

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Potřeba bezpečí a jistoty z pohledu sestry a hospitalizovaných
pacientů**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Iveta Podškubková

Ilona Roubová

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeba bezpečí a jistoty z pohledu sestry a hospitalizovaných pacientů vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů z literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích

.....

Ilona Roubová

Poděkování

Dovoluji si touto cestou poděkovat Mgr. Ivetě Podškubkové za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad, materiálových podkladů i připomínek během přípravy mé bakalářské práce. Jejího vedení si velmi vážím.

Mé velké poděkování patří nejbližší rodině za všestrannou pomoc a podporu v průběhu celého studia.

OBSAH:	str.
ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Potřeby člověka.....	6
1.1.1 Pojem potřeba.....	6
1.1.2 Klasifikace potřeb.....	6
1.1.3 Nedostatek potřeby.....	8
1.1.4 Standard potřeby.....	9
1.1.5 Naplnění potřeby.....	9
1.2 Jistota a potřeba.....	10
1.2.1 Potřeba jistoty a bezpečí.....	10
1.2.2 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí.....	11
1.2.3 Psychické odezvy neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí.....	11
1.3 Využití znalostí potřeb pacientů v práci sestry.....	13
1.3.1 Poznání a pochopení potřeb zdravotníků.....	13
1.3.2 Syndrom vyhoření.....	14
1.3.3 Pochopení potřeb pacientů.....	15
1.3.4 Využití teoretických znalostí potřeb pacienta v práci sestry.....	16
1.4 Mezinárodní bezpečnostní cíle.....	16
1.4.1 Správná identifikace pacientů.....	17
1.4.2 Efektivní komunikace.....	17
1.4.3 Zvýšené bezpečí u rizikových léků.....	18
1.4.4 Prevence záměny pacienta, výkonu a lokalizace provedení.....	19
1.4.5 Snížení rizika nozokomiálních infekcí.....	19
1.4.6 Snížení rizika poškození pacientů pády.....	20
1.5 Ošetrovatelský proces u potřeby jistoty a bezpečí.....	20
1.5.1 Posouzení.....	21
1.5.2 Diagnostika.....	21
1.5.3 Plánování.....	22

1.5.4	Realizace.....	22
1.5.5	Vyhodnocení.....	23
2.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	24
2.1	Cíl práce.....	24
2.2	Hypotézy.....	24
3.	METODIKA ŠETŘENÍ.....	25
3.1	Metodika práce.....	25
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	25
4.	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	26
4.1	Dotazníkové šetření pacientů.....	26
4.2	Dotazníkové šetření sestry.....	33
5.	DISKUSE.....	38
6.	ZÁVĚR.....	43
7.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	45
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	48
9.	PŘÍLOHY.....	49
9.1	Seznam příloh.....	49

Motto:

„ Čím člověk může být, tím také musí být. Musí být věrný své přirozenosti...
Na této úrovni jsou rozdíly mezi jednotlivci největší.“

Abraham Maslow

ÚVOD

Současná doba, stav našeho zdravotnictví a má praxe mě denně umožňuje sledovat a posuzovat postoj a možnosti zdravotníků k potřebám nemocných. Proto jsem si toto téma zvolila a ve své práci se mu věnovat.

Problematika potřeb nemocných se stává klíčovým problémem při hospitalizaci a ošetřování nemocných. Potřeba jistoty a bezpečí je chápána jako jedna ze základních potřeb a v hierarchii dle Maslowa je hned za potřebami fyziologickými. Představuje bezpečí, jistotu, spolehlivost, osvobození se od strachu. Lze ji rozdělit na potřebu vyhnout se ohrožení a na zachování zdraví a orientace. Samotná hospitalizace je pro většinu nemocných stresujícím obdobím, závislým na personálu oddělení, změně prostředí, odloučením od rodiny a blízkých. Adaptační mechanismy organismu ovlivňuje nejistota, strach, úzkost, hněv, smutek. Veškerá zdravotní péče se tak odvíjí od přístupu personálu. Tím se dostává do popředí zásadní význam uspokojování potřeb v nemoci, vlivu nemocničního prostředí na psychickou stránku člověka (9).

Uspokojená potřeba jistoty a bezpečí je jedním z předpokladů fungování organismu jako celku, je nedílnou součástí procesu uzdravování a podmínkou k zachování zdraví. U zdravotnických pracovníků by neměla být opomíjena ani při stanovování ošetřovatelských diagnóz.

Výsledkem kvalitního provádění ošetřovatelského procesu je empatický a obětavý zdravotník.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Potřeby člověka

Nejdůležitější částí současného moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a komplexní uspokojování potřeb člověka s přihlédnutím k jeho individualitě, k jeho vlastnostem, postojům, názorům a kvalitě života. Dostatečné a plánovité uspokojování potřeb je realizováno prostřednictvím ošetřovatelského procesu (22).

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy. Je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby, zabývá se zdravotními potřebami jednotlivce, které mohou být nejlépe uspokojeny ošetřovatelskou péčí. Sestra ve spolupráci s ostatními definuje cíle, stanovuje priority, určuje potřebnou péči a mobilizuje zdroje k jejímu zajištění (16).

Každý jedinec uspokojení či neuspokojení potřeby dává najevo svým způsobem. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, promítá se do jeho osobnosti, stylu i vyjadřování. Pokud nejsou potřeby uspokojeny dostatečně a dlouhodobě, dochází ke strádání, deprivaci. Jednotlivé potřeby člověka se v průběhu života mění, jsou určeny podmínkami života a společenskými vztahy, který nemocný v soustavě vztahů právě zaujímá. Dítě má jiné potřeby než dospělý. Každý své potřeby uspokojuje nejrůznějším způsobem (16).

Sestry pečují o nemocného jako celek (holisticky pojatou bytost), nikoliv o jeho izolované části a funkce, porucha jedné části je poruchou celého systému. Holistický přístup k člověku začaly sestry v praxi prosazovat ze snahy o zachování rovnováhy mezi pokrokem a potřebami člověka. Role sestry se tím rozšířila i na ochránkyně práv pacienta s důrazem na etické principy kvality života (13).

1.1.1 Potřeba člověka

Potřeba je projev určitého nedostatku. Odstranění tohoto nedostatku je nutné, protože prožívání nedostatku ovlivňuje psychiku člověka, promítá se do jeho osobnosti. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se od narození, jedinec uspokojuje potřeby svým způsobem. Pokud nelze danou potřebu dlouhodobě uspokojit, dochází ke strádání. Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace, motivační napětí. Motivace je vědomá a nevědomá, mezi jednotlivými motivy není hranice. Člověk jako bytost biologicko – společenská podléhá vlivům kulturního a sociálního prostředí ve kterém žije. Sociální prostředí rodiny, výchova, hierarchie hodnot motivují jednotlivce, určují jeho potřeby i způsob jejich vyjádření a uspokojování (22).

Biologický význam pojmu potřeba vyjadřuje narušenou homeostázu organismu. Ekonomický význam souvisí s psychologickými potřebami vlastnit a užívat. Nedostatky v sociálním životě člověka je psychologický význam pojmu potřeba, je specifický a vyjadřuje určitý psychický stav (18).

1.1.2 Klasifikace potřeb

Psychologové třídí potřeby na biogenní a fyziologické (vycházející z těla, organismu), psychogenní, sociogenní a psychologické (například sociální život jedince). Současně hledají různé souvislosti. Z pohledu ošetřovatelství to odpovídá holistickému chápání člověka. Pojem potřeba tak vyjadřuje nedostatky biologické a též nedostatky v sociálním životě člověka. Některé sociální potřeby mohou mít biologický základ (příloha 2).

Základní životní potřeby můžeme rozdělit na základní (primární) a vyšší (sekundární). Pro zachování života je nezbytné uspokojování základních potřeb dostatek potravy, spánek, odpočinek, lze sem zařadit i potřebu bezpečí a jistoty. Pro příjemnější a bohatší život je uspokojení potřeb vyšších – seberealizace, láska, krása, poznávání.

Murray vytvořil index biogenních a viscerogenních potřeb. Podle Murraye je celek tvořený tlakem a potřebou. Potřeba je všechno co jedinec chce, o co se snaží. Tlak je vše, co prostředí vyžaduje splnit od jedince. Ve své tématické jednotě se potřeby a tlaky vzájemně ovlivňují, fungují zpětné mechanismy (13).

E. R. Hilgard sestavil index psychogenních potřeb, který zahrnuje potřeby spojené s neživými předměty, potřeby vyjadřující moc a ambice, potřeby jako projev síly a získání obdivu, potřeby poškozování sebe i jiných, potřeby vztahující se k citům a sociální potřeby v užším smyslu (13).

Abraham Harold Maslow, americký humanistický psycholog, vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Maslow se ve své teorii věnoval problému motivace lidského jednání. Kritizoval stávající teorie a vytvořil novou, postavenou na hierarchii potřeb. Lidské jednání je řízeno základními potřebami, a to tak, že ty, které jsou v hierarchii postaveny výše, vystupují do popředí teprve tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby nižší. Potřeby mají instinktivní charakter, to znamená, že jsou konstitučně a hereditárně podmíněny. Zároveň se ale lidská motivace děje v souvislosti s prostředím, se situací. Hraje v ní roli i kulturní determinace.

Základním termínem teorie je potřeba. Maslow nerozlišuje potřeby, pudy, motivy a touhy. K potřebě se váže termín uspokojení (4).

Potřeby, které jsou obvykle chápány jako startující, jsou fyziologické potřeby. Jsou to především tendence k udržení homeostázy, zajišťují přežití organismu jako celku, potřebu dýchání, spánku, výživy, a jiné. Ani tyto potřeby nelze zcela izolovat nebo přesně lokalizovat. Tyto fyziologické potřeby jsou nejnižší ze všech základních potřeb člověka (22).

Když jsou uspokojeny fyziologické potřeby, objeví se potřeby bezpečí. Patří k nim potřeba jistoty, stability, důvěry, ochrany, svobody od strachu, úzkosti, chaosu, potřeba struktury, pořádku, zákona... Když vystoupí do popředí, ovládají člověka cele, vše jim podřizuje. Za zvláště podstatnou je tato potřeba a její uspokojení považována v prvním období života.

Dalším stupněm je potřeba lásky a náležitosti. Zahrnuje jak přijímání, tak dávání lásky.

Na předposledním stupni jsou potřeby úcty a sebeúcty. Zahrnují potřebu stabilního, pevně založeného, obvykle vysokého sebehodnocení, seberespektu, sebevážení a také potřebu ocenění od druhých. Maslow tyto potřeby dále dělí na touhu po síle, úspěchu, mistrovství, kompetentnosti, důvěře světa, nezávislosti, svobodě. Touhu po prestiži, respektu a ocenění druhými, statusu, pověsti a slávě, dominanci, uznání, pozornosti a vážnosti.

Nejvyšším stupněm v hierarchii potřeb je potřeba sebeaktualizace. Potřeby na tomto stupni tvoří další skupinu motivů. Říká se jim též metapotřeby. Patří k nim potřeba dokonalosti, účelnosti, spravedlnosti, krásy, jedinečnosti a mnoho dalších. Tyto potřeby nemají mezi sebou hierarchické uspořádání. Vedou k přesahování přítomnosti, k dosahování nadosobních cílů (příloha 1).

Ke změně hierarchie může dojít různými způsoby. Jedním z nich je zdánlivé přehození některých hodnot, které se může uskutečnit tehdy, když jsme se dostali na vyšší úroveň a úrovně předcházející jsou dobře založeny. Pak jsme schopni po nějakou dobu vydržet deprivaci nižších potřeb v zájmu uspokojení potřeb vyšších. Schopnost toto vydržet se nazývá frustrační tolerance. Ta se zakládá především v dětství (16).

Na úrovni vyšších potřeb zavedl Maslow termín milující identifikace. Znamená to proniknutí a přijetí hierarchie potřeb druhého člověka, přijetí jeho potřeb za své. Zatímco nižší potřeby zahrnují jen sebe a své uspokojení, vyšší potřeby zahrnují též uspokojení potřeb druhých (22).

1.1.3 Nedostatek potřeby

Při neuspokojení potřeby dochází k napětí, podrážděnosti, nepohodě a jedinec se stává citlivější na některé podněty.

