekla: „Tady k nikomu.“ Před tím ovšem reagovala na dotaz: „Probírala jsem to s dlouholetou kamarádkou.“ R3: „Svěřila jsem se nejlepší kamarádce a paní doktorce.“ „Nerada někoho obtěžuju. Ale pokud to bylo nutné, pomohly mi nejvíce sestry,“ říká R4. R5 odpovídala: „Svěřila jsem se kamarádce.“ R6: „Svěřila jsem se zde jedné starší sestře a doma manželovi.“ Reakce R7: „Svěřila jsem se jedné sestře.“ R8: „..., řekla jsem to sestřičce, když mě přijímala.“

* sestra R1/36,37, R4/32, R6/27, R8/24, R7/22, R8/22

* lékař R1/10, R3/23,

* blízká osoba R1/26, R2/23, R3/22, R5/27, R6/27

* zde nikdo, nechci obtěžovat R2/27, R4/32, R7/24

Podkategorie Osoba pro pomoc

Kategorie se zabývá tím, která osoba byla respondentkám nejbližší a ke komu se obracely pro pomoc. Nejvíce respondentky jmenovaly sestry. R1: „Když prošla sestřička, tak jsem jí řekla. R2: „Tady k nikomu.“ R3 řekla. „Nejvíce k lékaři a k sestřičkám.“ R 4: „Pokud to bylo nutné, pomohly mi zde nejvíce sestry.“ Obdobně reagovala R5: „Tady jsem se nejvíce obracela na lékaře a sestřičku, která se o mě vždycky ten den starala.“ R6 odpověděla: „Obrátila jsem se v poradně na pana primáře.“ „Nechci nikoho zdržovat, takže vlastně k nikomu.“ R8: „..., ale nejvíce jsem zde hovořila se sestrami.“

* sestra R1/32, R3/25, R4/32, R5/28, R8/24

* lékař R3/25, R5/28, R6/29

* nikdo R2/27, R7/24

Podkategorie Reakce sester

Podkategorie přístup sester hodnotí, jak vnímají respondentky reakci sester na pacientovu potřebu jistoty a bezpečí. Na položený dotaz R1 řekla: „*Celkem sestry reagovaly rychle. Pak se chodily za nějakou dobu ptát....Nabídla mi tabletku na spaní...Chvilku jsme si o tom povídaly.*“ R2. „*Naznačily mi, že jsou tady lékaři opravdu dobří, a že se není čeho bát.*“ I R3 hovořila podobně: „*Byly moc hodné, uklidňovaly mě. Snažily se mi vše vysvětlit, abych tomu rozuměla i já.*“ R4 hodnotí přístup sester takto: „*Sestry byly příjemné, vše mi hezky vysvětlily. Bylo vidět, že svojí práci rozumějí.*“ R5 také : „*Byly laskavé a se vším mi poradily a vysvětlily, co a jak bude probíhat. Dodávaly mi odvalu, abych to zvládla.*“ R6 hodnotí takto: „*Snažily se mi vše vysvětlit, bylo vidět, že se umí vcítit do toho, co mě trápí.*“ Dále R7 řekla: „*Je to tu dobré, sestry mi vše předem vysvětlí, když mi jdou něco dělat.*“ Přístup sester R8 vidí takto: „*Chvilku jsme spolu mluvily o mém výkonu, sestřička mě uklidňovala, že se opravdu není čeho bát. Vše mi hezky vysvětlila.*“

* rychlé a profesionální reakce R1/35, R4/34, R6/31, R7/26

* uklidnily R1/36, R2/29, R3/27, R8/26

* vysvětlily R3/27, R4/27, R5/31, R6/31, R7/26, R8/27

* vyhověly, zpětná vazba R1/35

* podpořily R5/31

* rozhovor R1/37, R2/29, R3/27, R8/26

* empatie R4/27, R5/31, R6/31

Podkategorie Intimita

Podkategorie intimita řeší to, jak vnímají respondentky zajištění intimity. Obsáhle hovořila o tématu R1: „*Když jsem jela na sál, byla jsem nahá. Sice jsem na sobě měla takový plášť, ale příjemný mi to moc nebylo.*“ A dále pokračovala: „*Když mi pak pomáhala sestra na WC, bylo fajn, že je na pokoji samostatná koupelna a nemusela jsem chodit daleko.* R2 reaguje: „*Vybavenost pokoje je dobrá, je společná sprcha i WC pro dva pokoje.*“ A ještě R2: „*...je možnost připlatit si nadstandardní pokoj.*“ R3 řekla: „*To jsem neřešila, já se nestydím. Vím, že je to nutné, takže když jsem šla do sprchy a sestra mi pomáhala, byla jsem jí za to naopak*

vděčná. Byla jsem ráda, že se konečně můžu umýt.“ „Vše bylo v pořádku, nemohu si stěžovat. Zajistila jsem si nadstandardní pokoj, kde jsem byla sama,“ odpověděla R4. R5 hodnotí: „Intimita byla řešena v rámci daných možností oddělení, nestěžuju si.“ R6 se vyjádřila: „Když mi byl prováděn na pokoji nějaký výkon, používaly sestřičky paraván, aby to ta druhá pacientka neviděla, což jsem uvítala.“ R7 udala: „Sestry jsou milé a slušné, klepou, když jdou k nám na pokoj. To jsem nečekala. Na vytahování stehů si mě dnes raději vzaly na vyšetřovnu, aby to neviděla ta druhá pacientka.“ R8 se vyjádřila: „Sepisovala se mnou nějaké dokumenty a byly jsme samy, aby nás nikdo nerušil. Nabídla mi nadstandardní pokoj, což jsem ráda využila.“

* samostatné WC a sprcha R1/43,44, R2/33

* vyšetřování o samotě R7/28, R8/29

* snaha o zakrytí, paraván R1/39, R6/34

* sestry klepou R7/28,

* možnost nadstandardního pokoje R2/34, R4//36, R8/30

* není pro mě problém, v pořádku R3/29, R4/36, R5/34

9.1.4 Kategorie Soběstačnost

Pro svou potřebu jistoty a bezpečí je nutná soběstačnost. Pro zhodnocení byly vytvořeny dvě podkategorie: Hodnocení soběstačnosti a Oblast pomoci.

Podkategorie Hodnocení soběstačnosti

Zde hodnotily respondentky subjektivně svou soběstačnost. Nejvíce se shodly v názoru, že jsou zcela soběstačné. R1 zhodnotila: „Mám pocit, že ano.“ R2: „Zatím ano a doufám, že to tak dlouho zůstane.“ R3 odpovídala: „Ano, nyní jsem zcela soběstačná.“ Podobně odpovídaly R4, R5, R6, R8. Jisté omezení přiznala R7: „Nic jsem nepotřebovala. Poprosila jsem jen o předání neschopenky kamarádce, která si pro ní přišla, když jsem byla na sále.“

* ano zcela R3/33, R4/39, R5/36, R6/37, R8/32

* myslím, že ano R1/46

* zatím ano R2/36

* jisté omezení vzhledem k výkonu R7/37

Podkategorie Oblasti pomoci

Podkategorie Oblasti pomoci respondentky jmenovaly, v kterých oblastech potřebovaly od sester pomoci. R1 reagovala: *„Vzhledem k mému povolání, nemám pocit, že potřebuji pomoc v sociální oblasti. Co se týká stravy a mytí, nemám problém. Co se týká bolesti, předpokládám, že při propouštění mi pan doktor zajistí něco na bolest.“* R2: *„Nic mě nenapadá.“* Zajímavá odpověď zazněla od R3: *„Někdy mám špatné myšlenky. Ráda bych si třeba popovídala s nějakým odborníkem. Takže potřebuji podporu spíše psychickou než fyzickou.“* Spánek řešila R4. *„V noci tady špatně spím, mám starosti o rodinu, jak to doma zvládají. Říkám si o prášky na spaní. Pak je to lepší.“* Podobně i R6: *„Celkem nepotřebuji v ničem pomoc, jen už se chci pořádně vyspat.“* R5 krátce: *„Pomoc nepotřebuju.“* Oblast pomoci pro R7 jsou: *„Potřebovala jsem jen vědět něco o dietě a péči o jizvičky.“* A R8: *„Všechno potřebuji několikrát opakovat, někdy nerozumím, informací je moc a vše si nepamatuju.“*

* zvládání bolesti R1/50

* psychická podpora R3/36

* spánek R4/41, R6/39

* dietní režim R7/34

* péče o suturu R7/34

* opakování informací R8/34

* nic R2/38, R5/38,

9.1.5 Kategorie Informace a orientace

Pro jistotu a bezpečí jsou pro pacientky nezbytné informace a orientace. Byly sestaveny čtyři kategorie, které řeší danou oblast.

Podkategorie Druh informací

Jaké informace respondentky dostaly ohledně plánované operace, tím se zabývala podkategorie Druh informací. R1: *„A tady na klinice se mnou pan doktor dlouho mluvil a vysvětlil mi, proč je nutná operace. Jinak jsem dostala informované souhlasy s operací i s anestezií.“* R2 vypověděla: *„Lékaři se snaží vše vysvětlit a to i tak, aby to pochopili úplní laici, jako třeba já. Ale i tak jsem některým termínům nerozuměla. Upozornil mě na rizika operace.“*

R3 říká: „...tady mi pan doktor ještě jednou vše vysvětlil.“ Podobně R4: „Podrobnější informace jsem dostala až tady na indikačním semináři,...ještě něco jsem si zjišťovala na internetu,“ povídala R5. R6 to vidí takto: „Dostala jsem v poradně informační letáčky a nějaké brožurky a pan primář mi vše vysvětlil.“ Totéž R8: „Tady jsem dostala informace o termínu výkonu a předali mi letáčky a informované souhlasy.“ V rozhovoru R7 povídá: „Vše mi vysvětlil už pan doktor, který navrhoval operaci. Sestřičky mi ukázaly oddělení, řekly mi něco ohledně diety před operací a jak to bude potom, kde budu ležet, jaké budu mít hadičky.“

* důvod pro operaci, termín R1/55, R3/39, R4/45, R6/42, R7/37, R8/38

* o anestezii R1/56

* rizika operace R2/42

* osvětlení cizích pojmů R2/41

* internet, letáčky, brožurky, informované souhlasy R1/56, R5/41, R6/42, R8/39

* provoz oddělení R7/37

* dieta R7/38,

* hadičky, drény R7/38

Podkategorie Zhodnocení dostatečnosti informací

Podkategorie Zhodnocení dostatečnosti informací byla sestavena z odpovědí, kdy se respondentky vyjádřily, jak by, podle svého názoru, zhodnotily dostatečnost informací ohledně plánovaného operačního výkonu. R1 během rozhovoru: „Takže informací bylo dost. Anesteziolog se mnou nemluvil. Ale já jsem si to přečetla v tom souhlasu a pak jsem se mohla doptat.“ R2 mimo jiné odpověděla: „Ale i tak jsem některým termínům nerozuměla.“ R3 řekla: „Informace byly dostačující.“ R4: „Ale podrobnější informace jsem dostala až tady na indikačním semináři. Mohla jsem se zeptat lékaře i zde na oddělení, ale nebylo to nutné. Všem dobře rozumím, takové informace mi stačily.“ R5 reagovala: „Informace byly dostatečné, ale ještě jsem si něco samozřejmě zjišťovala na internetu.“ R6: „...pan primář mi vše vysvětlil, což mi stačilo.“ Dostatečnost informací potvrdila i R7. R8 se vyjádřila: „Všem jsem rozuměla a stačilo mi to.“

* dostatečné R1/54, R3/40, R4/47, R5/41, R6/43, R7/37, R8/39

* neporozuměla jsem všemu R2/42

* možnost doptání se R1/57, R4/46

* sama jsem si musela vyhledat R5/41

Podkategorie Prognóza nemoci

Byla vytvořena podkategorie Prognóza nemoci, která byla sestavena z odpovědí, jaké dostaly respondentky informace ohledně dalšího vývoje svého onemocnění, což je také velmi důležitý faktor pro uspokojení své potřeby jistoty a bezpečí. „*Co se týká mé prognózy, vše se dozvím až s odstupem, musí se provést histologie. Pak se teprve uvidí, jak to bude v budoucnu, jestli se to může opakovat nebo bude klid a je to vyřešeno,*“ odpověděla R1. R2, R5 a R8 informace o prognóze nedostala. R3: „*Podle lékařů je moje prognóza velmi dobrá a měla bych potom být zcela vpořádku.*“ R4: „*Po operaci se potíží s krvácením zbavím a vše by mělo být v pořádku. Myomy na děloze prý nejsou nijak nebezpečné, spíše obtěžující.*“ R6 řekla: „*Moje prognóza je dobrá a už se těším, až vše bude fungovat na 100%.*“ R7 odpověděla: „*Operací by se problém měl vyřešit, ale možná mě čeká ještě další léčba.*“

* operací je vše vyřešeno R3/40, R6/43

* postup až podle histologie R1/58

* možná dobrá R4/48,

* neví se, nedostala informace R2/42, R5/41

* nutnost další léčby R7/39

Podkategorie Minulá zkušenost a pocity

Podkategorie Minulá zkušenost a pocity je sestavena z odpovědí, jak vidí respondentky současný stav okolo své operace vzhledem ke zkušenosti s minulou operací. Respondentky tedy konkrétně srovnávaly své zážitky s operací v minulosti a v současnosti. Odpovědi byly různorodé. Reakce R1 na dotaz: „*Možná jsem se před tím více bála, protože jsem vůbec nevěděla do čeho jdu. Více jsem vnímala tu pooperační bolest. Ta zkušenost s operací mi trochu pomohla, že jsem se už tak nebála.*“ R2: „*Myslím si, že tehdy za mlada jsem to viděla jinýma*

očima než dnes. V mladším věku to člověk, podle mě, bere na lehčí váhu než ku stáru. “ Zajímavá odpověď je od R3: „Zde je diametrálně odlišný přístup. Všichni se strašně snaží, nedá se to vůbec srovnat oproti minulé zkušenosti. Ve všem mi zatím vyhověli, a to mi velmi pomohlo k tomu, abych se tak nebála. Díky tomu ten strach nebyl takový.“ R4 to vidí takto: „Tady se cítím dobře, je to tu takové hezké a moderní.“ R5: Byla to moje první operace, takže nemohu srovnávat, i když v nemocnici jsem byla několikrát. Hodně se za tu dobu změnilo, jsou moderní přístroje, jednorázové pomůcky.“ R6 reagovala: Budova na mě působila velmi depresivně. Byly tam velké pokoje a tam leželo mnoho pacientů, nebylo vůbec zachováno soukromí. Vybavení odpovídalo tehdejší době. Tady jsou pokoje po dvou, vše je čisté, světlé, veselé, moderní. Z doslechu vím, že je zde dobrý personál. A taky se tolik nebojím, protože vím, že po operaci budu v pořádku, což se při minulé operaci vůbec nedalo říct.“ R7: „Jdu na operaci poprvé, je to pro mě nová zkušenost.“ R8 odpověděla: „Nikdy jsem na žádné operaci ještě nebyla, takže nemohu posoudit. Pocity nyní mám dobré, je to krátký výkon, takže se nebojím.“

* dříve špatná zkušenost, proto obavy R3/47, R6/47

* nyní mi zkušenost mi pomohla R1/66, 67

* poprvé jsem se víc bála R1/63

* nebojím se R8/43

* nemám zkušenost s operací R5/44, R7/42, R8/43

* dříve dobře, nyní hůř R2/46

* díky prostředí nyní lepší pocity R4/52, R5/47, R6/49, 50

* první operace, ale zkušenost s hospitalizací R5/ 44

9.1.6 Kategorie Podněty senzorické a motorické

Pro potřebu jistoty a bezpečí je důležité mít i dostatek senzorických i motorických podnětů. Byly proto vytvořeny tři kategorie. Respondentky hodnotily prostředí oddělení, přístup sestry a jmenovaly nejdůležitější faktory pro svou jistotu a bezpečí.

