



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika ošetrovatelské péče při přechodu
pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní
oddělení chirurgie**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kateřina Chmelíková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Problematika ošetrovatelské péče při přechodu pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. května 2017

.....

Kateřina Chmelíková

Poděkování

Mé poděkování patří především Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Problematika ošetrovatelské péče při přechodu pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie

Abstrakt

Na chirurgickém oddělení je mnoho pacientů po rozsáhlém operačním výkonu hospitalizováno na jednotce intenzivní péče. Po stabilizaci stavu jsou překládáni na standardní oddělení. Je zřejmé, že se ošetrovatelská péče na těchto dvou odděleních liší. Rozdílnost můžeme shledat převážně ve výkonech, ale také v dostupnosti ošetrovatelského personálu a zajištění soukromí.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, v jakých oblastech shledává sesterský personál problémy u pacientů, kteří jsou přeloženi z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení, a také zmapovat rozdíly ošetrovatelské péče na těchto dvou odděleních.

K výzkumnému šetření byla použita kvalitativní metoda formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo šest sester pracujících na standardním oddělení chirurgie a pět pacientů splňujících kritérium překlady z JIP na standardní oddělení. Analýzu poskytnutých informací jsme prováděli pomocí metody „tužka a papír“, kdy jsme si jednotlivé rozhovory očíslovali a hledali v nich podobné odpovědi.

Z šetření vyplynulo, že sestry vnímají velmi negativně brzký překlad pacienta na standardní oddělení, protože ve většině případů je péče o tyto pacienty časově náročná. Dalším faktem je nedostatečná informovanost pacienta ohledně pooperační rehabilitace a neschopnost vstřebání informací podaných sestrou.

Pacienti shledávají rozdílnost především v dostupnosti ošetřujícího personálu, dále v kontinuální monitoraci fyziologických funkcí a v neposlední řadě také v zajištění soukromí.

Výsledky tohoto výzkumného šetření by mohly sloužit jako podklad pro seminář vedený o této problematice a do budoucna by následně mohly vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče těchto dvou odděleních.

Klíčová slova

Jednotka intenzivní péče; pacient; ošetrovatelská péče; standardní oddělení chirurgie.

Issues of nursing care during patient's transfer from an intensive care unit to a standard surgical ward

Abstract

A lot of patients are hospitalized at the intensive care unit after a major operation at the surgery ward. After the stabilisation of the condition they are transferred to a standard department. The nursing care at these two departments obviously differs. The difference can particularly be seen in the care itself, but also in the accessibility of the nursing staff and protection of patient privacy.

The aim of this bachelor thesis was to find out in what areas the nursing staff can see problems with the patients that are transferred from the intensive care unit to a standard ward and to map the differences between the levels of the nursing care at these two departments.

A quantitative method in the form of semi-structured interviews was applied to the research. The research sample consisted of six nurses working at a standard department and five patients meeting the criterion of the transfer from the ICU to a standard ward. The analyses of the information provided was performed by means of the "pencil and paper" method, where we numbered the individual interviews and tried to find similar answers therein.

The research has shown that nurses perceive an early transfer of a patient to a standard ward negatively, as in most cases the care of such patients is extremely time consuming. Another problem is in the insufficient information of a patient in terms of the post-operation rehabilitation and inability to absorb the information provided by a nurse.

The patients can see the difference mainly in the frequency of the nursing staff, in the continuous monitoring of the physiological functions and last but not least also in the protection of patient privacy.

The results of the research might serve as an input for a seminar held on this issue and lead to the future improvement of the quality of the nursing care at these two departments.

Key words

Intensive care unit; patient; nursing care; standard surgical ward.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 <i>Kdo je to pacient</i>	9
1.1.1 Role pacienta	9
1.1.2 Osobnostní vlastnosti pacienta	10
1.1.3 Nejdůležitější změny u hospitalizovaného pacienta.....	11
1.1.4 Uspokojování potřeb hospitalizovaného pacienta	12
1.2 <i>Obory chirurgie.....</i>	13
1.2.1 Chirurgické ošetřovatelství a jeho vývoj	14
1.3 <i>Jednotka intenzivní péče</i>	15
1.3.1 Rozdělení a uspořádání pracovišť intenzivní medicíny	16
1.3.2 Ošetřovatelská péče v intenzivní péči	17
1.4 <i>Standardní oddělení chirurgie</i>	18
1.4.1 Uspořádání chirurgického oddělení.....	18
1.4.2 Ošetřovatelská péče na standardním oddělení chirurgie	19
1.5 <i>Naplnění nižších potřeb pacienta v intenzivní péči a na standardním oddělení chirurgie.....</i>	23
1.6 <i>Komunikace s pacientem.....</i>	26
1.6.1 Komunikace s pacienty se specifickými potřebami	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Operacionalizace pojmů.....	31
3.1 Jednotka intenzivní péče	31
3.2 Chirurgické oddělení	31
3.3 Ošetřovatelská péče.....	31
4 Metodika	32
4.1 Metodika výzkumu.....	32
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
5 Výsledky	35
5.1 <i>Kategorizace na základě rozhovorů se sestrami.....</i>	35

Kategorie 1: Důvod překladu na JIP	35
Kategorie 2: Způsob překladu pacienta ze standardního oddělení na JIP	36
Kategorie 3: Informovanost pacientů ohledně překladu ze standardního oddělení na JIP	37
Kategorie 4: Způsob překladu pacienta z JIP na standardní oddělení.....	38
Kategorie 5: Informovanost pacientů ohledně překladu z JIP na standardní oddělení	39
Kategorie 6: Reakce pacienta na překlad z JIP na standardní oddělení	40
Kategorie 7: Uspokojování potřeb u pacientů přeložených z JIP na standardní oddělení	41
<i>5.2 Kategorizace na základě rozhovorů s pacienty.....</i>	<i>43</i>
Kategorie 1: Příjem a ošetrovatelská péče o pacienta na standardním oddělení	43
Kategorie 2: Příjem a ošetrovatelská péče o pacienta na JIP	45
Kategorie 3: Překlad pacienta z JIP na standardní oddělení.....	47
6 Diskuze.....	49
7 Závěr.....	59
8 Seznam literatury.....	61
9 Seznam příloh	66
10 Seznam zkratk	67

Úvod

Na chirurgickém oddělení je mnoho pacientů po rozsáhlém operačním výkonu hospitalizováno na jednotce intenzivní péče. Po stabilizaci stavu jsou překládáni na standardní oddělení. Je zřejmé, že se ošetrovatelská péče na těchto dvou odděleních liší. Rozdílnost můžeme shledat převážně ve výkonech, ale také v dostupnosti ošetrovatelského personálu a zajištění soukromí.

Práci s názvem „Problematika ošetrovatelské péče při překladu pacienta z JIP na standardní oddělení chirurgie“ jsem si vybrala, protože jsem se chtěla dozvědět, jak pacienti vnímají ošetrovatelskou péči na jednotce intenzivní péče a poté na standardním oddělení chirurgie. Pozornost jsem věnovala tomu, jaké jsou základní rozdíly v ošetrovatelské péči mezi těmito dvěma odděleními a jak na tuto problematiku nahlíží ošetřující personál, který tvoří sestry. Během svého studia jsem měla možnost vykonávat praxi jak na standardním oddělení chirurgie, tak na jednotce intenzivní péče, a proto mě zajímalo, zda se mé odpovědi a domněnky budou shodovat s výpověďmi dotazovaných.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část – teoretická – se zabývá obecnými informacemi ohledně chodu standardního oddělení a náplně práce na jednotce intenzivní péče. Dále jsme se snažili stručně popsat, kdo je to vlastně pacient a jakou roli zastává v nemocničním prostředí. V neposlední řadě jsme se také zaměřili na uspokojení základních potřeb. Další část je empirická, opírající se o odpovědi, které jsme získali během rozhovorů od daných respondentů.

Informace plynoucí z výzkumného šetření by mohly být podkladem pro semináře o této problematice a mohly by vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče na standardním oddělení a na jednotkách intenzivní péče.

1 Současný stav

1.1 Kdo je to pacient

Pod pojmem pacient si každý z nás může představit něco jiného. Samotné slovo „pacient“ pochází z latiny a je odvozeno od slova „patiens“, jímž můžeme charakterizovat člověka, který je trpělivý. Dle Vokurky (2015) však hovoříme o člověku trpícím, který přichází do nemocničního zařízení, o člověku majícím obavy a strach o své zdraví. Do nemocnice přichází jedinec převážně z důvodu vyhledání odborné pomoci. Osoba, která má zřetelné příznaky daného onemocnění, se posléze stává pacientem. Člověk se tedy pacientem nerodí, ale v průběhu života se jím stává (Zacharová et al., 2007). V momentě, kdy se stane pacientem, se mnoho věcí v jeho životě změní. Má obavy o svou budoucnost, není si jistý, jak bude léčba probíhat, zda dopadne úspěšně či nikoliv (Křivohlavý, 2002). Obecně lze říci, že pokud se stane člověk pacientem, snaží se svoji diagnózu přijmout, dodržovat doporučení a pokyny lékaře a v neposlední řadě spolupracuje ve snaze stát se opět zdravým člověkem (Zacharová et al., 2007). Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče je velmi důležitá aktivní účast pacienta (McDonall et al., 2016).

1.1.1 Role pacienta

Abychom si mohli říci, jakou roli pacient zastává, je nejprve potřeba si ujasnit, co znamená pojem role. Dle Vágnerové (2007) můžeme toto slovo definovat jako soubor vymezeného, v dané pozici očekávaného, dovoleného i vyžadovaného chování – Na rozdíl od Vymětala (2003), který charakterizuje tento pojem takovým chováním, jež je v dané situaci očekávané.

Roli hospitalizovaného pacienta mohou vystihovat tři základní aspekty, a to podřízenost, trpná pasivita a pozitivní sociální odezva. Člověk, který se dostane do nemocničního zařízení, se většinou cítí být podřízeným, protože lékaři, sestry a další zdravotnický personál rázem zastávají vyšší pozici. Pacient musí plnit jejich příkazy a mnohdy nemá volbu osobního rozhodnutí (Tóthová, 2014). Trpná pasivita znamená, že někteří hospitalizovaní pacienti se stávají pasivními a nesnaží se, aby napomohli zlepšování svého zdravotního stavu. Pozitivní sociální odezvu vysvětlujeme tím, že pacient bývá mnohdy okolím litován, a tak nemusí plnit určité úkoly (Vymětal, 2003).

Na světě neexistují dva lidé, kteří by prožívali roli pacienta stejně. Reakce na nemoc je u každého jedince zcela odlišná a jedná se o individuální fakt. Mnohdy bývá role hospitalizovaného pacienta velmi komplikovaná, protože pacient prochází různými stadii nemoci, se kterými se musí vyrovnat, přičemž každý tuto situaci vnímá jinak. Někteří mohou roli pacienta považovat za velmi prospěšnou. Stát se pacientem jim přináší určité výhody a oni se pak snaží prodloužit dobu, kdy mohou být pacientem. Tito lidé mají většinou dobrý pocit z toho, když jsou druhými lidmi litováni, a mnohdy zveličují příznaky svého onemocnění. Ovšem na většinu jedinců má nová role pacienta negativní dopad, protože jsou zbaveni veškerých povinností, na které byli předtím zvyklí, mnohé v jejich životě se mění, jak ve vztahu k sobě samému, tak k okolnímu světu. Například lidé, kteří byli dříve velmi pracovně aktivní a měli určité uplatnění ve společnosti, se najednou cítí velmi méněcenní a často je doprovází depresivní nálada (Zacharová et al., 2007).

Abychom předešli situaci, kdy se pacienti v nemocničních zařízeních cítí méněcenní, je potřeba udržovat s nimi vzájemný kontakt, zvolit vhodnou komunikaci a v neposlední řadě nezapomínat na uspokojování potřeb. To vše může kladně ovlivnit to, jakým způsobem se nemocný adaptuje na nemocniční prostředí, a zároveň mít vliv na průběh léčby daného onemocnění (Zacharová et al., 2007).

1.1.2 Osobnostní vlastnosti pacienta

Vlastnosti daného pacienta patří mezi faktory, které mají vliv na přijetí vlastní diagnózy i na průběh léčby. Zásadní význam má pacientův temperament neboli způsob, jakým se vyrovnává s náročnými životními situacemi (Zacharová et al., 2007). Dále je důležitý také jeho vztah ke společenskému okolí, informovanost o dané problematice, inteligenční úroveň, vzdělání, pohlaví a věk. Lidé s pozitivním myšlením, důvěrou k ošetřovatelskému personálu a motivací změnit svůj nynější stav prožívají vzniklou situaci mnohem lépe. Kladný vliv na průběh léčby lze zaznamenat i tehdy, pokud jsou pacienti běžně zodpovědní za své problémy. Průběh léčby ovlivňují také pacientova momentální nálada, obavy a naděje, ale i pomoc rodiny a přátel (Plevová a kol., 2011).

Naopak zde ale mohou působit na osobnost nemocného i okolnosti onemocnění. Sem lze zahrnout psychologické faktory, které značí, jak pacient prožívá průběh hospitalizace (Zacharová et al., 2007). Poté samotný chorobný proces, neboť i při jeho vzniku dochází ke změně osobnosti, a dále sekundární vlastnosti onemocnění, kam

řadíme délku nemoci, bolest a její intenzitu, následky a komplikace onemocnění, případně i možné ohrožení na životě (Plevová a kol., 2011).

1.1.3 Nejdůležitější změny u hospitalizovaného pacienta

Každá nemoc ztěžuje dosahování cílů stanovených jedincem a zároveň mu přináší obavy o budoucnost (Minibergerová a Jičínská, 2010). Nemoc vždy ovlivňuje celého člověka, týká se jak somatické, tak psychické stránky (Zacharová et al., 2007). Hospitalizace má v mnoha případech na pacienta negativní dopad, můžeme hovořit o náročné životní situaci, se kterou se pacienti těžce vyrovnávají, a tento fakt má za následek změny, které si dále přiblížíme (Zacharová, 2016).

Mezi jedny z nejdůležitějších lze zařadit změny sociální. Každý pacient, který je hospitalizován, je více či méně poznamenán změnou prostředí. Byl náhle vytržen ze společnosti zdravých lidí, a to má následně dopad nejen na samotného pacienta, ale i na chod rodiny a přátelské vazby. Jedinec, který byl zvyklý dříve na své sociální postavení, náhle ztrácí svoji roli (Plevová a kol., 2011). S tím souvisí i stav depersonalizace, který může u pacienta nastat. Ten se projevuje tím, že pacient má narušené vnímání, myšlení, emoční prožívání a vše kolem něj mu přijde cizí a neznámé (Reiner et al., 2016).

Hospitalizace i samotný chorobný proces mají také velký vliv na psychický stav pacienta, ve kterém dochází k mnoha výrazným změnám. Jedinec mnohdy nerozumí procesům probíhajícím v jeho fyzické schránce a nemá přehled o tom, co se s ním děje. To přináší mnoho negativních pocitů, kterými mohou být strach, obavy, bolest, nejistota a výrazné změny emocí. Nepříznivé mohou být také změny chování a prožívání, někteří pacienti se stávají plačtivými, trpí poruchami spánku nebo bývají neklidní (Zacharová et al., 2007). Pacientovi se při hospitalizaci náhle zúží okruh zájmů, v době nemoci nemůže vykonávat svou práci a věnovat se svým zálibám, což ho může frustrovat (Křivohlavý, 2002). Frustraci definujeme jako dlouhodobé neuspokojení určité potřeby nebo předem stanoveného cíle (Paulík, 2017).

Je však nutné podotknout, že každý člověk prožívá nově vzniklou situaci odlišně, proto existují jedinci, kterých se sociální či psychické změny nedotknou. Také je nezbytné rozlišovat, zda se jedná o dospělého člověka, který již má nějaké životní zkušenosti za sebou, nebo dítě, které zatím příliš traumatizujících situací nezažilo (Zacharová et al., 2007).

Lepšímu a rychlejšímu adaptování pacientů na nemocniční prostředí vždy pomůže mimo jiné profesionální přístup lékařů, sester a dalšího personálu. Tento přístup se stává

základem pro úspěšnou léčbu. Pacient by měl mít v sestře jakousi oporu a důvěru, sestra by se měla k pacientovi chovat taktně a trpělivě. Ze strany personálu je důležité porozumění, pochopení a laskavost (Zacharová et al., 2007). Každý zdravotnický pracovník však musí myslet na to, že s každou životní změnou, kterou je i hospitalizace, se musí jedinec vyrovnat. Vyrovnávání se s náročnou životní situací popisuje mnoho autorů ve svých modelech, příkladem je model Kübbel-Rossové, který můžeme aplikovat i na hospitalizované pacienty. Má pět fází, některé etapy se však mohou opakovaně vracet nebo nějakou z nich pacient nemusí vůbec projít. Nejdříve hovoříme o takzvané negaci, to znamená, že pacient vzniklou situaci popírá, nechce ji přijmout. Poté nastupuje agrese, kdy dojde ke vzbouření a následnému hněvu. Po těchto dvou krocích nastává ve většině případů smlouvání, kdy pacient slibuje, že bude dodržovat všechna opatření, zaplatil by cokoliv za vyléčení. Následuje smutek, kdy člověk upadá do deprese, má strach o sebe či o zajištění své rodiny a v poslední fázi dochází ke smíření se s diagnózou, pacient se vyrovnává se vším, co bude obnášet jeho léčba, a uvažuje racionálně (Dubcová, 2011).

1.1.4 Uspokojování potřeb hospitalizovaného pacienta

Dle Mastiliákové (2014) můžeme potřebu v ošetřovatelství definovat jako subjektivně prožívaný nedostatek či naopak nadbytek něčeho, co daného člověka v současné chvíli dostatečně neuspokojuje. Trachtová a kol. (2013) tento pojem charakterizuje jako něco, co je pro člověka nezbytně nutné, přičemž uspokojení této potřeby má velký vliv na jeho život.

Moderní ošetřovatelství vnímá člověka jako holistickou bytost, tedy jako části propojené v komplexní celek, a usiluje o to, aby byly všechny jeho potřeby uspokojovány v rovnováze. V případě, že nedochází k rovnovážnému uspokojování potřeb, se člověk stává nemocným (Tomagová a Boriková a kol., 2008).

Potřeby člověka dělíme na nižší a vyšší. Do nižších řadíme potřeby biologické či fyziologické, které patří mezi nejdůležitější v tom smyslu, že jsou nezbytné pro život. Mají cyklický charakter a měly by být uspokojovány v pravidelných intervalech, které se odvíjí od individuálních zvyklostí jedince. Do biologických potřeb zahrnujeme dýchání, stravování, příjem tekutin, vyprazdňování, potřebu udržení termoregulace, spánku, dostatečného odpočinku a také sexuální potřebu (Mastiliáková, 2014). Potřeba bezpečí a jistoty se též řadí k potřebám nižším (Trachtová a kol., 2013). Tuto potřebu se

jedinec snaží uspokojit vyhýbáním se místům a situacím, které jsou pro něj neznámé, cizí či ohrožující (Vymětal, 2003). Ale patří sem i potřeba jisté soběstačnosti, informovanosti, míru, klidu, naděje, víry a v neposlední řadě také potřeba finanční a sociální jistoty (Trachtová a kol., 2013).