Podprahové uspokojení potřeb znamená, že pacientova potřeba není uspokojena dostatečně, je frustrována. Může mít za následek zdravotní potíže, deprivaci, která vede k pocitům opuštěnosti a vyprahlosti. Je to dlouhodobý proces. Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je najít vhodné pojmenování potřeby, protože pacient sám neví,

jakým způsobem by se měl na sestru obrátit. Nejistota a neinformovanost ztěžuje naplnění primárních i sekundárních potřeb (6, 14).

1.1.4 Standard potřeby

Standard potřeby rozdělujeme na obecný, který je vnímaný téměř každým nemocným všeobecně, jako je potřeba jídla, spánku, odpočinku.

Osobní standard potřeby je vnímaný vždy konkrétní osobou a je závislý na mnoha faktorech. Úzce souvisí s vyspělostí jedince. U příslušníků všech kultur jsou shodné biologické potřeby, ale směřují k různým způsobům uspokojování. Jistota a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby, lze hovořit o potřebě sebezáchovy. V ošetrovatelství se na těchto potřebách odrážejí všechny složky procesu, jako je anamnéza, stanovení diagnózy či ošetrovatelských intervencí. Základním principem ošetrovatelství je systematické zajišťování potřeb, jejich hodnocení a uspokojování.

Normativní standard je platný pro určitou skupinu, sociální prostředí rodiny, způsob výchovy, hierarchie hodnot určují způsob jejich vyjádření a uspokojování (20).

1.1.5 Naplnění potřeby

Uspokojování potřeb chápeme jako dynamický proces, který probíhá v určitých periodách. Podle stupně naplnění potřeby je dělíme na podprahové, prahové a nadprahové (20).

Podprahové uspokojování potřeby znamená, že pacientova potřeba není uspokojena dostatečně, nemůže si potřebu splnit vůbec, je frustrována. Může to být dlouhodobým procesem vedoucím k pocitům vyprahlosti, opuštěnosti. Tato frustrace může mít i somatické projevy (poruchy GIT, hypertenze).

Prahové naplnění potřeby je ideální. Pokud pacient pocítuje potřebu, sám je schopen si ji uspokojit. To vede k pocitu spokojenosti a životní vyrovnanosti.

Nadprahové uspokojování potřeby znamená, že potřeba vůbec nevznikne nebo je uspokojena dříve, než vznikne. Přílišnou péčí člověk ztrácí vlastní názory, pocit nsvobody. I toto uspokojování potřeby mohou způsobit somatické onemocnění (7).

1.2 Jistota a potřeba

V okamžiku, kdy jsou relativně uspokojeny fyziologické potřeby, začne jedinec prahnout po pocitu bezpečí, který je spojen s předvídatelností dění ve vnějším světě, s pořádkem a konzistencí kolem sebe. Nic ho příliš nerozrušuje ani nepřekvapuje, snaží se mít věci pod kontrolou. Míra jistoty a pocitu bezpečí ovlivňuje fyziologicko – biologickou stránku lidského organismu a podporuje normální funkci jednotlivých orgánových systémů. Jistota a bezpečí jsou zakotveny i v Listině základních lidských práv a svobod (22).

1.2.1 Potřeba jistoty a bezpečí

Potřeba jistoty a bezpečí souvisí s přežitím jedince, potřebou sebezáchovy. Patří mezi základní lidské potřeby, vyjadřuje touhu po spolehlivosti, stabilitě, důvěře.

V teorii motivace A. Maslowa se potřeba jistoty a bezpečí dostává do popředí vždy až po uspokojení potřeb biologických. Hierarchie potřeb A. Maslowa řadí potřebu jistoty a bezpečí na druhé místo za potřeby biologické, nižší, nedostatkové. Mají úzkou souvislost s psychikou.

Reakce na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí je nejlépe zřetelná u dětí, které křičí, pláčou, utíkají, pokud se cítí ohroženi. Dospělý člověk neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí je schopen zvládnout kompenzačními mechanismy, které se vyvíjejí během života (22).

1.2.2 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí

Neuspokojením potřeby jistoty a bezpečí dochází k narušení vnitřní rovnováhy nemocného, homeostázy.

Fyziologicko – biologické faktory zahrnují věk a vývojové stádium, ve kterém se nemocný právě nachází, funkci orgánových systémů, tělesnou strukturu, adaptační mechanismy a způsoby zvládnání stresových situací.

Psychologicko – duchovní faktory, osobnost člověka, jeho vlastnosti, schopnosti a vlohy jsou určující ve způsobu uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.

Sociálně – kulturní faktory, socializace, zapojení do společnosti má zásadní vliv na další vývoj člověka. Jeho postavení v rodině, zaměstnání, jeho spokojenost či nespokojenost mají velký vliv na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.

Faktory životního prostředí mají vliv na svět kolem nás, na existenci člověka. Vlivem zhoršování životního prostředí se nemocný cítí ohrožen na svém zdraví, hlavně u chronického typu onemocnění (22).

Věk a vývojové stádium velmi významně ovlivňují potřebu bezpečí a jistoty. V každém věkovém stádiu života je potřeba jistoty a bezpečí v žebříčku hodnot v popředí a její neuspokojení ovlivní další způsob života jedince (6).

1.2.3 Psychické odezvy neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí

Každý jedinec své onemocnění prožívá různě. Nemocný strádá psychicky i fyzicky, onemocnění chápe jako ohrožení své existence. Důležitým prostředkem ke zlepšení stavu je i komunikace s rodinou, ošetřujícím personálem a hlavně dostatek informací o svém zdravotním stavu. Jistotu a bezpečí nahradí strach, úzkost, hněv a smutek. Adaptace na onemocnění je pak dána prognózou nemoci, závažností onemocnění, osobností jedince i jeho sociální situací. Nemocí vzniká nová situace, na kterou se člověk ne vždy dokáže adaptovat. K dobré adaptaci přispívá správný přístup ze strany zdravotnických pracovníků, kteří se snaží uspokojovat potřeby nemocných po

dobu pobytu v nemocnici. Výsledek každé činnosti všech členů ošetrovatelského týmu závisí ve velké míře na správné informovanosti nemocného o jeho právech (15).

Strach:

„Strach je možné definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, která v jedinci vyvolává obavu z ohrožení, je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obranou funkci.“ (25, str. 235).

Prožívání strachu se mění v průběhu života, tehdy, jsme – li schopni určit jeho začátek a konec a domníváme – li se, že je pod naší kontrolou.

Úzkost:

„Úzkost je nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si uvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama.“ (25, str. 237).

Úzkost může vzniknout na základě vrozených dispozic, při psychických traumatech, přetěžování nervové soustavy, vlivem konfliktních situací. Může mít adaptační význam nebo naopak vede k destrukci chování.

Hněv:

„Hněv je specificky lidská emoce, prožitkově a ve svém projevu interkulturálně velmi podobná, a proto lze předpokládat její vrozené základy. Obvykle předchází lidskému agresivnímu projevu a bývá jeho podmínkou, ten však nemusí být přítomen. Člověk pocítuje hněv zvláště tehdy, jestliže se ho druhý jedinec něčím dotkne.“ (25, str. 257).

Hněv je typickou reakcí na frustraci. Výrazovým znakem je rozbíjení předmětů, útok na jinou osobu. Fyzická agrese může být nahrazena agresí verbální. Vystupňovaný hněv se vyznačuje oslabením nebo ztrátou zábran. Hněv vyvolaný sociálními podněty se spojuje s nepřátelskými postoji a s nenávistí, s touhou zničit protivníka.

Smutek:

Smutek je reakcí na ztrátu nějaké hodnoty, zahrnuje pocit bezvýchodnosti. Projevem smutku je pláč, hluboký žal probíhá bez pláče. Může být doprovázen hněvem, vzpourou, pocitem viny, strachu, studu.

1.3 Využití znalostí potřeb v práci sestry

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je závislý na stanovené diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Stejně jako se neustále vyvíjí zdravotní stav pacienta, vyvíjí se neustále jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Sestra má k pacientovi mnohem bližší vztah než lékař. Pacient je často na její péči závislý, je proto důležité, aby sestra dokonale znala jeho potřeby, uměla ho trpělivě vyslechnout, pomohla a poradila mu. Měla by vždy maximálně podporovat jeho soběstačnost a plně uspokojovat jeho potřeby (13).

Zásadou uspokojování potřeb z pohledu zdravotníků je najít vlastní cestu ve vztahu k pacientovi, vytvořit důvěryhodný vztah a zároveň chránit se od emotivních a příliš pevných vztahů. Zdravotník by si měl být vědom rizik, které s sebou nese přílišná důvěra a naděje pacienta. V důsledku nedostatečné profesionální připravenosti může dojít k odosobnění z obavy přílišné citové vazby (18).

1.3.1 Poznání a pochopení potřeb zdravotníků

Řešení některých obtížných situací v profesionálním kontaktu s klientem vyžaduje značné úsilí, abychom ovládli vlastní negativní emoce a dokázali z komunikace vybrat něco, nač je možné reagovat kladně. Profesionál musí umět ovládat zevní projevy emocí a kontrolovat své jednání (1).

Práce ve zdravotnictví opotřebovává zejména emoční sféru naší psychiky. Velmi zatěžující je konfrontace s tělesným utrpením, bolestí, umíráním, se smrtí a velmi omezenou účinností našich možností pomoci. Proto je nutné naučit se racionálně hospodařit se svými emocemi, vytvořit si takový komunikační styl, který šetří emoční

zdroje sestry. Pokud sestra dokáže poznat a pochopit sama sebe, dokáže tím uspokojit své vlastní potřeby. Svou znalostí o lidských potřebách dokáže uklidnit i ocenit sama sebe (9).

Předpokladem úspěšné práce sestry je pacientova důvěra v ní. Zdravotní sestra pracuje s nemocným člověkem, působí na něj nejen odbornými zákroky, ale celou svou osobností, svým vztahem k nemocnému, úrovní svých profesionálních vlastností a mírou profesionální adaptace. Povolání zdravotní sestry vyžaduje i zdravé sebevědomí, které charakterizuje sebedůvěra, sebeúcta, solidnost, přiměřená vážnost a skromnost. Náplň práce zdravotní sestry klade nároky i na její autoregulační vlastnosti, temperament a cit. Neméně důležité jsou i morální vlastnosti sestry, především její postoj k druhým, ale i k sobě samé a k životu vůbec (8).

Vztah sestry k pacientovi je velmi významný – sestra je s ním mnoho času v přímém kontaktu, pacient u ní hledá oporu, porozumění, pomoc. U pacienta se neléčí jen choroba, léčí se celý člověk. Proto je velmi důležitý psychologický a individuální přístup. Sestra si v každé chvíli své činnosti musí plně uvědomit důsledky svého jednání pro zdraví a život nemocného. Při delším vykonávání povolání může dojít k profesionální deformaci, která se v sesterském povolání projevuje ztrátou lidské účasti, zájmu o nemocného, vznikem citové lhostejnosti či otupělosti vůči nemocnému, vyhasnutím potřeby chápat ho jako trpícího člověka (5).

1.3.2 Syndrom vyhoření

Ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí se nazývá syndrom vyhoření – „burn – out syndrom“. Byl poprvé popsán v roce 1974 (4).

Nejedná se o obyčejnou únavu, je to komplex příznaků, projevující se pod vlivem stresu a zasahující do oblasti psychiky pocitem apatie, marnivosti, pochybnosti, stereotypu, ztráty energie, motivace. V oblasti fyzické se syndrom projevuje únavou, poruchami spánku, žaludečními obtížemi. V oblasti sociální je patrná distance od lidí a společnosti, vyhýbání se kolektivu a jakémukoliv kontaktu (14).

Proces probíhá v určitých fázích a jeho vývoj trvá i několik let.

V první fázi převažuje nadšení, sestra je plná ideálů, do práce se těší a pracuje často nad rámec svých povinností.

Ve druhé fázi přichází stagnace, sestra slevuje ze svých ideálů, vyhýbá se kontaktu s pacientem. Období je doprovázeno stresem z vysokých nároků, kterým není schopna dostát.

Ve třetí fázi frustrace je sestra zklamaná ze svého povolání, odmítá se i nadále vzdělávat a prohlubovat nové znalosti v oboru.

Ve čtvrté fázi naplno propukne apatie, sestra vykonává jen nejnnutnější práce, brání se kontaktu s pacientem, odmítá se vzdělávat.