Podkategorie Hodnocení prostředí oddělení

Respondentky se vyjadřovaly k prostředí oddělení. Všechny prostředí chválily, při hospitalizaci se cítily díky prostředí dobře. R1: „Je taky příjemná výmalba, na pokoji jsme jenom

dvě, máme soukromí, toaleta a sprcha jsou na pokoji. Oddělení je čisté, personál upravený, atmosféra milá.“ R2: „*Dobře, čistě.*“ R3 reaguje: „*Překvapilo mě, že mají veselé a barevné povlečení.*“ R4 podobně: „*Jak už jsem říkala, je to tu hezké, moderní. Vždy mi vadil typický zápach nemocnice. Ale tady nic nepáchne. A je tu ticho.*“ R5: „*Oddělení působí příjemně, všude je čisto, pokoje jsou moc hezké.*“ R6, R7, R8 také oddělení chválí.

* hezké, moderní prostředí R4/58, R5/52, R6/56, R7/47, R8/48

* ticho R4/59

* absence zápachu R4/59

* barvy R1/74, R3/54

* čistota R2/53, R/52, R7/47, R8/48

* soukromí R2/74

* upravený personál R2/76

* příjemná atmosféra R2/76

Podkategorie Přístup sester

Všechny respondentky se vyjadřovaly kladně k přístupu sester a všechny je chválily. R1 řekla: „*Jsou vstřícné.*“ „*Snaží se všechny,*“ odpověděla R2. R3: „*Sestry neustále chodí a ptají se, zda něco nepotřebuji, jestli nemám žízeň, jestli nechci pomoci do sprchy a podobně. Jsou slušné a když jdou okolo, je hezké, že se mnou prohodí i pár slov a usmějí se, aby mě potěšily.*“ R4 také chválí: „*Sestry jsou milé, ochotné.*“ R5 podobně: „*Snažily se vynaložit veškerou sílu, aby bylo o naše zdraví postaráno. I když toho mají moc, jsou milé, viděla jsem, že přistupují ke všem stejně trpělivě, ať je to pacientka mladá, starší nebo třeba jiné národnosti. Byl to naprosto profesionální přístup a mají můj obdiv.*“ R6 také v rozhovoru shrnula: „*Naslouchaly, měly aktivní přístup, nabízely pomoc při toaletě, ptaly se na bolest.*“ R7 se vyjádřila: „*Vše mi vysvětlily, jsou klidné.*“ A R8: „*Na nic si nemohu stěžovat, vše je v pořádku.*“

* vstřícné, ochotné, R1/78, R4/61

* milé, slušné R3/58, 59, R4/61, R5/55

- * snaží se všechny R2/55, R5/54
- * nabízejí pomoc, ptají se, naslouchají R3/57, R6/58,
- * trpělivé, klidné R5/55, R7/52
- * profesionální, vše je v pořádku R5/56, R8/51

Podkategorie Nejdůležitější faktory

Respondentky se vyjadřovaly, co pro ně je na oddělení prioritní pro zajištění potřeby jistoty a bezpečí. Odpovědi byly rozmanité, každá respondentka si představovala něco jiného. R1: *„Je důležité, když mi přijdou dát léky, že se mě zeptají na jméno, zkontrolují, jestli to souhlasí. Je dobře, že sestřičky a ostatní personál nosí cedulky se jménem a funkcí. Když přijde lékař, představí se mi, podá mi ruku. Jsem ráda, že se tady na oddělení nepohybují cizí osoby. Nemám potom pocit ohrožení.“* R2: *„Tak důležité je vidět zájem rodiny. Chci být ujištěna, že se o mě zajímají, že mě nenechají na holičkách. Zajímají se, jak operace proběhla, jak jsem to snášela. Důležitý je přístup sester, že mě podrží a uklidní. Taky si mohu povídat s ostatními, a můžu vidět, jak to snáší oni.“* R3: *„Čistota, krásný pokoj, spolehlivost a starostlivost veškerého personálu.“* R4: *„Sestry jsou tu neustále k dispozici, mohu kdykoliv požádat o pomoc. Je tu pro tyto případy i telefon, mohu na sestřičku zazvonit. Všimla jsem si, že má personál jmenovky.“* R5 reagovala: *„Podle mě to znamená kvalitní a ochotný personál. Aby byl schopný vysvětlit, poradit a vyřešit jakýkoliv problém související s mým zdravotním stavem.“* Pro R6 je to toto: *„Pro mě jsou nejdůležitější malé, světlé pokoje po dvou. To je pro mě úplně nejlepší. Člověk zároveň není sám a může si popovídat, pokud si padneme do noty.“* R7: *„Nejdůležitější je vlastně vědět do čeho jdu a co mě čeká, zkrátka informace. Také takový pocit, že tu se mnou neustále někdo je, myslím kontakt s personálem.“* A R8 řekla: *„Z personálu vyzařuje profesionalita, vědí, co dělají, takže jim plně důvěřuji. Taky jsem dostala na ruku náramek se svým jménem, aby mě prý „nevyměnili!“*

- * kontrolují identifikační údaje, náramky R1/69, R8/46
- * jmenovky R1/70, R4/56
- * personál se představí R1/71, R4/64
- * zabezpečení vstupu cizím osobám R1/71
- * respektování intimity, individuality R3/52

- * spojení s rodinou R2/49
- * kvalitní personál, vztahy, kooperace R1/80, 82, R2/50, R3/50, R4/55, R5/49, R7/45, R8/35
- * prostředí, čistota, signalizační zařízení, jiné vybavení R3/52, R4/56, R6/53
- * informace R4/65, R7/44
- * kontakt s druhými pacienty R2/51
- * spánek, klid

9.1.7 Vlastnictví a hromadění majetku

Potřeba jistoty a bezpečí se odráží i v ekonomickém zajištění. Respondentky se podrobně vyjádřily k danému tématu a podle toho byly vytvořeny čtyři kategorie.

Podkategorie Bytové podmínky

Podkategorie Bytové podmínky se věnuje tomu, jak respondentky bydlí. Všechny respondentky měly kde bydlet, nejčastěji uváděly rodinný dům a byt. V rodinném domě bydlí R1, R2, R4, R5, R6 a R8, v bytě R3 a R7

- * rodinný dům R1/85, R2/60, R4/68, R5/62, R6/63, R8/55
- * byt R3/68, R7/57

Podkategorie Absence v zaměstnání

Odpovědi na dotaz, zda měly respondentky díky operaci absence v zaměstnání, vytvořily podkategorii Absence v zaměstnání. R1: „*Ano měla a i nadále mít budu.*“ R2: „*Neměla.*“ Obdobně R3: „*Neměla, nyní jsem v důchodu.*“ R4: „*Neměla, pracovala jsem doted.*“ R5: „*Jelikož jsem nezaměstnaná, absence jsem neměla.*“ R6 to vyřešila takto: „*Neměla, vzala jsem si dovolenou.*“ R7 odpověděla: „*Ano, to jsem měla.*“ R8: „*Neměla, mám volno.*“

- *ano, i nadále ano R1/87, R7/59
- *ne, neměla, jsem v důchodu, nezaměstnaná R2/62, R3/70, R5/64
- *neměla R4/70, R6/65, R8/57

Podkategorie Budoucnost

Vidina určité jasné budoucnosti se také odráží v pocitu jistoty a bezpečí. Proto byla vytvořena podkategorie Budoucnost. R2: „*Doufám, se normálně vrátím do práce.*“ Stejně tak odpovídá i R1: „*Předpokládám, že po ukončení pracovní neschopnosti budu normálně pracovat.*“ Podobně i R4: „*Doufám, že budu moc pracovat co nejdříve.*“ Podobně také i R6: „*Doufám, že naplno a až do důchodu.*“ R3 říká: „*Budu si brát vnučata na hlídání a chodit s nimi na procházky.*“ R5 se svěřila: „*Bohužel zatím nevím, jak to bude se zaměstnáním po zotavení, nemoc je velmi vážná.*“ R7: „*Ted' asi chvíli pracovat nebudu... Potřebovala bych lázně, aby ta léčba byla zcela dokončená.*“ R8: „*Myslím, že normálně jako předtím, je to lehký výkon.*“

* doufám, že budu normálně pracovat R2/64, R1/89, R4/72, R6/67, R8/59

* budu pomáhat v rodině R3/72

* nevím, jak to bude R5/66

* teď pracovat dlouho nebudu R7/61,62

Podkategorie Finanční důsledky nemoci

Finanční potíže v důsledku nemoci jsou jedním ovlivňujících faktorů pro jistotu a bezpečí. Jak operační výkon a nemoc tuto potřebu ovlivnil? Z odpovědí na daný dotaz byla sestavena podkategorie Finanční důsledky nemoci. Většina respondentek zkonstatovala, že nemoc má vliv na jejich finanční situaci. R1: „*Mám nějaké finanční rezervy pro takové případy. Příjem bude nižší, ale s manželem pokrýt chod domácnosti zvládneme.*“ R2 na to řekla: „*Určitě to pocítím. Ušlý zisk z doby v pracovní neschopnosti tam bude.*“ R3 reagovala: „*Pokud budu muset užívat léky, na které se doplácí, pak to bude problém. Přála bych si lázně, ale jako samoplátce si to nemohu dovolit.*“ R4: „*Pokud bude vše probíhat podle plánu, neměla bych to finančně pocítit. Mám něco našetřeno.*“ R5 se vyjádřila: „*Nemoc mě finančně neohrozila.*“ R6: „*Mě neohrozí vůbec.*“ R7: „*Samozřejmě to hodně pocítím.*“ R8 v rozhovoru řekla: „*Neohrozí, pokud se ovšem něco nezkomplikuje.*“

* nemám potíže, neohrozí mě R4/75, R5/68, R6/69, R8/61

* pocítím to, nižší příjem R1/92, R2/66, R7/64

* mám našetřeno, počítala jsem s tím, finanční rezerva R1/92, R4/75

* léky, lázně R3/74,75

9.1.8 Kategorie Míru a klidu

Psychika pacientky je dalším ovlivňujícím faktorem pro uspokojení jistoty a bezpečí. Z odpovědí respondentek byly sestaveny tři kategorie.

Podkategorie Psychické působení epidemiologické situace

Jak na pacientku na oddělení psychicky působí epidemiologická situace? To se pokusily respondentky popsat v jednom z dotazů týkajícím se oblasti Míru a klidu. Většina respondentek uváděla negativní pocity z celé situace a popisovala celou škálu problémů s tímto spojených. R1: *„Je to náročná situace, musí všichni nosit ústenky, nevidíme si navzájem do obličeje, to mi není příjemné. Vidím věci, kdy si říkám, že tu někdo pozitivní na oddělení asi bude, když tu sestry pracují v tom obleku. Nepůsobí to na mě dobře, mám strach, že se tady taky mohu nakazit. Také jsem nevěděla, jestli moje operace nebude odložena, když se musely některé plánované výkony odložit.“* Reakce R2: *„Obtěžují mě ústenky. Špatně se mi v nich dýchá. Komunikace je horší, ale chápu to, že je to v současnosti nutnost.“* R3 se vyjádřila: *„Je vidět, že toho mají zaměstnanci dost, ale působí všichni jako sehraný tým. Já se samozřejmě také bojím, ale dodržuji všechna doporučení a věřím, že se mi nic nestane.“* R4 řekla: *„Personál dodržuje hygienická pravidla, nebojím se.“* R5 se svěřila: *„Daný stav na mne dopadá velice špatně, protože se mě dotýká přímo osobně. Je to pro mě skličující, mám obavy, jak to dopadne. Přesto věřím, že brzo bude lépe a těším se, až to skončí a budu se moci setkat s rodinou.“* Tak to odpověděla R6: *„Tento stav mě pochopitelně trápí a omezuje. Musím nosit roušku, neustále si desinfikovat ruce, je omezený pohyb a nemohou za mnou návštěvy.“* R7 má podobný názor: *„Je to velmi nepříjemné a omezující, člověk neví, co bude dál.“* R8: *„Je to nepříjemné pro všechny, musíme nosit roušky a neustále dodržovat všelijaká doporučení. Je tu i pokoj označený „Izolace“, takže to mi na klidu nepřidává.“*