V případě, že jsou nižší potřeby uspokojeny, přichází na řadu potřeby vyšší, které se neřadí k těm nezbytným pro život, ale mají velký vliv na průběh a kvalitu života. Do tohoto okruhu řadíme potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu uznání, úcty a potřebu seberealizace. Trachtová a kol. (2013) udává ještě navíc potřeby kognitivní a estetické. Sounáležitost a láska jsou potřeby sociální, většina jedinců touží k někomu patřit a někde náležet (Mastiliaková, 2014). To ovšem nezahrnuje jen partnerství, ale i rodičovství, potřebu sdružování se, sociálního kontaktu, komunikace, potřebu sexuality a přátelství (Tomagová a Boriková a kol., 2008). Potřeba uznání a úcty se řadí mezi tzv. „jáské“ potřeby (Vymětal, 2010). Vyjadřují touhu po obdivu a respektu druhých lidí a po dosažení vysoké sociální role v průběhu života (Mastiliaková, 2014). Dle Vymětala (2003) hovoříme také o sebeúctě, lidé mají potřebu vážit si sami sebe. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace (jinak také metapotřeby) zahrnují snahu jedince o jakékoliv vyjádření svých schopností a vlastní individuality, jinými slovy snahu přesáhnout sebe sama (Trachtová a kol., 2013).

1.2 Obory chirurgie

Chirurgie patří mezi nejstarší lékařské obory. Její hlavní náplní je prevence orgánového selhání, diagnostika nemoci a operační léčba (Slezáková a kol., 2010). Pojem chirurgie pochází z řeckého slova cheirurgia, což můžeme přeložit jako práce rukou (Vokurka, 2015). Z toho vyplývá, že chirurgické obory využívají metodu tzv. rukodělných postupů (Zeman a Krška a kol., 2011). Dle Slezákové a kol. (2010) hovoříme o manuálních výkonech využívaných při každé operaci, kdy je do těla zasahováno rukou nebo nástroji určenými pro danou operaci.

Chirurgie je rozmanitý obor, kde se využívá mnoho intervenčních metod (Zeman a Krška a kol., 2011). Tento obor se člení na chirurgii všeobecnou a specializovanou (Slezáková a kol., 2010). Všeobecná chirurgie se zpravidla zabývá operacemi břicha, hrudníku, končetin a krku. Specializovanou chirurgii lze rozdělit dle zaměření. Neurochirurgie se zabývá zákroky v CNS včetně periferních nervů. Hrudní chirurgie se zaměřuje na operace plic a mediastina. Do kardiovaskulární chirurgie spadají operace srdce a periferních cév. Dětská chirurgie léčí vrozené vady a úrazy dětí do osmnácti let.

Plastická a rekonstrukční chirurgie se zabývá operacemi vrozených vad a součástí tohoto oboru je také kosmetická chirurgie, která napomáhá vylepšení vzhledu pacienta. Dále do specializované chirurgie řadíme transplantační chirurgii, jež řeší transplantace orgánů, traumatologii zaměřující se na péči o zraněné, urologii, jejíž náplní je léčba onemocnění močového a mužského pohlavního ústrojí, a ortopedii léčící vrozené vady a úrazy pohybového ústrojí. Chirurgii využívá také popáleninová medicína, která léčí rozsáhlé popáleniny v popáleninových centrech v Praze, Brně a Ostravě. Do chirurgických oborů se řadí také gynekologie a porodnictví, otorhinolaryngologie, oční lékařství, stomatologie, anesteziologie a také resuscitace, jež se vyvinula z původní chirurgie (Valenta et al., 2007).

1.2.1 Chirurgické ošetřovatelství a jeho vývoj

Ošetřovatelství je vědecká disciplína, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta (Koncepce ošetřovatelství, 2004).

Chirurgické ošetřovatelství se řadí mezi aplikované ošetřovatelské obory, jež vychází z oboru chirurgie a ošetřovatelství, ale integruje také poznatky z jiných oborů zabývajících se člověkem ve zdraví a nemoci (Kubicová a kol., 2005). Péče na chirurgickém oddělení je multidisciplinární, což značí vzájemnou spolupráci lékařů různého zaměření, a to např. chirurgů, anesteziologů, internistů či rentgenologů s ostatními zdravotnickými pracovníky, kam řadíme všeobecné sestry, fyzioterapeuty, nutriční terapeuty, laboranty a další. K poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je potřeba efektivní komunikace mezi jednotlivými členy týmu (Janíková a Zeleníková, 2013).

Chirurgická ošetřovatelská péče je poskytována na standardních chirurgických odděleních, na jednotkách intenzivní péče, v chirurgických ambulancích, na operačních sálech, v centrech jednodenní chirurgie, ve specializovaných chirurgických centrech nebo také v agenturách domácí péče (Janíková, Zeleníková, 2013).

Vývoj chirurgie a s ní i chirurgického ošetřovatelství souvisí s přímým vývojem člověka (Zeman a Krška a kol., 2011). První zmínky o chirurgickém ošetřovatelství pochází už z dob starověku z období kolem roku 4600 př.n.l. (Dušková a kol., 2009) Důkazem jsou historické nálezy trepanovaných lebek, různě hojených ran a také nález dochovaného papyru Edwina Smithe, ve kterém se nalézají popisy různých druhů zlomenin včetně jejich léčení, ale i další návody k léčení ran, vředů a dalších onemocnění (Zeman a Krška a kol., 2011). Vývoj probíhal v několika fázích. První

období, jinak zvané empirické, trvalo až do renesance. Toto období je charakteristické tím, že jde o jakési předávání informací a zkušeností z generace na generaci od starších chirurgů. Po empirickém období našel své uplatnění směr anatomický, který vycházel z anatomické stavby člověka (Zeman a Krška a kol., 2011). Dalším bodem byl rozvoj patologické anatomie neboli patologie zabývající se makroskopickými i mikroskopickými změnami orgánů a tkání nemocného člověka (Fiala et al, 2015). V současnosti se prosazuje charakter klinicko-experimentální, jehož hlavní náplní jsou všeobecné znalosti o anatomické stavbě těla, ale velkou roli zde hraje také otázka fyziologie, biochemie a prevence. Vznik české chirurgie můžeme datovat již k roku 1882, kdy došlo k rozdělení pražské univerzity a následnému vzniku první české chirurgické kliniky (Zeman a Krška a kol., 2011).

1.3 Jednotka intenzivní péče

Mnoho pacientů, kteří jsou hospitalizováni na oddělení chirurgie, je po zákroku přeloženo na jednotku intenzivní péče, dále již ve zkratce JIP, kterou se bude tato práce nadále podrobně zabývat, proto v následujících odstavcích popíšeme specifika této jednotky.

JIP patří mezi lékařské obory, zabývá se nemocnými s akutními stavy ohrožujícími život. Jsou zde hospitalizováni pacienti, u kterých lze předpokládat pozitivní změnu vlivem poskytování intenzivní péče, a je zde tedy velká naděje na obnovení orgánových funkcí (Ševčík, 2014). Kapounová (2007) uvádí, že JIP je určena pro jedince s hrozcím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů, a to s různým stupněm ohrožení života (Bartůněk et al., 2016). Tyto jednotky poskytují jedincům nejvyšší kvalitu zdravotnické péče (Bull, 2016). Pacienti jsou na JIP přijímáni většinou od rychlé záchranné služby nebo z jiných zdravotnických středisek, kde jim nemohla být poskytnuta dostatečná péče ať už z hlediska přístrojového vybavení, nebo dostupnosti specializovaného zdravotnického personálu. Zpravidla se jedná o pacienty s těžkými úrazy a akutními stavy (Kapounová, 2007).

Hlavní náplní JIP je diagnostika daného onemocnění, ale také prevence a léčba orgánového selhání. Nedílnou součástí těchto jednotek je přiměřené technické a přístrojové vybavení (Ševčík, 2014). Hovoříme především o monitorovacích systémech, jimiž měříme základní fyziologické funkce, ale lze na ně také napojit např. ventilátor nebo jimi nahradit funkci ledvin či jiného životně důležitého orgánu (Streitová a Zoubková a kol., 2015). Kontinuální sledování stavu pacienta se řadí

k velmi důležitým činnostem, neboť i při menším pochybení hrozí nevratné poškození zdravotního stavu (Kapounová, 2007). Proto je provoz na těchto odděleních zajištěn plně kvalifikovaným zdravotnickým personálem, který je zde přítomen po celý den (Bartůněk et al., 2016). Cílem JIP je zachovat život a zdraví nemocného, v první řadě zejména odstranit příčinu, která vyvolává dané onemocnění a následně by přispívala ke zhoršení zdravotního stavu. V případě, že tyto cíle nelze zcela splnit, je přesto důležité poskytnout pacientovi odbornou a profesionální péči. To znamená co nejvíce zmírnit bolest, diskomfort, strádání, umožnit zachování lidské důstojnosti a uspokojit fyzické, psychické a sociálně-duchovní potřeby (Bartůněk et al., 2016).

1.3.1 Rozdělení a uspořádání pracovišť intenzivní medicíny

Stratifikaci intenzivní medicíny můžeme popsat pomocí následujících třech úrovní. Nejprve zmíníme intenzivní medicínu III. stupně, která by se měla nacházet převážně ve velkých nemocničních zařízeních poskytujících komplexní ošetrovatelskou péči o daného pacienta. Na tato oddělení jsou přijímáni pacienti, kteří mají vícečetné selhání orgánů a jsou ohroženi na životě (Ševčík, 2014). Cílem je poskytnout maximální intenzivní péči včetně monitorovacích a diagnostických postupů. Hlavními zaměstnanci jsou převážně intenzivisté, tedy lékaři s určitou specializací, dále sem řadíme vědecké pracovníky, specializované sestry a pomocný zdravotnický personál (Ševčík, 2014). Intenzivní medicína II. stupně by měla být součástí každé větší všeobecné nemocnice. Na tomto oddělení je možnost po celý den spolupracovat s radioterapií, fyzioterapií a mnoha dalšími obory. Na rozdíl od intenzivní medicíny III. stupně tato pracoviště neposkytují komplexní podporu orgánů, a ne každý pacient je připojen na monitoru (Ševčík, 2014). Intenzivní medicína I. stupně by měla být nedílnou součástí menších nemocnic. Mezi hlavní náplň práce patří komplexní sesterské pozorování zdravotního stavu pacienta, základní monitorování fyziologických funkcí, neodkladná resuscitace a krátkodobá umělá plicní ventilace. O těchto odděleních můžeme také hovořit jako o jednotkách intermediární péče. Jedná se o jakýsi mezistupeň při přechodu pacienta z JIP na standardní oddělení. Jsou zde hospitalizováni pacienti, kteří mají známky orgánové dysfunkce a u kterých je potřeba méně ošetrovatelských intervencí než na jednotkách intenzivní péče (Ševčík, 2014).

Každá jednotka intenzivní péče by měla být uspořádána tak, aby byla v co nejkratším dosahu k operačním sálům, urgentní příjmové ambulanci, koronární jednotce, porodnímu sálu a mnoha radiologickým pracovištím včetně CT a magnetické rezonance. Je velmi důležité tyto jednotky umístit na vhodné a snadno přístupné místo (Ševčík, 2014).

Lůžka na těchto pracovištích jsou umístěna buď do boxů pro jednoho až dva pacienty, nebo jsou uspořádána do velké místnosti, kde se nachází přibližně čtyři až osm lůžek (Ševčík, 2014). Na každé jednotce by neměl chybět izolační pokoj pro infikované pacienty sloužící k následnému zamezení přenosu nozokomiálních nákaz (Ševčík, 2014). Součástí každého lůžka by měl být monitorovací systém, odsávací výstupy, rozvod kyslíku a vzduchu, efektivní osvětlení a dostatečný počet zásuvek (Zadák a Havel a kol., 2007).

1.3.2 Ošetrovatelská péče v intenzivní péči

Cílem ošetrovatelství je chránit, navracet, udržovat a podporovat zdraví, zajistit nemocnému důstojné umírání a klidnou smrt (Ševčík, 2014). To platí i pro ošetrovatelskou péči na JIP, která je však velmi rozmanitá a odvíjí se od určené lékařské diagnózy a zdravotního stavu pacienta. Vždy platí, že ke každému pacientovi se volí individuální přístup (Kapounová, 2007). Mezi činnosti sestry na JIP patří zejména sledování základních životních funkcí, tedy vědomí, krevního tlaku, srdeční akce a pulzu, dýchání a tělesné teploty a zapisování naměřených hodnot v pravidelných časových intervalech. Sestra by měla být schopna vyhodnotit odchylky hodnot od normy, které neprodleně ohlásí lékaři. Mezi další sesterské intervence na tomto oddělení patří odebírání vzorků biologického materiálu a zajištění jejich správného uskladnění a transportu. Dále k práci sestry patří zmírňování bolesti. Sestra může pacientům od bolesti pomoci zvolením vhodné úlevové polohy, aplikováním tepla či chladu na postižené místo nebo podáním lékařem naordinovaných analgetik. Sestra musí pacienty pravidelně polohovat, čímž zamezuje vzniku bolesti a dekubitů. Nedílnou součástí náplně sestry je také provedení resuscitace v momentě, kdy dojde k náhlé zástavě oběhů. Sestra také zodpovídá za funkčnost zdravotnické techniky a případnou poruchu musí ihned nahlásit (Ševčík, 2014). Dle § 55 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je sestra pro intenzivní péči dále oprávněna vyhodnotit křivku elektrokardiogramu a závažnost zdravotního stavu pacienta. Měla by řádně pečovat o dýchací cesty, tedy odsávat sekret a provádět

tracheobronchiální laváže. Do kompetencí těchto sester spadá také katetrizace močového měchýře u mužů i žen a zavádění nasogastrické a duodenální sondy pacientovi, který je v bezvědomí. Sestra na základě indikace lékaře může rovněž provést výplach žaludku a punkci artérie, která slouží k odběru krve, popřípadě k invazivní metodě kontinuálního sledování krevního tlaku. Pod odborným dohledem lékaře smí aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, dále zajistit extubaci neboli zrušení tracheální kanyly a v neposlední řadě také stimulaci srdce pomocí kardiostimulátoru. Dle § 54 vyhlášky č. 55/2011 Sb., smí všeobecná sestra se specializací bez odborného dohledu a indikace lékaře provádět edukaci pacientů, dále sledovat zdravotní stav pacienta a podílet se na řešení případných komplikací. V rámci své specializace je také oprávněna k tomu, vést práci členů svého ošetrovatelského týmu, provádět výzkumné šetření a připravovat standardy určitých specializovaných postupů. Na základě indikace lékaře smí provádět přípravu pacientů na určitá specializovaná vyšetření a edukovat pacienty a jejich blízké osoby o dalších léčebných postupech.

1.4 Standardní oddělení chirurgie

Po stabilizaci stavu jsou pacienti překládáni na standardní oddělení chirurgie. Hlavní náplní standardního oddělení je pečovat o pacienty, kteří podstoupili chirurgickou léčbu nebo jsou přijati z důvodu plánovaného operačního zákroku. Sestry vykonávají u pacientů takovou péči, která pacientům co nejdříve pomůže k návratu do původního zdravotního stavu (Janíková a Zeleníková, 2013). Jinými slovy cílem je poskytnout kvalifikovanou léčebně preventivní péči a zamezit vzniku dalších komplikací (Zeman a Krška a kol., 2011). V následujících kapitolách si popíšeme, jakým způsobem je uspořádáno chirurgické oddělení a jaká je náplň práce sester.

1.4.1 Uspořádání chirurgického oddělení

Chirurgické oddělení se skládá z ambulantního, lůžkového a operačního úseku. Ambulantní část neboli ambulance je místo, kde je prováděno nejzákladnější chirurgické ošetření (Slezáková a kol., 2010). Je potřeba, aby toto místo bylo dostupné pro všechny vozy rychlé záchranné služby a mělo bezbariérový přístup pro handicapované pacienty (Slezáková a kol., 2010). Hovoříme o zdravotnickém zařízení, kde se poskytuje preventivní, diagnostická a léčebná péče (Vondráček et al., 2011). Součástí ambulance je tzv. urgentní příjem zvaný emergency, jehož hlavní náplní je

neodkladná péče o pacienty s náhlou změnou zdravotního stavu (Remeš a Trnovská a kol., 2013). Dle Slezákové a kol. (2010) se jedná o pracoviště, kde se odehrává příjem pacientů, kteří jsou v akutním až kritickém stavu.

Další součástí je tzv. recepce neboli centrální příjem, kde dochází k registraci všech pacientů, kteří podstoupí ambulantní vyšetření (Slezáková a kol., 2010).

Dále jsou zde vyšetřovny a ordinace specialistů, kde se ošetřují drobné chirurgické rány. Za zmínku stojí také sádrovna, kde se zhotovují nebo odstraňují sádrové obvazy. Poté se zde nachází malý operační sál, ve kterém se provádí menší operační výkony a je zde možnost poskytnout odbornou lékařskou první pomoc. Součástí ambulantní části chirurgického oddělení jsou čekárny, rentgenologické pracoviště a ambulance bolesti (Slezáková a kol., 2010).

Lůžková část zaujímá standardní ošetrovatelské jednotky, které dělíme na aseptické a septické. Na aseptická lůžka jsou přijímáni pacienti s konzervativní a chirurgickou léčbou podléhající procesu primárního hojení. Naproti tomu hlavním cílem septického oddělení je poskytovat ošetrovatelskou a léčebnou péči pacientům, kteří trpí hnisavým onemocněním a volí se u nich proces sekundárního hojení. Součástí lůžkového oddělení by měl být dospávací pokoj, na kterém jsou uloženi pacienti po operačních výkonech a kde jim je poskytována intenzivní péče v jakémkoli rozsahu (Slezáková a kol., 2010).

Podstatnou částí chirurgického oddělení je operační trakt, který se dělí na určité zóny. První z nich je ochranná zóna, kde se nachází místo pro převlečení personálu, skladové prostory a zázemí personálu. Druhá je část aseptická, která je součástí operačního sálu a kde se nachází umývárny a předsálí. Další je zóna sterilní, do které patří septické a aseptické operační sály (Schneiderová, 2014). Součástí každého sálu je náročná přístrojová technika sloužící k daným operačním zákrokům (Slezáková a kol., 2010). Poslední je zóna odsunová, kde se nachází místnost pro expedici použitých nástrojů (Zeman a Krška a kol., 2011).