V páté fázi vyhoření má sestra negativní postoj vůči své osobě, vyhýbá se profesním požadavkům a povinnostem, je agresivní, unavená, depresivní až cynická.

Jako prevence syndromu vyhoření je vhodná změna oddělení, kolektivu, aktivní přístup k životu, pochvala. Je potřebné, aby se sestra naučila odpočívat, relaxovat, měla přátele mimo zaměstnání, uměla aktivně vyhledávat kladné stránky života a dokázala realizovat své sny a plány. Je důležitý i určitý profesionální distanc od pacienta, aby nebyla příliš emočně zainteresována do jeho osudu (6,7).

1.3.3 Pochopení potřeb nemocných

Každý nemocný přichází do zdravotnického zařízení s důvěrou ve své uzdravení. Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je uspokojení potřeby jistoty a bezpečí a nezávislosti nemocného. Důležité je najít vhodné pojmenování potřeby, protože pacient sám neví, jakým způsobem by se měl na ošetřující personál obrátit. Nutná je správná informovanost nemocných a pravidelná komunikace s nimi. Nejistota a neinformovanost ztěžuje naplnění primárních i sekundárních potřeb. Vždy je nutné respektovat autonomii nemocného. Zdravotnický personál by se měl naučit vnímat verbální i neverbální signály pacienta a včas na ně reagovat (19,21).

1.3.4 Využití teoretických znalostí potřeb pacienta v práci sestry

Zdravotníci si ne vždy uvědomují, že pacient náhle s nemocí ztrácí prestiž, životní rytmus, práci, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost různých aktivit, blízkost rodinných příslušníků, je vystaven neznámému prostředí, kolektivu cizích lidí, obavám o vlastní zdraví a mnoha omezením, které hospitalizace vyžaduje.

Úkolem zdravotníků je udržet a vzbudit v pacientovi pocit jistoty a bezpečí adekvátní komunikací a nasloucháním, trpělivostí, empatií, projevováním úcty, nezpochybňováním jeho potíží, nezatracováním jeho náboženské víry a přesvědčení, dodržováním etického kodexu sester a respektováním práv nemocných (7, příloha 3).

Pacient, se kterým ošetřující personál zachází s respektem a kterému naslouchá, se cítí jistější, umí se lépe rozhodovat, spolupracuje. Sestry vědí, že většina pacientů v nejistotě svého zdravotního stavu hledá jistotu v empatii zdravotníků. Důvěryhodný vztah snižuje jeho pocit strachu, úzkosti a frustrace. Toto nejvíce naplňují sestry, vzhledem k tomu, že s pacientem tráví nejvíce času (21).

1.4 Mezinárodní bezpečnostní cíle

Bezpečí pacientů se týká konkrétních lidí, jejichž zdraví může být pochybením při poskytování zdravotní péče dlouhodobě a trvale poškozeno, případně v důsledku tohoto pochybení mohou i zemřít. Nejčastější jsou chyby v komunikaci, a to mezi zdravotníkem a pacientem, lékařem a sestrou, i v komunikaci mezioborové. K chybám dochází při klinických činnostech, v diagnostickém i terapeutickém procesu, při výkonech, v interpretaci nálezů, indikaci léků. Administrativní chyby mohou mít vážné následky při záměně pacientů, výsledků, receptů a podobně. V zájmu zvyšování kvality poskytované péče a bezpečnosti pacientů je důležité chyby v praxi registrovat, analyzovat a provádět opatření, která jejich výskyt vyřeší nebo jejich význam sníží.

Světová zdravotnická organizace vyhlásila programy, jejichž cílem je prosazování bezpečí pacientů a prevence poškození při poskytování zdravotní péče (12).

1.4.1 Správná identifikace pacientů

Postup při identifikaci pacientů je prováděn v souladu s doporučením Rady EU o bezpečnosti pacientů, akčním plánem kvality a bezpečnosti zdravotní péče MZ ČR pro rok 2010 – 2012 a mezinárodním bezpečnostním cílem. Cílem je zajistit poskytnutí správné péče správnému pacientovi.

Každý pacient, ambulantní nebo hospitalizovaný, je identifikován na základě nejméně dvou údajů, příjmení a datum narození. Přijímací sestra informuje pacienta o významu tohoto postupu a tento údaj zaznamená do Edukačního záznamu. Identifikační náramek se štítkem s příjmením, jménem, datem narození, zkratkou oddělení, na které se pacient přijímá, sestra umístí na pravé zápěstí pacienta. Barva náramku je zvolena podle převažujícího rizika. Při překladači či propuštění pacienta je náramek, včetně údajů na něm, zlikvidován. Právo pacienta je identifikační náramek odmítnout i po řádném poučení o účelu tohoto opatření, sestra musí provést zápis do zdravotnické dokumentace pacienta.

Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léčiv, krve a transfúzních přípravků, při odběrech krve a jiných vzorků pro laboratorní vyšetření nebo provádění dalších výkonů. Vždy je nutné identifikovat pacienta dotazem na jméno a příjmení a kontrolou dokumentace nebo porovnat údaje na náramku a ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Zvláštní pozornost je třeba věnovat pacientům dezorientovaným či zmateným, kteří si mohou zmýlit svůj pokoj, své lůžko a pacientům, u nichž jsou přítomny senzorické či jiné poruchy (12).

1.4.2 Efektivní komunikace

Poskytování péče pacientům je komplexní úsilí, které je velmi závislé na přenosu informací. Tok informací směřuje k pacientům a jejich blízkým a ke zdravotnickým pracovníkům. Selhání v přenosu komunikace je jedna z nejčastějších příčin událostí spojených s pacientovým bezpečím.

Pacienti a jejich blízcí potřebují kompletní informace o péči a službách, které nemocnice nabízí. Poskytování těchto informací je základem pro vybudování otevřené a důvěryhodné komunikace mezi pacienty, jejich blízkými a nemocnicí (15,24).

Přesná a srozumitelná dokumentace podporuje a zaručuje kontinuitu péče. Informuje ostatní členy zdravotnického týmu jaké informace pacient dostal a jaké ještě musí být poskytnuty. Zaručuje, že nebudou informace poskytovány opakovaně. Přesná dokumentace chrání zdravotníky před eventuálním postihem, pokud pacient tvrdí, že je poškozen nedostatečnou informovaností. Dokumentace dokazuje správný úsudek zdravotníka, protože vypovídá o tom, jak byly seřazeny priority informací, jakých metod bylo použito a jak na ně pacient reagoval. V případě, že pacient informaci odmítl, je nutno dokumentovat, jakým způsobem k tomu došlo a proč (23).

Nemocí vzniká nová situace, na kterou se člověk ne vždy dokáže adaptovat. K dobré adaptaci přispívá správný přístup ze strany zdravotnických pracovníků, kteří se snaží uspokojovat potřeby nemocných po dobu pobytu v nemocnici. Výsledek závisí ve velké míře na správné informovanosti nemocného o jeho právech (2).

1.4.3 Zvýšené bezpečí u rizikových léků

Ordinování léčiva konkrétnímu pacientovi vyžaduje specifické znalosti a zkušenosti. Ve zdravotnické dokumentaci každého pacienta, který dostává jakoukoliv medikaci, je uvedeno, která léčiva dostává, jejich dávkování a frekvence podání včetně léčiv podávaných „dle potřeby“. Ošetřující lékař ví, jaká léčiva si pacient přinesl s sebou do nemocnice a zaznamená je do dokumentace (24).

Účinky léků na pacienty jsou sledovány společnou aktivitou pacientů, jejich ošetřujících lékařů, ošetrovatelského personálu a dalších zaměstnanců nemocnice. Účelem tohoto procesu je posouzení účinku léčiva na pacientovo onemocnění či jeho příznaky. Na základě sledování může dojít ke změně léčiva nebo k úpravě dávkování. Sledování musí být zavedeno hlavně na počátku léčby příslušným léčivem. Toto sledování zjistí jak předpokládaný léčebný efekt, tak alergické reakce, neočekávané

reakce na léčivo či zhoršení rovnováhy pacienta zvyšující riziko pádu. Veškeré nežádoucí účinky musí být zaznamenány v dokumentaci pacienta (12).

1.4.4 Prevence záměny pacienta, výkonu a lokalizace provedení

Tento mezinárodní bezpečnostní cíl se vztahuje na všechny pacienty, u nichž se provádí diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, ve střední či hluboké sedaci bez ohledu na to, zda jde o výkon akutní či plánovaný. K provedení výkonů se přistoupí pouze v případě, že je k dispozici veškerá nutná dokumentace. Výjimku z postupu může provést lékař, který výkon provádí a to pouze v případech vyvolaných aktuálním zdravotním stavem pacienta. Učiní záznam do dokumentace: „verifikace neprovedena“ a musí uvést důvod tohoto postupu.

U výkonů prováděných na levé či pravé straně pacienta, na zaměnitelných strukturách či na zaměnitelných úrovních, provede zpravidla lékař označení místa, na kterém se výkon bude provádět nesmývatelnou fixou.

V případě jakéhokoli rozporu nesmí výkon začít, dokud nejsou nesrovnalosti vyřešeny (12).

1.4.5 Snížení rizika nozokomiálních infekcí

Nemocniční (nozokomiální) infekce jsou vzniklé v souvislosti s interakcí se zdravotní péčí. Představují významnou komplikaci zdravotní péče, která má negativní důsledky ve smyslu zvýšené morbiditě, mortality a nákladů na péči. Negativně ovlivňují kvalitu života pacientů a výkonnost zdravotního systému. Přibližně třetina všech nozokomiálních infekcí může být příznivě ovlivněna prevencí. Nemocniční infekce jsou významným indikátorem kvality zdravotní péče.

Pro klasifikaci a definici jednotlivých skupin nemocničních infekcí existuje více definičních systémů. Nejrozšířenější systém uvádí základní skupiny, které mají další, podrobnější klasifikaci – infekce krevního řečiště, infekce v místě chirurgického výkonu, nozokomiální pneumonie, infekce močového systému. Vzhledem k tomu, že

nemocniční infekce může postihnout libovolný systém, existuje řada dalších skupin: infekce zažívacího ústrojí, infekce oka, infekce centrálního nervového systému.

Každé jednotlivé odborné i provozní oddělení má v provozním řádu uvedeny požadavky na zajištění provozu a poskytování léčebné a ošetrovatelské péče tak, aby nedocházelo ke zvyšování rizika vzniku nemocničních infekcí (12).

1.4.6 Snížení rizika poškození pacientů pády

Bezpečnostní cíl stanovuje pravidla při hodnocení rizika pádu a opakovaného hodnocení u pacientů, u nichž došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu či změně spektra užívaných léků.

Sestra je při vstupním vyšetření u všech hospitalizovaných pacientů povinna identifikovat riziko pádu dle vyhodnocovací škály daného zařízení.

Riziko pádu sestra musí přehodnotit 1 x týdně, při překlada pacienta, při změně zdravotního stavu, pádu či změně medikace. Změnou zdravotního stavu je změna schopnosti spolupráce, změna stavu vědomí, změna aktivity, změna mobility, změna vylučování, přidružené onemocnění. Rizikové skupiny léků jsou například analgetika, anestetika, antidepresiva nebo psychotropní látky.

Dokumentování rizika pádu, informace o pádu pacienta musí být zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci, včetně navrhovaných opatření prevence, včetně omezovacích prostředků (12).

1.5 Ošetrovatelský proces u potřeby jistoty a bezpečí

„Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetrovatelští profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti ošetrovatelské péče.“ (11, str. 40)

Ošetrovatelský proces má fáze: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Aby sestra mohla naplánovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí nemocného dobře poznat (21).

Zpětná vazba získaná hodnocením efektu poskytnuté péče umožňuje měnit péči podle momentálních potřeb pacienta a situace (17).

1.5.1 Posouzení

Zhodnocení momentálního zdravotního stavu pacienta docílíme vytvořením databáze údajů z několika zdrojů, například rozhovor s pacientem, fyzikální vyšetření, chorobopis, anamnéza, ale i rozhovorem se členy rodiny. Správné zaznamenání a zhodnocení údajů ošetřujícím personálu umožní vypracovat plán péče tak, aby byl dostatečně v souladu s potřebami nemocného.