* nepříjemné, omezující, špatné R1/96, R2/68 R3/70, R6/71, R7/66, R8/63

* bojím se nákazy, mám strach R1/97, R3/78, R5/72, R8/64

* musíme dodržovat nařízení, ústenky R/68, R3/79, R6/71, R8/63

* obavy z odložení operace R1/99

* snížená kvalita komunikace R2/68

* sehraný tým, věřím jim R3/77,79 R4/78

* nebojím se R4/78

* absence návštěv R5/73. R6/72

Podkategorie Příčina neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí

Respondentky se v rozhovoru vyjadřovaly, jestli někdy pocítily následky neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí jako je strach, úzkost. Vysvětlovaly, v jaké situaci se to stalo. Odpovědi jsou velmi rozmanité a byla k tomu účelu sestavena podkategorie Příčina neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí. R1: „Dostala jsem velký strach až úzkost těsně před tou operací. Pomohlo mi vzpomenout si na tu operaci v minulosti. Pak jsem dostala injekci a to se mi ulevilo. Mám strach, jak to tam doma beze mě zvládnou. A jak zvládnou zaměstnání.“ R2 řekla. „Při sdělení diagnózy lékařem. I když si to nechcete připustit, tak to s člověkem zamává. Po chvíli se to zlepšilo, ale určitý strach zůstal.“ R3: „Stalo se to při té minulé operaci v jiném zdravotnickém zařízení díky zmiňovanému neprofesionálnímu přístupu personálu. Tady jsem takové pocity neměla.“ R4 se vyjádřila. „Vzhledem k tomu, že jsem na nadstandardním pokoji, někdy jsem měla strach, že tu nikdo není a už mě nikdo nehlídá. Sestry chodí na pokoj často, ale to není ono. Litovala jsem, že jsem nešla na normální pokoj. Ale jdu brzo domů, tak to tak už nechám. Taky mám strach, jestli mému příteli nebude vadit jizva a budu se mu pořád líbit.“ R5 se svěřila. „Mám strach, jak bude pokračovat vývoj mého stavu, protože nikdo přímo neví, jak se nemoc zachová.“ R6: „Pocítila jsem strach těsně před vytahováním cévky, protože se velice bojím bolesti.“ R7: „Pocítila jsem to těsně před narkózou. Měla jsem strašný strach, že se neprobudím. A taky mám samozřejmě strach, jestli nebudu neplodná a přítel mě kvůli tomu neopustí.“ A podobně i R8: „Trochu jsem se bála, aby mi nebylo po narkóze špatně.“

* strach těsně před operací R1/102,

* strach o rodinu R1/103

* strach o zaměstnání R1/104

* strach při sdělení diagnózy R2/72

* strach v minulosti díky sororigenii R3/82,83

* strach z přechodu na standardní pokoj R4/81,82

* strach o vývoj zdravotního stavu R5/76

- * strach z bolesti R6/75
- * před narkózou R7/69
- * strach z neplodnosti, z opuštění R7/70
- * strach ze stavu po narkóze R8/67
- * strach ze změny vzhledu, z jizev R4/84

Podkategorie Relaxace

Co všechno pomáhá pacientkám při hospitalizaci k tomu, aby se cítily po operaci klidně a jakými způsoby relaxují? Odpovědi byly shrnuty a byla vytvořena podkategorie Relaxace.

R1: *„Je pro mne důležité, že se ke mě personál chová příjemně, a tak mám dobrý pocit. Ráda si čtu knížku a prohlížím si fotky dětí. To mě uklidňuje, že to bude dobrý. Švagrová mi dala takový talisman a kamínky, ty si mačkám v ruce.“* R2: *„Knižka a návštěva. Na tu se těším nejvíc.“* R3 vypovídala: *„Přinesla jsem si knihu a křížovky a prohlížím si v mobilu fotky vnoučat.“* R4: *„Mohu být na internetu, wifi je funkční. Vyřídím pracovní záležitosti a mám díky tomu spojení s rodinou.“* R5: *„Když mám sílu, zkouknu tady nějaký film, háčkuju.“* R6 sdělila: *„Vzala jsem si knížku a hraju hry na tabletu.“* R7: *„Vzala jsem si notebook a čtu si.“* R8: *„Dívám se na televizi, poslouchám hudbu.“*

- * příjemný personál R1/106
- * knihy, časopisy, křížovky, ruční práce R1/107, R2/75, R3/85 R5/79, R6/78
- * internet, filmy, hry, televize R4 86, R6/78, R7/72, R8/69
- * poslech hudby R8/69
- * fotografie blízkých R1/107, R3/85
- * talisman R1/108
- * návštěva, spojení s rodinou R2/75, R4/86
- * možnost vyřizovat pracovní záležitosti R4/86

9.1.9 Naděje a víra, láska, sounáležitost

Mít naději a víru do budoucna, pocit lásky, pocit sounáležitosti, to je nedílná součást pocitu jistoty a bezpečí pro nemocného. Sestra musí ve své práci podporovat u pacientky i takové

myšlenky. Z odpovědí na takový dotaz byly vytvořeny dvě kategorie. Respondentky se svě-
řovaly, jak takové skutečnosti vnímají v souvislosti s operačním výkonem.

Podkategorie Radost do budoucna

Těšit se na něco a mít z něčeho radost je pro nemocného člověka v rámci jeho uzdravování nesmírně důležité. Z odpovědí byla sestavena podkategorie Radost do budoucna. Nejvíce respondentky uvedly, že se těší na domov, děti, své blízké a také až se uzdraví. R1: „*Nejvíce se těším, až budu doma s rodinou a já se konečně vyspím ve své posteli... Věřím, že já budu zdravá.*“ R2 se těší na: „*Na domov, zahradu, kytičky a mého pejska.*“ A pokračuje odpovědí, co jí dělá radost: „*Děti a jejich děti.*“ R3 řekla: „*Těším se na chvíli, kdy mi lékař sdělí, že jsem v pořádku. Těším se, jak budu žít svůj běžný život, jako před tímto gynekologickým problémem.*“ R3 se rovněž těší na děti a vnoučata. R4: „*Moc se těším domů, chci za dětmi. Mám radost, že vidím vyrůstat děti, že se mi pracovně daří a že jsme všichni zdraví.*“ R5 reagovala. „*Radost mi přinášejí vnoučata a moje zvířátka. Těším se, až to všechno skončí a já si budu moc koupit něco pro radost, dojet si do kavárny, pohrát si s kočkami, vyrobit si něco z keramiky.*“ R6 se těší: „*Až budu fit a bez úniku moči, prostě na původní život bez potíží.*“ A dále se R6 těší na: „*Kamarádky, sportování a chodím i ráda do práce.*“ R7 odpovídala na dotaz takto: „*Nejvíce se těším na svou postel a domov. Mám spoustu plánů, chci cestovat, bavit se s přáteli, do budoucna plánuju svatbu a děti.*“ R8: „*Těším se domů, nechci tu být. Mám malého syna, který mě ještě potřebuje.*“

* domov R1/110, R2/77, R4/89, R7/74, R8/71

* rodina, vztahy R1/110, R2/77, R3/90, R4/89, R5/84, R6/82, R7/76, R8/73

* příroda R2/77

* domácí mazlíčci R2/77, R5/82

* práce R4/91, R6/82

* spánek, vlastní postel R1/110, R7/74

* zlepšení zdraví R1/112, R3/87, R5/81, R6/80

* plány do budoucna R7/76

Podkategorie Motivace pro uzdravení

Jaká síla a co všechno pomáhá pacientkám zvládnout stav spojený s operačním výkonem? Každá pacientka má jiný důvod pro uzdravení. Všechny respondentky měly rodinu, přátele a své zájmy a koníčky. Nejčastější odpovědí byla logicky potřeba být doma s rodinou, s dětmi, s přáteli a kvalitně trávit volný čas. I na to by měly sestry ve své práci pamatovat a podle toho motivovat nemocné k uzdravení. Z odpovědí byla vytvořena podkategorie Motivace pro uzdravení. Zajímavá odpověď je u R1: *„Nejdůležitější je pro mne opravdu rodina a vědomí, že se mám kam vrátit.“* R2: *„Chtěla bych tu být co nejdéle, samostatná, zdravá. Nechci, aby se o mě musel někdo starat. Nechci být bezmocná. Chci se dožít doby, kdy vnoučata mají děti. To bych si moc přála.“* R3 má také velikou motivaci ve vnoučatech a dětech: *„Vnoučata a děti jsou to nejvíc, pro co žiju. To je pro mě priorita.“* R4: *„Věřím, že budu brzy fit. Operací se vše vyřeší a mohu se brzy vrátit do běžného života.“* R5 také věří v uzdravení: *„Jsou horší věci na světě, než je moje nemoc. To mi dává sílu, abych to zvládla.“* R6 žije také pro rodinu: *„Musím a chci to zvládnout, protože rodina mě potřebuje a já potřebuju je.“* R8: *„Prostě chci a musím tady ještě pro syna být.“* R7 se chce zbavit hlavně bolesti: *„Potřebuju být zdravá co nejdříve, takhle s bolestmi to není život.“*

*rodina, děti, manžel R1/115, R2/82, R3/92, R4/97, R5/91, R6/84, R7/80,82, R8/75

* vědomí, že se mám kam vrátit R/115

* nechci být bezmocná, na obtíž R2/81

* rodina mě potřebuje R6/84, R8/75

* víra v uzdravení R4/93, R5/86

* nemít bolest R7/78

* přátelé, kolegové R3/98, R4/99, R5/93, R6/90, R7/84, R8/81

* volný čas, koníčky R1/123, R2/90, R3/100, R5/86, R6/92, R7/86, R8/83

9.1.10 Doporučení

Respondentky v hloubkovém rozhovoru uváděly, co by si přály, co by potřebovaly či co by doporučily sobě nebo ostatním, aby se dosáhlo co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí okolo operačního výkonu. To vše je hodně důležité vědět pro zpětnou vazbu. Uvedené nápady a podněty vytvořily Kategorii Doporučení. Byla rozdělena do tří podkategorií.

Podkategorie Přání pacientek

Respondentky v rozhovorech hovořily o tom, co by si přály, aby byl dosažen co nejlepší pocit jistoty a bezpečí. Odpovědi vytvořily podkategorii Přání pacientů. Respondentky nejvíce jmenovaly přání v oblasti kvality péče, personálu, zejména sester. R1: „*Možná bych uvítala nějakého psychologa, aby se mnou mohl promluvit, kdykoliv bych potřebovala. Ale chápu, že nemůže být k dispozici 24 hodin. To by bylo fajn. Třeba bych nepotřebovala tolik léků na bolest, nevím.*“ A dále se vyjadřuje o sestřích: „*Někdy byly asi sestřičky přetížené, měly toho hodně a nemohly ke mně chodit tak často. Já jsem to tedy nepotřebovala, ale někdo jiný, po složitějším zákroku, by to asi chtěl. Přišlo mi, že jich tady je málo.*“ R2: „*Škoda, že si nemohu s lékařem o operaci promluvit kdykoli podle potřeby. Jsou příliš vytíženi a zkrátka to nelze. ... Mrzí mě, že mi nikdo neřekl, jestli pak mohu plavat, jezdit na kole, lyžovat, nebo budu jinak omezená.*“ R3: „*Potřebuju mít jistotu, že mě tady nikdo ve spánku neokrade, že jsou dobře zabezpečené dveře a nikdo cizí se sem nedostane. Potřebuju skutečně věřit, že to všechno dobře dopadne. A abych mohla v dobrém vzpomínat, jak mi tady pomohli.*“ R4 se svěřila, co jí pomáhá pro pocit jistoty a bezpečí: „*Cítím se dobře, když vidím, že jsem v dobrých rukou. Že je personál sehraný a všichni vědí, co mají dělat. Uklidňuje mě, když je sestra šikovná a pohotová.*“ R5 se rovněž vyjádřila o sestřích: „*Ráda bych, aby se udržela kvalita péče po celou dobu mé hospitalizace. Chápu ale, že se mi sestra na oddělení nemůže věnovat tak, jako sestra na pooperačním pokoji, má na starosti hodně pacientek. Chci, aby se o mě staral dobře ohodnocený personál. Pokud bude spokojený personál, věřím, že to pocítím pochopitelně i já na své vlastní péči.*“ R6: „*Je pro mě důležitý pocit, že se mohu kdykoliv personálu na cokoli zeptat, že mi nebude dáno najevo, že obtěžuju a zdržuju a že ta možnost prostě existuje.*“ R7: „*Někdy si se mnou sestry hezky povídaly, ale z časových důvodů to nešlo opakovaně. To mi hodně pomohlo nasměrovat myšlenky jiným směrem. Mám ráda, když se vše bere s humorem a pozitivně.*“ R8 odpovídala: „*Takže bych to nazvala asi jako individuální přístup k pacientovi.*“

* možnost psychologa kdykoliv R1/125

* více sester R1/131, R5/98

* možnost hovořit s lékařem kdykoliv R2/92

* více informací R/95

* více času R7/90

- * vidět sehraný tým R4/103
- * udržet stávající kvalitu péče R3/105, R5/97, R6/94, R7/95
- * schopné sestry R4/104, R7/88
- * spokojený personál R5/101
- * individuální přístup R8/85
- * prevence krádeží R3/102

Podkategorie Nedostatky

Co všechno pacientky trápí, co vidí jako nevhodné nebo nepříjemné? Z odpovědí respondentek byla vytvořena Podkategorie Nedostatky. Respondentky jmenovaly rozmanité skutečnosti a každá se vyjádřila jinak. R1: „*Někdy mi vadila ta nižší intimita v průběhu vizity, kdy mě odkrývali před tou druhou pacientkou. To mi bylo nepříjemné. Někdy mi zarazilo, že si lékař se sestrou mezi sebou tyká.*“ R2: „*Nemám dostatek času sníst jídlo. Chápu, že potřebuji odnést nádobí, ale ta doba na konzumaci by mohla být delší.*“ R3 vadilo brzké odložení zubní protézy: „*Bylo pro mě tedy velmi nepříjemné odložit jí předem a odjet na sál. Vlastně ani nechci, aby to o mně někdo věděl.* A pokračuje o rušení spánku návštěvami: „*...chtěla jsem odpočívat a přišla návštěva k té druhé pacientce. Chtěla jsem spát, nebylo mi dobře a nešlo zabránit, aby si povídali.*“ R4: „*Viděla jsem ale naříkat jinou pacientku, kterou vezli po operaci na pokoj. Nebyl to hezký pohled.*“ R5: „*Ted' je mi nepříjemné, že není díky epidemiologické situaci možný větší kontakt s rodinou. Díky tomu je pro mne pobyt dlouhý, ale musela jsem se s tím smířit. Izolace od rodiny a přátel mě stojí spoustu sil navíc, telefonní kontakt rodinu nenahradí.*“ R6: „*Nevhodné bylo někdy nadměrné halasení na chodbě a z venku hluk z aut. Depresivně na mě působil hluk přistávajícího vrtulníku.*“ R7 a R8 nedostatky nejmenovaly.