1.4.2 Ošetrovatelská péče na standardním oddělení chirurgie

Jak bylo již uvedeno, hlavní náplní ošetrovatelství v chirurgii je příprava pacienta před operačním zákrokem a následné provedení efektivní pooperační péče.

Cílem předoperační přípravy je přichystat pacienta na daný operační zákrok a pomoci mu k lepší pooperační rekonvalescenci (Zeman et al., 2011). Dle Pudnera (2010) hovoříme o vytvoření vhodných podmínek k tomu, aby pacient co nejlépe zvládl pooperační zátěž. Předoperační přípravu dělíme na obecnou a speciální. Obecná

příprava je společná pro všechny chirurgické zákroky bez ohledu na to, o jaké onemocnění se jedná. Na rozdíl od toho speciální péče je přizpůsobena stanovené diagnóze. Dále dělíme přípravu na celkovou, která se vztahuje k celému organismu, a místní, jež spočívá v přípravě konkrétního místa určeného k operaci (Janíková a Zeleníková, 2013). Dalším dělením je příprava dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední.

Dlouhodobá příprava má zásadní vliv na celkový zdravotní stav pacienta a typ zvoleného operačního výkonu. V této fázi lékař pacientovi vysvětluje okolnosti operačního zákroku a rizika s ním spojená a v případě, že pacient s provedením daného operačního výkonu souhlasí, je vyzván k podepsání informovaného souhlasu (Janíková a Zeleníková, 2013). Slezáková a kol. (2011) uvádí, že součástí dlouhodobé předoperační přípravy je interní vyšetření, kam řadíme fyzikální vyšetření a kontrolu fyzikálních funkcí, tedy krevního tlaku, pulzu, dechu, tělesné teploty a saturaci kyslíku. Dále se vyšetřuje moč a močový sediment a také krev, kde zjišťujeme krevní obraz a diferenciál, krevní skupinu, Rh faktor a biochemii, a to především ionty, ureu, kreatinin, jaterní testy, bílkovinu a hladinu cukru. Velmi důležité je provést také tzv. Quickův test, jenž slouží k vyšetření srážlivosti krve (Vytejčková et al., 2013). U vybraných pacientů se provádí též EKG vyšetření a rentgenové vyšetření srdce a plic (Slezáková a kol., 2011). Skalická a kol. (2007) udává, že tato vyšetření by neměla být starší než jeden měsíc.

Krátkodobou přípravou rozumíme časový úsek dvaceti čtyř hodin před samotným operačním zákrokem (Slezáková a kol., 2011). Sestra zde hraje velmi významnou roli, neboť vykonává u pacienta mnoho podstatných činností. Řadíme sem přípravu operačního pole formou oholení a odmaštění (Janíková a Zeleníková, 2013). Avšak Wendsche et al. (2012) uvádí, že příprava místa k operaci spadá do bezprostřední přípravy a sestra by tuto činnost měla vykonávat přibližně dvě hodiny před operací, aby se zamezilo možnému vzniku infekce. Dále je v rukou sestry příprava gastrointestinálního traktu dle ordinace lékaře. Úplné vyčištění střev sestra zajistí pomocí podání klyzmatu nebo vyprazdňovacích roztoků. Sestra pacientovi vysvětlí nutnost předoperačního lačnění a to, jak dlouho by mělo trvat. Dále by měla u pacienta zajistit celkovou hygienickou péči, kam řadíme koupel, odlakování nehtů a vydezinfikování pupku. Dle druhu operačního výkonu sestra zavede dle ordinace lékaře periferní žilní katétr, permanentní močový katétr nebo nasogastrickou sondu (Janíková a Zeleníková, 2013).

Bezprostřední přípravu sestra vykonává přibližně dvě hodiny před plánovaným zákrokem (Janíková a Zeleníková, 2013). Dle Jirkovského a kol. (2012) se bezprostřední příprava dělí na psychickou a místní. Psychická příprava spočívá v zajištění psychického klidu a pohody. Sestra by měla s pacientem vést rozhovor a eliminovat záporné pocity. Do místní řadíme kontrolu pacientovy čistoty, ženy musí být odličené, dále sestra zajistí, aby pacient neměl žádné šperky a aby měl kryté vlasy. Dále je velmi podstatné vyjmout zubní protézu a uložit na místo, kde ji bude mít pacient po zákroku opět k dispozici. Sestra zkontroluje operační pole a zjistí, zda došlo k vyprázdnění tlustého střeva. Dále sestra v rámci prevence tromboembolické nemoci přiloží na dolní končetiny elastické obvazy. Bezprostředně před tím, než sestra podá premedikaci, vyzve pacienta k vyprázdnění močového měchýře. Premedikace slouží ke zklidnění pacienta před uvedením do anestezie (Jirkovský a kol., 2012). Aplikuje se dle ordinace anesteziologa, přibližně 30–60 minut před zahájením anestezie. Nejčastější podání je per os, popřípadě parenterálně do svalu (Schneiderová, 2014). Mezi indikační skupiny řadíme analgetika opiátového druhu, kam patří Dolsin, Dipidolor a vagolytika – Atropin (Janíková a Zeleníková, 2013).

Dalším úkolem je pooperační péče. Jedná se o období začínající dozníváním anestezie a obnovením vědomí a obranných reflexů. Hovoříme o rizikovém období, kdy je velmi důležité, aby sestra pečlivě sledovala pacientovy fyziologické funkce a včas zaznamenala případné pooperační komplikace (Janíková a Zeleníková, 2013). Slezáková a kol. (2011) uvádí, že toto období začíná v momentě, kdy je pacient při vědomí a dosáhl pravidelné dechové frekvence. Mezi intervence, které by sestra v rámci bezprostřední pooperační péče měla poskytnout, patří již zmíněné sledování fyziologických funkcí. Hodnotu krevního tlaku a pulzu měříme v určitých časových intervalech dle ordinace lékaře, obecně však platí, že měříme první hodinu každých patnáct minut, další hodinu každou půl hodinu a po zbytek dvaceti čtyř hodin každou hodinu. Všechny naměřené hodnoty fyziologických funkcí sestra zapisuje do dokumentace. Dále sestra sleduje operační ránu, zpočátku zejména prosakování obvazu. Pro prevenci dehydratace sestra aplikuje infuzní terapii dle ordinace lékaře. Dále sleduje a zapisuje bilanci tekutin, tedy příjem a výdej tekutin. Sestra dohlédne na to, aby se pacient po operačním výkonu vymočil do šesti až osmi hodin. V případě, že se tak nestane, mělo by se vymočení vyvolat jinými prostředky, např. obklady, změnou polohy, popřípadě zavedením permanentního močového katétru. V bilanci tekutin sestra také sleduje množství a charakter odpadu z drénů (Janíková a Zeleníková, 2013).

V pooperačním období pacienti často trpí bolestí, proto by sestra tento fakt neměla podceňovat a měla by dle ordinace lékaře aplikovat analgetickou medikaci (Janíková a Zeleníková, 2013). Druh analgetik volí lékař podle stavu pacienta a dle zvoleného operačního výkonu (Schneiderová, 2014). Sestra musí dohlédnout na pacientovu pooperační stravu. Pacient nejdříve přijímá tekutiny, poté kašovitou stravu, dále šetřící, až se během pár dní vrátí k běžně podávané stravě jako před zákrokem (Schneiderová, 2014). Postupnou realimentaci je vhodné doplnit tzv. sippingem, což charakterizujeme jako časté popíjení nutričního přípravku.

Velmi důležitá je také obnova střevní peristaltiky a následná funkce gastrointestinálního traktu, dále již ve zkratce GIT, která by měla nastat do dvou až tří dnů od operačního zákroku. První den dochází ke tvorbě plynů, což má za následek vzednutí břicha, pocit tlaku a nevolnosti. V případě, že se nedostaví samovolný odchod plynů, sestra zavede rektální rourku do konečníku. Se správnou funkcí GIT souvisí také postupná mobilizace pacienta a s tím i následně prováděná rehabilitace (Janíková a Zeleníková, 2013). Člověk mající nedostatek pohybu ve většině případů trpí zácpou (Doseděl et al., 2012).

Schneiderová (2014) uvádí, že včasná rehabilitace a následná mobilizace pacienta jsou účinnou prevencí vzniku tromboembolických komplikací a dekubitů. *Proleženina neboli dekubitus je lokalizovaná oblast tkáňového poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie, vyvolané tlakem* (Csisko, 2014, s. 30). Mobilizace, jinými slovy pohyb nebo být pohyblivý, je v pooperační péči velmi stěžejní a důležitá, protože eliminuje možný vznik pooperačních komplikací (Janíková a Zeleníková, 2013). Dle Trachtové a kol. (2013) sem řadíme časné vstávání z lůžka, vysazování pacienta do křesla a také nácvik chůze. Samotný pohyb na lůžku, jako je zvedání, otáčení a posazování, též řadíme k mobilizaci. Neměli bychom zapomínat ani na důkladné polohování pacienta v určitých časových intervalech, které zabrání možnému vzniku již zmiňovaných dekubitů (Mikšová, 2006).

Při hygienické péči je potřeba pacientovi v prvních dnech pomoci. V závislosti na druhu zákroku sestra hygienickou péči sama provádí nebo pacientovi pouze asistuje. Sestra by neměla zapomínat na hygienu dutiny ústní a genitálií. Pozornost věnuje i predilekčním místům, která jsou ohrožena vznikem již zmiňovaných dekubitů (Janíková a Zeleníková, 2013). Dle Pejznochové (2010, s. 24) *charakterizujeme predilekční místo, jako místo, kde je nedostatek svalové hmoty a mnoho nebo naopak zcela žádná tuková tkáň*. Mezi nejčastější predilekční místa řadíme sakrální oblast, paty,

sedací kosti, hýždě, boky, vnější kotníky, ušní boltce, ramena a lokty (Mikula a Müllerová, 2008).

Další významnou sesterskou intervencí je péče o invazivní vstupy a zabránění možnému vzniku infekce. Sestra by měla pravidelně kontrolovat tyto vstupy, místo vpichu, funkčnost a průchodnost katétru (Janíková a Zeleníková, 2013).

Důsledkem každého operačního výkonu je vznik jizev. Jedná se o část změněné tkáně, která může způsobovat bolest a svědění, omezuje pohyblivost kloubů a způsobuje řadu kosmetických deformit, které ovlivňují kvalitu života pacienta (Seo, 2015). Sestra by měla edukovat pacienta, jakým způsobem má o danou ránu pečovat, aby nevznikaly komplikace při hojení jizvy (Janíková a Zeleníková, 2013). Smičková (2011) řadí mezi základní kritéria udržování jizvy v čistotě, nestrhávat strupy, jizvu neškrábat, vyvarovat se slunečního záření a k celkovému zotavení rány jizvu a její okolí promašťovat a provádět tlakové masáže (Finsterlová, 2006).

1.5 Naplnění nižších potřeb pacienta v intenzivní péči a na standardním oddělení chirurgie

Sestra je zdravotnický pracovník, který je s pacientem nejvíce v kontaktu, proto by si měla jako první všimnout veškerých změn jeho stavu (Ševčík, 2014). Pacienti na těchto odděleních mají mnoho potřeb, které by měly být ošetrovatelským personálem uspokojeny. Mezi nejdůležitější společné můžeme zařadit potřebu dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti, ale ke každému pacientovi se musí přistupovat individuálně a stejně tak i plnit jeho potřeby (Kapounová, 2007).

Dýchání řadíme k procesům neuvědomovaným, jelikož každý člověk dýchá automaticky. Bývá nejdůležitější potřebou pro všechny jedince, kterou si však většinou začínají uvědomovat až při nedostatku. Potřebu dýchání řadíme do základních biologických potřeb, neboť bez výměny dýchacích plynů není možná existence. Bez vzduchu je člověk schopný přežít maximálně 3 minuty, poté dochází k nevratným změnám na mozku a k trvalému poškození zdraví (Kapounová, 2007). Při nedostatečném uspokojení potřeby dýchání jsou pacientům na jednotkách intenzivní péče zajištěny dýchací cesty tracheální intubací nebo tracheostomií, což následně vede k uspokojení této potřeby. V případě nutnosti sestra zajistí odsátí sekretu z dýchacích cest, z dutiny ústní a nosní a následně zhodnotí charakter odsátého sputa. Pokud pacient trpí hypoventilací, sestra podá kyslíkovou masku s předepsaným množstvím litrů kyslíku. K uspokojení této potřeby vede také nácvik odkašlávání, dechová rehabilitace a

vibrační masáže (Ševčík, 2014). V kompetencích sestry je též pravidelné sledování frekvence dýchání, dechové amplitudy, rytmu dýchání a charakteru kašle. Také by měla umět poznat dýchací šelesty (Kapounová, 2007).

Další velmi důležitou potřebou pro život je potřeba výživy. I ta je řazena mezi základní biologické potřeby, které člověk ke svému životu potřebuje. V případě, že příjem potravy není dostatečný a tato potřeba není uspokojena, dochází k neudržení homeostázy a následnému narušení organismu. Příklad příjem potravy neuspokojí pouze žaludek a trávicí ústrojí, ale má také velmi zásadní vliv na jiné potřeby, a to i psychosociální (Kapounová, 2007). I zde zastává sestra velmi důležitou roli, neboť zodpovídá za správné podání výživy. To lze rozdělit na podání parenterální a enterální. Parenterální výživa je určena pacientům, kteří ze zdravotních důvodů nemohou přijímat stravu per os, příjem enterální výživy je pro ně neúčinný, kontraindikovaný nebo enterální výživu špatně tolerují. Jedná se o invazivní postup, kdy je výživa aplikována nitrožilně přes centrální žilní katétr (dále ve zkratce CŽK). Úkolem sestry je sledovat dobu podávání stravy, reakce pacienta na výživu a okolí CŽK, při jehož ošetřování musí dodržovat aseptické postupy a všimnout si známek zánětu. Enterální výživa zachovává funkci gastrointestinálního traktu. Při tomto způsobu aplikace výživy je sestra oprávněna zavádět gastrickou sondu. Pokud je pacient v bezvědomí, zavádí sondu pouze sestra se specializací. Jestliže pacient nemá žádné kontraindikace, sonda se zavádí nosem. V momentě, kdy je potřeba zavést pacientovi enterální sondu, povinností sestry je asistovat lékaři. Sestra by měla šetrně provést hygienickou očistu dutiny ústní, včetně povrchu jazyka (Ševčík, 2014).

Mezi fyziologické potřeby je řazena i potřeba vylučování. Do té lze zahrnout vylučování moče, stolice a také potu. V případě, že pacienti nejsou schopni vylučovat moč fyziologicky, zavádí se mnohdy permanentní močový katétr (PMK), jenž umožní odvedení veškeré moči do močového sáčku. Sestra je povinna sledovat množství moči v pravidelných časových intervalech a její vlastnosti, tedy barvu, zápach či patologické příměsi. Pokud to lékař naordinuje, sestra provede orientační chemické vyšetření nebo změří specifickou váhu moče. Sestra by měla sledovat mikrobiální profil moče a dle potřeby pravidelně a aseptickým způsobem vyměňovat u žen permanentní močové katetry k možnému zabránění vzniku infekce (Ševčík, 2014). V případě výměny PMK u mužů lékař PMK zavádí a sestra pouze asistuje. Většina pacientů, kteří jsou hospitalizováni, má problémy s vylučováním stolice z důvodu upoutání na lůžko. Imobilita vede ke zpomalení střevní peristaltiky, a tím k možnému vzniku obstipace až

skybaly, nebo naopak může pacient trpět průjmy (Ševčík, 2014). Obstipace neboli zácpa je běžný stav projevující se méně častým nebo obtížným průchodem stolice, což má za následek pocit neúplného vyprázdnění (Shin, 2016). Povinnost sestry spočívá v informování lékaře o zažívacích komplikacích pacienta a následně plnit jeho ordinace. Pokud má pacient stomii, péči o ni provádí stoma sestra, v případě její nepřítomnosti sestra bez specializace. Do oblasti vylučování se řadí také problematika nadměrného pocení, kdy je potřeba zajistit pacientovi suché a čisté lůžko (Ševčík, 2014).

Potřeba soběstačnosti neboli míra samostatnosti při výkonu každodenních činností, jako je hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování a další, je také vnímána jako velmi důležitá potřeba nejen u hospitalizovaného klienta. Proto je důležité, aby sestra a ostatní zdravotnický personál podporovali nemocného v jeho soběstačnosti a pomáhali mu pouze s činnostmi, které se svojí lékařskou diagnózou nezvládne vykonat sám. V momentě, kdy sestra pomůže pacientovi i s činnostmi, které by zvládl sám, bude to mít negativní dopad na jeho další soběstačnost i psychiku. Aby se člověk stal samostatným, je zapotřebí ho správně motivovat. Za to, aby byl pacient správně motivován, zodpovídá ve většině případů sestra, neboť se dostane do kontaktu s nemocným nejčastěji (Kapounová, 2007).

Potřeba spánku a odpočinku se řadí mezi nezbytné požadavky proto, abychom zachovali a udrželi dobrý psychický i fyzický stav pacienta. Spánek se řadí mezi základní potřeby každého člověka, jak zdravého, tak nemocného. Zdravému jedinci stačí přibližně sedm až devět hodin spánku denně. Nemocný má tuto potřebu většinou vyšší, jelikož potřebuje více energie k léčení. Dostatek spánku má pozitivní vliv na zdraví nemocného, zajišťuje regenerační a ochrannou funkci. Hospitalizovaní pacienti mnohdy trpí poruchou spánku, která je způsobena změnou prostředí, nedostatkem soukromí, intimity a klidu, u některých je způsobena stresem, obavami či úzkostí a bolestí (Kapounová, 2007). Dostatečný a kvalitní spánek může sestra pacientovi dopřát dodržováním kázně během nočních směn a samozřejmě také doby nočního klidu, která je stanovena na dvacátou druhou hodinu. K zajištění lepšího spánku lze pacientovi povolit rituály, na které je před spaním zvyklý (Ševčík, 2014).

Jistota a bezpečí jsou také potřeby, které jsou řazeny k základním lidským potřebám majícím velký vliv na psychiku člověka. Pacient, který byl přijat do zdravotnického zařízení, může mít obavy o své zdraví a následně ztrácet pocit bezpečí a jistoty. Abychom tomuto předešli, je zapotřebí podat nemocnému dostatek informací o

jeho diagnóze, prognóze a následném léčení, věnovat mu dostatek času a zodpovědět veškeré jeho dotazy (Kapounová, 2007).