V této fázi musí sestra oddělit zkreslené hodnoty od pravdivých a získat adekvátní informace z oblasti potřeb biologických, emocionálních, duchovních, sociálních a kognitivních (21).

1.5.2 Diagnostika

Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu probíhá analýza získaných informací. Cílem diagnostiky je rozpoznání a zhodnocení reakce pacienta na nemoc.

Ošetrovatelské diagnózy vyplývají z nezávislých činností sestry, které mohou vykonávat na základě svých kompetencí. Týkají se stanovení prioritních potřeb a ošetrovatelských problémů přítomných i potencionálních, jak z pohledu sestry, tak i z hlediska pacienta. Ošetrovatelskou diagnózu lze určit podle taxonomie NANDA II (10).

Ošetrovatelská diagnóza je odpovědí pacienta na chorobný proces a mění se současně s jeho reakcí na nemoc. Řadí se podle naléhavosti. Diagnóza může být dvousložková nebo trojsložková. První složka je problém, druhá složka jsou faktory a třetí složkou jsou příznaky.

Používání ošetřovatelských diagnóz zjednodušuje a usnadňuje komunikaci v ošetřovatelském týmu (21)

1.5.3 Plánování

Ve fázi plánování určujeme cíle a strategii, která k nim vede. Tyto vytyčené priority představují aktivity sestry, které vedou k odstranění problému. Určení pořadí priorit je i seřazení ošetřovatelských diagnóz s ohledem na přání, potřeby a bezpečnost pacienta. Součástí jsou sesterské intervence, záznam o jejich provedení a účinku. Pokud to situace dovolí, plán ošetřovatelské péče vypracováváme ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou. Na tomto základě určujeme cíle krátkodobé a dlouhodobé.

Krátkodobý cíl je na období následujících hodin i dnů. Splnění krátkodobého cíle je začátkem ke splnění cíle dlouhodobého.

Dlouhodobý cíl směřuje až ke konci hospitalizace a může zasahovat i do domácí péče. Dlouhodobý cíl je individuální, zaměřený i na prevenci, rehabilitaci, výchovu ke zdraví (19).

1.5.4 Realizace

V této fázi dochází k realizaci všech plánovaných strategií. Sestra vykonává cíleně ošetřovatelské činnosti. K hlavním úkolům sestry by mělo patřit i získání pacienta ke spolupráci. Odmítnutí může souviset s vážností onemocnění, stresem. Nutné je opětovné posouzení stavu pacienta, kontrola priorit a aktualizace plánu péče k realizaci a uspokojování potřeb pacienta (16).

Tato fáze je sestrám nejbližší, protože souvisí s konkrétní péčí o pacienta. Sestra edukací rozvíjí sebepéči pacienta, zapojuje i členy rodiny do péče, stávají se v současném ošetřovatelství partnery.

Pokud plánované ošetřovatelské činnosti byly provedeny, mělo by též dojít i k vyřešení problémů pacienta (21).

1.5.5 Vyhodnocení

V páté fázi ošetrovatelského procesu sestra provádí vyhodnocení péče, která byla poskytnuta a zda byly pacientovy cíle splněny. Zjišťujeme, zda došlo ke zlepšení, zhoršení či stabilizaci zdravotního stavu. Tato fáze hodnotí i kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Prostřednictvím této fáze se sestry stávají zodpovědnými za své činnosti, nepokračují v neúčinných intervencích, ale provádějí nové, účinné činnosti.

Hodnocení se také týká dokumentace toho, jak se péče odrazila na pacientovi v oblasti tělesné, psychické a sociální, ve vztahu k předem stanoveným cílům a ošetrovatelským zákrokům zaznamenaných v ošetrovatelském plánu (20).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je určit, do jaké míry u hospitalizovaných pacientů je uspokojována potřeba bezpečí a jistoty. Zjistit, zda sestry dodržují mezinárodní bezpečnostní cíle, přístup a vliv zdravotnického personálu v procesu uzdravování a určit úroveň kvality ošetrovatelské péče u hospitalizovaných pacientů.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry dodržují a splňují potřebu bezpečí a jistoty.

Hypotéza 2: Pacienti mají uspokojenou potřebu bezpečí a jistoty.

Hypotéza 3: Úroveň ošetrovatelské péče odpovídá požadavkům hospitalizovaných pacientů.

3. METODIKA ŠETŘENÍ

3.1 Metodika práce

Údaje potřebné pro bakalářskou práci byly zjišťovány kvantitativní metodou. Sběr probíhal v průběhu ledna a února 2011 na neurologickém oddělení ÚVN Praha po dohodě s náměstkyní pro nelékařské profese Mgr. Gutovou, MBA a vrchní sestrou neurologického oddělení M. Uhlschmidovou. Nástrojem ke sběru dat byl anonymní dotazník, byly použity otázky zavřené a polootevřené, kde měli respondenti možnost doplnit svou odpověď. Vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

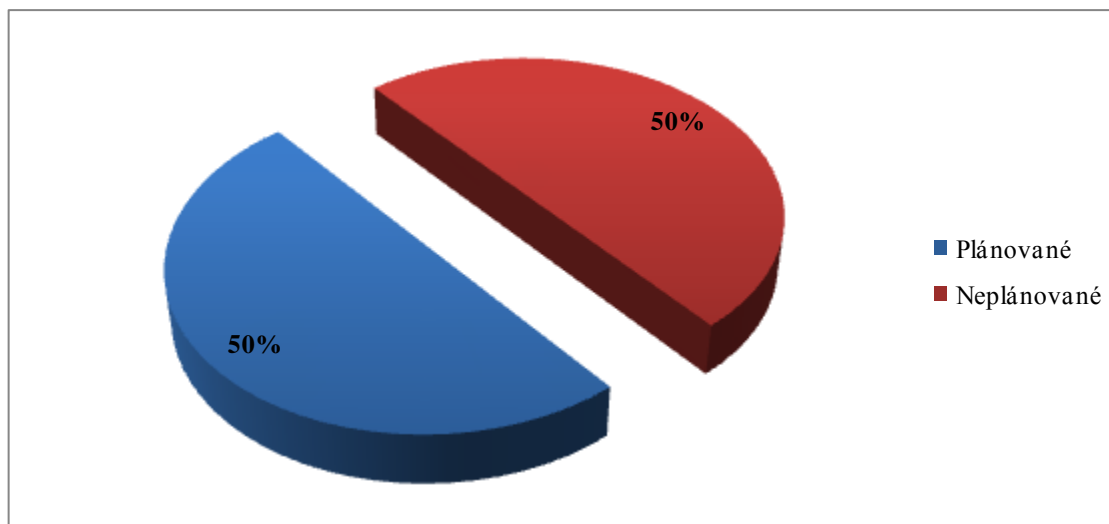
Výzkumný soubor tvořili pacienti standardního neurologického oddělení. Jim bylo rozdáno 50 anonymních dotazníků, nevyplněno vůbec nebo nedostatečně bylo 8 dotazníků, k šetření zůstalo 42 dotazníků. Dotazník obsahoval 25 otázek. Zde bylo nutné přihlídnout ke složení pacientů v daném časovém úseku. Některým jejich onemocnění nedovolilo pochopit význam otázek, proto některé dotazníky zůstaly nevyplněny.

Další výzkumný soubor tvořil nelékařský zdravotnický personál, všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti. Dotazníků bylo rozdáno 30, podle maximálního počtu zaměstnanců těchto profesí na neurologickém oddělení. 5 se jich vrátilo prázdných nebo bylo vyřazeno. Výzkumný vzorek tvořilo 25 dotazovaných respondentů. Dotazník obsahoval 20 otázek. Výsledky šetření jsou znázorněny v grafech.

4. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

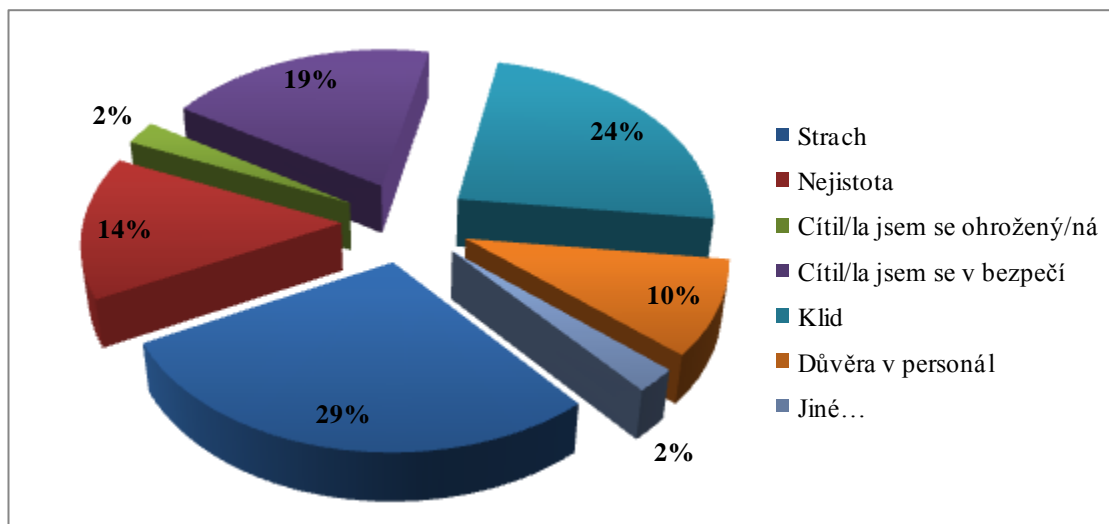
4.1 Dotazníkové šetření pacienti

Graf 1/3: Vaše přijetí do nemocnice bylo? (v %)



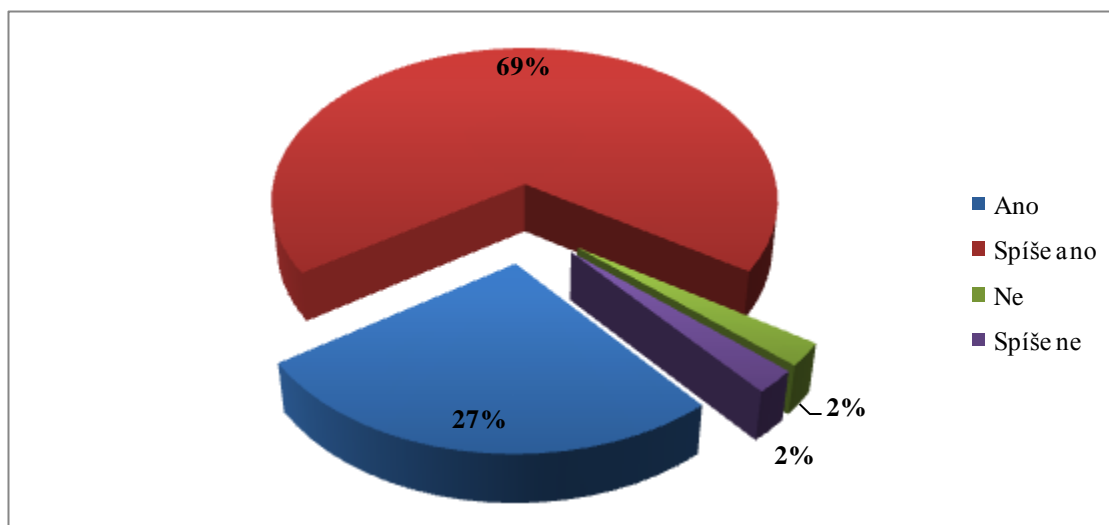
Graf znázorňuje způsob přijetí do nemocnice, 50% respondentů bylo plánovaně přijato, 50% bylo přijato neplánovaně.