- * převoz na sál chodbou R1/40
- * tykání mezi sestrou a lékařem R1/82
- * omezený čas na konzumaci stravy R2/57
- * odložení zubní protézy R3/62
- * rušení spánku návštěvou R3/65

* pohled na jiné odoperované pacienty R4/65

* izolace od rodiny R5/59

* nadměrný hluk aut a vrtulníku R6/60,61

* nižší intimita R1/42,81

Podkategorie Podněty pro vylepšení

Na konci rozhovoru respondentky navrhly, co by se dalo v daném zdravotnickém zařízení zlepšit pro dosažení co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí i pro ostatní pacienty. Byla sestavena podkategorie Podněty pro vylepšení. Odpovědi jsou velmi zajímavé a různorodé. R1 navrhovala: „*Napadá mne, že na tom jiném pracovišti jsem byla u anesteziologa ještě před hospitalizací. Měl tam svou kancelář, kde se mnou promluvil, věnoval se mi, nikdo ho nerušil. Tady ke mně přišel anesteziolog až k lůžku, byla u toho i ta druhá paní.*“ R2: „*Je smutné, když ležíte na JIPce, že nemůžete dát po telefonu informace své rodině, která na to čeká. Vše se dozví třeba až za dva dny. Návštěvy jsou v nějaké míře povoleny, ale na jipce ne. Lékař, který má pacienta na starost, nemusí být pro svou vytíženost ihned přítomen. To je, myslím, nedomyšlené.*“ R3 hovořila o spolupacientkách: „*Vypozorovala jsem, že se dávají spolu na pokoj pacientky přibližně stejného věku, a to v domnění, že si budou spolu rozumět. Nemusí to tak, podle mého názoru, být vždy. Bylo by hezké, kdyby se myslelo i na takové okolnosti.*“ R4: „*Preferovala bych neomezené návštěvy na všech pokojích a ne jen na nadstandartních. Ale chápu, že v této době to není možné. Někteří pacienti by možná uvítali vidět i své domácí mazlíčky. Bylo by hezké, kdyby byla možnost zakoupit něco na čtení.*“ R5 mluvila o pokojích pacientů: „*Při minulé hospitalizaci jsem byla na osmilůžkovém pokoji, který se během dvou dní zaplňoval novými pacienty. Jednoho propustili, dva přijali, a podobně to šlo celou dobu pobytu. Takže o klidných nocích jsem si mohla nechat zdát. Sestry se nezastavily celou noc. Pobyt na dvoulůžkovém pokoji se sociálním zařízením byl opravdu luxus.*“ R6: „*Doporučila bych ostatním pacientům, aby se sami aktivně zajímali o svůj zdravotní stav, aby se sami zapojili do své péče. Pokud pacient něčemu nerozumí, není si jistý, je třeba, aby i on sám přišel za sestrou a požádal o pomoc, nejen pasivně čekal.*“ R7 se vyjádřila: „*Doporučila bych sestram a všemu ostatnímu personálu, aby se snažili o udržení pozitivní nálady, která tu vládne. Je vidět, že své práci rozumí a dělají jí s radostí a to dělá hodně.*“ R8: „*Neustále se mě někdo ptal dokolečka na tu samou věc, což bylo někdy otravné. Pochopila jsem ale, že*

je to v takovém kolosu jako je FN Plzeň nutné pro bezpečnost. Takže bych asi doporučila pochopení a trpělivost veškerého personálu i pacientů.“

- * anesteziolog předem R1/134
- * návštěvy i na JIP R2/100
- * informace po telefonu co nejdříve R2/99
- * lepší volba spolupacientek R3/109
- * neomezené návštěvy R4/109,111
- * preferovat dvoulůžkové pokoje R5/108
- * aktivní zapojení pacienta R6/102,103
- * pochopení a trpělivost R8/91
- * omezit obtěžování dotazy R7/91
- * udržet pozitivní náladu personálu R7/95
- * možnost zvířat R4/110,111
- * možnost zakoupení tiskovin R4/106

DISKUZE

Diplomová práce se zabývá potřebou jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Cílem práce bylo zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí. Byl proveden kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. Po nastudování a sepsání teoretické části následovala empirická část. Připravilo se několik otázek na zjišťování problematiky saturace potřeby jistoty a bezpečí. Bylo třeba zvolit takové otázky, kdy budou respondentky dotazovány velmi konkrétně, a ještě bude nutné se na něco doptávat. Inspirací byla sada otázek v rozhovoru, který uvedla autorka Trachtová (2018, str.158). Bylo nutné se ptát tak, aby se dosáhlo odpovědí na všechny oblasti týkající se potřeby jistoty a bezpečí. Po získání písemného souhlasu s výzkumným šetřením započala praktická část diplomové práce. Výzkumný soubor tvořilo osm respondentek z pooperačního oddělení GPK FN Plzeň.

Na začátku diskuze je třeba zmínit, že výzkum byl prováděn pouze s osmi respondentkami a nelze proto zevšeobecnovat a tvrdit, že výsledky výzkumu tak platí vždy a všude. Navíc byl výzkum prováděn v době zhoršené epidemiologické situace, kdy byl personál, management i pacient touto skutečností silně ovlivňován.

Potřeba jistoty a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby a její důležitost ještě narůstá v situaci, kdy je člověk nemocný, má potíže, ocitá se v neznámém prostředí, mezi neznámými lidmi. Každý z nás je jedinečnou lidskou bytostí a každý člověk se jinak chová, prožívá a reaguje na svou nemoc. Nejinak tomu je, pokud se dostane do zdravotnického zařízení, kdy musí díky potížím podstoupit operační výkon. V provedeném výzkumu se jasně potvrdilo, že prožívání a chování pacientů je skutečně velice individuální. Jedno je ale jisté, a to, že každá respondentka uváděla minimálně jednu reakci na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí okolo svého operačního výkonu. Nejčastěji to byl strach, úzkost, obavy, bezmocnost, ale i hněv. Při hloubkových rozhovorech bylo možno vyslechnout respondentky, které velmi emotivně popisovaly, co konkrétně cítily nebo co prožívaly i při minulé hospitalizaci. Naskytla se tak celá škála pocitů, které takový nemocný člověk může díky operačnímu výkonu prožívat. Lze proto souhlasit s tím, co je popisováno v literatuře, a i v rozhovorech s pacientkami to bylo možno vyčíst. Autorka Trachtová (2018) i Zacharová (2017) rovněž hovoří o tom, že projevem neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí jsou strach, úzkost, hněv a smutek. Respondentka R3 hovořila také o bezmoci: „*Chtěla bych tu být co nejdéle, samostatná, zdravá. Nechci, aby se o mě musel někdo starat. Nechci být bezmocná.*“

Aby byl splněn cíl práce, v empirické části práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. **První** výzkumná otázka zněla: Jaké jsou priority pacienta pro jeho uspokojení potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem? Na přímý dotaz odpovídaly respondentky v části rozhovoru, který se týkal otázek pro oblast sensorických a motorických podnětů. Prioritním faktorem pro saturaci potřeby jistoty a bezpečí uváděly respondentky nejrůznější skutečnosti. Pro R1 to představovalo neustálou kontrolu identifikačních údajů na náramku, to, že se lékař představí před vyšetřením, nošení viditelné cedulky se jménem a funkcí ošetřujícího personálu, zabránění vstupu cizím osobám na oddělení. „*Nemám potom pocit ohrožení*“. Pro R2 bylo nejdůležitější spojení s rodinou. R3 uváděla jako prioritu pro svou potřebu jistoty a bezpečí kvalitní personál a prostředí. R4 a R5 také jmenovala jako prioritu kvalitní personál a R4 navíc zmínila rovněž jmenovky. R6 a R8 jmenovala jako prioritu prostředí. Informace a kvalitní personál byly nejdůležitější pro R7: „*Nejdůležitější je vlastně vědět do čeho jdu a co mě čeká, zkrátka informace. Také takový pocit, že tu se mnou neustále někdo je, myslím kontakt s personálem.*“

Z výzkumného šetření lze vyčíst, že většina respondentek byla dostatečně informována a seznámena s prostředím, průběhem nemoci, léčbou a jednotlivými úkony. Informace pacientkám podávali nejvíce lékaři a sestry. Autorka Šamánková (2011, str. 96-97) rovněž hovoří o skutečnosti, že být v bezpečí je velmi důležitá potřeba každého člověka. Aby se nemocný cítil bezpečně, musí být schopen předvídat danou situaci, ve které se ocitá. Potřebuje situaci chápat, znát prostředí, ve kterém je, potřebuje znát osoby, které se o něj budou starat. Nemocní při příjmu jsou zahrnuti řadou informací, které nemusí chápat a jsou tak pro ně stresující. Pokud však nemocný dostane na své otázky včas odpovědi, kterým rozumí, může se tak spíše cítit v bezpečí, než pokud byly informace podány částečně nebo vůbec. Z výzkumného šetření vyplynuly shodné závěry.

Respondentky několikrát zmiňovaly otázku důležitosti kvality zdravotnického personálu. Většina dotazovaných měla pocit důvěry a podpory ze strany zdravotníků, což se zcela jistě promítá do uspokojené potřeby jistoty a bezpečí.

Potřebu jistoty a bezpečí nemocného ovlivňuje jeho rodina a blízcí. V souvislosti s plánovaným operačním výkonem se řeší otázka návštěv. Respondentky hovořily o zklamání ze současné epidemiologické situace, kdy je dočasný zákaz návštěv. V dnešní době mají pacientky výbornou možnost komunikace se svými příbuznými, vzhledem k tomu, že

téměř všichni, napříč všemi věkovými kategoriemi, využívají ke komunikaci mobilní telefon, tablet nebo počítač. Takový způsob kontaktu s příbuznými je možný prakticky kdykoliv a jakkoliv dlouho díky bezplatné Wi-fi technologii instalované téměř po celé FN Plzeň, což také v rozhovorech několik respondentek zmiňovalo.

V rozhovorech uváděly respondentky důležitost prostředí. Zde se ukázalo, že byla celková spokojenost s prostředím a takové prostředí na ně působilo důvěryhodně a pomáhalo jim saturovat potřebu jistoty a bezpečí. FN Plzeň je stále modernizována a zdejší oddělení je konstruováno tak, aby bylo nejen příjemné, ale i pohodlné a komfortní, a odpovídalo tak moderním požadavkům. O důležitosti prostředí jako faktoru saturace jistoty a bezpečí psal již v roce 2004 autor Ulrich ve svém článku „*The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*“. Píše se zde mimo jiné i o trendech v koncipování moderních zdravotnických zařízení v 21. století.

Dostalo se nám tedy odpovědi na první výzkumnou otázku. Prioritou pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem je kvalitní personál, prostředí, kontakt s rodinou, informace a komunikace. Bylo ovšem velmi překvapující, že respondentky téměř nezmiňovaly bolest. Pouze R3 hovoří v rozhovoru o strachu z bolesti, ale „nemít bolest“ není pro respondentku prioritní. Tou je prostředí, a spolehlivý a starostlivý personál.

Druhá výzkumná otázka zněla: Jak jsou zde sestrami saturovány potřeby jistoty a bezpečí? Vše se dalo vyčíst z odpovědi na otázku týkající se oblasti důvěry. Respondentky hovořily o tom, jak sestry reagovaly na vyjádřené obavy a pocity. Všechny respondentky mluvily o sestrách velmi hezky a pozitivně. Nejčastěji se dotazované shodly v tom, že sestry byly milé, ochotné, empatické, měly rychlé a profesionální reakce, uklidnily, vysvětlily, vyhověly, podpořily, nabízely pomoc, snažily se. Dále se respondentky svěřovaly, že se sestry chodily opakovaně ptát, zda „ještě něco nepotřebuji“, proběhla zpětná vazba. Několik respondentek potvrdilo, že pokud byl čas, hezky si spolu popovídaly.

O vlivu terapeutického písí autoři Zacharová (2016) a Baringer (2006), kdy se vychází z teorie, že dobré slovo léčí. I zde se lze shodnout s autory, kdy respondentky potvrdily, že sestry naslouchaly, co právě pacientka cítí, přinášely potěšení, radost, uklidnění, zkrátka akceptovaly pocity, a tak dávaly najevo, co druzí prožívají. Tímto způsobem se dařilo snížit napětí, zmírnění úzkosti a navázání důvěry. Respondentka R2 přímo hovořila o

tom, že „je důležitý přístup sester, že mě podrží a uklidní.“ I podle Plevové (2019) terapeutická komunikace vyžaduje srdečnost, důvěru, empatii a vzájemný respekt. Pacient pak věří sestře, že o něho dobře pečuje. Příkladem je odpověď R3: „*Jsou slušné a když jdou okolo, je hezké, že se mnou prohodí i pár slov a usmějí se, aby mě potěšily.*“ Pouze respondentka R2 konstatovala, že: „*Některé sestry jsem si oblíbila více, jiné méně. Ale snaží se všechny.*“

O důležitosti vlivu chování sestry na zdravotní stav pacienta, vhodného přístupu k nemocnému, celkové úpravy vzhledu sestry, empatii a komunikaci, hovoří autorka Dostálová (2016). Vyzdvihuje tak její úlohu, kdy sestra je významným partnerem pro uspokojování všech potřeb, kde významnou potřebou jsou potřeby jistoty a bezpečí. Ve výzkumu se daná skutečnost potvrdila dotazováním, na koho se respondentky nejvíce obracely pro pomoc. Pět respondentek ihned odpovědělo, že to byla právě sestra, na kterou se obrátily pro pomoc. Dvě respondentky (R2 a R7) řekly, že se neobrátily tady k nikomu. V další otázce byl ale dotaz, jak sestry reagovaly na obavy a pocity, které pacientky vyjádřily. R2 odpověděla, že sestry jí naznačily, že se není čeho bát a R7 řekla, že sestry jí vše předem vysvětlily. R6 také hovořila o tom, že osobou pro pomoc byl „pan primář“ a o sestře v dotazu nehovoří, následně však mluví o sestřích, jejich empatii a snaze. Takže i zde se potvrzuje, že sestra je důležitým partnerem na cestě k uzdravení. Z výzkumu tedy vyplývá, že sestry na oddělení jsou ochotné, milé, nabízejí pomoc, vysvětlují, uklidňují, jsou rychlé, pohotové, umí podpořit, nabízejí pomoc, snaží se, jsou empatické, zkrátka profesionální. Jedině takový způsob pomáhá uspokojit potřebu jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem, a to je odpověď na druhou výzkumnou otázku.