Existuje mnoho způsobů, jak pacientům ulehčit pobyt v nemocnici a uspokojit jejich nejdůležitější potřeby, a to především nasloucháním a adekvátní komunikací s nemocným. Velký vliv má také trpělivost a empatie ze stran zdravotníků. Důležitá je rovněž psychická podpora, udělení pochvaly nemocnému i za minimální úspěch, dostatečné informování pacienta před každým výkonem a nezpochybňování jeho subjektivních potíží. Každý vzniklý problém bychom měli adekvátně a v co nejkratším časovém intervalu vyřešit. Samozřejmostí jsou projevy úcty a respektu k nemocnému, zajištění maximální intimity a soukromí, dodržování etického kodexu sester a práv pacientů a ke každému člověku volit individuální přístup (Kapounová, 2007).

1.6 Komunikace s pacientem

Schopnost správně a efektivně komunikovat se řadí mezi nejdůležitější dovednosti zdravotníků, ať už hovoříme o lékařích, sestrách či dalším zdravotnickém personálu (Davis Boykins, 2014).

Pojem komunikace pochází z latiny a je odvozen od slova *communico*, což můžeme přeložit jako sdílet s někým něco (Antai – Otong, 2007). Kalábová (2013) píše, že komunikace nese velký význam při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče a Špetánková a Králová (2009) uvádí, že smyslem komunikace je oboustranné dorozumění mezi aktéry určitého rozhovoru. Správné vedení komunikace má mnoho kritérií. Je velmi důležité, aby sestra při komunikaci navodila u pacienta pocit důvěry a bezpečí, k čemuž napomáhá držení očního kontaktu po celou dobu rozhovoru. Sestra by měla pacienta při komunikaci oslovovat jménem, měla by být schopna eliminovat pacientovy záporné pocity a psychicky ho podporovat. Pacient by měl ze vzájemné komunikace pociťovat, že sestra jeví dostatečný zájem o jeho problémy, které je ochotna s ním řešit (Zacharová, 2010). Dle Plevové a kol. (2011) by také měla znát faktory, které mohou danou komunikaci jakýmkoli způsobem ovlivnit. Řadíme sem psychofyzilogický faktor, kam spadá fyziologický stav pacienta, emoce, nenaplněné potřeby, vnímání osobnosti, sebepojetí a mnoho dalších. Vztahový kontext jakožto druhý faktor označuje vzájemné vztahy mezi účastníky daného rozhovoru, kde hraje velkou roli, jakou důvěru má pacient ke zdravotnickému personálu. Dalšími jsou kontexty situační, environmentální a také kulturní (Plevová a kol., 2011).

Vybíral (2009) uvádí, že hlavním cílem samotné komunikace je především informovat pacienta o dané problematice, dále instruovat, přesvědčit, vyjednat a v neposlední řadě také pobavit.

Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Verbální komunikace se vyznačuje předáváním informací pomocí slov a jazyka (Plevová a kol., 2011). Podléhá určitým kritériím, která by měla být dodržena. Těmi jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost a podnětnost. Informace, které chceme pacientovi sdělit, by měly být podány jasnou a stručnou formou a měli bychom si pomoci zpětné vazby ověřit, zda pacient podaným informacím porozuměl. Sestra by měla podávat takové informace, které vyjádří podstatu dané věci, a nezahlcovat pacienta nepotřebnými informacemi (Venglářová a Mahrová, 2006). Plevová a kol. (2011) uvádí i další kritéria, jako např. uspořádanost, vhodné načasování a adaptabilitu. Komunikaci neverbální lze nazvat řečí těla (Venglářová a Mahrová, 2006). Plevová a kol. (2011) ji definuje jako mimoslovní komunikaci. Jejím cílem je vyjádřit emoce a postoje k dané situaci (Venglářová a Mahrová, 2006). Sestra může pomocí tohoto způsobu komunikace lépe poznat pacienta a lépe vnímat jeho prožívání a postoje (Plevová a kol., 2011). Při neverbální komunikaci si všímáme výrazu obličeje neboli mimiky a přiblížení a oddálení komunikujících neboli proxemiky. Neverbální komunikace se vyjadřuje také dotykem, tzv. haptikou, fyzickým postojem, pohybem a gesty (Venglářová a Mahrová, 2006). Plevová a kol. (2011) uvádí také kinetiku neboli komunikaci pohybem a viziku, jinak zvanou komunikace pomocí pohledu.

1.6.1 Komunikace s pacienty se specifickými potřebami

V současné době se ve zdravotnických zařízeních čím dál častěji setkáváme s pacienty, s nimiž je obtížná komunikace. Jedná se např. o pacienty agresivní, trpící demencí nebo senilní pacienty. Proto uvedeme zásady, jak správně s takovými pacienty komunikovat.

Kalvach et al. (2012) vysvětlují pojem agrese jako druh chování, které může vést k verbálnímu nebo fyzickému napadení. Agresi charakterizujeme dvojitým způsobem. Prvním je chladný, ironizující až hostilní způsob chování bez fyzického napadení a druhým již rozvinutá agresivita, tedy agresivní jednání. To se projeví násilím vůči věcem, např. boucháním dveřmi, shazováním předmětů v okolí, případně také pliváním potravy nebo sestrou podaných léků. Dále se agresivita může projevit násilím vůči druhé osobě nebo k sobě samému. V nemocnici jsou tak ohroženi především

spolupacienti, zdravotníci, rodinní příslušníci, ale také návštěvníci ostatních pacientů (Venglářová a Mahrová, 2006). Pokud se s takovými lidmi v nemocnici setkáme, je nejprve vhodné zjistit, jaký byl spouštěcí faktor tohoto neadekvátního chování (Linhartová, 2007). Ve většině případů bývají příčinami agrese situace, kdy se pacient cítí v ohrožení nebo má z něčeho strach, ať už se jedná o strach ze zákroku, ze smrti nebo z bolesti. Agresivní chování pak může vyvolat i samotné prožívání intenzivní bolesti. Dále se může pacient stát agresivním, když má pocit nespravedlnosti nebo křivdy, případně v momentě, kdy se v něčem zklamal nebo když se cítí bezmocným a nemá jinou cestu úniku. Při komunikaci s takovými lidmi bychom měli zachovat klid, chovat se k nim vlídně a respektovat normy společenského chování (Venglářová a Mahrová, 2006). Linhartová (2007) uvádí, že významnou roli při zvládnání agrese hraje hlas. Měli bychom hovořit klidným, vlídným a tichým hlasem. Můžeme si napomoci také pomalými pohyby a gesty. V žádném případě nesmíme na agresi reagovat protiútokem, ale naopak se snažit pacienta vyslechnout a co nejvíce agresivitu eliminovat. Velmi pozitivně působí, když pacient zjistí, že máme zájem s ním danou situaci vyřešit. Základem každé komunikace má být empatie a porozumění. V případě, kdy to momentální situace a zdravotní stav dovolí, je dobré agresivnímu pacientovi vyjít vstříc (Venglářová a Mahrová, 2006).

Dalším specifickým okruhem pacientů, se kterými se setkáváme při hospitalizaci a s nimiž může být obtížná komunikace, jsou pacienti senilního věku. Dle Pokorné (2010) stáří definujeme jako vlastnost každého živého organismu, která se stává nedílnou součástí života každého z nás (Pokorná, 2010). Čevela et al. (2012) uvádí, že stáří začíná dovršením šedesátého pátého věku jedince. Při komunikaci se seniorem by sestra měla dodržovat určitá kritéria. Nejprve by si měla ověřit komunikační bariéry a na základě nich volit určité komunikační prostředky (Kalvach et al., 2012). S pacientem staršího věku komunikujeme srozumitelným jazykem bez jakýchkoli odborných výrazů. Dodržujeme důstojné chování vůči senilním pacientům a seniorům vždy vykáme (Venglářová a Mahrová, 2006). Kalvach et al. (2012) uvádí ještě několik dalších zásad, které by zdravotnický personál měl dodržovat. Velmi důležité je respektovat identitu a oslovovat dotyčného příjmením. Velmi nevhodné je používat familiární oslovení „babi“, „dědo“. Měli bychom se snažit vyvarovat se zdětinšťování seniorů a nekomunikovat s nimi jako s malými dětmi. Významné je též udržovat s pacienty oční kontakt a mluvit srozumitelně. Při komunikaci se seniorem bychom vždy měli volit tiché prostředí a snažit se co nejvíce eliminovat hluk z okolí. Plevová a kol. (2011)

udává, že sestra by měla mluvit pomalu, hlasitěji a co nejhlubším tónem, pečlivě artikulovat, používat krátké věty a veškeré informace, které pacientovi podá, vícekrát zopakovat a ujistit se, zda pacient rozuměl.

V ošetrovatelské praxi se mnohdy setkáváme s pacienty trpícími demencí, proto je důležité porozumět i těmto osobám a umět s nimi správně a efektivně komunikovat (Venglářová a Mahrová, 2006). Při komunikaci s demenčním pacientem bychom měli nejprve omezit rušivé a rozptylující okolní podněty a ujistit se, zda nemá dotýčný problém se sluchem či zrakem. Velmi pozitivně působí, když se snažíme nemocného povzbudit svým zájmem o danou problematiku a udržujeme s ním oční kontakt. Neměli bychom na něj spěchat, neboť to může vést k následné úzkosti a zmatenosti. Velmi důležité je, stejně jako u senilních pacientů, mluvit srozumitelně, pomalu a volit při komunikaci spíše krátké věty bez odborných výrazů než dlouhá souvětí. Velmi významnou roli hraje volba takových termínů, které jsou pacientovi blízké a jimž rozumí. Pokud hovoříme o nějaké předmětné věci, je dobré ji pacientovi ukázat. Pacienti s demencí mnohdy některým informacím nerozumí, proto je poté vhodné zvolit jinou formulaci s jinými slovy. Každý zdravotnický personál by si měl pomoci zpětné vazby ověřit, zda pacient podaným informacím porozuměl a chápe je. Při komunikaci s těmito pacienty má nezastupitelnou funkci také nonverbální komunikace, kam řadíme haptiku, proxemiku, kinetiku aj. I u těchto pacientů bychom neměli zapomínat na důstojnost a oslovovat je tak, jak si každý z nich přeje (Kalvach et al., 2008).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, v jakých oblastech shledává sesterský personál problémy u pacientů, kteří jsou přeloženi z jednotky intenzivní péče na chirurgické oddělení.

Cíl 2: Zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče shledávají pacienti největší rozdíl oproti jednotce intenzivní péče.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: V jakých oblastech jsou, dle sester, největší ošetrovatelské problémy po překladu pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie?

VO2: Jaké hlavní rozdíly vidí pacienti v ošetrovatelské péči po překladu z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie?

3 Operacionalizace pojmů

3.1 Jednotka intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče je část lůžkového zařízení, kde jsou krátkodobě hospitalizováni pacienti vyžadující intenzivní péči pro ohrožení základních životních funkcí (Vondráček, 2009, s. 21).

3.2 Chirurgické oddělení

Chirurgie je základní lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a operační léčbou onemocnění různých orgánů včetně poranění. K léčení používá manuálních výkonů. Chirurgie se člení na všeobecné a specializované obory (Slezáková a kol., 2010, s. 10).

3.3 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi (Koncepce ošetrovatelství, 2004, s. 2).

4 Metodika

4.1 Metodika výzkumu

K výzkumnému šetření bakalářské práce byla použita kvalitativní metoda ve formě polostrukturovaných rozhovorů. Dle Švaříčka et al. (2014) hovoříme o nejčastějším postupu sběru dat při tomto typu výzkumu, který vychází z předem připravených otázek. Průzkum byl realizován v měsíci březnu roku 2017, po schválení náměstkyní ošetrovatelské péče a vrchní sestrou chirurgického oddělení. Z důvodu anonymity prostředí, kde jsme šetření prováděli, nejsou žádosti o schválení součástí této bakalářské práce, ale jsou k nahlédnutí u její autorky. Všichni účastníci šetření byli seznámeni s tématem bakalářské práce, s tím, proč žádáme o provedení daných rozhovorů, a v neposlední řadě také s tím, že se jedná o anonymní šetření, kde nebudou uvedeny žádné bližší informace k identifikaci tázaného. Veškeré rozhovory byly pořizovány se souhlasu dotazovaných sester i pacientů.

Data byla sebrána pomocí rozhovorů s polostrukturovanými, předem připravenými základními otázkami. Rozhovory se sestrami (S1-S6) byly tvořeny 11 otázkami, které jsme pokládali pouze těm, které pracují na standardním oddělení chirurgie (viz příloha 1). Další část tvořilo též 11 hlavních otázek, které jsme kladli pacientům (P1-P5), již byli přeloženi z JIP na standardní oddělení chirurgie, a tudíž dokážou porovnat ošetrovatelskou péči a základní rozdíly na těchto dvou odděleních (viz příloha 2). Z hlavních základních otázek se odvíjely, dle odpovědí tázaných, další podotázky, které jsme již neměli předem připraveny. Po ujištění tázaných, že se jedná o šetření, kde bude zachována jejich anonymity, jsme se zeptali všech dotazovaných, zda souhlasí s nahráváním poskytovaných rozhovorů. Všichni se shodli na tom, že nám zvukový záznam nahraný na diktafon poskytnou. Vzhledem k zachování anonymity, jak výše uvádíme, nejsou nahrávky rozhovorů součástí této práce, ale jsou k dispozici u její autorky, a k práci přikládáme kompaktní CD, kde lze nalézt jejich doslovný přepis pořízený v počítačovém programu Microsoft Word 2010 (viz příloha 3).

Výzkumné šetření u sester jsme prováděli v jejich pracovní době, kdy sestry poskytly základní odpovědi na otázky, ale neměly zájem ani čas své odpovědi rozvíjet a doplňovat. Též někteří pacienti, u kterých jsme šetření prováděli, byli již ke konci rozhovorů unaveni, a proto jsme se zeptali pouze na základní otázky bez většího prohlubování informací. Z tohoto důvodu jsou bohužel některé rozhovory s dotazovanými strohé a bez doplňujících informací.

Po absolvování všech rozhovorů s tázanými jsme se zaměřovali na analýzu těchto získaných informací, kterou jsme prováděli formou metody „tužka a papír“, jež spočívá v tom, že přepsané rozhovory jsme rozdělili na jednotky a následně jim přidělili nějaký kód, který danou jednotku charakterizuje (Švaříček et al., 2014). Dále jsme si jednotlivé rozhovory očíslovali a hledali v nich stejné nebo podobné odpovědi respondentů, které jsme si označili barevně a rozdělili do určitých kategorií a podkategorií.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1: Identifikační údaje dotazovaných sester

Respondent	Věk	Dokončené vzdělání	Délka praxe
S1	48 let	SZŠ	23 let
S2	32 let	VŠ – Bc.	9 let
S3	30 let	SZŠ	10 let
S4	41 let	SZŠ	19 let
S5	43 let	VŠ – Mgr.	18 let
S6	55 let	SZŠ	34 let

Vysvětlivky:

S = sestra

SZŠ = střední zdravotnická škola

VŠ – Bc. = vysokoškolské vzdělání ukončené bakalářským titulem

VŠ – Mgr. = vysokoškolské vzdělání ukončené magisterským titulem

Pro lepší přehlednost jsme vytvořili tabulku s dotazovanými sestrami, u kterých jsme výzkum prováděli. Každá sestra nese označení S a dále číslo, které značí pořadí daného respondenta. Ze schématu můžeme také vyčíst, jaký byl průměrný věk tázaných, který činí 41 let, a průměrnou délku praxe, která dosahuje 18 roků. Proto můžeme říci, že šetření probíhalo se sestrami s dlouholetou pracovní zkušeností. Jak uvádíme

v tabulce, čtyři sestry ze zúčastněných mají středoškolské vzdělání a zbylé dvě ukončené vysokoškolské vzdělání s bakalářským nebo magisterským titulem.

Tabulka 2: Identifikační údaje dotazovaných pacientů

Respondent	Věk	Pohlaví	Délka hospitalizace	Důvod hospitalizace
P1	70 let	M	15 dní	Operace žlučníku
P2	69 let	Ž	7 dní	Operace žaludku
P3	62 let	Ž	6 dní	Operace žlučníku
P4	77 let	M	22 dní	Operace žaludku
P5	71 let	M	10 dní	Operace žaludku

Vysvětlivky:

P = pacient

M = muž

Ž = žena

Identifikační tabulka 2 znázorňuje další část výzkumného souboru, kterou byli pacienti. Jako v předešlé tabulce jsme každého pacienta pojmenovali písmenem P a přidali číslo v závislosti na tom, jak byly rozhovory s danými respondenty pořizovány za sebou. Z tabulky můžeme vyčíst hned několik dalších informací, které charakterizují daného pacienta. Výzkumné šetření bylo prováděno jak u mužů, tak u žen bez ohledu na jejich věk. Jediné kritérium, které respondenti museli splňovat, byl překlad z JIP na standardní oddělení. Průměrný věk dotazovaných je roven 70 letem a průměrná doba hospitalizace u respondentů činí 12 dní. Nejčastějším důvodem hospitalizace byla operace žaludku a dále dvakrát uvedená operace žlučníku.

5 Výsledky

5.1 Kategorizace na základě rozhovorů se sestrami

5.1.1 Kategorizační skupiny

1. Důvod překladu na JIP
2. Způsob překladu pacienta ze standardního oddělení na JIP
3. Informovanost pacientů ohledně překladu ze standardního oddělení na JIP
 - a) Kontrola zpětné vazby
4. Způsob překladu pacienta z JIP na standardní oddělení
 - a) Rozsah informací podaných sestrou
5. Informovanost pacientů ohledně překladu z JIP na standardní oddělení
6. Reakce pacienta na překlad z JIP na standardní oddělení
 - a) Výkony prováděné u pacientů přeložených z JIP na standardní oddělení
7. Uspokojování potřeb u pacientů přeložených z JIP na standardní oddělení
 - a) Svěřování pacientů zdravotnickému personálu
 - b) Náročnost ošetrovatelské péče u pacientů přeložených z JIP na standardní oddělení
 - c) Komunikace s pacientem

Kategorie 1: Důvod překladu na JIP

Při položení otázky „*V jakém případě překládáte pacienty na JIP?*“ odpovídaly tázající, konkrétně všeobecné sestry, velmi různorodě. S1 a S2 zmínily, že důvodem překladu pacienta jsou především operace na střevech. Tázané sestry S4, S5 a S6 se shodly v názoru, že na JIP jsou překládáni pacienti po operaci kýly, ať už se jedná o kýly tříselné, nebo pupeční, a velmi často také ženy po operaci prsou. S3 udává, že pacienti se překládají na JIP velmi často rovněž z důvodu založení stomie. S4 a S6 odpověděly, že lidé s varixy také ve většině případů překládají na JIP. Sestry č. 4 a 5 dále zmínily, že pacienti se velmi často překládají na JIP kvůli onemocnění trávicího traktu, kam řadíme například karcinomy žaludku, jaterní resekce, onemocnění žlučových cest a slinivky nebo apendicitidy. Ostatní odpovědi nebyly až tak frekventované, ale také je řadíme k důvodům, proč se lidé překládají ze standardního oddělení chirurgie na JIP. Jednou z nich je vznik nečekaných komplikací, jak odpověděla sestra č. 1, dále jsou pro tázanou S5 důvodem cévní operace dolních končetin, popřípadě operace štítných žláz, tzv. strumektomie. Sestra č. 4 jako jediná uvedla v rozhovoru také melanomy, ale nejedná se o častou odpověď dotazovaných.