Graf 2/4: Jak by jste charakterizoval/la Vaše pocity při přijetí? (v %)



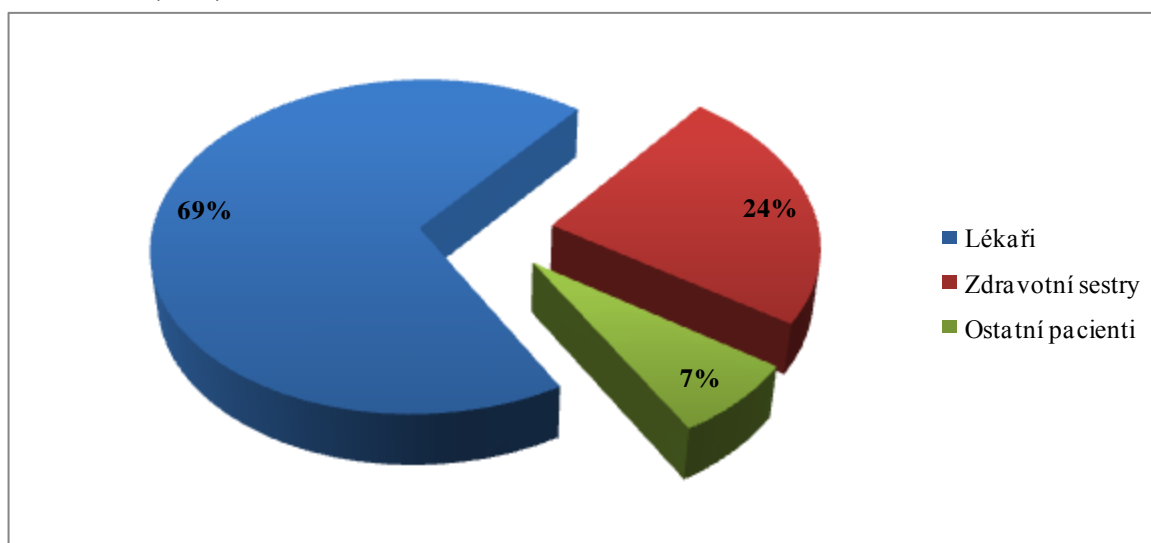
Graf znázorňuje, že 29% respondentů při přijetí mělo strach, 24% bylo klidných, 19% se cítilo v bezpečí, 14% uvádí nejistotu, 10% mělo důvěru v personál, 2% se cítilo ohroženo a 2% uvedlo hlavně neochotu personálu.

Graf 3/5: Máte dostatek informací o průběhu léčby? (v %)



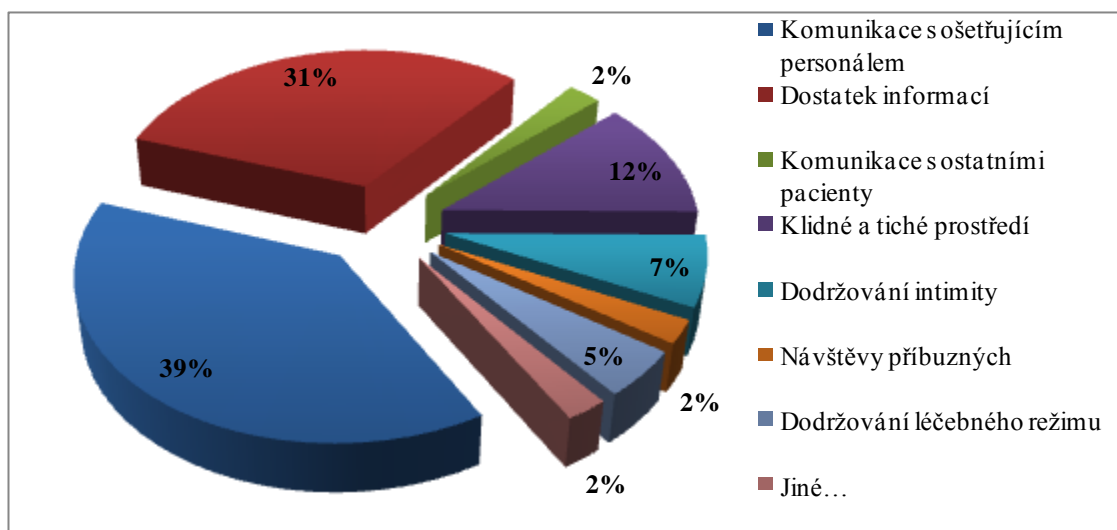
Graf udává dostatečnou informovanost pacientů v průběhu léčby, 69% respondentů uvádí spíše ano, 27% ano, 2% ne a 2% spíše ne.

Graf 4/6: Kdo Vám o průběhu Vaší léčby poskytuje informace pro Vás nejvíce důležité? (v %)



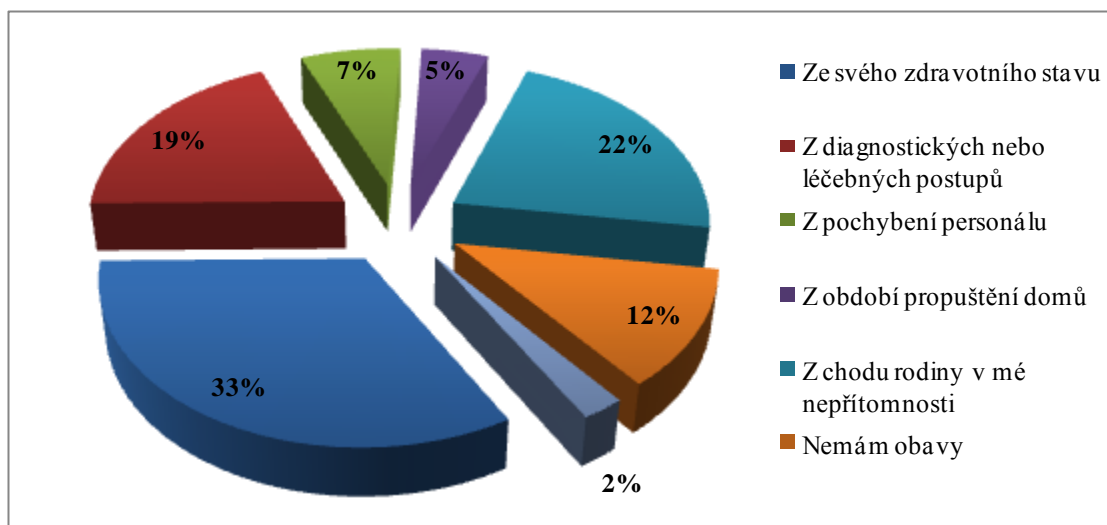
Graf ukazuje, kdo poskytl nejvíce důležité informace o léčbě, 69% odpovědělo, že lékaři, ve 24% zdravotní sestry a 7 % respondentů získalo informace od ostatních pacientů.

Graf 5/9: Co pro Vás představuje bezpečí a jistotu při pobytu v nemocnici? (v %)



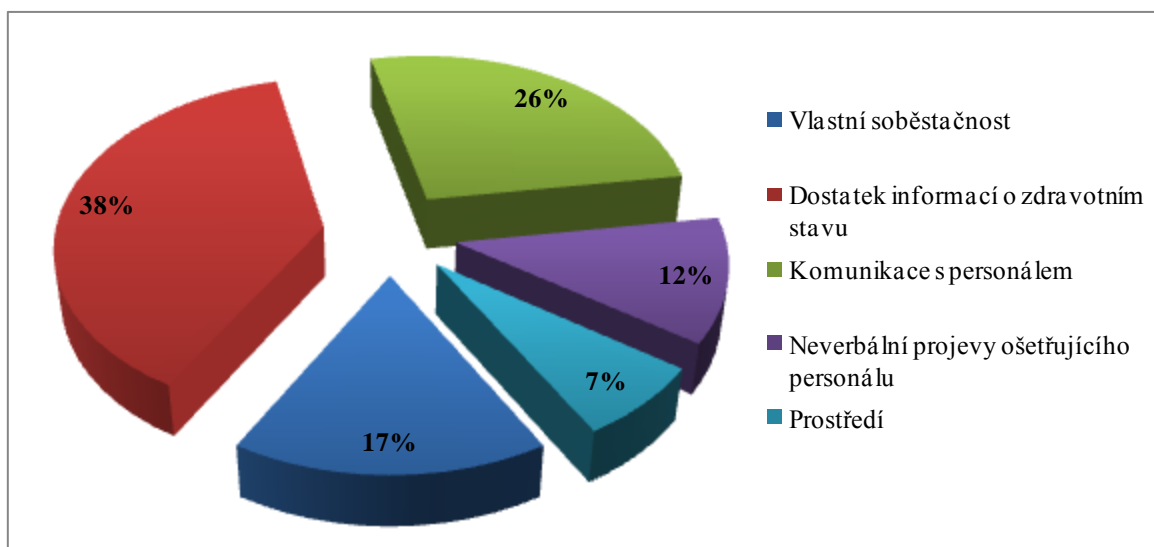
Grafem se zjistilo, co představuje pro pacienta bezpečí a jistotu, 39% uvedlo, že komunikace s ošetřujícím personálem, pro 31% je to dostatek informací, 12% klidné a tiché prostředí, 7% dodržování intimity, 5% dodržování léčebného režimu, 2% komunikace s ostatními pacienty, 2% návštěva příbuzných a 2% v nabídce jiné uvedlo včasné uzdravení nebo nespécifikovalo.

Graf 6/11: Z čeho máte během hospitalizace největší obavy? (v %)



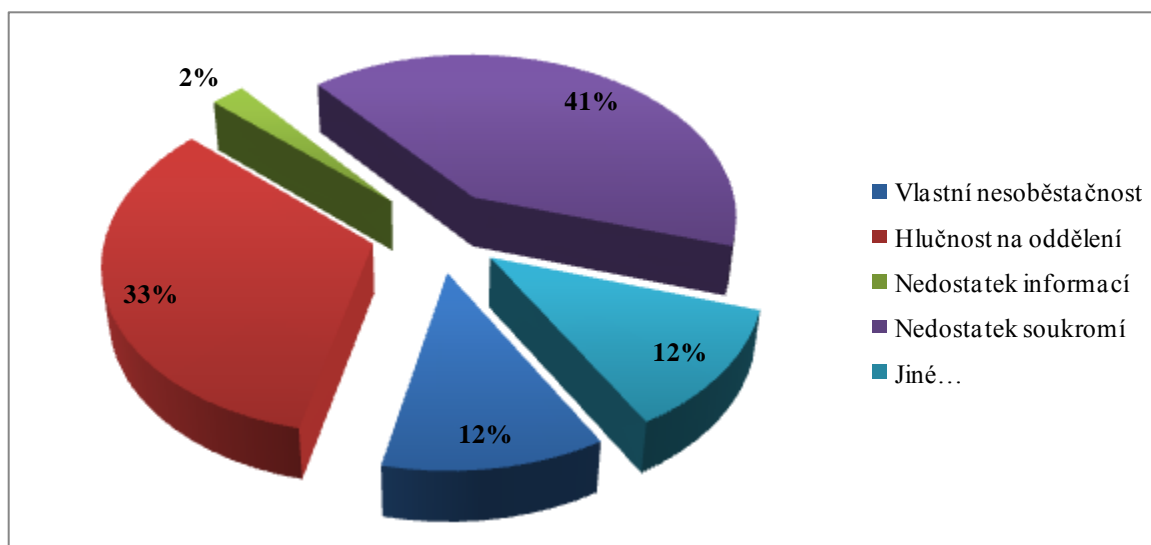
Graf znázorňuje, z čeho mají pacienti během hospitalizace obavy. 33% ze svého zdravotního stavu, 22% z chodu rodiny v jejich nepřítomnosti, 19% z diagnostických nebo léčebných postupů, 12% nemá obavy, 7% z pochybení personálu, 5% z období propuštění domů a 2% uvedlo odpověď jiné.

Graf 7/12: Co vnímáte jako pozitivní při uspokojování potřeb na oddělení? (v %)



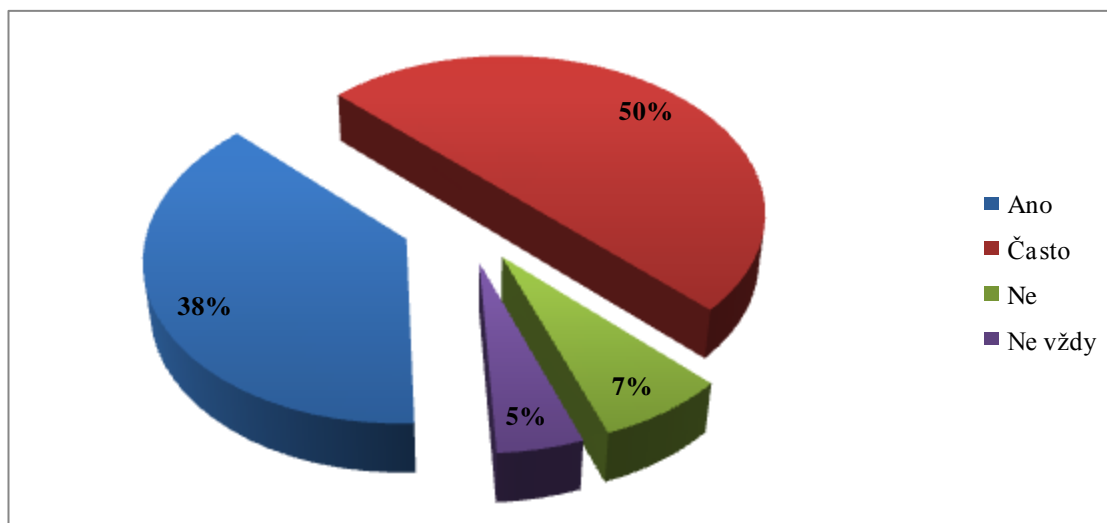
38% uvedlo, že je to dostatek informací o zdravotním stavu, 26% komunikaci s personálem, 17% vlastní soběstačnost, 12% neverbální projevy ošetřujícího personálu a 7% uvedlo prostředí.