Třetí výzkumná otázka zněla: Co nejvíce ovlivňuje celkovou saturaci potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem? Respondentky byly dotazovány na pocity a obavy před operací. Dále byly pokládány dotazy na intimitu, minulé zkušenosti, prognózu a okolnosti nemoci, ekonomickou situaci, strach, úzkost, budoucnost. Odpovědi byly velmi zajímavé a rozmanité. Potvrzuje se, že každý člověk je individualita a každý člověk svou nemoc prožívá jinak. Autorka Trachtová (2018) hovoří o vlivech faktorů fyziologicko-biologických, jako jsou věk, funkce orgánových systémů, intaktní tělesná struktura, adaptační mechanismy, způsoby zvládání stresových situací. Dále zmiňuje faktory psychicko-duchovní, jako integritu osobnosti, lásku a sounáležitost, vážnost a úctu. Sociálně-kulturní faktory představují podle autorky socializaci, postavení v práci, v rodině, ve společnosti. Dále je to vliv hodnotového systému daného člověka, role a mezilidské vztahy. Nemalý vliv na jmenovanou potřebu mají faktory životního prostředí.

Jaké byly nejčastější pocity a obavy před operací? To se pokusily popsat respondentky v položeném dotazu, který se týkal oblasti Důvěry. Nejčastějším důvodem byl uváděn strach z „neznámého“, kdy se hovořilo o tom, že respondentka vůbec „neví, do čeho jde“. Přechod ze zdraví do nemoci je krizovou situací. Pacient se musí s novou situací vyrovnat-adaptovat se. O adaptaci hovoří i autorka Šamánková (2011), kdy aktivní adaptace znamená přizpůsobení se sobě a svým potřebám, pasivní adaptace je přizpůsobení se situaci. Respondentky dále zmiňovaly strach z narkózy a strach ze stavu po narkóze. Respondentky se téměř ve všem shodovaly a popisovaly skutečnosti stejně jako autor Kindler (2000) a Janíková (2013) že, „nemocný se bojí nevolnosti nebo zvracení po operaci, bojí se, že ho to bude po operaci bolet, má strach z toho, jak mu bude, až se probudí, bojí se, co se bude dít v době, kdy už bude spát.“ Dále bylo v provedeném výzkumu zjištěno, že pocit jistoty a bezpečí ovlivňuje to, jaký vliv bude mít operace na další život. Pro nemocného je nesmírně důležité vědět, zda operací jsou jeho potíže vyřešeny nebo nejsou či zda je výsledek nejistý.

S tím souvisí i bolest, kdy zvládnutí bolesti patří mezi silně individuální záležitost. Každý člověk má odlišný způsob zvládnutí stresu a má i jiné adaptační mechanismy. Ze strachu z bolesti hovořily hlavně R1, R3 a R6. Jedna z respondentek (R4) hovořila o strachu ze změny vzhledu, trápila jí pooperační jizva. Atkinson a Pudner, (2010) přímo hovoří o tom, že vliv mají jizvy po operaci, drény, amputace či úraz, které změny fyzický vzhled jedince a tím ovlivní i jeho sebedůvěru a sebepojetí. R6 se v rozhovoru svěřila, že má strach z opuštění a ztráty partnera, kdy: „má obavy z toho, aby se operace povedla“, uváděla potíže v intimním životě a bojí se, aby jí manžel neopustil. Takový psychicko-duchovní faktor jako láska a sounáležitost jistě patří mezi významné faktory ovlivňující saturaci potřeby jistoty a bezpečí. R1 zmínila i starost o fungování rodiny v době, kdy je hospitalizovaná pro plánovaný operační výkon.

Autorka Trachtová (2018) mezi faktory pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí řadí i věk a pohlaví. Výzkum probíhal na GPK FN Plzeň, čili pohlaví a jeho vliv pro saturaci potřeby nebyl zkoumán. Autorka Janíková (2013) se zmiňuje o věku a pohlaví jako o jednom z faktorů preoperační úzkosti. Na základě odpovědí respondentek se lze ale domnívat, že s předoperační úzkostí souvisí spíše nastavení osobnosti, než věk a pohlaví.

Z výzkumu vzešla odpověď na otázku, zda má vliv minulá zkušenost s operací na potřebu jistoty a bezpečí v nynější situaci okolo plánovaného operačního výkonu. Pokud ne-

mocný v minulosti již operační výkon podstoupil dle Janíkové (2013), je výskyt předoperační úzkosti nižší. Vyšší míru úzkosti mívají mladší pacienti bez předchozí zkušenosti s operací a s nižším vzděláním. Ve výzkumu bylo zjištěno, že zkušenost s operací má R1, R2, R3, R4, R6. Respondentky se vyjádřily, zda jim minulá zkušenost pomohla, aby se cítily lépe. R1 potvrdila, že se díky minulé zkušenosti nyní tolik nebála. R2 řekla, že si myslí, že operaci před mnoha lety brala „na lehkou váhu“, nyní je to prý horší. R3 se díky ošklivé zkušenosti bála moc. R4 a R6 se cítí mnohem lépe, a to díky prostředí. Nelze tedy zcela souhlasit s autorkou, že minulá zkušenost pomáhá lépe zvládnout nynější stav. Opět je možno se domnívat, že je to silně individuální záležitost.

S tím souvisí i faktor motivační, kdy motivaci lze definovat jako hybnou sílu našeho jednání a konání. Pro naplnění potřeb je nutná její síla a schopnost člověka překonávat překážky. Šamánková (2011) se zmiňuje, že jak velká je motivace, tak moc se dostává člověku síly a odvahy pro naplnění cíle. Dle Zacharové (2017) má každá operace svou indikaci, rizika a prognózu. Může významně zasáhnout do pacientova života a ovlivnit jeho potřebu jistoty a bezpečí. Operace může být malým i velkým rizikem, pacient může být zcela vyléčen nebo je jeho dosavadní stav zlepšen. Díky operaci je často konečně objasněna příčina obtíží, i když je někdy prognóza nejistá a nepříznivá. Na motivaci a „sílu“, která dává dotazované zvládnout situaci okolo plánovaného operačního výkonu, byla zaměřena otázka týkající se oblasti Klidu a míru, lásky a sounáležitosti, podkategorie Motivace. Všechny respondentky jednoznačně jmenovaly, že motivací pro uzdravení jsou rodina, děti, manžel. Na druhém místě byla nejčastější motivací možnost věnovat se nadále svým zájmům a mít koníčky. Dále respondentky jmenovaly, že jsou pro ně důležití kolegové, přátelé. V neposlední řadě se hovořilo o skutečnostech jako: o vědomí, že se mají kam vrátit, o potřebě být tu pro rodinu, že nechtějí už bolest, že nechtějí být na obtíž, bezmocné a o víře v uzdravení.

Všechny respondentky uváděly, že mají okruh svých známých a blízkých, na které se mohou spolehnout. Největším smyslem, pro co žijí, jsou nejčastěji děti nebo vnoučata. To je nesmírně důležité pro zvládnání stavu okolo operačního výkonu, zkrátka vědomí, že tady nejsem sám, že mě má někdo rád a já mám ráda jeho, že mě někdo potřebuje a já potřebuji jeho. Hezky o tom povídala R2 kdy: *„Chci být ujištěna, že se o mě zajímají, že mě nenechají na holičkách.“* A R6: *„Musím a chci to zvládnout, protože rodina mě potřebuje a já potřebuju je.“* Dostalo se nám tedy odpovědi na třetí výzkumnou otázku. Největším ovlivňujícím faktorem pro uspokojení jistoty a bezpečí v souvislosti s operačním výkonem je způsob zvládnání stresových situací, jako je strach z neznámého, strach z narkózy a stavů po narkóze,

bolest a její zvládnání, strach z opuštění, fungování rodiny, vzhled a zdravotní stav po operačním výkonu.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, co zde pacientům nejvíce chybí pro úplné naplnění své potřeby jistoty a bezpečí. Dotazy byly položeny na konci rozhovoru a odpovědi byly rozděleny na tři skupiny. Nejprve byly respondentky tázány, co se může ještě udělat, aby se cítily jistě a bezpečně. Odpovědi byly velmi potěšující, protože čtyři respondentky hovořily o tom, že chtějí udržet stávající kvalitu péče. Dvě respondentky přímo řekly, že jim pocit jistoty dává schopná a jistá sestra. Dvě respondentky uvedly, že by bylo dobré mít na oddělení více sester. Dále byla vyslovena přání jako: možnost psychologa 24 hodin denně, možnost hovořit s lékařem kdykoliv, více podrobnějších informací, více času, individuální přístup k nemocnému, vidět spokojený personál, mít zabezpečení proti krádežím. Také se hovořilo o tom, že jistotu a bezpečí přináší vidět „sehraný tým“.

Kvalitu péče v našem zdravotnickém zařízení má na starosti vrcholový management, který sleduje kvalitu péče z několika hledisek. Každoročně probíhá šetření spokojenosti pacientů ve Fakultní nemocnici Plzeň v rámci projektu KVALITA OČIMA PACIENTŮ na lůžkových odděleních. Zdejší oddělení GIB obvykle v šetření vychází velice dobře, v roce 2018 byla souhrnná spokojenost 83,5%, v roce 2019 88,2%. (FN Plzeň, 2019, online) To se potvrdilo v i rozhovorech, kde si péči sester respondentky velice chválily. Zdejší management zároveň sleduje i podporuje vzdělávání svých zaměstnanců. Vzdělaná, schopná a jistá sestra je jedním z ovlivňujících faktorů při poskytování ošetrovatelské péče. O úloze managementu v procesu vzdělávání a učení hovoří autoři Reiman (2010) a Bartoníčková (2018), kdy také tvrdí, že organizační učení a management znalostí pak kolektivními postupy vedou k neustálému zlepšování organizace a využívání příležitostí k celkovému rozvoji.

Respondentky hovořily o tom, že by bylo třeba mít na oddělení více sester. Otázka nedostatku personálu, zejména kvalifikovaných sester, je aktuální již několik let. Tento problém je ještě palčivější, kdy vrcholí pandemie Covidu. Zdravotnická zařízení vedou různé náborové kampaně, ale zdá se, že se míjejí účinkem. Pokud už nějaká nová sestra do praxe nastoupí, zjistí, jak je profese všeobecné sestry náročná psychicky a fyzicky, a brzy většinou z oboru odchází. Řešení lze vidět ve zvýšení a udržení prestiže povolání všeobecné sestry. Každý ale musí začít u sebe.

Dalším přáním ke zvýšení potřeby jistoty a bezpečí byla uváděna možnost psychologa 24 hodin denně. Pokud je známo, psychologická pomoc je na odděleních zajištěna, ale

pouze během ranní služby ve všední den. Z rozhovoru vyplynulo, že respondenty zřejmě nejsou dostatečně informovány o této možnosti. Je tedy na vedoucím pracovníkovi, aby upozornil sestry na to, že danou službu mohou pacientkám nabízet, pokud to shledají jako žádoucí.

Pacientky by si rovněž přály hovořit s lékařem kdykoli, dostávat podrobnější informace o svém zdravotním stavu. Každá pacientka je obvykle druhý den informována ošetřujícím lékařem o průběhu operace a dalším postupu, totéž provádí i přímo operátor. Není tedy pravda, že by nebyla možnost hovořit s lékařem. Zdá se ale, že respondenty tento názor nesdílí. Je tedy nutné rozpoznat a empaticky reagovat na danou potřebu informací. V praxi se zde sestrám osvědčilo, pokud se lékař nemůže pro svou zaneprázdněnost ihned osobně dostavit, je vhodné telefonovat s lékařem přímo před danou pacientkou a zároveň tlumočit, co právě tvrdí lékař. Pacientku to uklidní, vidí zájem, necítí, že obtěžuje a ráda si na lékaře počká.

S tím souvisí individuální přístup k pacientům. Sestra musí vycítit, co právě nemocný potřebuje. Musí znát osobnost pacienta a odhadnout jeho reakce a potřeby. Ví se, že žádná škola na světě nepomůže k tomu být „dobrou sestrou“. Jen praxe ukáže, zda sestra v náročném prostředí obstojí či ne. Řešení problému je v podporování žádoucího chování personálu vedoucími pracovníky. Velmi zajímavě se o tom zmiňuje autor Ulrich et al. (2014) a Bartoníčková et al. (2018) Sestry by měly znát, že jejich chyby a omyly nejsou používány proti nim a nejsou drženy v jejich personálních spisech. Lze se domnívat, že vzájemné učení se z chyb svých i ostatních zvyšuje kvalitu sestry.

Spokojený personál a týmová spolupráce byla rovněž v rozhovorech zmiňována jako okolnost při uspokojování potřeby jistoty a bezpečí. V rozhovorech bylo možno poznat, že pacientky velmi dobře vycítily, že se personál na oddělení navzájem podporuje, chová k sobě úctu a respekt. Zajímavě o tom píše Kear a Ulrich (2014) a Bartoníčková et al. (2018). Je vidět, že tým i jednotlivci mohou bezpečnost narušit nebo ji dále rozvíjet. Tým, který nefunguje dobře, zvyšuje možnost vzniku nežádoucích událostí. Je tedy v pořádku, když je sestra schopná a samostatná, měla by ale zároveň dokázat spolupracovat s ostatními členy personálu. Řešením je vhodná volba vedoucího pracovníka, který umí dobře managersky zvládnout koordinaci personálu.

Druhá část otázky se vztahovala k nedostatkům týkající se vlastní saturace jistoty a bezpečí. Respondentky si během své hospitalizace všímaly drobných nedostatků. Respondentka R1 hovořila o tom, že jí byl nepříjemný převoz na operační sál, kdy jela chodbou a okolo byla přítomna veřejnost. Z pohledu zdejší sestry se s respondentkou musí jedinečně souhlasit, že je to velmi nepříjemné. Bohužel jsou prostory kliniky takto koncipovány a nelze to jinak řešit než přejezdem chodbou, která je i chodbou pro veřejnost. Možná by bylo řešením, aby „převozová sestra“ reagovala na vzniklou situaci tak, že se bude snažit eliminovat kontakt pacientky a veřejnosti při převozu na nebo z operačního sálu.