Tázaná S3 sdělila: „*Na jipku jsou překládáni ve většině případů také starý lidi, kteří jsou klidně po amputaci nohy a potřebují větší dohled.*“

Kategorie 2: Způsob překlada pacienta ze standardního oddělení na JIP

Při položení otázky, jakým způsobem probíhá překlad pacienta, se odpovědi všech tázaných sester ve většině případů shodovaly. Sestry č. 1, 2, 3, 4 a 5 odpovídaly, že pacienta před zahájením operačního výkonu informují o možnosti, že by mohl být po provedení dané operace přeložen na JIP. Sestry č. 1, 2, 3, 4, 5 a navíc také tázaná S6 uvedly, že pokud zdravotní stav nasvědčuje tomu, že by pacient mohl být přeložen na JIP, osobní věci s ním sepisují již na standardním oddělení, kde ho připraví na to, že je zde i možnost překlada na JIP. Tázaná S2 a S5 uvádí, že pacientovi nedávají na JIP všechny věci, ale pouze ty základní včetně hygienických pomůcek. Jak říká sestra č. 5: „*Přineseme jeho věci na jipku, ale nedáváme všechny věci, ale jen ty základní hygienické potřeby, přezůvky a župan, aby tam mohli rehabilitovat, ale ostatní věci zůstávají u nás v šatně.*“ Dle všech tázaných se jedná ve většině případů o překlad plánovaný, kdy předem s pacientem sbalí a sepíše věci, poté je pacient odvezen na operační sál, kde postoupí operační výkon, a následně je na JIP přeložen již sálovými sestrami, které zavolají sestram na standardní oddělení a informují je o překlada. Sestry ze standardního oddělení pouze odepíší počítačově ze stavu svého pacienta, donesou na JIP jeho osobní věci a předají pacienta papírově sestram na JIP na inspekci. Ale existuje i druhý případ, kdy dojde k celkovému zhoršení zdravotního stavu pacienta, jak uvádí tázaná S2, a v tomto případě probíhá překlad následujícím způsobem: „*Když se člověk horší, buď před operací, nebo po operaci, tak to se překládá akutně. Musí se udělat seznam věcí, musí se odepsat ze stavu, poté přijde lékař, indikuje a napíše.*“ Dotazované S1, S2, S3 a S4 uvedly, že předání informací o zdravotním stavu pacienta probíhá vždy na inspekci. Sestra č. 1, 3, 5, 6 sdělily, že při překlada je vždy přítomna sestra, která měla pacienta na starost, a sestra z JIP, jež pacienta přijímá. Sestry č. 2 a 4 navíc udávají, že při překlada pacienta je přítomen personál ze sálu, do nějž řadíme sálové sanitáře a sálové sestry. Tázaná S4 zmínila také žákyně, které při překlada pacienta pomáhají. Sestry č. 1 a 3 se shodly na tom, že u překlada pacienta staniční sestra nebývá.

Kategorie 3: Informovanost pacientů ohledně překlady ze standardního oddělení na JIP

Při zjišťování, zda jsou pacientům dostatečně vysvětleny informace ohledně překlady ze standardního oddělení na JIP, se všechny dotazované sestry shodly na tom, že dle nich jsou pacienti dostatečně informováni o daném překlady, protože jim tyto informace opakují několikrát dokola. Tázaná S6 doslovně uvedla: „*Těžko říct, to by měli posoudit pacienti, ale z mého hlediska bych řekla, že jsou.*“ Také všech 6 sester odpovědělo, že na jejich odděleních informuje pacienta o překlady jak sestra, tak lékař. Tázané S1, S3 a S4 uvedly, že lékař sděluje pacientovi pouze informace ohledně operačního výkonu – jakým způsobem bude probíhat operace. Sestry 1 a 4 navíc odpověděly, že pouze lékař může informovat pacienta o jeho zdravotním stavu.

Na položenou otázku, jaké informace smí pacientovi sdělit sestra, byly odpovědi ve většině případů shodné. Dotazované S1, S2 a S4 sdělily, že ony mohou sdělit pouze předběžné informace o tom, že podle náročnosti operace může být pacient přeložen na JIP, protože s největší pravděpodobností bude potřebovat intenzivnější péči. Sestra 3 striktně dodala, že mohou sdělit informace pouze ohledně ošetrovatelské péče. Tázané S5 a S6 tuto otázku nezodpověděly, pouze sdělily, že na jejich oddělení se překlady zúčastní sestra i lékař, bez nějakých dalších informací.

Podkategorie a) Kontrola zpětné vazby

Sestry č. 2, 3 bez delšího přemýšlení odpověděly, že si kontrolují zpětnou vazbou, zda pacient podaným informacím porozuměl. Tázaná S1 sdělila, že toto na svém oddělení moc neberou v potaz a neřeší kontrolu formou zpětné vazby. Sestra 6 odpověděla: „*No, u těchto překladyvých pacientů to člověk ani neřeší,*“ na rozdíl od tázané S5, která uvedla, že slovně si zpětnou vazbu nekontrolují, ale provádí kontrolu pacienta v činnostech, které měl udělat (sundané řetízky, vyndaná zubní protéza). „*Všechno, co jim řekneme, tak si musíme hlídat a zkontrolovat, takže to se dá taky počítat za takovou zpětnou vazbu.*“ Jediná tázaná, a to sestra 4, uvedla, že podle ní pacienti podaným informacím rozumí, pokud se nejedná vyloženě o nějakého starého člověka.

Sestry 1, 2, 3, 4 a 5 sdělily, že pacientům umožňují klást doplňující otázky, ale samozřejmě pouze v rámci časových možností. Jediná sestra 6 uvedla: „*Ani ne, protože pokud se jedná o překlad kvůli zhoršení stavu, tak jsou vůbec rádi, že se s nima něco děje.*“

Kategorie 4: Způsob překlady pacienta z JIP na standardní oddělení

U otázky, jakým způsobem probíhá překlady pacienta z JIP na standardní oddělení, se sestry 1, 2 a 5 shodovaly v odpovědích, že nejdříve je personál z JIP informuje o tom, zda mají na svém oddělení místo, protože jim budou překládat pacienta. Sestry 2 a 5 navíc uvedly informace, že se již po telefonu domluví, kdy by mohly pacienta přivést. Konkrétně sestra 5 odpověděla následujícím způsobem: *„Předtím nás z jipky informujou, jestli máme místo pro pacienta, že nám ho budou vracet. Domluvíme se i, kdy ho přeloží, protože se může stát, že máme plný oddělení.“* Tázané S1, S2, S4 a S5 uvedly, že při příjmu si nejdříve pacienta předají fyzicky na pokoji, uloží ho do předem připraveného lůžka a poté následuje předání informací mezi sestrami o zdravotním stavu pacienta na inspekci daného oddělení. Sestra č. 2 přidala navíc informaci o tom, že při předání pacienta podepíše sestra překládové zprávy. Při překlady hraje velmi důležitou a stěžejní roli také soběstačnost pacienta. Dotazovaná S3 sdělila následující odpověď: *„Záleží zase podle toho, jak je ten pacient soběstačný. Většinou, když je imobilní, tak si tam dojedeme my s postelí pro pacienta a naložíme si ho na postel a když je pacient chodící, tak nám pacienta na standard dovezou na sedačce.“* Sestra č. 5 uvedla, že na jejich oddělení jsou přijímáni většinou pacienti částečně mobilní, takže smí sedět a na standardní oddělení je sestry přivezou na sedačce.

Podkategorie a) Rozsah informací podaných sestrou

Všech 6 dotazovaných sester uvedlo, že jsou pro ně informace sdělené ohledně zdravotního stavu dostačující. Konkrétně tázané sestry 1 a 3 sdělily, že si předávají ty nejdůležitější informace, které o pacientovi potřebují vědět. Sestra 4 navíc uvedla: *„Když něčemu nerozumíme, tak se na to zeptáme.“* Tázaná S1 by uvítala také informace ohledně psychického stavu daného pacienta, ale souhlasí s názory ostatních tázaných, že je to pro ni dostačující. Dotazované S1, S2, S3 a S4 odpověděly, že předání informací ohledně zdravotního stavu pacienta probíhá na inspekci. Sestra 2 navíc sdělila, že fyzický překlady pacienta probíhá přímo u lůžka. Ve většině případů, konkrétně tázané S1, S2, S3 a S6 uvedly, že při překlady je přítomna sestra, která se o pacienta starala, a sestra, která daného pacienta přijímá. Sestra 3 poskytla následující odpověď: *„Každá sestra si většinou odpovídá za toho svého klienta a většinou si ho pak i předává.“*

Kategorie 5: Informovanost pacientů ohledně překlady z JIP na standardní oddělení

Při položení otázky sestřím, jaký mají pocit z toho, jak jsou pacienti informováni o překlady z JIP na standardní oddělení, byla většina odpovědí shodná. Podle všech šesti sester jsou pacienti dostatečně informováni ohledně překlady z JIP na jejich oddělení. Tázaná S1 navíc dodala: *„Bohužel se někdy ale stává, kvůli tomu, že máme málo míst na tý jipce, že se třeba převezou někdy v noci. To je potom nepříjemnější, protože ty lidi nemají čas se s tím srovnat a mají pocit, že byli skoro jakoby vystrčeni a na jejich místo přišel někdo jiný.“* Též sestra 1 uvedla, že podle ní jsou pacienti, kteří jsou přeloženi k nim na standardní oddělení z JIP, dostatečně informováni ohledně svého zdravotního stavu. Doslovná odpověď této tázané zní: *„Tam asi jsou dost informováni o tom zdravotním stavu, protože tam je pořád přítomná lékařka, tím pádem se můžou víc zeptat než tady na tom standardním oddělení.“* Naproti tomu tázaná S3 si myslí pravý opak, že jsou pacienti o svém zdravotním stavu informováni nedostatečně, a dodala také důvod, který zní: *„Když se pacient na něco nezeptá, tak mu to ve většině případů nikdo neřekne.“* Sestra 2 si myslí, že pacienti jsou sice dostatečně informováni o tom, že se budou vracet zpět na standardní oddělení, ale už si neuvědomí, že zde není ta péče tak intenzivní, jako byla na JIP. Výše zmiňovaná sestra sdělila navíc tyto informace: *„Zvoní kvůli věcem, který si už dokáží udělat sami. Jsou zvyklý, že na jipce kolem nich pořád někdo skákal, tady je zavřete za dveře, tak je to pro ně celkem šok.“* Také sestra č. 1 uvedla, že je problém v tom, že pacienti hned po operaci nedokážou udržet informace, které jim byly sděleny, proto se stále ptají dokola na věci, které jim sestry předtím sdělovaly. *„Neudrží informace nebo to prostě nechtějí slyšet,“* jak řekla již výše zmiňovaná tázaná S1. Naopak sestra 2 si myslí, že jsou pacienti, kteří jsou přeloženi k nim z JIP, nedostatečně informováni o rehabilitaci a o tom, co smí a nesmí dělat.

Sestry 1 a 2 uvedly, že se pacienti na jejich oddělení znovu zeptají na informace, které jim sdělily sestry z JIP. Naopak tázané S3, S5 a S6 odpověděly na naši položenou otázku záporně, tedy že se pacienti na informace znovu neptají. Konkrétně tázaná S3 poskytla tuto odpověď: *„Myslím si, že jsem se ještě nesetkala s tím, že by se někdo ptal, protože to většinou chápou, pokud nejsou ti pacienti nějak zmatení.“*

Kategorie 6: Reakce pacienta na překlad z JIP na standardní oddělení

Pokud se jedná o překlad plánovaný, o kterém jsou pacienti předem informováni, vnímají jej většinou pozitivně, jak uvedly dotazované S1, S3, S5 a S6. Konkrétně sestry 1 a 3 uvedly, že se pacienti cítí více bezpečně díky tomu, že již nejsou připojeni na mnoho přístrojů a mají na standardním oddělení více klid na odpočinek. Sestra 5 nám sdělila následující: *„Je to pro ně tak jako takový ten krok k tomu domovu, že už nemusí být tam na těch přístrojích. Většinou se snaží si udělat všechno sami a co nejvíce se osamostatnit.“* Pokud se ale jedná o překlad pacienta z důvodu nedostatku místa na JIP, jak uvádí tázaná S2, hovoříme o složitější situaci, kdy jsou pacienti vyděšení, protože jim nebyly předem sděleny žádné informace a oni to nečekali. *„Když je třeba situace, že na jipce není místo, tak vyberou toho, kdo je na tom nejlíp, a dají ho na standard,“* říká sestra 2.

Tázaná S1 a S3 sdělily, že pacienti se dožadují intenzivnější péče, protože na ni byli zvyklí. Sestra 1 navíc uvedla: *„Já rovnou při překladu říkám, že na ně nemáme tolik času jako na jipce, že se musí o sebe trochu víc starat, ale samozřejmě, že jsme k dispozici, když si zavolají. Ale nevidím na ně 24 hodin denně jako na tý jipce, takže se prostě o sebe musí trochu víc starat než tam.“* Tázaná S3 navíc uvedla, že pacienti často vyžadují, aby jim sestry namazaly záda. Konkrétně sestra 4 odpověděla na otázku, jak nejčastěji pacienti reagují na překlad, následovně: *„Oni pořád zvoní, chtějí doprovod, musí se hlídat, tak si je právě dáváme na ty pokoje vedle inspekce, abychom je měli na očích.“* Naopak tázané S5 a S6 jsou toho názoru, že pacienti se nedožadují intenzivní péče. Sestra 6 navíc uvádí: *„Strašně moc záleží na tom, jaké mají ordinace lékaře a jaký den po operaci se k nám z jipky vrací.“*

Podkategorie a) Výkony prováděné u pacientů přeložených z JIP na standardní oddělení

Při položení otázky, jaké výkony sestry u těchto pacientů provádí nejčastěji, byly odpovědi velmi různorodé. Sestry 1 a 3 odpověděly, že u těchto pacientů pomáhají s hygienou zad a genitálu. Také tázané S1 a S4 sdělily, že velmi častou intervencí u těchto pacientů je sledování diurézy, příjmu a výdeje tekutin a dopomoc při přijímání stravy. Sestry č. 1 a 2 uvedly, že u těchto pacientů jsou častější převazy operačních ran. Další frekventovanou odpovědí bylo zavedení periferního žilního katétru nebo centrálního žilního katétru k aplikaci i.v. léků nebo infuzí. Takto odpověděly tázané S1

a S5. Sestry 4 a 5 uvedly častější podávání kyslíku a tázaná S4 ještě navíc dodává přípravu inhalací. Péči o drény uvedla pouze jedna tázaná, a to sestra č. 2, stejně tak jako častější měření krevního tlaku a provedení náběrů, což sdělila sestra 5. Tázaná S6 na tuto otázku neodpověděla, protože si myslí, že u těchto pacientů neprovádí žádné výkony častěji, a tudíž péče není ani časově náročnější.

Kategorie 7: Uspokojování potřeb u pacientů přeložených z JIP na standardní oddělení

Na otázku, jaké jsou základní potřeby, kterých se pacienti přeložení z JIP nejčastěji dožadují, odpovídaly sestry velmi různorodě. Tázaná S1 a S2 uvedly téměř stejné odpovědi, že pacienti často vyžadují, aby se s nimi šly sestry projít, popřípadě je doprovodily na určené místo. Sestra 2 navíc sdělila zřejmý důvod, proč tomu tak je: *„Protože tam chodila rehabilitační dvakrát denně a nikdo nemůže pochopit, že tady chodí jenom jednou.“* Další intervencí, kterou provádí sestra 1 a 2 u těchto pacientů, je častější napojování a odpojování infuzí. Tázaná S3 ještě přidává informace ohledně pomoci s hygienou a dodává: *„Nebo otevřít okno nebo dolít čaj, i když to jsou naprosto schopní lidé.“* Sestra č. 4 odpověděla na naši otázku takto: *„No, možná snad jen, když si nedosáhne na pití, tak chce napít nebo chce pomoci se otočit nebo naklepat polštář nebo upravit to lůžko, to je takový to běžný.“*

Podkategorie a) Svěřování pacientů zdravotnickému personálu

Dotazované S1, S2 a S6 se shodly na tom, že pacienti se jim se svými zdravotními problémy a obavami svěřují. Doslovná odpověď sestry 6 zní takto: *„To je zase od povahy člověka, někdo jo, někdo ne, ale ve většině případů se spíše svěřují.“* Naopak tázaná S5 je toho názoru, že větší procento pacientů se nesvěřuje, a poskytla nám navíc tyto informace: *„Já si myslím, že ani nemají jako potřebu nám něco říkat, že je něco špatně.“* Sestra č. 3 poskytla nejasnou odpověď: *„Je to tak půl na půl s tímhle svěřováním,“* a téměř stejně odpověděla tázaná S4. Všech šest dotazovaných se ale shodlo jednoznačně na tom, že vždycky záleží na osobnosti a povaze daného pacienta, jestli se personálu svěří, nebo ne. Sestra č. 2 navíc uvedla: *„Ve většině případů se svěřují, ale vybírají si, komu se svěří, a říkají hodně, když na ně máte čas.“*

Tázaná S1 sdělila, že v rámci časových možností se snaží pacienta vždy vyslechnout a nějak mu pomoci. Naopak odpověď sestry S4 zněla: *„Vyslechneme je většinou až o víkendu, když je to volnější, kdy není tolik operací a takových věcí.“*

Tázaná S6 odpověděla nejasně: „*Někdy to jde, někdy to je na kvap.*“ Ostatní sestry na tuto otázku neodpověděly a začaly hovořit z vlastní iniciativy o jiné problematice.

Podkategorie b) Náročnost ošetrovatelské péče u pacientů přeložených z JIP na standardní oddělení

Ohledně náročnosti ošetrovatelské péče u těchto pacientů se dvě tázané, konkrétně sestra 1 a 2, shodly na tom, že péče o tyto pacienty je časově náročnější. Sestra 1 navíc dodala: „*Určitě, než takový ten přechod zvládnou z toho, že na ně pořád někdo nekouká, takže mají potřebu, aby tam ta sestra byla častěji a stále jim vysvětlovala, co se děje nebo bude dít.*“ Tázaná S4 je toho názoru, že u nějakých pacientů je časově náročnější a u nějakých zase naopak. Nepřiklání se k názoru, že by tomu tak bylo ve všech případech. Sestry č. 5 a 6 si nemyslí, že by péče o tyto pacienty byla více náročnější. Sestra 6 doplnila tuto odpověď ještě o následující informace: „*Strašně moc záleží na tom, jaké mají ordinace lékaře a jaký den po operaci se k nám z JIP vrací.*“ Tento názor sdílely též tázané S2 a S3.