Graf 8/13: Co vnímáte jako negativní při uspokojování potřeb na tomto oddělení? (v %)



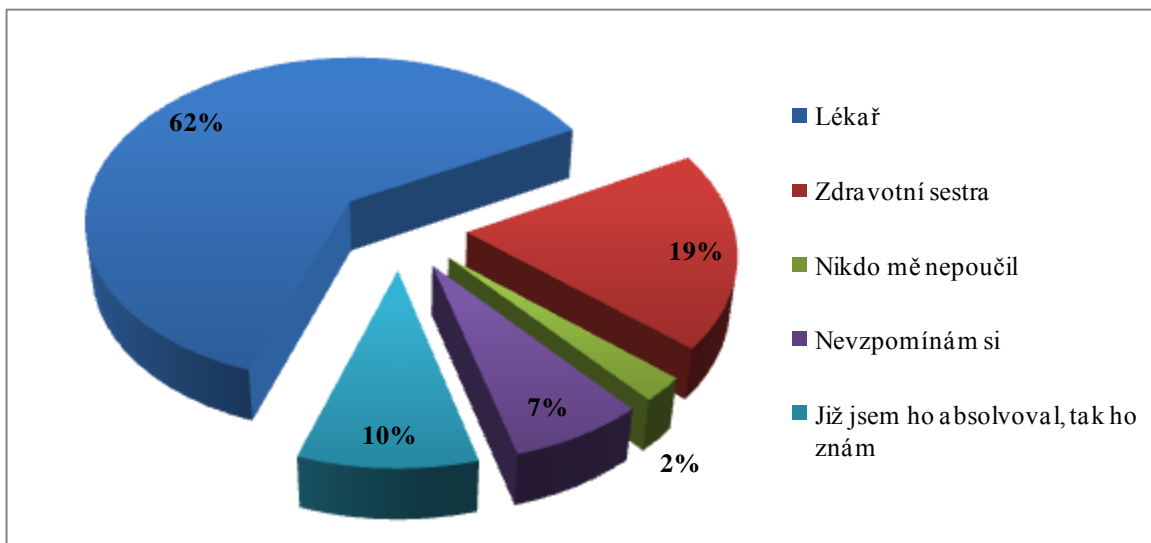
V grafu 41% uvedlo nedostatek soukromí, 33% hlučnost na oddělení, 12% vlastní nesoběstačnost, 12% uvedlo jiné, bohužel nespecifikovali a 2% nedostatek informací.

Graf 9/15: Ověřuje si personál při kontaktu s Vámi totožnost? (v %)



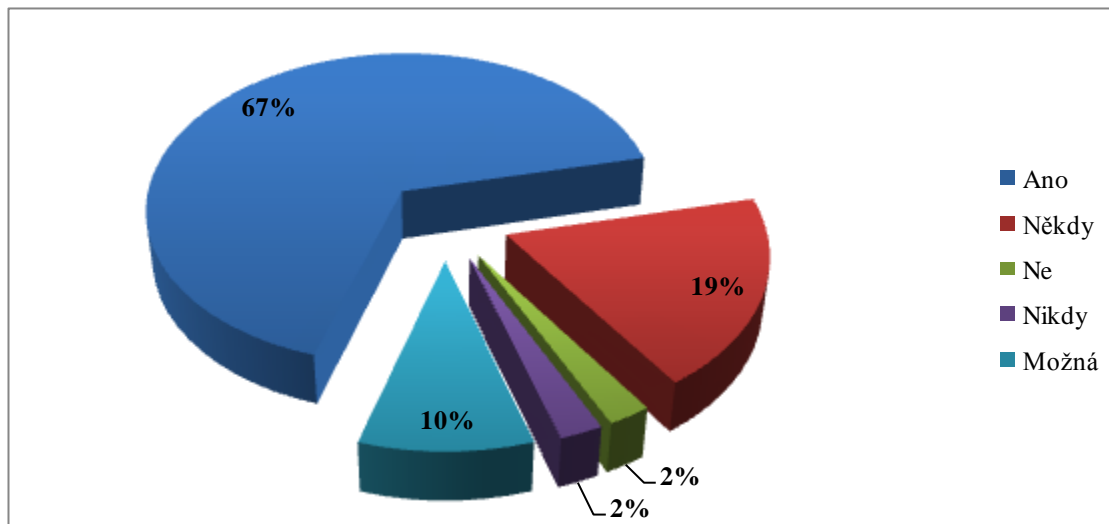
Graf znázorňuje, jak si ošetřující personál ověřuje totožnost pacienta. 50% uvedlo, že často, 38% ano, 7% ne a 5% ne vždy.

Graf 10/17: Kdo Vás poučil před vyšetřením o tom, co Vás čeká? (v %)



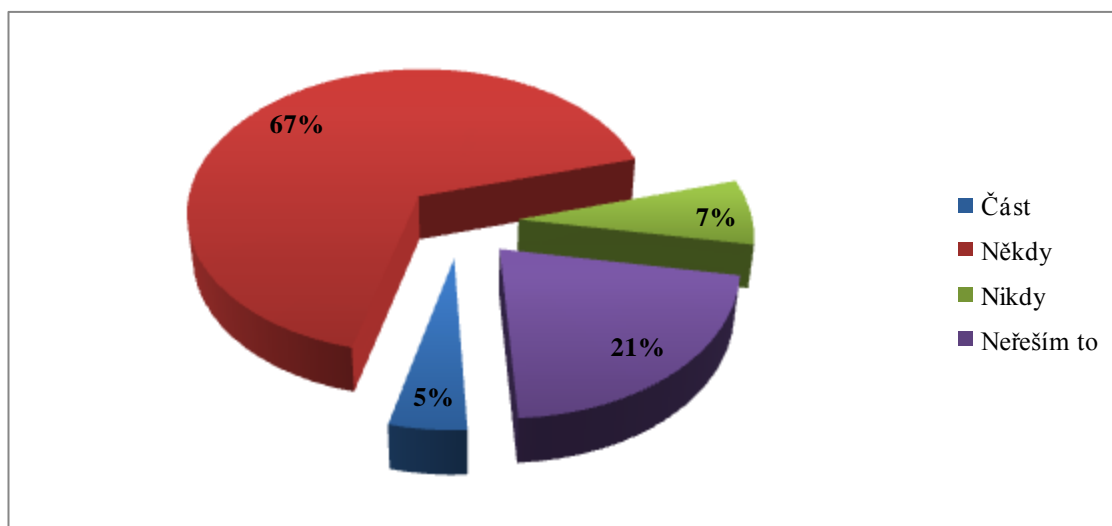
62% uvedlo, že je poučil lékař, v 19% zdravotní sestra, 10% pacientů vyšetření absolvovalo, tak má zkušenosti, 7% si nevzpomnělo, 2% nikdo nepoučil.

Graf 11/19: Je pro Vás důležitá psychická pomoc zdravotníků v průběhu léčby? (v %)



Graf znázorňuje důležitost psychické pomoci zdravotníků při léčbě. 67% respondentů uvedlo, že ano, 19% někdy, 10% možná, 2% ne a 2% nikdy.

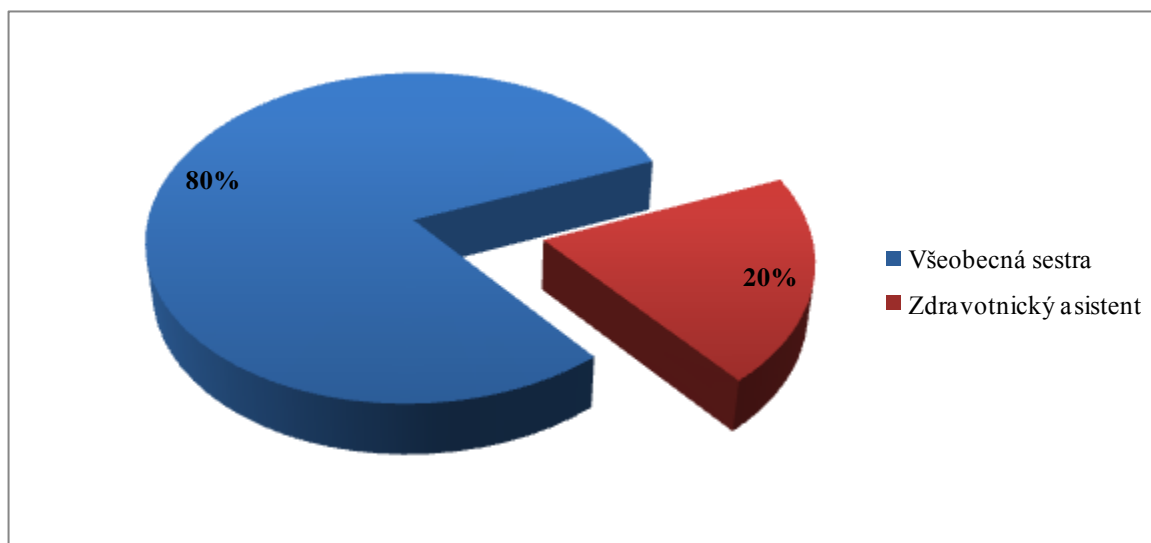
Graf 12/21: Měl jste problémy se ztrátou soukromí v průběhu hospitalizace? (v %)



Respondenti uvedli, že 67% mělo někdy problém se ztrátou soukromí, 21% to neřešilo, 7% nikdy nemělo a 5% pouze částečně.

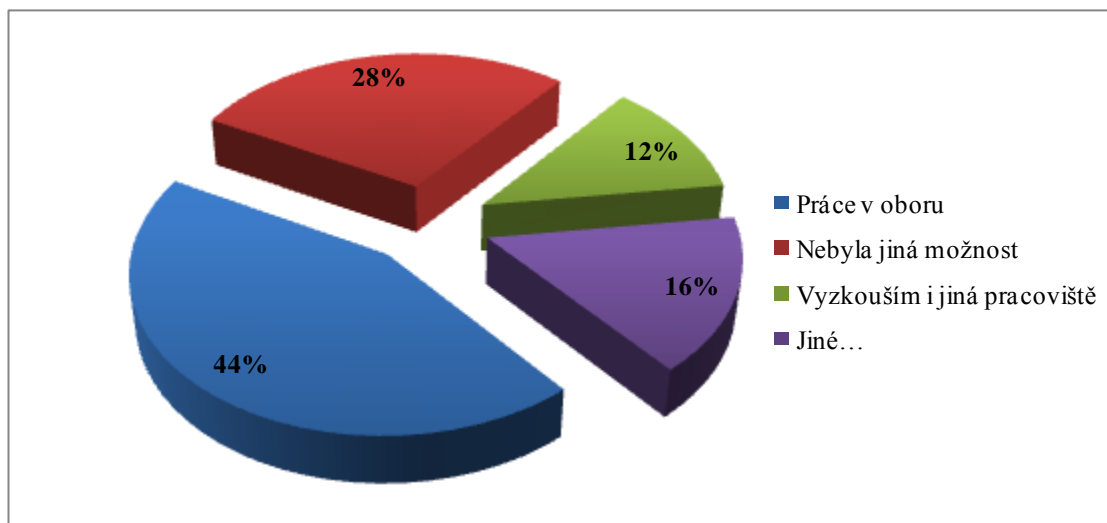
4.2 Dotazníkové šetření sestry

Graf 1/3: Pracovní zařazení (v %)