Dále respondentka řekla, že jí zarazilo tykání mezi sestrami a lékaři. Nedokázala ovšem říct, zda jí to přímo vadilo. Lze to skutečně vnímat jako problém, ale u některých pacientek právě taková komunikace mezi lékařem a sestrou evokuje jistotu a bezpečí. Z pohledu starší generace sester je známo, že se v praxi osvědčilo s lékaři si netykat, a to z nejrůznějších důvodů. Vedoucí pracovníci by měli i takovou drobnost řešit.

Respondentka R1 také jmenovala pocit nižší intimity kvůli přítomnosti druhé spolupacientky. Autorka Plevová (2018) tvrdí, že velkým zásahem do soukromí nemocného je obnažování, a to jak při ordinaci a výkonech, tak na pokojích před ostatními spolupacienty, a také vykonávání základních hygienických či vyprazdňovacích potřeb na pokoji. Nemocný člověk prožívá rozpaky, stud i někdy zahanbení. Stud se ještě zvyšuje, když se člověk obává současně bolesti při ošetření nebo vyšetření a je svými projevy zahanben. Proto je důležité postupovat velmi ohleduplně a šetrně, aby byla zachována sebeúcta nemocného. Bohužel je třeba konstatovat, že několik dotazovaných skutečně hovořilo o tom, že jim vadí přítomnost druhých pacientek při nejrůznějších ošetrovatelských výkonech.

R2 hovořila o tom, že je málo času na konzumaci nemocniční stravy. Tomu lze rozumět, ne vždy je pacientka po operačním výkonu schopna přijímat stravu tzv. na pokyn a v uvedený čas. Strava se také z hygienických důvodů nesmí ohřívat nebo skladovat „na později“. Možná by bylo lepší předem pacientku vhodně upozornit na časový limit pro konzumaci. Předěšlo by se pak nepříjemnostem a stresováním nemocných.

R3 také zmínila, že jí bylo krajně nepříjemné, když si musela dlouho před odvozem na operační sál odložit zubní protézu. Přála si, aby to nikdo neviděl a hovořila o tom, že vlastně vůbec nechce, aby to o ní někdo věděl. Je to pochopitelné. Mít zubní náhradu je zásah

do psychiky a každý se s tím vyrovnává po svém. Empatický přístup sester je vhodným východiskem pro takovou situaci. Zkusme si představit, jak by bylo asi nám? Podle toho chovejme a buďme příkladem ostatním.

Dále R3 zmiňovala, že byla unavená, chtěla spát a bohužel jí rušila návštěva u druhé pacientky. Pro návštěvy v zdravotnických zařízeních jsou vyhrazeny tzv. návštěvní hodiny. I když se může vše jevit podle pravidel, mnohdy dochází ke konfliktům a nedorozuměním. Sloužící sestra má přehled o aktuálním zdravotním stavu všech pacientek. Je jistě v její moci, požádat návštěvu o respektování klidového režimu u druhé pacientky. Svým přístupem tak aktivně reaguje na dění na oddělení. Dalším, možná úsměvným řešením, je projekt „Špunty do uší“. Tento projekt běží již ve FN Plzeň několik let a přes počáteční nedůvěru se velmi osvědčil. Na každém oddělení je instalován automat, kde je možnost zakoupení ušních ucpávek. Sestry mohou při uvedení pacientky na oddělení na takovou možnost upozornit.

R4 se svěřila, že viděla naříkat druhé právě odoperované pacientky, které jely zpět na pokoj. A to jí bylo velmi nepříjemné a cítila to jako nevhodné. Být v nemocničním prostředí je jistě pro pacientky stresová událost. Řešením je opět v úloha „prevozové sestry“, kdy taková sestra může operativně reagovat na situaci. Dveře od pokojů pacientek by měly být vždy zavřené a tím bude respektována vzájemná intimita mezi nemocnými.

R5 uvedla, že spoustu energie a sil navíc jí stojí v současné době odloučení od rodiny. To je opravdu veliký problém pro saturaci jistoty a bezpečí. Dnes jsou navíc kvůli epidemiologické situaci návštěvy zakázány. Východiskem z takové situace je výše zmiňovaná možnost bezplatného využívání Wi-fi na oddělení. Sestra může pomoci pacientkám s využitím moderních technologií. Na oddělení je také možnost zapůjčení notebooku, což mnohé pacientky neví. Tímto způsobem může podporovat kontakt s rodinou.

Co by se dalo v našem zdravotnickém zařízení vylepšit i pro ostatní pacientky, aby se cítily co nejvíce jistě a bezpečně? To byl další dotaz pro oblast Doporučení, podkategorie Podněty pro vylepšení. Respondentky navrhovaly několik zajímavých nápadů a podnětů.

R1 hovořila o tom, že by bylo dobré vyřídit anesteziologické vyšetření již před hospitalizací. Na zdejší oddělení to není zvykem, anesteziolog chodí vyšetřit pacientky den předem přímo na pokoj. Zároveň je všemu přítomna i druhá pacientka na pokoji, a to R1

hodnotí jako jako nešikovné a nevhodné. Není znám důvod, proč se nevyřizuje anesteziologické vyšetření před hospitalizací jako je zvykem na jiných pracovištích. Zřejmě je důvodem zavedená letitá praxe, vytíženost lékařů a absence vhodných prostor.

R2 hovořila o tom, že by uvítala možnost návštěv i na JIPu, což zde na oddělení není možné. Pokud se pomine dnešní epidemiologická situace, návštěvy na „dospávacím pokoji“ skutečně nejsou dovoleny. Je to dáno nařízením vedoucích pracovníků kliniky. Právě odoperované pacientky potřebují klid a skutečně není vhodné, když by byly rušeny ony i ostatní pacientky. Je třeba takové nařízení respektovat, i když lidsky to lze pochopit. Od loňského roku jsou zde ale dovoleny mobilní telefony, což dříve neexistovalo.

Dále R2 doporučuje, aby rodina mohla dostávat informace o pooperačním stavu i po telefonu, a to co nejdříve. Opět se dostáváme k problému nedostatku personálu. Lékař jistě rád podá informace, ale pro vytíženost to mnohdy nelze. Informace po telefonu se rodině dříve nepodávaly. V současnosti vzhledem k okolnostem a tlaku veřejnosti jsou informace po telefonu rodině podávány, podmínkou je ovšem podepsaný souhlas s předáváním informací povolané osobě a předem dohodnuté heslo. O takové možnosti se zde zřejmě neví a sestry by to mohly pacientkám nabízet.

R3 trápila volba spolupacientek, kdy upozorňuje na to, že věk není jediné kritérium, na co by sestry měly myslet, když volí pokoj. Pro sestru je věk pacientky skutečně prvním kritériem k volbě pokoje pro právě příchozí. Možná by stačilo pokaždé se dané pacientky vhodně zeptat, s kým by si přála či nepřála být na pokoji. Tím by se mohlo docílit její spokojenosti a zvýšit tak pocit jistoty a bezpečí.

Respondentka R4 řekla, že by bylo hezké mít neomezené návštěvy, nejen na nadstandardních pokojích. Tento požadavek není nesplnitelný. Dnes jsou pro návštěvy vyhrazeny určité hodiny, ale návštěvu lze samozřejmě dohodnout i mimo stanovený čas. Vše záleží na dohodě se sestrou, a to skutečně není problém. Zajímavým doporučením byla možnost mít u sebe na chvíli domácí mazlíčka. To je ovšem z hygienického důvodu utopie.

Dále si R4 všimla, že zde není možnost zakoupení žádných tiskovin. V minulých letech na oddělení tato služba byla, ovšem pro údajný nezájem pacientek byla zrušena. Problém bude spíše se zajištěním vhodné osoby pro rozvoz tiskovin po jednotlivých odděleních. Je to jeden z podnětů pro vylepšení, aby se pacientky cítily jistě a bezpečně.

Respondentka R5 si v rozhovoru pochvalovala dvoulužkové pokoje. Když byla hospitalizovaná v minulosti na jiné klinice, ležela na osmilůžkovém pokoji. Bylo to prý velmi nepříjemné pro ni samotnou i pro personál. Na zdejším oddělení jsou k dispozici maximálně dvoulužkové pokoje. Pokud je známo, na jiných klinikách jsou i dodnes mnohalůžkové pokoje. FN Plzeň buduje nové chirurgické pavilony, kde bude komfort pacientů již zajištěn.

R7 se rozpovídala o tom, že se jí neustále někdo na něco ptal. Dotazy se stále opakovaly dokola, to cítila jako obtěžující. S takovým tvrzením lze souhlasit, ovšem je třeba si uvědomit, že se tak děje v rámci ověřování informací o zdravotním stavu pacientky. Řešením je vhodná komunikace, kdy pomáhá vysvětlování a trpělivý přístup sester a ostatního personálu, spolupráce mezi týmy a ostatními odděleními. Naopak si R7 velmi chválila atmosféru na oddělení a doporučuje, aby si personál dobrou a pozitivní náladu udržel i nadále. Je možno souhlasit s autorkou Plevovou (2019), že humor sjednocuje lidi prožíváním a vzájemným sdílením radosti, snižuje úzkost a napětí, buduje vztahy, podporuje řešení problému a učení, motivuje, umožňuje osobní přežití nebo pomáhá při zvládnutí strachu a stresových situací. Humor, úsměv a dobrá nálada nestojí moc, ale hodně dává.

Respondentka R8 hovořila o trpělivosti a pochopení sester. Svěřila se, že někdy pro ni bylo informací zkrátka moc a potřebovala informace i několikrát zopakovat. Právě v tu chvíli ocenila vhodný přístup sester. Na dané odpovědi je vidět, jak je nutný profesionální přístup sestry. Podle Kutnohorské (2007) sestry mohou negativně působit na nemocné a pro jejich negativní a nepřiměřené jednání existuje výraz sororigenie. Je možno se shodnout s autorkou, kdy poškození slovem, nevhodné chování, způsobuje někdy mnohem větší bolest než bolest fyzická. Je třeba neustále sestrám připomínat, že se mají chovat tak, jak by si přály, aby se sestry chovaly, kdyby byly samy v roli pacientky. Tento výčet vytvořil odpověď na **čtvrtou** výzkumnou otázku.

Výsledky práce budou poskytnuty vedoucím pracovníkům GPK FN Plzeň, kde šetření probíhalo. Může se stát podkladem pro další zkvalitňování ošetrovatelské péče a zamyšlením se nad problematikou potřeb nemocných. Management oddělení může výsledky z šetření použít i pro zlepšení prostředí pro pacienty. Existuje ústní příslib staniční sestry s realizací semináře pro sestry na dané téma. Byl získán písemný souhlas manažerky pro vzdělávání a výuku NEZP s výzkumným šetřením. Zároveň bylo dohodnuto aktivní podílení se na případné prezentaci výsledků šetření na seminářích a vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

SEBEREFLEXE

Zvolené téma se jevilo zpočátku jako téma snadné, ale když jsem o tématu začala blíže přemýšlet, zjistila jsem, že to nebude vůbec jednoduchá práce. Při hlubším zkoumání problému jsem pochopila, že je téma velice široké a lze ho zpracovávat z několika pohledů. S mou vedoucí práce jsem se dohodla na zpracování daného tématu z pohledu pacienta, ovšem okrajově jsem pro úplnost v práci zmínila i pohledy jiné. Psaní teoretické části kvalifikační práce zkomplikovala epidemiologická situace v ČR. I když bylo možno využívat i elektronické informační zdroje, práci mi to značně ztížilo.

Na počátku praktické části jsem provedla pretest, a to s mojí kamarádkou, která byla právě hospitalizovaná po operačním výkonu ve FN Plzeň. Bohužel se potvrdilo, že takto sestavené otázky nelze použít a poté zpracovat. Otázky byly pro dotazovanou nesrozumitelné, nejednoznačné, a jako laik na ně nedokázala odpovídat. Proto bylo třeba vytvořit nové otázky, kdy budou respondentky dotazovány velmi konkrétně, a ještě bude nutné se na něco doptávat. Pouze jedna respondentka rozhovor odmítla poskytnout, důvod ovšem nechtěla sdělit. Rozhovory s pacientkami byly příjemné, všechny respondentky ochotně odpovídaly a byly velice milé.

Při psaní diskuze jsem dohledávala výzkumy na podobné téma. V loňském roce bylo podobné téma zpracováno studentkou FZS ZČU. Studentka Strnadová Jaroslava zpracovávala bakalářskou práci na téma Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace, kdy metodou byl kvantitativní výzkum za pomoci dotazníkového šetření. Ve své práci hodnotila stejné oblasti. (Strnadová, 2020) Dovoluji si konstatovat, že díky tomu, že jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, jsem došla k mnohem podrobnějším závěrům, protože výzkumný problém byl zkoumán více do hloubky.

Každá z respondentek měla nějaký zajímavý postřeh a názor. Jsem ráda, že mi bylo umožněno uskutečnit takový výzkum na pracovišti, kde zároveň i plno let pracuji. Spokojený pacient by měl být na prvním místě, a já věřím, že tomu tak i skutečně je.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí, byly stanoveny čtyři dílčí cíle.

První kapitola teoretické části se věnuje lidským potřebám a ošetřovatelství. Vysvětluje pojem lidské potřeby z hlediska ošetřovatelství, věnuje se klasifikaci potřeb, zabývá se motivací pro uspokojení potřeby, vyjmenovává ovlivňující faktory, zdůrazňuje roli sestry v uspokojování dané potřeby a popisuje psychické reakce nemocných na neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem.

Druhá kapitola je zaměřena na specifika plánovaného operačního výkonu a chirurgického pacienta. Definuje a rozděluje chirurgické ošetřovatelství a ošetřovatelskou péči u takového pacienta. Věnuje se potřebě jistoty a bezpečí okolo plánovaného operačního výkonu. Zdůrazňuje úlohu sestry v oblasti psychické podpory chirurgického pacienta.

Třetí kapitola se věnuje managementu jistoty a bezpečí ve zdravotnických zařízeních. Vysvětluje pojem kultura bezpečí, popisuje dimenze hodnocení, zmiňuje trendy v oblasti kultury bezpečí a významné dokumenty. Hovoří se zde o saturaci potřeby jistoty a bezpečí v kontextu hodnocení kvality péče. Je zmíněno několik tuzemských a světových výzkumů na dané téma.