Podkategorie c) Komunikace s pacientem

Při položení otázky, zda tito pacienti vyžadují také intenzivnější komunikaci, se pět sester (1, 3, 4, 5 a 6) přiklání k odpovědi záporné, tedy že pacienti toto nevyžadují. Dvě tázané, konkrétně S1 a S3, si myslí, že záleží především na tom, v jakém zdravotním stavu pacienti jsou, a od toho se odvíjí i to, zda mají zájem s personálem komunikovat, nebo ne. S3 navíc dodává, že velmi stěžejní roli hraje osobnost každého pacienta. Konkrétní odpověď této tázané zní: „*Tohle záleží vždycky na konkrétním pacientovi, který je k nám přeložen. Jsou lidi, který by si s Vámi povídali pořád a jsou velmi otevření a na druhou stranu máte pacienty, kteří jsou uzavřeni do sebe a nemají zájem s vámi vést dlouhé rozhovory. Opravdu záleží na konkrétní skladbě daného oddělení.*“ Pouze jedna sestra, a to tázaná S2, sdělila odpověď opačnou: „*Chtějí si často povídat, protože jsou na to zvyklí, na jipce si s nima furt někdo povídá.*“

5.2 Kategorizace na základě rozhovorů s pacienty

5.2.1 Kategorizační skupiny

1. Příjem a ošetrovatelská péče o pacienta na standardním oddělení
 - a) Obavy pacientů před operačním výkonem
 - b) Neuspokojené potřeby na standardním oddělení
2. Příjem a ošetrovatelská péče o pacienta na JIP
 - a) Neuspokojené potřeby na JIP
 - b) Monitorování pacientů na JIP
 - c) Zhodnocení ošetrovatelské péče na JIP
3. Překlad pacienta z JIP na standardní oddělení
 - a) Komunikace sester s pacienty

Kategorie 1: Příjem a ošetrovatelská péče o pacienta na standardním oddělení

Na otázku, zda je personál seznámil s oddělením, například kde najdou zvoneček, sociální zařízení nebo kuchyňku, nám všech 5 tázaných pacientů odpovědělo kladně – tyto informace byly pacientům vždy podány. Oproti tomu odpovědi na otázku, zda byli pacienti seznámeni také s chodem daného oddělení (čímž jsme měli na mysli nějaký časový harmonogram, v kolik hodin je ranní budíček a ranní hygiena nebo kdy mohou pacienti čekat vizitu lékařů), se už tolik neshodovaly. Většina pacientů, konkrétně tázaní P2, P3, P4 a P5 sdíleli názor, že tyto informace od sester neslyšeli. Pouze jeden dotazovaný (P1) uvedl odpověď kladnou, tedy že mu personál toto sdělil. Při zjišťování, zda jsou pacienti při příjmu seznámeni se svými právy a povinnostmi, nám většina tázaných (P1, P3 a P4) odpověděla následovně: „*Něco takovýho jsem podepsoval/a.*“ Konkrétně pacient 4 uvedl: „*Daly mi něco přečíst, ale já to stejně nemohl přečíst.*“ Pouze jeden ze zúčastněných, a to pacientka 2, nám odpověděla kladně, tedy že ji sestry seznámily s jejími právy a povinnostmi, na rozdíl od tázaného P5, který striktně odpověděl „*ne*“. Čtyři pacienti, tázaní č. 1, 2, 3 a 5 uvedli, že je sestra při příjmu neseznámila s ostatními spolupacienty. Pacient 4 nemůže tuto situaci posoudit, jelikož byl při příjmu na pokoji sám. Tři zúčastnění – konkrétně pacienti č. 1, 2 a 3, sdělili, že si se svými spolupacienty rozumí a vychází spolu dobře. Pacient 5 byl po většinu času na pokoji sám, proto se odpovědi na tuto otázku zdržel.

Při položení otázky, zda se pacientům zdravotnický personál představil, zněly odpovědi různě. Tázání P2, P4 a P5 se shodují na tom, že své jméno sděluje pouze lékař, nikoliv sestra. Konkrétně dotazovaný P5 uvedl: „*Jako moc se nepředstavují, takže takhle občas kouknu na cedulku, ale lékaři se představují vždycky.*“ Na druhou stranu pacientka č. 3 měla jiný názor, nikdo z personálu se jí nepředstavil. Tázaný P1 uvedl rozporuplnou odpověď, kterou nelze kvalitativně zhodnotit: „*No, někdo se mě představil, jenže já ty jména si nepamatuju.*“

Podkategorie a) Obavy pacientů před operačním výkonem

Většina pacientů měla při příjmu na standardní oddělení strach před operačním výkonem. Toto uvedli tázání P1, P3 a P4. Pacienti P3 a P4 do své odpovědi ještě zahrnuli horší usínání. Pouze jedna pacientka nepocítovala žádný strach a odpověděla nám takto: „*Cítila jsem se dobře, neměla jsem strach. Já jsem člověk, který se ničeho nebojí, já si říkám, asi mě to čekalo, tak se to stalo a já to tak беру.*“ Pacient č. 5 na tuto otázku neodpověděl, jelikož byl akutně přijat nejdříve na JIP a poté přeložen na standardní oddělení, kdežto ostatní čtyři pacienti (P1, P2, P3 a P4) byli nejprve hospitalizováni na standardním oddělení a poté plánovaně překládáni na JIP.

Dále jsme se pacientů ptali, co dělal personál proto, aby jejich obavy z operačního výkonu eliminoval. Pouze jeden tázaný P1 nám odpověděl, že se se svými obavami personálu svěřil a ten s ním danou situaci prodiskutoval a znovu mu vše vysvětlil. Dva dotyční – P3 a P4 – se personálu nesvěřili a snažili se se svými obavami vypořádat sami.

Podkategorie b) Neuspokojené potřeby na standardním oddělení

Při provádění výzkumu, jaké potřeby neměli pacienti uspokojeny a co jim na tomto oddělení chybělo, zněly odpovědi následovně: celkem dva pacienti, a to tázaný P1 a P5, se shodli na tom, že veškeré jejich potřeby byly uspokojeny, a neuvědli nic, co by jim chybělo. Pacientky 2 a 3 se shodly, že by na standardním oddělení uvítaly modernější vybavení sociálního zařízení. Tázaná P2 ještě navíc dodala, že by byla ráda, kdyby byly na oddělení k dispozici polohovací postele a televize, a také podala stížnost ohledně podávání klystýru ve tři hodiny odpoledne, ačkoliv na zákrok jde druhý den. Dotazovaná P3 se zmínila i o šatně nebo nějakých skříních, kam by si mohla uložit své osobní věci. Pacientovi 4 v době hospitalizace chyběla nejvíce manželka, konkrétně

uvedl tuto odpověď: „*Manželka mi chyběla, protože nebyly návštěvy. Byla ta chřipková epidemie.*“

Všech pět pacientů, s nimiž byly vedeny rozhovory, sdílelo stejný názor ohledně požádání sesterského personálu o pomoc. Každý uvedl, že nemá strach si zazvonit a požádat personál o pomoc. Navíc pacienti č. 1, 3, 4 a 5 sdělili, že jsou sestry vždy ochotné a vstřícné, konkrétně cituji pacienta č. 5: „*Stačí si zazvonit a hned přijdou. Starají se opravdu vzorně.*“

Tázání P1, P2 a P4 uvedli, že každý výkon, který u nich sestry prováděly, jim byl řádně vysvětlen a popsán. S touto odpovědí se neshoduje pouze pacientka č. 3, která vypověděla následovně: „*Všechno ne, něco vysvětlily, něco ne.*“

Kategorie 2: Příjem a ošetrovatelská péče o pacienta na JIP

Při výzkumném šetření toho, jakým způsobem probíhá příjem pacienta na JIP, přičemž byla položena otázka: „*Informoval Vás personál o tom, kam budete přeložen po provedení operačního výkonu?*“, se mnoho tázaných na svých odpovědích shodlo. Konkrétně tázání P1, P2 a P3 odpověděli, že tato skutečnost jim byla ze stran personálu sdělena. Pacienti 1 a 2 nám navíc sdělili, že jim tyto informace byly řečeny již před příjezdem na operační sál. Konkrétně odpověď pacienta č. 1 zní: „*Jojo, to mi řekli už před tou operací, no. Takže jsem věděl, co mě čeká.*“ Pouze jeden tázaný (P4) sdělil, že tuto informaci od sester neslyšel a nikdo ho nepřipravil na to, že by mohl být přeložen na JIP. Jeho doslovná odpověď zní: „*To mi asi neřekly. To jsem nevěděl. Jen mi sbalily věci a odvezli mě. To šlo tak rychle, že ani nevím.*“ Tázanému P5 nebyla tato otázka položena, jelikož byl akutně přijat na JIP, tudíž na standardním oddělení nebyl zprvu hospitalizován.

Podkategorie a) Neuspokojené potřeby na JIP

Při zjišťování, co pacientům na JIP chybělo, jsme se dostali k následujícím výsledkům: téměř všichni pacienti (č. 1, 2, 3 a 5) odpověděli, že by byli rádi, kdyby na JIP měli možnost sledovat televizi, aby jim rychleji utíkal čas v nemocnici. Tázaný P1 konkrétně ještě sdělil: „*No, možná televize, že tam nebyla, ta by byla dobrá, protože člověk kouká do stropu a nudí se a to, že jsem nemohl sám chodit. Že se o mě museli starat druzí.*“ Pacientka 3 navíc hodnotí záporně již výše zmiňované společné sprchy a toalety. Dotazovaný P4 navíc uvádí, že mu chyběl „spolupacient“, se kterým by mohl vést konverzaci.

Dále jsme se zajímali, jak pacienti vnímali z hlediska soukromí pobyt na JIP. Tázaným P1 a P4 nevadilo, že na pokoji jsou společně ženy s muži. Tuto skutečnost nevnímali nějak záporně. Naproti tomu pacientky č. 2 a 3 si na společný pobyt mužů a žen stěžovaly. Tázaná P2 konkrétně na naši otázku reagovala následovně: „*Vadilo mi, když na pokoji jsem měla další tři nocležníky, kteří strašně chrápali a já nemohla spát a pani doktorka mi nemohla dát prášek, protože jsem byla na operaci žaludku, tak to bylo nepříjemný.*“ Tázaná P3 si stěžovala na společné toalety a sprchy. Tato pacientka vnímala společný pobyt mužů a žen velmi negativně. Uvedla: „*To, že tam jsou smíchaný chlapi se ženskýma, to mi přijde tristní, no.*“ Všech pět dotazovaných pacientů se ale shodlo v odpovědi, že vždy byla mezi jednotlivými pacienty plenta, ať už při jakémkoliv prováděném výkonu nebo při ranní hygieně. Dotazovaná P3 svoji odpověď doplnila o následné informace: „*Plenty tam byly, ale ty chlapy slyšíte a vidíte, tak to mi vadilo. To bylo hrozný.*“ Pacient 5 se přiklání spíše k neutrální odpovědi, jelikož většinu svého času trávil na pokoji sám. „*Já jsem byl nejdřív na pokoji sám a pak mi tam dali dva pány, ty pak odešli a já jsem byl všude zase jako poslední, jako všude,*“ uvedl tázaný č. 5.

Podkategorie b) Monitorování pacientů na JIP

Na otázku, jak pacienti vnímali situaci, že jsou napojeni na mnoho přístrojů, reagovali následovně: tázané P2 a P3 odpověděly téměř shodně, že jim to nevadilo. Pacientka 2 navíc uvedla: „*No, špatně jsem snášela sondu. To napojení to mi jako vůbec nevadilo, ale sonda do žaludku mi vadila.*“ Tázaná P3 nám sdělila tyto informace: „*Tak to mi bylo jedno, mně bylo špatně, takže jsem to moc nevnímala. A když se mi udělalo líp, tak jsem věděla, že jsem na jipce, což k tomu patří, takže jsem to nějak negativně nevnímala.*“ Na rozdíl od toho pacientovi č. 4 nebylo vůbec příjemné mít kolem sebe „plno kabelů“. Pacienti 1 a 5 to vnímají jako nutnost, ale nepovažují to za něco negativního, co by je omezovalo v pobytu. Konkrétně výpověď tázaného P5 zní: „*No, když to musí být, tak mi to nemůže vadit. Ale lepší by to bylo bez, ale myslím si, že se to takhle léčí snáz.*“ Všech 5 dotazovaných odpovědělo jednoznačně, že jim bylo ujasněno, z jakého důvodu musí být připojeni na přístrojích, a také jim byly vždy vysvětleny jednotlivé výkony, které u nich zdravotnický personál na JIP prováděl.

Podkategorie c) Zhodnocení ošetrovatelské péče na JIP

Všech 5 dotazovaných pacientů uvedlo, že péči na JIP hodnotí kladně a že ve většině případů bylo spokojeno s přístupem lékařů a sester a dalšího zdravotnického personálu. Velmi kladně tázání hodnotí rychlost, frekventovanost, vstřícnost a ochotu personálu. Konkrétně pacientka 2 nám poskytla tuto odpověď: *„Jo, byla jsem spokojená. Myslím si, že jipka je bez chyby. Ta je dobrá, opravdu. V noci chodí a pořád. Když ke mně v noci šly třeba měřit tlak, tak mě oslovili „nelekněte se“, já Vám jen změřím tlak, opravdu perfektní.“*

Kategorie 3: Překlad pacienta z JIP na standardní oddělení

Při položení otázky *„Jak jste vnímal/a první dny na standardním oddělení po překladi z JIP?“* se všech pět dotazovaných shodlo na jednoznačné odpovědi, že návrat na standardní oddělení vnímají velmi pozitivně. Doslovná odpověď tázané P2 zní takto: *„Je to pro mě lepší z toho důvodu, že můžu chodit a ledacos si udělám sama, nejste pořád připojená. Ten svůj čas si můžu trávit, jak chci. Takže to vnímám kladně a je to pro mě určitě lepší.“* Hlavním důvodem kladného hodnocení je lepší vybavení – konkrétně televizor a vzdušné prostředí, jak uvedla tázaná P3. Dále je důvodem to, že standardní oddělení znamená další krok k domovu a samozřejmě také odpojení od monitorů, jak sdělil dotazovaný P4.

Během zjišťování, jak se pacienti cítili, když u nich sestra nepobývala tak často, odpověděl jeden tázaný, konkrétně P1, že mu tato skutečnost nevadila a nevnímal to nijak negativně. Naproti tomu tázaná P2 uvedla naprostý opak. Dotazované P3 nevadilo, že u ní sestra nepobývala tak často, ale stěžovala si na to, že měla na standardním oddělení problém s přijímáním tekutin. Konkrétně nám tato tázaná poskytla tuto odpověď: *„Já jsem se vůbec nemohla naklonit pro čaj, abych se napila. To jsem měla daleko, a to bylo špatný.“* Pacient 4 odpověděl na naši otázku nejistě: *„Tady u mě pobývají taky často,“* a doslovná odpověď dotazovaného P5 zní: *„No, já myslím, že ona ví, kdy má přijít, a když jsem něco potřeboval, tak jsem si zazvonil a hned přišla. Ale určitě vnímám kladně, že na jipce byla u mě sestřička častěji.“*

Tři tázání, konkrétně pacienti 1, 2 a 5 se shodli na odpovědi, že se se svými problémy (obavy, strach, bolest) zdravotnickému personálu svěřují, a dodali, že personál se k nim vždycky chová slušně a vyjde jim vstříc. Naopak tázání P3 a P4 odpověděli, že se nesvěřují. Konkrétně pacientka č. 3 vypověděla následovně: *„Já jim žádné své problémy neříkám. Jsem uzavřená do sebe.“*

Podkategorie a) Komunikace sester s pacienty

Na otázku, jak pacienti hodnotí komunikaci zdravotnického personálu na JIP a na standardním oddělení, nám tázaní P1 a P2 odpověděli, že na JIP u nich sestry pobývaly mnohem častěji než na standardním oddělení, na rozdíl od tázaného P4, který uvádí, že sestry se na JIP chovají k pacientům více odměřeně a jsou přísnější, a proto hodnotí komunikaci na standardním oddělení lépe. Dotazovaní P1, P3 a P5 neshledávají zásadní rozdíl v komunikaci na těchto dvou odděleních.

6 Diskuze

Cílem bakalářské práce s názvem „Problematika ošetrovatelské péče při překladu pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie“ bylo zjistit, v jakých oblastech shledává sesterský personál problémy u pacientů, kteří jsou přeloženi z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení, a dále také zmapovat u pacientů nejčastější rozdíly v ošetrovatelské péči na těchto dvou odděleních. Ke zjištění informací vedoucích k jednotlivým cílům bylo potřeba stanovit výzkumné otázky, které zní: „V jakých oblastech jsou dle sester největší ošetrovatelské problémy po překladu pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie“ a dále: „Jaké hlavní rozdíly vidí pacienti v ošetrovatelské péči po překladu z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie.“

Pro získání potřebných informací k jednotlivým výzkumným otázkám jsme zvolili kvalitativní šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které jsme vedli se sestrami pracujícími na standardním oddělení a s pacienty splňujícími kritérium překladu z JIP na standardní oddělení chirurgie. Otázky kladené sestram se zaměřovaly převážně na důvod překladu pacienta na JIP, dále na to, jak je takový překlad realizován, jak probíhá informovanost pacienta o této změně a v neposlední řadě jsme také zkoumali, jakým způsobem pacienti nejčastěji reagují na překlad a změnu oddělení. Dále jsme nevynechali ani informace ohledně ošetrovatelské péče o tyto pacienty, uspokojování potřeb a následnou komunikaci s nimi. Otázky položené pacientům se týkaly především charakteristiky ošetrovatelské péče na standardním oddělení a na JIP, jejich porovnáním a zmapováním základních rozdílů, dále jsme se věnovali rovněž neuspokojeným potřebám pacientů a komunikaci s nimi. Z důvodu anonymního šetření nejsou nikde v bakalářské práci uvedeny údaje, které by identifikovaly jednotlivé respondenty.

Nejprve jsme se ve svém šetření zabývali otázkou, s jakými diagnózami jsou nejčastěji pacienti hospitalizováni na JIP. Čtyři respondenti uvádí, že nejčastějším důvodem je operace trávicího traktu. To mohu ze své zkušenosti získané na základě praxe potvrdit, protože zde byli velmi často hospitalizováni pacienti s resekci střev, s apendicitidou, s onemocněním žlučníku a v neposlední řadě také kvůli operaci žaludku s nejčastější komplikací prasklého vředu. Jak uvádí Ševčík (2014), jsou na tyto jednotky velmi často přijímáni pacienti, u kterých lze předpokládat pozitivní změnu díky intenzivní péči, a také pacienti s akutními stavy ohrožujícími život, kam třeba již zmiňované krvácení bezesporu patří.