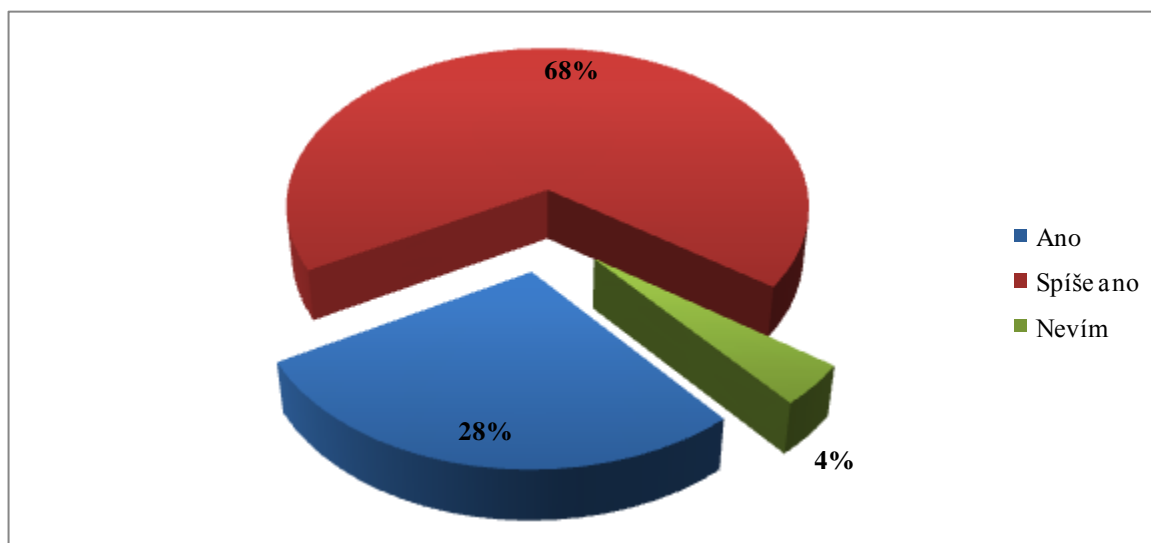
Dle grafického znázornění 80% respondentů tvoří všeobecná sestra, 20% zdravotnický asistent.

Graf 2/5: Důvod výběru tohoto pracoviště (v %)



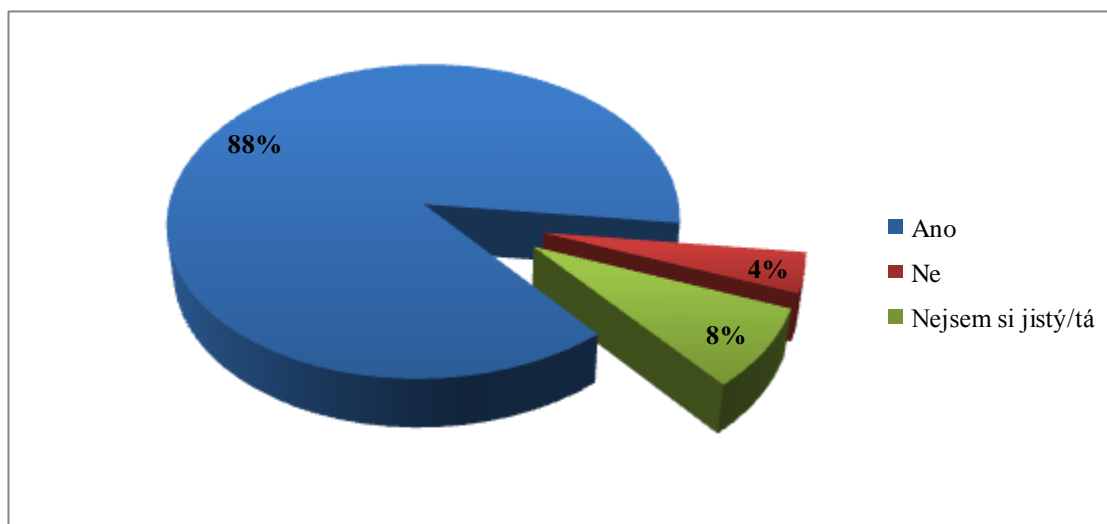
Graf znázorňuje, že z celkového počtu dotazovaných 44% vždy chtělo pracovat v oboru, pro 28% nebyla jiná možnost, 16% uvedlo, že se jim oddělení líbilo a 12% plánuje vyzkoušet i jiné pracoviště.

Graf 3/7: Je péče z pohledu nemocných vnímána jako dostatečná (v %)



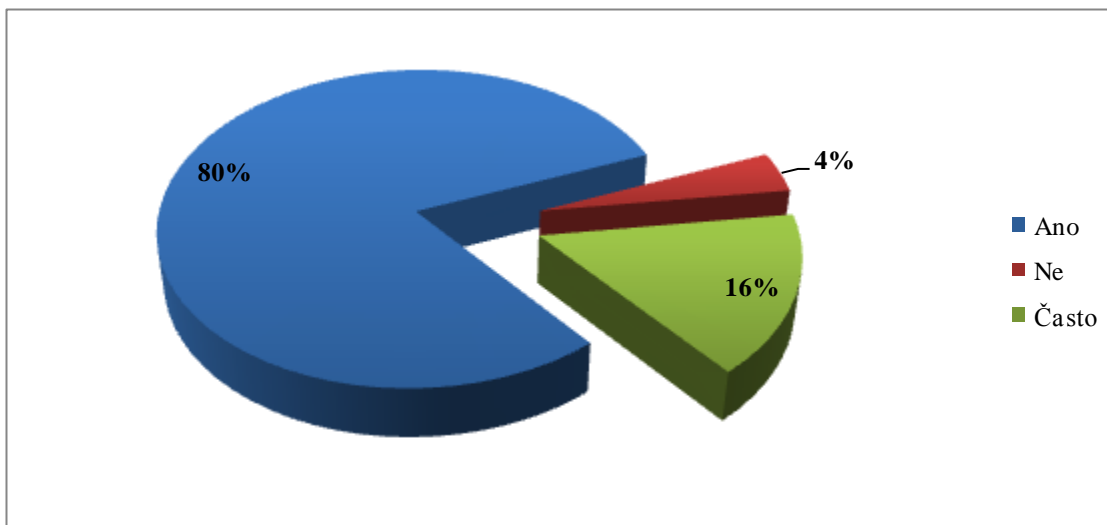
Z celkového počtu dotazovaných 68% uvádí, že péče z pohledu pacientů je vnímána jako dostatečná, 28% je spíše dostatečná a 4% neví.

Graf 4/11: Je léčba bolesti základem uspokojení potřeby jistoty a bezpečí (v %)



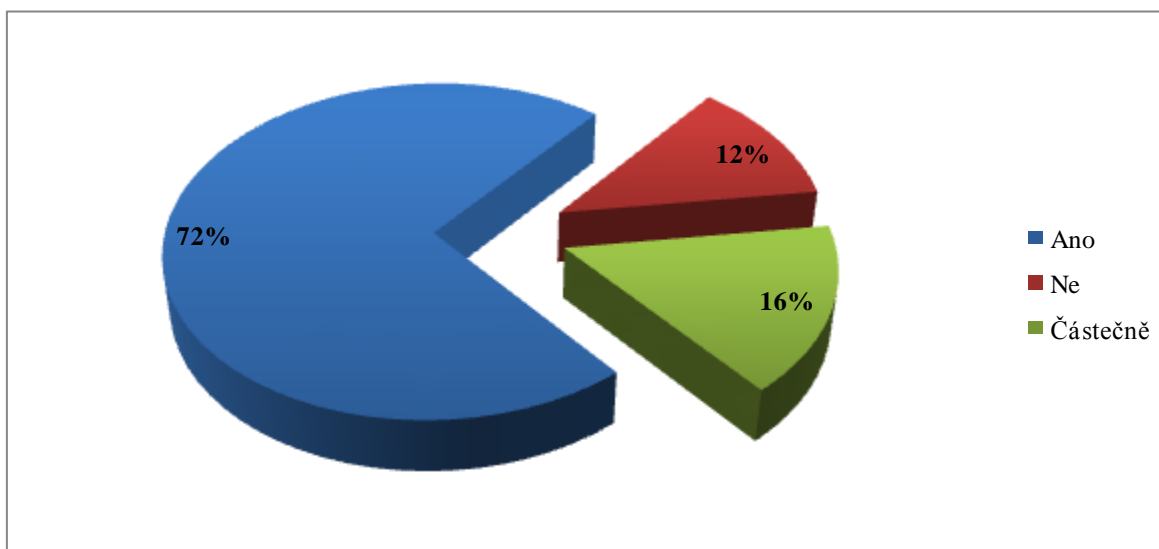
88% respondentů je přesvědčeno, že základem uspokojení potřeby jistoty a bezpečí je léčba bolesti, 8% si není jisto a 4% odpověděly záporně.

Graf 5/13: Vliv empatie na uspokojení potřeby bezpečí a jistoty (v %)



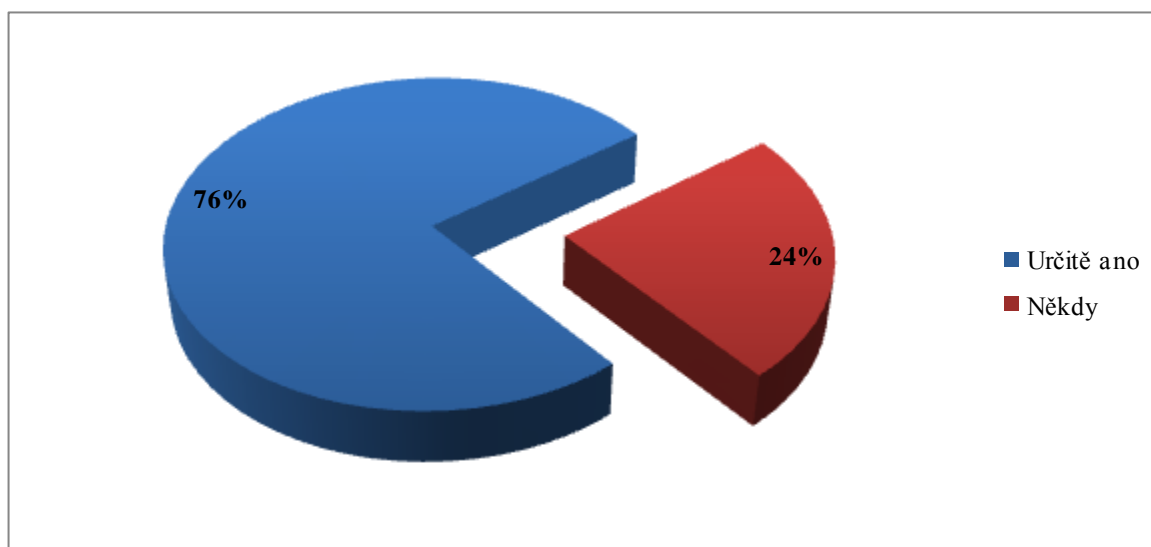
Graf znázorňuje, že z celkového počtu dotazovaných se 80% domnívá, že empatie má vliv na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, 16% často a 4% v odpovědi nesouhlasí.