Aby byl splněn hlavní cíl práce, byly sestaveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala priority pacienta pro jeho uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Z výzkumu vyplynulo, že prioritou pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem je kvalitní personál, prostředí, kontakt s rodinou, informace a komunikace. Druhá výzkumná otázka se ptala na saturování potřeby jistoty bezpečí sestrami na oddělení. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry na oddělení jsou ochotné, milé, nabízejí pomoc, vysvětlují, uklidňují, jsou rychlé, pohotové, umí podpořit, nabízejí pomoc, snaží se, jsou empatické, zkrátka profesionální. Jedině takový způsob pomáhá uspokojit potřebu jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Třetí výzkumná otázka mapovala, co nejvíce ovlivňuje celkovou saturaci potřeby jistoty a bezpečí. Výzkum ukázal, že největším ovlivňujícím faktorem pro uspokojení jistoty a bezpečí v souvislosti s operačním výkonem, jsou způsoby zvládnání stresových situací, jako je strach z neznámého,

strach z narkózy a stavů po narkóze, bolest a její zvládnání, strach z opuštění, fungování rodiny, vzhled a zdravotní stav po operačním výkonu. Čtvrtá výzkumná otázka hledala, co zde pacientům nejvíce chybí pro úplné naplnění své potřeby jistoty a bezpečí. Z výzkumu se dala zjistit řada skutečností k úplné saturaci dané potřeby.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty vedoucím pracovníkům GPK FN Plzeň a mohou se stát podkladem pro zlepšení ošetrovatelské péče. Na základě výsledků z výzkumného šetření a po domluvě se staniční sestrou pooperačního oddělení bude uspořádán seminář pro sestry na dané téma. Sestry si také mohou prakticky nacvičit vhodné formy komunikace a rozhovorů. Dále je písemně dohodnuto s manažerkou pro vzdělávání a výuku NEZP aktivní podílení se na případné presentaci výsledků šetření na seminářích a vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

SEZNAM LITERATURY

ALLIGOOD, Martha Raile. Nursing theorists and their work. 8 edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2014. ISBN 978-0-323-09194-7.

ALVES BARROS, A. et al. Motivation Practices to Promote Safety Culture by Nursing Leaders According to Assisting Nurses. In *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 2014. vol. 8, no. 12, pp. 4330-4336.

AMMOURI, A. A. et al. Patient safety culture among nurses. In *International Nursing Review*. 2015. vol. 62, no. 1, pp. 102-110.

ANTAI-OTONG, Deborah. Nurse-client communication: a life span approach. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2007. 251 s. ISBN 0-7637-3588-4.

ATKINSON, Adèle and Rosemary PUDNER. Altered body image and the surgical patient. In PUDNER, Rosemary. *Nursing the surgical patient*. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier, 2010. p. 91–102. ISBN 978-0-7020-3062-8.

BAHRAMI, Mohammad Amin, Mahjabin CHALAK, Razieh MONTAZERALFARAJ a Arefeh DEGHANI TAFTI. Iranian Nurse Association Perception of Patient Safety Culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [online]. 2014, **16**(4) [cit. 2021-01-09]. ISSN 2074-1804. Dostupné z: doi:10.5812/ircmj.11894.

BALZER-RILEY, J. W. *Communications in Nursing*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1996. 471 s. ISBN 0-8151-0562-2.

BARRINGER, B. Communication. In DELAUNE, S. C., LADNER, P. K. *Fundamentals of Nursing: standards and practice*. 3rd ed. Clifton Park: NY Thomson Delmar Learning, 2006. ISBN 978-14-018-5918-3.

BARTONÍČKOVÁ, D., KALÁNKOVÁ, D. MIKŠOVÁ, Z., ŽIAKOVÁ, K., TOMOVÁ, Š. Definování jednotlivých dimenzí kultury bezpečnosti pacientů. In *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*. [online], 2018. vol. 8, no. 2, pp. 38-45. [cit. 10. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2018-rocnik-8/cislo-2/definovani-jednotli-vych-dimenzi-kultury-bezpecnosti-pacientu>.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 1996. ISBN 80-7013-152-7.

BOYNTON, Beth. Nurse Leaders' Critical Role in and Collaboration Strategies for Creating Safe, Positive Workplace Cultures. In *Journal of Legal Nurse Consulting*, 2012. vol. 23, no. 2, pp. 31-34.

BRABCOVÁ, I. et al. Předávání a překlad pacientů jako důležitý aspekt kultury bezpečí. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*, 2014. roč. 16, s. 94-103 [cit. 2020-11-11]. Dostupné z: https://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1032/sbornik-prispevku-z-cmo-xvi-18092014.pdf.

BURDA, Patric., Lenka, ŠOLCOVÁ. *Ošetřovatelská péče 2. díl*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 232 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

ČEDÍKOVÁ, Marcela. *Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení*. In: Digitální knihovna ZČU v Plzni. 2013. [cit. 21. 11. 2020]. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/9936/1/BAKALARSKA_PRACE_-_MARCELA_CEDIKOVA.pdf.

ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Monitorace strachu a úzkosti u nemocných před plánovaným operačním výkonem. In: *XXII. Sjezd České kardiologické společnosti*, 4.-7. 5. 2015. [cit. 21. 11. 2020]. Dostupné z: http://www.cksonline.cz/22-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta=692.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 166 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

EBIRIM, L., TOMIN, N. Factors responsible for pre-operative anxiety in elective surgical patients at a University teaching hospital: a pilot study. *The Internet Journal of Anesthesiology*, 2011, roč. 29, č. 2. ISSN 1092- 406X.

EL-JARDALI, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. In *BMC Health Services Research*, 2014. vol. 14, no. 1, pp. 1-15.

FN Plzeň. *Kvalita očima pacientů* [online]. 29. 3. 2019 [cit. 20. 03. 2021]. Dostupné z: https://www.fnplzen.cz/sites/default/files/informace_o_hospodareni_a_kvalite_poskytovane_pece/Zprava_KOP_Plze%C5%88_2019_PUBLIC.pdf.

GOBBO, Milena, Roberto SALDAÑA, Marcos RODRÍGUEZ, Javier JIMÉNEZ, María I GARCÍA-VEGA, José M de PEDRO a Luis CEA-CALVO. Patients' Experience and Needs During Perioperative Care: A Focus Group Study. *Patient Preference and Adherence* [online]. 2020, 14, 891-902 [cit. 2020-09-29]. ISSN 1177-889X. Dostupné z: doi: 10.2147/PPA.S252670.

HARTL, Pavel a Helena, HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERDMANN, Heather, T., Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelská diagnózy: definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání. Praha: Grada, 2020. 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.

JANÍKOVÁ, Eva a Renata, ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAGAN, I., BARNOY, S. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. In *Journal of Nursing Scholarship*, 2013. vol. 450, no. 3, pp. 273-280.

KALRA, J., KALRA, N., BANIAK, N. Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. In *Clinical Biochemistry*, 2013. vol. 46, no. 13-14, pp. 1161-1169.

KAUFMAN, G., MCCAUGHAN, D. The effect of organisational culture on patient safety. In *Nursing Standard*, 2013. vol. 27, no. 43, pp. 50-56.

KEAR, T., ULRICH, B. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. In *Nephrology Nursing Journal*, 2014. vol. 41, no. 5, pp. 447-457.

KINDLER, CH. L., HARMS, CH., AMSLER, CH. et al. Visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients anesthetic concerns. *Anesthesia and Analgesia*, 2000, roč. 90, č. 3, s. 706-712. doi: 10.1097/00000539-200003000-00036.

KOUBOVÁ, Michaela. Nový trend v bezpečnosti péče? Místo pouhého počítání nežádoucích událostí proaktivní předcházení rizikům. In: *Zdravotnický deník*. 9. 10. 2019. [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/10/novy-trend-bezpecnosti-pece-misto-pouheho-pocitani-nezadoucich-udalosti-proaktivni-predchazeni-rizikum/>.

KRISTOVÁ, Jarmila, Zuzana, TOMAŠKOVÁ. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002. 165 s. ISBN 80-8063-107-7.

KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatel'ství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTSCHER, P., Patric. *Kommunikation-erfolgsmfaktor in der medicin*. 2. ausflage. Heidelberg: Springer-verlag. Berlin, 2017. 144 s. ISBN 987-3-662-53318-5.

LISTYOWARDOJO, T. A., NAP, R.E., JOHNSON, A. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. In *International Journal for Quality in Health Care*, 2012. vol. 24, no. 1, pp. 9-15.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Grada Publishing, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. První vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992. 89 stran. ISBN 80-7067-127-0.

MZČR: *Rezortní bezpečnostní cíle* [online]. 28. 3. 2013 [cit. 28. 10. 2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>.

MZČR: *Rezortní bezpečnostní cíle* [online]. 28. 3. 2013. Přílohy. [cit. 28. 10. 2020]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17487/Kontroln%C3%AD_seznam_-_bezpe%C4%8D%C3%AD_chirurgick%C3%A9ho_v%C3%BDkonu\[1\].pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17487/Kontroln%C3%AD_seznam_-_bezpe%C4%8D%C3%AD_chirurgick%C3%A9ho_v%C3%BDkonu[1].pdf).

MZČR: *Světová zdravotnická organizace* [online]. 7. 5. 2014. [cit. 18. 12. 2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/svetova-zdravotnicka-organizace/>.

MZČR: *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online]. 30. 4. 2012. [cit. 18. 12. 2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/webpub/2822/15655/P%20loha%202013%20Z%20kon%20o%20zdravotn%20ch%20slu%20Beb%20ch%20a%20podm%20Dnk%20A1ch%20jejich%20poskytov%20n%20AD.pdf>.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 3.vyd., Praha: Academica, 2009. 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.

NICHOLS, M. P. *Zapomenuté umění naslouchat. Proč naslouchání vztahům prospívá*. Praha: Návrat domů, 2005. 300 s. ISBN 80-7255-106-X.

PLEVOVÁ, Ilona. A kol. *Ošetrovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada, 2018. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, Ilona. A kol. *Ošetrovatelství II*. 2. vyd. Praha: Grada, 2019. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.

REIMAN, T., PIETIKAINEN, E., OEDEWALD, P. Multilayered approach to patient safety culture. In *BMJ Quality & Safety*, 2010. vol. 19, no. 5, pp. 1-5.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti, obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

SAMMER, C. E. et al. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. In *Journal of Nursing Scholarship*, 2010, vol. 42, no. 2, pp. 156-165.

SANTOS, Marisa, José, MARTINS and Luís, OLIVEIRA. Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência* [online]. 2014, IV Série (3), 7-15 [cit. 2021-02-15]. ISSN 08740283. Dostupné z: doi:10.12707/RIII1393.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-24-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. 272 s. ISBN 978-80-247-2900-8.

SORRA, J. et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS A290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [online]. 2016. [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wy-siwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.

STEFANO, M. Judith. Stress and patient safety. In Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation, ISSN 1804-7181[online]. 2010. [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/clanky/3-4-2010/16-stress-and-patient-safety>.

STOCK, G., N. MCFADDEN, K. GOWEN III. C.R. Organizational Culture, Knowledge Management, and Patient Safety in U.S. Hospitals. In *The Quality Management Journal*, 2010. vol. 17, no. 2, pp. 7-26. Dostupné z: doi: 10.1080/10686967.2010.11918267.

STRNADOVÁ, Jaroslava. *Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace*. Plzeň, 2020. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Andrea Dvořáková.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKRLA, Petr., Magda, ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLA, Petr., Magda, ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha. Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára, ŠEĎOVÁ et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vydání. Praha: Portal, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: NCO NZO, 2018. 261 stran. ISBN 978-80-7013-590-7.

UIRICH, R.P., QUAN, X., ZIMRING, C.P., JOSEPH, A., ChOUDHARY, R. The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. *The Center for Health Design*. [online]. 2004. [cit. 2021-08-03]. Dostupné z: <https://www.healthdesign.org/knowledge-repository/role-physical-environment-hospital-21st-century-once-lifetime-opportunity>.

VČELÁK, Petr. Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online] 28. leden 2020. [Citace: 28. únor 2021.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.

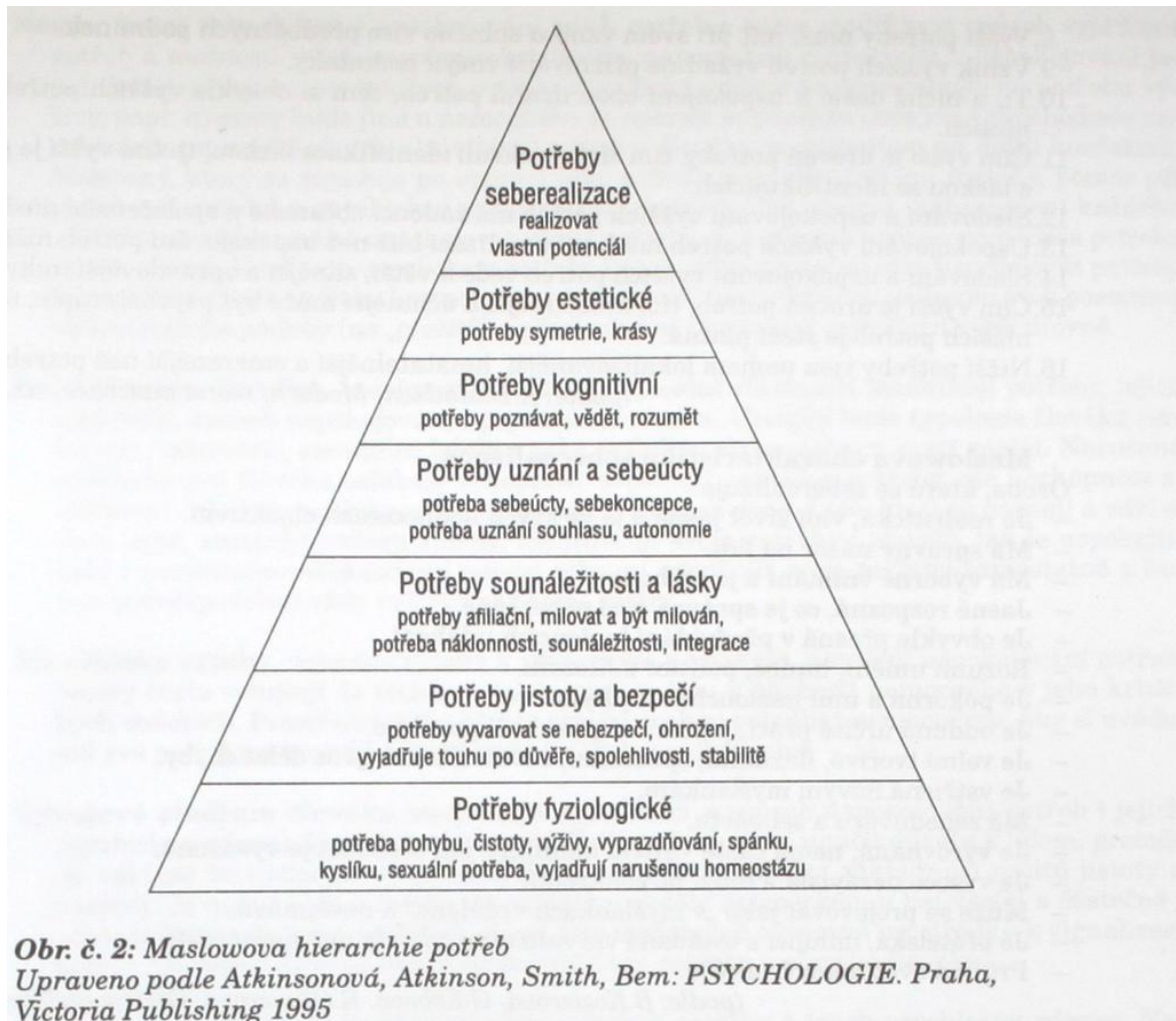
Šablona pro diplomové práce studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online] Petr Včelák, 28. leden 2020. [Citace: 28. únor 2021.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Maslowova hierarchie potřeb
- Příloha B – Povolení sběru informací ve FN Plzeň
- Příloha C – Kontrolní seznam-Bezpečí chirurgického výkonu
- Příloha D – Seznam otázek pro pacientky
- Příloha E – Příklad techniky kódování

PŘÍLOHY

Příloha A – Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj:

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: NCO NZO, 2018. 261 stran. ISBN 978-80-7013-590-7

Příloha B – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
ul. J. Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 3069806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Jaroslava Kohoutová, Bc.