Dále jsme pokládali otázky ohledně překlady pacienta ze standardního oddělení na jednotku intenzivní péče. Konkrétně nás zajímalo, zda sestry informují pacienty předtím, než jdou na operaci, o možnosti, že se probudí na jiném pokoji. Pět dotazovaných sester uvedlo, že jim tyto informace vždy sdělují. Při položení stejné otázky pacientům se tři shodli na odpovědi, že jim tyto informace opravdu byly poskytnuty, ale jeden respondent tvrdil naprostý opak. Vytejková (2011) se shoduje s odpověďmi všech sester, že by jakákoliv změna měla být s pacientem předem prodiskutována a měli bychom na ni dotyčného připravit. Dle svých zkušeností z praxe si dovolím říci, že jsem se bohužel setkala i s pacienty, kteří o této změně vůbec předem informování nebyli, což by se podle mě nemělo stávat, protože určitě pro žádného člověka není příjemné probudit se na „cizím“ místě mezi „neznámými“ lidmi.

Janíková et al. (2013) udává, že o překlady pacienta z operačního sálu na JIP rozhoduje anesteziologický lékař, který měl pacienta během operace na starost. Z rozhovorů vyplynulo, že to tak není pokaždé. Většina pacientů, se kterými jsem šetření prováděla, byla na JIP přeložena plánovaně a byla s touto možností seznámena již na standardním oddělení. Další možností je případ, kdy se pacienti po operačním zákroku znovu vrací na standardní oddělení, ovšem z důvodu náhlého zhoršení stavu jsou následně přeloženi na JIP, jako tomu bylo u P3. V tomto případě rozhoduje o překlady ošetřující lékař, a tak je tomu také v momentě, kdy je pacient ihned přijat na JIP z důvodu akutní operace.

Jak uvádí Hůsková (2009), příjem pacienta na jakoukoliv ošetrovací jednotku má určité náležitosti, které si nyní vypíšeme a porovnáme je s odpověďmi, které nám poskytli jednotliví respondenti. Jedním z důležitých bodů je představení ošetrovatelského personálu. Téměř u nikoho z dotazovaných nezazněla odpověď, že by se jim sestra nebo další členové ošetrovatelského personálu představili. Tři tazání, konkrétně P2, P4 a P5 se shodli na odpovědi, že se jim představil pouze lékař. Pacientům nezbyvá nic jiného než zjistit jména dotyčných na vizitce, kterou by měla mít každá sestra na svém oděvu. Konkrétní odpověď P5 zní následovně: „*Jako moc se nepředstavují, takže takhle občas kouknu na cedulku, ale lékaři se představují vždycky.*“ Ze svého pohledu si dovolím říci, že toto není správné. Každý pacient má právo na to, aby znal jména členů svého lékařského i ošetrovacího personálu, ale bohužel to takto nikde nechodí, což dle mého názoru vede k následné ztrátě důvěry mezi pacientem a ošetrovacím personálem. Souhlasím s respondenty, že lékaři se většinou svému pacientovi představí, ale sestry své jméno neudávají. Další bod, který autorka Hůsková

(2009) uvádí, je význam seznámení pacientů s ostatními spolupacienty, s nimiž budou sdílet sociální zařízení. Při položení otázky, zda byli seznámeni se spolupacienty, všichni respondenti odpověděli shodně, že je nikdo s nikým nepředstavil. Myslím si, že by toto seznámení bylo určitě vhodné a přispělo by k lepší adaptaci na nové prostředí. Dovolím si podotknout jeden svůj postřeh z praxe, kdy sestra odvedla svého pacienta na pokoj, kde mu představila ostatní spolupacienty. Viděla jsem, že tato maličkost měla velmi pozitivní vliv na dotyčného a určitě napomohla k tomu, aby se utvořily mezi pacienty přátelské vztahy. Bohužel se ale nejedná o samozřejmost, která by byla rutinní záležitostí při příjmech pacientů. Dále dle Hůskové (2009) by každý pacient nově přijatý na jakékoliv oddělení měl být seznámen se svými právy a povinnostmi. V této souvislosti jsem byla při výzkumném šetření opravdu velmi nemile překvapena. Při zjišťování informací, zda jsou pacienti seznámeni s odpovídajícím dokumentem o svých právech a povinnostech, nám většina tázaných (P1, P3 a P4) odpověděla následovně: „*Něco takovýho jsem podepsoval/a.*“ Konkrétně pacient 4 uvedl: „*Daly mi něco přečíst, ale já to stejně nemohl přečíst.*“ Velmi mě zarazilo, že pacienti podepisují nějaké listiny, aniž by věděli, k čemu slouží. Myslím si, že seznámení s právy a povinnostmi je nejdůležitější věc, jakou by sestry měly pacientovi poskytnout, resp. vysvětlit nebo přečíst v případě, že se jedná o pacienty se zrakovým handicapem, jak uvedl dotazovaný P4, nebo s jakýmkoliv jiným znevýhodněním. Na základě svých poznatků z praxe mohu říci, že podepisování „příjmových papírů“ je pro pacienty tzv. autogramiáda a nikdo si nedovolí jakýkoliv dokument při příjmu nepodepsat, protože by se na něj personál díval „skrz prsty“. Otázkou je, zda v nedostatečné edukaci hraje roli neochota personálu, popřípadě pacienta nebo časová tíseň a malé personální obsazení. Každopádně si myslím, že toto je nejdůležitější bod, který Hůsková (2009) uvádí, a měl by být ze stran ošetřovatelského personálu splněn. Snad každý má právo vědět, jaká jsou jeho práva, ale naopak i jaké má daný pacient povinnosti.

Dále jsme se zabývali tím, jaká je nejčastější reakce pacienta na překlad z JIP na standardní oddělení. Čtyři sestry, konkrétně S1, S3, S5 a S6 nám sdělily, že tuto změnu pacienti vnímají pozitivně, a to z toho důvodu, že nejsou již napojeni na přístrojích a mají větší klid na svůj odpočinek. S5 nám poskytla tuto odpověď: „*Je to pro ně tak jako takový ten krok k tomu domovu, že už nemusí být tam na těch přístrojích. Většinou se snaží si udělat všechno sami a co nejvíce se osamostatnit.*“ Sestra 2 ale zmínila i případ, kdy se nejedná o plánovaný překlad a pacienti o změně nejsou předem informováni, a z toho důvodu nereagují kladně. Na otázku, jak vnímají tuto situaci, jsme se zeptali i

pacientů. Odpovědi všech pacientů byly téměř shodné. Změnu vnímali pozitivně, přesně tak, jak odpověděly dotazované sestry. Polovina z tázaných sester – S1, S3 a S4 – nám sdělila, že pacienti také reagují tím, že se dožadují častější intenzivnější péče. Konkrétně S4 popisuje situaci následovně: „*Oni pořád zvoní, chtějí doprovod, musí se hlídat, tak si je právě dáváme na ty pokoje vedle inspekce, abychom je měli na očích.*“ Dvě sestry odpověděly přesný opak, tedy že si nemyslí, že by péče o tyto pacienty byla časově náročnější, a S6 uvedla, že velmi záleží na tom, v jaký pooperační den jsou pacienti na standardní oddělení přeloženi. Dovolím si říci, že shledávám ošetrovatelskou péči o pacienty z JIP časově náročnější, protože tito mají naordinováno více medikací a intervencí, které musí sestra splnit, ale na druhou stranu se také přikláním k odpovědi S6, že velmi záleží na tom, v jakém zdravotním stavu jsou pacienti na standardní oddělení přeloženi.

Také jsme zjišťovali, jaké nejčastější výkony jsou prováděny u pacientů, kteří jsou přeloženi z JIP na standardní oddělení. Dotazované sestry se ve většině případů shodly s autory knižních publikací. Získané informace korespondovaly s informacemi od Bartůňka et al (2016). Nejčastěji sestry uváděly pomoc s hygienou, ve většině případů pacienti potřebují dopomoc při očištění zad a genitálu, dále sestry velmi často sledují diurézu a současně příjem a výdej tekutin. Častěji u těchto pacientů provádí převazy operačních ran a podávání infuzní terapie, k čemuž je potřeba zavedení periferního nebo centrálního žilního katétru. Další odpovědí bylo podávání kyslíku a inhalace. Méně frekventovanou odpovědí je péče o drény, častější monitorace krevního tlaku a krevních náběrů. Na základě svých praktických zkušeností bych ještě zmínila, že velmi důležitá je prevence, ať už hovoříme o prevenci dekubitů, nebo tromboembolické nemoci, protože to je jedna z nejvýznamnějších intervencí, kterou bychom měli u ležících pacientů časně po operaci vykonat. Dále je pro mě velmi stěžejní intervencí podávání analgetik, která tlumí pooperační bolesti, a kontrola obnovy peristaltiky gastrointestinálního traktu, jež by měla nastat do druhého až třetího dne po operaci. Pouze jedna dotazovaná, konkrétně S1, se zmínila o psychickém stavu člověka. Určitě s ní naplno souhlasím. Jsem toho názoru, že když je člověk vyrovnaný psychicky, tak je na tom lépe i po zdravotní a fyzické stránce. Jak uvádí Zacharová et al. (2007), nemoc vždy ovlivňuje celého člověka, týká se jak somatické, tak psychické stránky. Bohužel ale musím říci, že je psychická stránka často opomíjena a nahlíží se na ni jako na nepodstatnou součást lidského života.

Dále jsme se snažili zmapovat míru informovanosti pacientů. Ptali jsme se, zda jsou dostatečně informováni o překladu z JIP na standardní oddělení. Všechny 6 tazanych sester nám poskytlo shodnou odpověď v tom smyslu, že pacienti jsou dostatečně informováni. S1 uvedla, že jsou pacienti dostatečně edukováni ohledně svého zdravotního stavu z toho důvodu, že na JIP je lékařský personál přítomen po celý den. Její odpověď zní takto: „*Tam asi jsou dost informováni o tom zdravotním stavu, protože tam je pořád přítomná lékařka, tím pádem se můžou víc zeptat než tady na tom standardním oddělení.*“ S tímto názorem se shoduje také Kapounová (2007), která ve své publikaci tvrdí, že přítomnost lékařů na těchto jednotkách musí být okamžitá. Naopak tazaná S3 je toho názoru, že pacienti nejsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu, a uvádí k tomu: „*Když se pacient na něco nezeptá, tak mu to ve většině případů nikdo neřekne.*“ Musím podotknout, že s tvrzením této dotazované sestry se neshoduji. Přikláním se k odpovědi S1, tedy k tomu, že celodenní přítomnost lékaře umožňuje též lepší edukaci pacienta. Na základě praxe ve 3. ročníku na chirurgické JIP musím potvrdit, že lékaři zde měli profesionální přístup ke svým pacientům a vše jim do detailu vysvětlili. Pacienti měli možnost se kdykoliv zeptat na cokoli ohledně svého zdravotního stavu a vždy jim byla podána adekvátní odpověď. Na standardním oddělení se lékař nepohybuje tak často, proto ve většině případů mají pacienti možnost zeptat se na informace pouze při ranních vizitách. Zajímali jsme se také o to, zda jsou pro pacienty podané informace dostačující. Tři tazání nám poskytli jednoznačnou odpověď, že je personál dostatečně informoval. P3 se přiklání také ke kladné odpovědi, ale pozastavil se nad tím, že mu nikdo neřekl, kdy bude propuštěn domů. Myslím si, že není v silách personálu sdělit pacientovi, kdy ho propustí do domácí péče, protože záleží na jeho zdravotním stavu a možném vzniku případných komplikací. Proto si dovolím podotknout, že tuto odpověď nelze kvalitativně zhodnotit. Taktéž tazaná P4 odpověděla, že informace pro ni byly dostačující, ale ke své odpovědi dodala: „*No třeba mi bylo divný, že mi řekl ten pan doktor, že v břiše mám tu hadičku, o který mi teda nikdo nikdy neřekl. Vůbec jsem nevěděla, že mi ji tam zaváděli a že ji tam budu mít 3 měsíce. O tom se nikdo nezmínil. To mi jako vůbec nevysvětlili, proč tam musí být a k čemu slouží. To jsem si pak musela najít na internetu.*“ I zde vyjadřuji svůj názor, že tato situace by se neměla stávat a jakýkoliv léčebný krok by měl každý lékař s daným pacientem řádně prodiskutovat a vysvětlit mu jej, protože určitě není příjemné nečekaně zjistit, že má člověk v těle „něco“, co tam být nemá.

Dále jsme se zajímali o to, zda se pacienti svěřují se svými problémy zdravotnickému personálu. Většina sester se shodla na tom, že pacienti se svěří, když nemají jakoukoli potřebu uspokojenou nebo je něco trápí. Ale zároveň dodaly, že vždy záleží na konkrétní osobnosti daného pacienta. Konkrétně S6 poskytla tuto odpověď: *„To je zase od povahy člověka, někdo jo, někdo ne, ale ve většině případů se spíše svěřují.“* Plně se ztotožňuji s názorem jedné tázané – S2 – která navíc dodala, že si pacient vždy určuje, komu se svěří. V této souvislosti se mohu podělit o zkušenost z praxe, kdy jsem si povídala s jednou pacientkou, která říkala: *„Týhle sestře bych neřekla nic ani kdybych měla bolesti na umření,“* a poté dodala, že by si nikdy nevybrala ke svěřování sestru, která se na ni ani neusměje a nepozdraví. Měli bychom brát v potaz, že pacienti si vždy vybírají ke svěřování takový personál, který je optimistický a sympatický, bez syndromu vyhoření a přetvářky. Zároveň jsme se tázali personálu, zda má čas pacienty vyslechnout. Zarazila mě odpověď od S4, která odpověděla následovně: *„Vyslechneme je většinou až o víkendu, když je to volnější, kdy není tolik operací a takových věcí.“* Znamená to, že pokud má pacient bolesti a svěří se zdravotnickému personálu, tak má nárok dostat analgetikum až o víkendu, v době, kdy není tolik operativních výkonů? Myslím si, že ačkoliv je práce zdravotní sestry velmi náročná a zodpovědná, může každý pracovník věnovat pět minut času na to, aby si vyslechl daného pacienta, popřípadě mu podal analgetika na tišení bolesti nebo mu jakýmkoliv způsobem pomohl. Bohužel i tady musím konstatovat, že „vyslechnutí pacientů o víkendu“ není správné a žádoucí, protože tímto způsobem nikdy neposkytneme kvalitní ošetrovatelskou péči. Souhlasím s názorem Plevové a kol. (2011), že lidé s pozitivním myšlením a důvěrou k ošetrovatelskému personálu vnímají a zvládají své onemocnění mnohem lépe. Pro lepší přehlednost jsme tuto otázku položili i samotným pacientům a dozvěděli jsme se, že tři z tázaných, konkrétně P1, P2 a P5 se zdravotnickému personálu svěřují se svými problémy, ať už se jedná o potíže zdravotního rázu, nebo komplikace v jejich osobním životě. P1 a P2 se shodují, že nejčastěji se svěřují personálu, když je něco bolí, a zároveň sdělili, že odezva personálu je výborná, všichni jsou ochotní, milí a vstřícní. Pouze dva pacienti odpověděli záporně, tedy že se ve většině případů nesvěřují. Konkrétní výpověď P4 zní: *„Ne, co bych se jim svěřoval. Akorát je vždycky požádám, jestli by ztlumily světlo, jinak nic.“* Důvodem bylo uzavření se do sebe, jak uvedl P4. Já osobně si myslím, že je větší procento lidí, kteří by se rádi svěřili, ale otázkou, která tady hraje významnou roli, je již zmiňovaný čas a následné vyslechnutí obav daného pacienta. Ráda bych zmínila dost nepříjemnou

zkušenost ze své praxe, kdy senilní paní měla zájem si se sestrou popovídat o nejasnostech ve svém životě, ale bohužel si tato pacientka zvolila ke svěřování sestru, která nebyla vůbec empatická a dala přednost vypítí své kávy, než aby během chvilky, což byla otázka pěti minut, vykouznila úsměv na rtech člověku, který to právě potřebuje. Z toho plyne poučení, že kdyby byl personál více empatický, lidé by se svěřovali mnohem častěji a vedlo by to k lepší a snadnější adaptaci nemocného na nemocniční prostředí a k zamezení negativních postojů k hospitalizaci.

A k tomu všemu přispívá také správná komunikace s pacientem. Jak uvádí Davis Boykins (2014), schopnost správně a efektivně komunikovat je jednou z nejdůležitějších dovedností zdravotnického personálu. Nejprve naše otázky směřovaly na sestry – ptali jsme se, zda pacienti přeložení z JIP vyžadují intenzivnější komunikaci než ti, kteří jsou hospitalizováni pouze na standardním oddělení. Většina sester uvedla, že pacienti nemají potřebu si s nimi na jejich oddělení více povídat. Pouze jedna dotazovaná odpověděla, že tito pacienti se dožadují intenzivnější komunikace, a sdělila nám také důvod, proč tomu tak podle ní je: „Protože na ní byli zvyklí.“ Shodují se s názorem, že pacienti z JIP mají častější potřebu vést konverzaci. I zde bych ráda uvedla příklad z praxe. Pacienti ležící na JIP opravdu dle mého vyžadují intenzivnější komunikaci a žádají od personálu větší pozornost a péči. Z tohoto důvodu mohu potvrdit, že se pacienti této potřeby na standardním oddělení, alespoň v prvních dnech, dožadují. Tuto myšlenku zastává také autorka Kapounová (2007), která řadí komunikaci do potřeby psychické vyrovnanosti. Myslím si, že správně vedená vzájemná komunikace patří mezi nejdůležitější dovednosti v rámci vztahu mezi pacientem a personálem. Má důležitou roli pro správně vedenou ošetrovatelskou, ale i zdravotnickou péči a zamezuje též nedostatečné informovanosti pacienta o dané problematice, jak popisuje Vybíral (2009) ve své publikaci: hlavním cílem samotné komunikace je především informovat, dále instruovat, přesvědčit, vyjednat a v neposlední řadě také pobavit. Dále jsme se zabývali otázkou, jak pacienti hodnotí komunikaci na JIP a na standardním oddělení chirurgie. Někteří tázání zastávají názor, že na JIP byl přístup personálu ohledně komunikace lepší. Stálo by za úvahu zmínit, proč nám takto odpověděla většina, ale ne všichni pacienti. Dle mého názoru komunikativní přístup personálu na JIP patří k velmi důležitým kritériím těchto jednotek, protože provoz zde zajišťuje zdravotnický personál s určitou kvalifikací a je zde přítomen 24 hodin denně, jak uvádí ve své publikaci také Bartůněk et al. (2016). Jediný tázaný P4 nám odpověděl, že se k němu sestry chovaly velmi přísně a odměřeně, a z toho důvodu zastával spíše

standardní oddělení než JIP. Tři tázané neshledávají zásadní rozdíl v komunikaci. S tím ovšem nesouhlasím, ze svého pohledu mohu říci, že na JIP je personál pacientům mnohem blíže, je zde více intervencí, a z tohoto důvodu je zřejmé, že sestra musí nejen častěji pobývat u pacienta, ale také mu musí každý výkon vysvětlit a popsat, proto podle mě na JIP probíhá intenzivnější komunikace.