Studentka oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací na *Gynekologickoporodnické klinice (GPK) FN Plzeň*. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „*Potřeba jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů s pacientkami / zdravotnickými pracovníky GPK.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra GPK souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, v platném znění.
- Údaje o zdravotním stavu pacientek, které budou případně uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci / respondenti pociťovali jako újmu nebo s dotazováním nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovos@fnplzen.cz

Příloha C-Kontrolní seznam-bezpečí chirurgického výkonu



Před úvodem do anestézie

(účastní se: alespoň anesteziologická sestra a anesteziolog)

Potvrdil/a pacient/ka svoji identitu, místo, výkon a souhlas s ním?

Ano

Je místo výkonu označeno?

Ano
 Nehodí se pro tento případ

Byla ukončena kontrola medikace a anesteziologického přístroje?

Ano

Má pacient/ka aplikován pulsní oximetr, který funguje?

Ano

Má pacient/ka:

Známou alergii?

Ne
 Ano

Obtíže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace?

Ne
 Ano, příslušné přístroje / asistence jsou k dispozici

Riziko ztráty krve větší než 500ml (7ml/kg u dětí)?

Ne
 Ano, a plánuje se dvojitá dodání tekutin intravenózně nebo centrálním katežem

Před provedením incize

(účastní se: perioperační sestra, anesteziolog a operátoři)

Všichni členové operačního týmu se představili jménem a uvedli svoji úlohu.

Byla ověřena identita pacienta(ky), operační výkon, a místo incize.

Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?

Ano
 Nehodí se pro tento případ

Očekávané kritické události

Otázky pro chirurga:

Jaké jsou kritické nebo nerutinné kroky?
 Jak dlouho výkon potrvá?
 Jak velká ztráta krve se dá očekávat?

Otázka pro anesteziologa:

Existují nějaké obavy specifické pro tohoto pacienta(ku)?

Otázky pro perioperační sestry:

Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů)
 Jsou nějaké problémy s vybavením nebo existují nějaké obavy?

Je nezbytná obrazová dokumentace zobrazena – dostupná?

Ano
 Nehodí se pro tento případ

Před transportem z operačního sálu

(účastní se: perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operátoři)

Zdravotní sestra ústně potvrdí:

Název výkonu
 Spočítání nástrojů, tamponů, roušek a jehel
 Označení odebraných vzorků (přečte hlasitě štítky na nádobkách se vzorky včetně jména pacienta(ky))
 Zda během výkonu nenastaly nějaké problémy s vybavením, které je nutné řešit

Chirurg, anesteziolog a sestry:

Nejdůležitější problémy pacienta pro nejbližší pooperační období (recovery – dospání) a zachování kontinuity péče

Tento seznam není zamýšlen jako vyčerpávající. Velmi se doporučuje doplnit dodatky a modifikace, vhodné pro místní praxi.

Revize 1 / 2009

© WHO, 2009

Příloha D-Seznam otázek pro pacientky

Jaký je Váš věk, vzdělání, zaměstnání?

Jaký operační výkon Vám byl proveden?

Jak dlouho jste po operaci?

Vyhnout se ohrožení:

Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?

Co jste udělala při objevení prvních příznaků onemocnění?

Jak reagujete obvykle na bolest?

Jaká je Vaše nejčastější odezva na stres obecně?

Ochrana zdraví

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví?

Důvěra

Jaké jste měla pocity či obavy před operací? Popište mi je. Svěřila jste se někomu?

Ke komu jste se nejvíce obracela?

Jakým způsobem reagovaly sestry na Vaše obavy a pocity, které jste vyjádřila?

Jak byla řešena vaše intimita?

Soběstačnost

Jste soběstačná v základních životních aktivitách?

V kterých oblastech potřebujete pomoci?

Informace, orientace

Jaké jste dostala informace ohledně plánované operace? Byly dostačující? Znáte svou prognózu?

Máte už zkušenosti s nějakou svou operací? Pokud ano, popište rozdíl ve vnímání pocitů tehdy a nyní.

Podněty senzorické, motorické

Co vidíte zde na oddělení jako nejdůležitější pro Vaši jistotu a bezpečí?

Jak na Vás působí prostředí zdejšího oddělení?

Jak byste zhodnotila celkový přístup sester?

Co je Vám příjemné, nepříjemné? Co cítíte jako vhodné či nevhodné?

Vlastnictví a hromadění majetku

Jaké jsou Vaše bytové podmínky?

Měla jste díky nemoci absence v zaměstnání?

Víte, jak budete pracovat až se zotavíte?

Jak moc Vás nemoc v důsledku ohrozí finančně?

Míru a klidu

Jak na Vás působí psychicky situace okolo „Covid stavu“ na zdejším oddělení?

Pocítila jste někdy následky neuspokojení potřeby jako je strach, úzkost apod.? Vysvětlete, kdy se to stalo?

Jaká činnost či věc Vám zde přináší „klid v duši“ ?

Naděje a víra

Na co se nejvíce těšíte?

Co vám přináší radost a chuť do života?

Co Vám dává sílu a naději zvládnout tento stav?

Lásky a sounáležitosti

Žijete s rodinou nebo sama?

Je někdo, v kom máte dnes oporu?

Kdo je ve Vašem okolí pro vás nejdůležitější?

Máte nějakého koníčka? Co Vás baví dělat ve volném čase?

Příloha E-Příklad techniky kódování

Pacientka 8- Anna

- 1 Jaký je Váš věk, vzdělání, zaměstnání?
- 2 Je mi 40 let, mám středoškolské vzdělání, jsem řidička.
- 3 Jaký operační výkon Vám byl proveden?
- 4 Jsem po hysteroskopii.
- 5 Jak dlouho jste po operaci?
- 6 Jsem první den po operačním výkonu.
- 7 Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?
- 8 Měla jsem polyp v děloze, příčina je prý neznámá.
- 9 Co jste udělala při objevení prvních příznaků onemocnění?
- 10 Já jsem trochu krvácela mimo menstruační cyklus, bolesti jsem neměla, ale obtěžovalo mě to.
- 11 Chvilí jsem si myslela, že to přejde samo, ale po několika měsících jsem šla raději k lékaři.
- 12 Jak reagujete obvykle na bolest?
- 13 Vezmu si nějaké léky na bolest a snažím se to zaspát.
- 14 Jaká je Vaše nejčastější odezva na stres obecně?
- 15 Nemůžu jíst, spát, pláču, prostě nic do mě není.
- 16 Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?
- 17 Domnívám se, že je velmi dobrý.
- 18 Co všechno děláte pro udržení svého zdraví?
- 19 Nepiju alkohol, nekouřím, snažím se udržet svou hmotnost, nepřejídám se.
- 20 Jaké jste měla pocity či obavy před operací? Popište mi je. Svěřila jste se někomu?
- 21 Nemám ráda cizí prostředí obecně, jsem nesvá. Také se bojím, jak dopadne histologie, aby to
- 22 nebylo nic vážného. řekla jsem to sestřičce, když mě přijímala.
- 23 Ke komu jste se zde nejvíce obracela?

- 24 Jsem tady krátce a jdu už odpoledne domů, ale nejvíce jsem zde hovořila se sestrami.
- 25 **Jakým způsobem reagovaly sestry na Vaše obavy a pocity, které jste vyjádřila?**
- 26 Chvilku jsme spolu mluvily o mém výkonu, sestřička mě uklidňovala, že se opravdu není čeho
- 27 bát. Vše mi hezky vysvětlila.
- 28 **Jak byla řešena vaše intimita?**
- 29 Sepisovala se mnou nějaké dokumenty a byly jsme sami, aby nás nikdo nerušil. Nabídla mi
- 30 nadstandardní pokoj, což jsem ráda využila.
- 31 **Jste soběstačná v základních životních aktivitách?**
- 32 Ano, nemám žádný problém.
- 33 **V kterých oblastech potřebujete pomoci?**
- 34 Všechno potřebuji několikrát opakovat, někdy nerozumím, informací je moc a vše si
- 35 nepamatuju.
- 36 **Jaké jste dostala informace ohledně plánované operace? Byly dostačující? Znáte svou**
- 37 **prognózu?**
- 38 Můj gynekolog mi vše vysvětlil. Tady jsem dostala informace o termínu výkonu a předali mi
- 39 letáčky a informované souhlasy. Všechnu jsem rozumněla a stačilo mi to.
- 40 **Máte už zkušenosti s nějakou svou operací? Pokud ano, popište rozdíl ve vnímání pocitů**
- 41 **tehdy a nyní.**
- 42 Nikdy jsem na žádné operaci ještě nebyla, takže nemohu posoudit. Pocity nyní mám dobré, je
- 43 to krátký výkon, takže se nebojím.
- 44 **Co vidíte zde na oddělení jako nejdůležitější pro Vaši jistotu a bezpečí?**
- 45 Z personálu vyznačuje profesionalita, vědí, co dělají, takže jim plně důvěřuji. Taky jsem dostala
- 46 na ruku náramek se svým jménem, aby mě prý „nevyměnili“!
- 47 **Jak na Vás působí prostředí zdejšího oddělení?**
- 48 Nemocnice nemám ráda, ale musím konstatovat, že je to dobré. Jsou tu veliké prostory, čisto,
- 49 moderní vybavení, zkrátka hezké.

70 Jak byste zhodnotila celkový přístup sester?

59 Na nic si nemohu stěžovat, vše je v pořádku.

52 Co je Vám příjemné, nepříjemné? Co cítíte jako vhodné či nevhodné?

53 Bylo milé, že jsem dostala brzy pokoj a dlouho jsem nečekala na chodbě.

59 Jaké jsou Vaše bytové podmínky?

55 Bydlím v domku.

56 Měla jste díky nemoci absence v zaměstnání?

57 Neměla, mám volno.

58 Víte, jak budete pracovat až se zotavíte?

59 Myslím, že normálně, jako před tím, je to lehký výkon.

60 Jak moc Vás nemoc v důsledku ohrozí finančně?

61 Neohrozí, pokud se ovšem něco nekomplikuje.

62 Jak na Vás působí psychicky situace okolo „Covid stavu“ na zdejším oddělení?

63 Je to nepříjemné pro všechny, musíme nosit roušky a neustále dodržovat všelijaká doporučení.

64 Je tu i pokoj označený „Izolace“, takže to mi na klidu nepřidává.

65 Pocítila jste někdy následky neuspokojení potřeby jako je strach, úzkost apod.?

66 Vysvětlíte, kdy se to stalo?

67 Trochu jsem se bála, aby mi nebylo po narkóze špatně.

68 Jaká činnost či věc Vám zde přináší „klid v duši“ ?

69 Dívám se na televizi, poslouchám hudbu.

70 Na co se nyní nejvíce těšíte?

71 Těším se domů, nechci tu být.

72 Co vám přináší radost a chuť do života?

73 Mám malého syna, který mě ještě potřebuje. To je moje největší radost.

- 74 Co Vám dává sílu a naději zvládnout tento stav?
- 75 Prostě chci a musím tady ještě pro syna být.
- 76 Žijete s rodinou nebo sama?
- 77 Žiju se synem.
- 78 Je někdo, v kom máte dnes oporu?
- 79 Někdy mi pomáhá sousedka.
- 80 Kdo je ještě ve Vašem okolí pro vás nejdůležitější?
- 81 Možná kolegové v práci.
- 82 Máte nějakého koníčka? Co Vás baví dělat ve volném čase?
- 83 Příroda, sport, filmy, móda.
- 84 Co pro Vás můžeme udělat během hospitalizace, abyste se cítila jistě a bezpečně?
- 85 Každý člověk je jiný a každý potřebuje jiný přístup. Takže bych to nazvala asi jako individuální přístup k pacientovi.
- 86 Jak Vám můžeme pomoci?
- 87 Přeju si, aby vždy všechno proběhlo rychle a dobře jako nyní.
- 88 Dokážete říct, co byste doporučila, aby se dosáhlo co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí v našem zdravotnickém zařízení?
- 89 Neustále se mě někdo ptal dokolečka na tu samou věc, což bylo někdy otravné. Pochopila jsem ale, že je to v takovém kolosu jako je FN Plzeň nutné pro bezpečnost. Takže bych asi doporučila pochopení a trpělivost veškerého personálu i pacientů.
- 90
- 91
- 92
- 93