Dalším bodem důležitým pro naše výzkumné šetření bylo zjistit, jak je to s uspokojenými nebo neuspokojenými potřebami na těchto dvou odděleních. Nejprve si rozebereme problematiku standardního oddělení. Ve většině případů pacienti zmiňovali ne zrovna moderní vybavení oddělení. Konkrétně dva pacienti uvedli, že by uvítali lepší sociální zařízení. Dalším důvodem, proč někteří pacienti nebyli uspokojeni, byla nemožnost dívat se na televizi. Dotazovaná P3 odpověděla, že by uvítala možnost uchování věcí ve skříních nebo nějaké šatně. Pacienti také zmínili potřebu polohovacích postelí. A P4 vypověděl následovně: „*Manželka mi chyběla, protože nebyly návštěvy. Byla ta chřipková epidemie.*“ Při položení této otázky jsem čekala naprosto odlišné odpovědi. Ve všech publikacích se uvádí, že pro hospitalizované pacienty je nejdůležitější uspokojení základních potřeb, kam Mastiliáková (2014) řadí potřebu dýchání, vyprazdňování, stravování, příjem tekutin, potřebu udržení termoregulace, spánku, dostatečného odpočinku, dále také sexuální potřebu a pocit bezpečí a jistoty, kam patří též sociální potřeba. Poukazuji na to, že potřeby, které uvedla již zmiňovaná autorka, zmínili alespoň zčásti pouze dva tázaní, a to P4, jenž odpověděl, že v době hospitalizace mu nejvíce chyběla manželka, a tudíž neměl, z důvodu chřipkové epidemie a následného zákazu návštěv, uspokojenou potřebu sociální. Myslím si, že pacienti vnímají vyhlášení chřipkové epidemie velmi negativně, protože se cítí izolovaně, tudíž při těchto zákazech nedochází k uspokojení této potřeby. Dále tyto potřeby zmínila pacientka č. 3, která měla problémy se způsobem podání tekutin, a proto nedošlo k uspokojení potřeby příjmu tekutin. Doslovná odpověď této tázané zní: „*No, chybělo mi třeba způsob podávání tekutin. Já jsem se vůbec nemohla naklonit pro čaj, abych se napila. To jsem měla daleko, a to bylo špatný. To jsem se dlouho nemohla napít.*“ Ostatní dotazovaní tyto potřeby vůbec nezmínili a, jak uvádím výše, pozastavovali se spíše nad vybavením nemocnice. Osobně si myslím, že vybavení oddělení není hlavním podnětem k tomu, aby se pacient v nemocnici cítil lépe a bezpečně, a tudíž dle mého názoru toto nespadá pod základní potřeby, nad kterými by se měli pacienti pozastavovat. Součástí tohoto okruhu otázek byla problematika neuspokojených potřeb také na JIP. I zde jsem byla velmi překvapena, jaká byla

nejčastější odpověď tázaných. Na těchto jednotkách se pacienti též pozastavovali nad nemožností sledovat televizi. Konkrétní důvod podle P1 zní: „*No, možná televize, že tam nebyla, ta by byla dobrá, protože člověk kouká do stropu a nudí se.*“ Tohoto pacienta navíc velmi trápilo, že se nedokázal sám o sebe postarat a byl odkázán na pomoc druhých lidí. Nedošlo tedy k uspokojení jedné základní potřeby, a tou je potřeba soběstačnosti, jak uvádí Kapounová (2007). Další pacient se zmínil zase o tom, že mu chyběl spolupacient, se kterým by mohl vést konverzaci, aby mu utíkal čas strávený v nemocnici rychleji. Dále jsme řešili otázky týkající se specifické potřeby na této jednotce, a tou je soukromí. Pouze dva pacienti se stěžovali na to, že na JIP pobývají společně jak muži, tak ženy. Tázaná P2 reagovala následovně: „*Vadilo mi, když na pokoji jsem měla další tři nocležníky, kteří strašně chrápali a já nemohla spát a paní doktorka mi nemohla dát prášek, protože jsem byla na operaci žaludku, tak to bylo nepříjemný.*“ Můžeme říci, že u této tázané nedošlo k základnímu uspokojení potřeby spánku. Další věc, kterou vnímali pacienti negativně, byly společné sprchy a toalety. K otázce soukromí patří také plenta při ranních hygienách a při prováděných výkonech. Všech 5 tázaných pacientů se shodlo na tom, že vždy mezi nimi byla plenta, a tím pádem bylo soukromí zčásti zachováno. Jak uvádí Vymětal (2003) – intimita je často zanedbávanou potřebou pacienta na jednotce intenzivní péče, a proto jsem si myslela, že právě nedostatek soukromí bude nejfrekventovanější odpovědí respondentů, ale nebylo tomu tak. Nejčastější odpovědí je právě již zmiňovaná televize a moderní vybavení sociálního zařízení.

Poslední otázka, kterou jsme pacientům pokládali, zněla: „*Je něco, co byste změnil/a na překladu a zároveň by Vám to pomohlo k lepší adaptaci na nové prostředí?*“ Většina pacientů byla spokojena a nemá větší výhrady. P4 by si přál přítomnost své manželky a jeden z pacientů se také pozastavil nad zákazem návštěv, protože v době, kdy jsem vedla rozhovory, byla vyhlášena chřipková epidemie.

Závěrem této diskuze bych ráda zhodnotila spolupráci pacientů a sester při poskytování těchto rozhovorů. Bohužel jsem byla velmi zklamaná z přístupu a neochoty ošetřujícího personálu. V mém zájmu bylo problémy s tázanými více prodiskutovat, ale vzhledem k tomu, že sestry byly ochotné mi poskytnout rozhovory pouze ve své pracovní době, nikoliv mimo ni (takže odpovídaly na otázky velmi stroze a neměly zájem ani čas své odpovědi rozvíjet a doplňovat), jsou získané informace pouze základního rozsahu bez většího prohlubování. Za otázku stojí, zda opravdu neměly čas kvůli své pracovní zaneprázdněnosti, nebo pouze nebyly ochotné s námi rozhovory dále

vést. Též někteří pacienti, u kterých jsme šetření prováděli, byli již ke konci rozhovorů unaveni, a proto jsme se zeptali pouze na ty nejpodstatnější informace směřující ke splnění našich stanovených cílů. Z tohoto důvodu jsou bohužel některé rozhovory s dotazovanými strohé a bez doplňujících informací.

7 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku ošetrovatelské péče, která nastává při překladu pacienta z JIP na standardní oddělení chirurgie. Cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější problémy u těchto pacientů, a dále také vystihnout základní rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče na těchto dvou odděleních.

Ke zjištění informací ohledně této problematiky byly stanoveny dva cíle, ze kterých vyplynuly dané výzkumné otázky: cíl 1 – zjistit, v jakých oblastech shledává sesterský personál problémy u pacientů, kteří jsou přeloženi z jednotky intenzivní péče na chirurgické oddělení; cíl 2 – zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče shledávají pacienti největší rozdíl oproti jednotce intenzivní péče.

Zodpovězení první výzkumné otázky podalo informace o tom, jaké jsou největší ošetrovatelské problémy u těchto přeložených pacientů. Na základě odpovědí tázaných sester můžeme říci, že velmi záleží na tom, v jaký pooperační den jsou pacienti přeloženi na standardní oddělení chirurgie. Pokud dojde k časnému překladu, je péče o tyto pacienty intenzivnější a časově náročnější, což sestry hodnotí negativně, neboť, dle vlastních slov, je jich na oddělení málo, tudíž nemají čas na to, aby u pacienta trávily tolik času, kolik mohly sestry na JIP. Další problém, s nímž se sestry ve své profesi setkávají, je ten, že pacienti nedokážou časně po operaci vstřebat informace, které jim poskytly sestry na JIP, a ptají se na ty samé věci stále dokola, čemuž sestry na standardním oddělení musí věnovat spoustu času a úsilí. A v neposlední řadě plyne z výzkumného šetření také skutečnost, že sestry na JIP nedostatečně informují pacienty o možnostech rehabilitace, jaké polohy mohou zaujímat a jaká je možnost využití kompenzačních pomůcek. Ve zkratce se jedná o ty nejčastější odpovědi, které nám respondenti poskytli.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na pacienty, u kterých jsme zjišťovali, jaké jsou základní rozdíly v ošetrovatelské péči na těchto dvou odděleních. Nejčastěji uváděným rozdílem byla vysoká dostupnost ošetřujícího personálu na JIP oproti standardnímu oddělení, kterou pacienti vnímali velmi kladně. Dále shledávali rozdíl v kontinuální monitoraci fyziologických funkcí, se kterou se setkali pouze na JIP. Další odchylka, kterou pacienti zmiňovali, je otázka soukromí, i když bylo potvrzeno, že při ranních hygienách i prováděných výkonech je mezi pacienty vždy plenta. Také bylo zmiňováno neuspokojení potřeb, konkrétně potřeba soběstačnosti, neboť pacienti byli odkázáni na pomoc druhých lidí. Na druhou stranu si velmi chválili, že každý výkon,

který u nich personál prováděl, byl řádně vysvětlen a popsán. Celkově ošetrovatelskou péčí na JIP hodnotili tázaní velmi kladně. Vyzdvihovali rychlost, dostupnost, ochotné a vstřícné chování personálu. Na standardním oddělení si pacienti dle našeho zjištění často stěžovali na vybavení oddělení. Hojně zmiňovali nemoderní sociální zařízení a také chybějící televizi. Dalším rozdílem, který byl zmiňován, je absence elektrických postelí na standardním oddělení, tedy nemožnost polohovat se. Dále se pacienti pozastavovali nad tím, že si nemají kam uložit své věci, na těchto odděleních chybí skříně, a také jsme se dozvěděli, že se pacientům nelíbí způsob podání tekutin z důvodu nevhodného uspořádání nočních stolků, které jsou příliš daleko od pacienta. Ve stručnosti jsme vyzdvihli ty nejčastější odpovědi tázaných.

Výsledky tohoto výzkumného šetření by mohly sloužit jako podklad pro seminář vedený o této problematice a do budoucna by následně mohly vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče těchto dvou odděleních.

8 Seznam literatury

1. ANTAI-OTONG, D., 2007. *Nurse-client communication: a life span approach*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers. 251 s. ISBN 0763735884.
2. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BULL, E. M, SØRKE V, 2016. Ethical challenges when intensive care unit patients refuse nursing care. *Nursing Ethics* [online]. 23(2), 214-222 [cit. 2016-12-10]. DOI: 10.1177/0969733014560931.
4. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
5. CSISKO, M., 2014. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi [online]. Rožnava: neurologické oddelenie, NsP sv. Barbory [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: www.zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prevence-dekubitu-v-oseetrovatelske-praxi-475018
6. ČECHOVÁ, D., 2011. *Dotazník spokojenosti s péčí: manuál*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 22 s. ISBN 978-80-260-1312-9.
7. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
8. DAVIS BOYKINS, A., 2014. Core Communication Competencies in Patient-Centered Care. *ABNF Journal* [online]. 25(2), 40-45 [cit. 2016-12-10]. ISSN 10467041.
9. DOSEDĚL, M., MALÝ, J., RUDOLF, K., 2012. *Léčba průjmu a zácpy pomocí volně prodejných léčiv* [online]. Hradec Králové: Katedra sociální a klinické farmacie, FaF UK Hradec Králové [cit. 2016-06-04]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/04/05.pdf>
10. DUBCOVÁ, I., 2011. *Etika umírání a smrti* [online]. Rumburk: Střední zdravotnická škola a Obchodní akademie Rumburk [cit. 2016-09-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>
11. DUŠKOVÁ, M., 2009. *Úvod do chirurgie: učební text pro studenty 3. LF UK*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Klinika plastické chirurgie 3. LF a FNKV. 136 s. ISBN 978-80-254-4656-0.

12. FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 243 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
13. FINSTERLOVÁ, M., 2006. *Péče o pleť a vlasy*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 80-247-1340-3.
14. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing. 140 s. ISBN 978-80-247-2852-0.
15. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
16. JIRKOVSKÝ, D., HLAVÁČOVÁ, M., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
17. KALÁBOVÁ, M., 2013. *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE. 76 s. ISBN 978-80-904711-6-0.
18. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
19. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
20. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
21. Koncepce ošetrovatelství, 2004. Metodická opatření. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 9, s. (2-3). Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
22. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 8024701790.
23. KUBICOVÁ, L., 2005. *Chirurgické ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 152 s. ISBN 80-8063-176-X.
24. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
25. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

26. MCDONALL, J., STEIGER R., et al., 2016. Patient participation in postoperative care activities in patients undergoing total knee replacement surgery: Multimedia Intervention for Managing patient Experience (MIME). Study protocol for a cluster randomised crossover trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* [online]. 17, 1-10 [cit. 2016-12-10]. DOI: 10.1186/s12891-016-1133-5.
27. MIKŠOVÁ, Z., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
28. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
29. MINIBERGEROVÁ, L., JIČÍNSKÁ K., 2010. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 78 s. ISBN 978-80-7013-513-6.
30. PAULÍK, K., *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
31. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
32. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
33. PUDNER, R., 2010. *Nursing the surgical patient*. 3rd ed. New York: Baillière Tindall. 624 s. ISBN 0702030627.
34. REINER, I., FRIELING, H., et al., 2016. Gene–environment interaction of the oxytocin receptor gene polymorphism (rs53576) and unresolved attachment status predict depersonalization symptoms: An exploratory study. *Psychological Studies* [online]. 61(4), 295-300 [cit. 2017-02-05]. DOI: 10.1007/s12646-016-0378-2.
35. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
36. SEO, B. F., JUNG S., 2015. The Immunomodulatory Effects of Mesenchymal Stem Cells in Prevention or Treatment of Excessive Scars. *Thrombosis* [online]. [cit. 2016-12-10]. DOI: 10.1155/2016/6937976.
37. SHIN, A., 2016. Patient considerations in the management of chronic constipation: focus on prucalopride. *Patient Preference* [online]. 10, 1373-1384 [cit. 2016-12-10]. DOI: 10.2147/PPA.S92550.

38. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
39. SKALICKÁ, H., 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada. 149 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
40. SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
41. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
42. ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., 2014. *Intenzivní medicína*. 3.vydání. Praha: Galén. 1196 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
43. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
44. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
45. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
46. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 226 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
47. TRACHTOVÁ, E., TREJTAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
48. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9.
49. VALENTA, J., 2007. *Základy chirurgie*. 2. vydání. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
50. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
51. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf. 1124 s. ISBN 978-80-7345-456-2.
52. VONDRÁČEK, J., DVOŘÁKOVÁ, V., VONDRÁČEK, L., 2009. *Medicínsko-právní terminologie: příručka pro právní praxi*. Praha: Grada. 101 s. ISBN 978-80-247-3151-3.

53. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.
54. VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
55. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 398 s. ISBN 80-7178-740-X.
56. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
57. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada Publishing. 272. s. ISBN 978-80-247-3420-0.
58. WENDSCHE, P., POKORNÁ, A., ŠTEFKOVÁ, I., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
59. ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. 335 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
60. ZACHAROVÁ, E., 2010. *Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi* [online]. Ostrava: Fakulta zdravotnických studií, Ostravská univerzita [cit.2017-02-05]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/643.pdf>
61. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Změny v prožívání pacienta v průběhu odborného výkonu* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, lékařská fakulta [cit. 2016-09-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/zmeny-v-prozivani-pacienta-v-prubehu-odborneho-vykonu-482414>
62. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
63. Zákon č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 20*, s. 509 -510. ISSN 1211 -1 244.
64. ZEMAN, M., KRŠKA Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

9 Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky pro sestry

Příloha 2 - Otázky pro pacienty

Příloha 3 - Přímá transkripce rozhovorů (CD)

10 Seznam zkratek

JIP	Jednotka intenzivní péče
EKG	Elektrokardiogram
CŽK	Centrální žilní katétr
PMK	Permanentní močový katétr
CT	Počítačová tomografie
Tzv.	Takzvaný
Např.	Například
Aj.	A jiné

Příloha 1: Otázky pro sestry

1. S jakými nejčastějšími lékařskými diagnózami jsou na Vaše oddělení přijímáni pacienti?
2. V jakém případě pacienty překládáte na JIP?
3. Jakým způsobem probíhá překlad pacienta ze standardu na JIP?
4. Jsou pacientům dostatečným způsobem podány informace ohledně překladu z Vašeho oddělení na JIP?
5. Jakým způsobem probíhá překlad pacienta z JIP na standardní oddělení?
6. Jaký máte pocit z toho, jak jsou pacienti informováni o překladu z JIP na Vaše oddělení?
7. Jaká je nejčastější reakce pacienta na překlad z JIP na standardní oddělení?
8. Jaké jsou základní potřeby, kterých se pacienti, přeložení z JIP, nejčastěji dožadují?
9. Jakým způsobem pacienti nejčastěji reagují na překlad?
10. Vyžadují pacienti přeložení z JIP také intenzivnější komunikaci?
11. Pracovala jste někdy na JIP? Dokážete vyjmenovat změny v ošetrovatelské péči na těchto 2 odděleních?

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Otázky pro pacienty

1. Identifikace pacienta
2. Máte již nějakou zkušenost s hospitalizací nebo je to Vaše první hospitalizace?
3. Byl/a jste nejprve hospitalizován/a na standardu a poté přeložen/a na JIP, nebo naopak?
4. Jak probíhal příjem na standardní oddělení?
5. Jak probíhal příjem na JIP?
6. Vysvětlila Vám sestra z ošetrovatelského hlediska vše při překladu z JIP na standardní oddělení?
7. Jak probíhal příjem sestrou na standardní oddělení po překladu z JIP?
8. Jak probíhala ošetrovatelská péče na standardním oddělení?
9. Jak jste vnímal/a první dny na standardním oddělení po překladu z JIP?
10. Zkuste prosím porovnat komunikaci sester na JIP a standardním oddělení chirurgie.
11. Je něco, co byste změnil/a na překladu a zároveň by Vám to pomohlo k lepší adaptaci na nové prostředí?

Zdroj: vlastní