Graf 6/14: Znalost mezinárodních bezpečnostních cílů (v %)



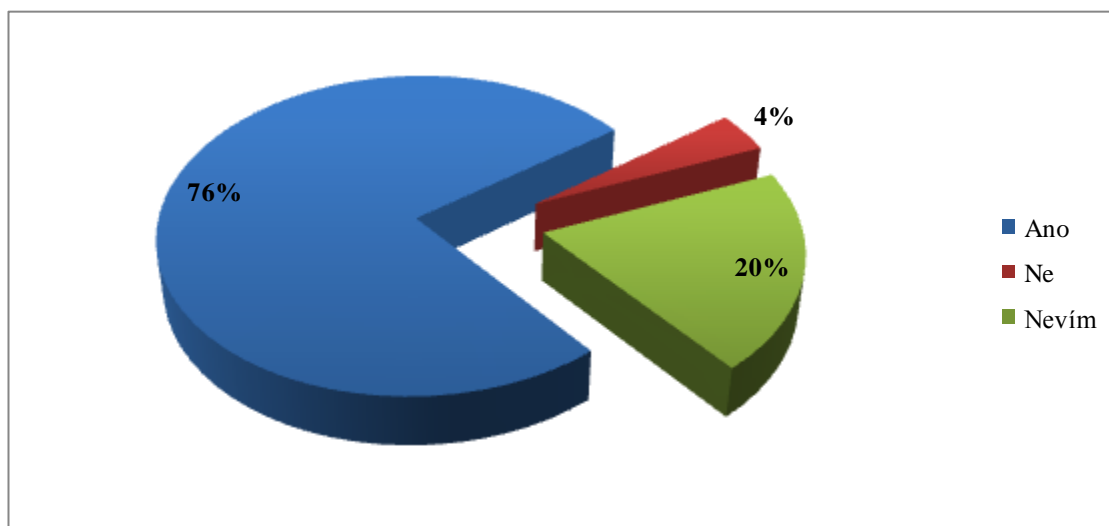
Mezinárodní bezpečnostní cíle zná 72% respondentů, 16% pouze částečně a 12% nezná.

Graf 7/15: Myslíte si, že pomáháte klientovi k dostatečnému pocitu potřeby jistoty a bezpečí (v %)



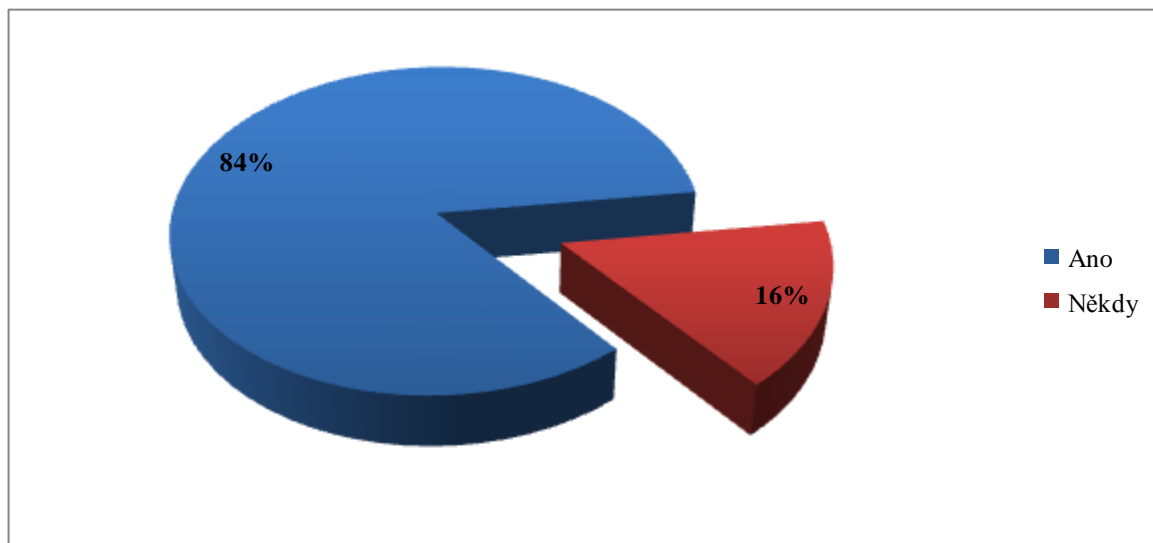
Graf znázorňuje, že 76% dotazovaných pomáhá k pocitu potřeby jistoty a bezpečí, 24% pouze někdy.

Graf 8/18: Pozitivní emocionální stavy – radost, spokojenost, jsou v průběhu hospitalizace u klientů uspokojeny (v %)



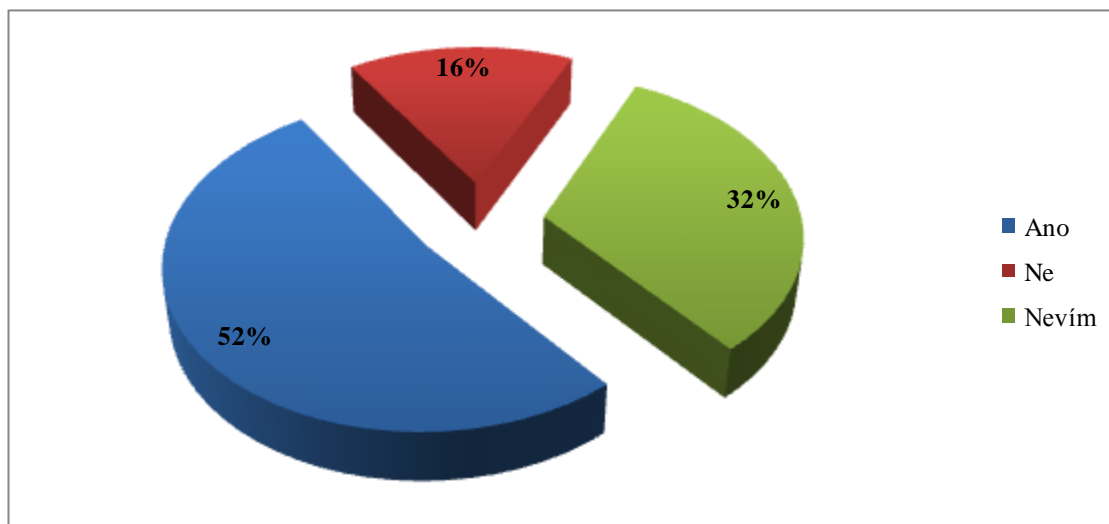
76% respondentů udává uspokojování pozitivních emocionálních stavů, 20% neví a 4% udává, že nejsou uspokojeny.

Graf 9/19: Snažíte se dosáhnout maximální důvěry ke klientovi (v %)



O dosažení maximální důvěry se snaží 84% respondentů, 16% pouze někdy.

Graf 10/20: Myslíte si, že chybí odbornost zdravotnických pracovníků o tématice jistoty a bezpečí (v %)



Graf znázorňuje, že 52% respondentů udává chybění odbornosti o tématice jistoty a bezpečí, 32% neví a 16% si myslí, že odbornost nechybí.

5. DISKUZE

Výzkumné šetření bakalářské práce se zabývalo problematikou uspokojování potřeby bezpečí a jistoty nejen z pohledu sester, ale i z pohledu hospitalizovaných pacientů. K tomuto zjišťování jsem si stanovila tři cíle.

Cíl první bylo určit jak dostatečně je uspokojována potřeba bezpečí a jistoty u hospitalizovaných pacientů. Druhý cíl měl zjistit, zda sestry při své práci dodržují mezinárodní bezpečnostní cíle. Třetí cíl měl určit, jaká je úroveň kvality ošetrovatelské péče.

K těmto cílům jsem stanovila tři hypotézy. V první hypotéze se domnívám, že sestry dodržují a splňují potřebu bezpečí a jistoty v ošetrovatelském procesu. Ve druhé hypotéze předpokládám, že pacienti mají uspokojenou potřebu bezpečí a jistoty. Třetí hypotéza má určit, že úroveň ošetrovatelské péče odpovídá požadavkům hospitalizovaných pacientů.

Dotazníky byly rozdány ošetřujícímu personálu i pacientům. Dotazníků sestřím a zdravotnickým asistentům, složeného z ženského i mužského pohlaví, bylo celkem rozdáno 30, podle počtu pracovníků nelékařských profesí na tomto oddělení. 5 jich zůstalo nevyplněných, ke zpracování výsledků bylo použito 25 dotazníků. Někteří odmítli vyplnit, důvod nevedli. Dotazník obsahoval 20 otázek.

Dotazníků pacientům bylo rozdáno 50, vráceno vyplněných bylo 42. Pacienti na tomto oddělení odpovídali pouze někteří, vzhledem ke zdravotnímu stavu, který jim nedovolil adekvátně odpovídat. Tento dotazník obsahoval 25 otázek.

Úvodní otázky v dotazníku sester ukazují poměr zaměstnanců podle pracovního zařazení, kteří se vyplňování zúčastnili. Odpovídalo 80% všeobecných sester a 20% zdravotnických asistentů.

Vzhledem k náročnosti práce na neurologickém oddělení (graf č. 2), 44% respondentů odpovědělo, že vždy chtělo pracovat v tomto oboru, uvědomovalo si tedy při nástupu specifiku a variabilitu činností. Pro 28% nebyla jiná možnost výběru oddělení a 12% plánuje vyzkoušet i jiná pracoviště. Překvapilo mě, že 16% odpovědí

se zařadilo do nabídky jiné, což je kolektivní změna pracoviště, přecházení z jiného pracoviště nebo jen proto, že se respondentovi toto oddělení líbilo.

Jak péči z pohledu pacientů vnímá zdravotník? 68% je přesvědčeno, že péče o nemocné je posuzována spíše pozitivně, 28% že je vnímána dostatečně a 4% zdravotníků odpovědělo, že neví. Negativních odpovědí bylo minimum, domnívám se, že odpovědi jsou uspokojující, protože podle tvrzení Vymětala, jakýkoliv konflikt mezi pacienty a ošetrujícím personálem je pro uspokojování potřeby bezpečí a jistoty nežádoucí.

Podle respondentů z řad ošetrujícího personálu, je léčba bolesti základem uspokojené potřeby jistoty a bezpečí, protože 88% odpovědělo, že ano, 8% si není jisto a pouze 4% odpovědělo záporně. Podle E. Trachtové je bolest spouštěč dalekosáhlých změn v celém organismu, lékař i sestra mohou svým jednáním tento stav zmírnit nebo vystupňovat. Empatický zdravotník dokáže uspokojit potřebu jistoty a bezpečí u hospitalizovaných pacientů. 80% odpovědělo, že empatie má vliv na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, 16% odpovědělo, že často a 4%, že empatie nemá vliv na uspokojení potřeby.

Předpokládala jsem znalost bezpečnostních cílů, ale pouze 72% dotazovaných odpovědělo kladně, 16% udává znalost částečnou a 12% nezná mezinárodní bezpečnostní cíle.

Z šetření vyplynulo, že 76% oslovených zdravotníků určitě ano napomáhá k dostatečnému pocitu potřeby jistoty a bezpečí u nemocných a 24% napomáhá pouze někdy. Vzhledem k jednotlivému složení nemocných neurologického oddělení je toto zjištění pozitivem, zdravotník dokáže odhadnout možnosti jednotlivých pacientů a tak s nimi i pracovat. Pozitivní emocionální stavy jsou uspokojeny převážně kladně podle 76% respondentů, 20% neví, zda jsou uspokojovány a 4% odpovědělo, že nejsou. Zde určitě záleží na momentální pracovní situaci odpovídajícího, v každém případě je jistě přiměřený vysoký počet kladných odpovědí.

Na otázku, zda se personál snaží dosáhnout maximální důvěry k pacientovi, což přineslo kladnou odpověď v 84% a pouze někdy odpovědělo 16%. N. Hayesová uvádí důvěru jako základní pilíř vzájemného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem.

Poslední dotaz zjišťoval odbornost zdravotnických pracovníků v tematicce jistoty a bezpečí, 52% odpovědělo, že chybí znalosti, 32% neví a 16% udalo, že nechybí. Velké procento záporných odpovědí svědčí o tom, že ošetrovatelský proces je i pro zdravotníky proces dlouhodobý a otázka studia a vzdělání v jednotlivých potřebách je nutnost.

Hypotéza č. 1 Sestry dodržují a splňují potřeby bezpečí a jistoty se potvrdila. I když v posledním grafu sestry odpověděly na odbornost týkající se této potřeby většinou záporně, ostatní šetření v dotazníku pro sestry potvrdilo, že komunikací a přístupem splňují pro nemocné požadavek cítit se v nemocnici bezpečně.

V dotazníkovém šetření u pacientů úvodní dotaz zjišťoval způsob přijetí pacientů do nemocnice. Respondenti v tomto případě shodně odpověděli, že u 50% bylo plánované a u 50% neplánované přijetí do nemocnice. Domnívám se, že toto bude základním výchozím bodem šetření, protože podle způsobu přijetí se odvíjí většinou celý další průběh hospitalizace.

To ukázal i další graf, jaké pocity měli pacienti při přijetí na neurologické oddělení. Zde nejvíce odpovídalo, 29%, že měli strach, 24% bylo klidných, 19% se cítilo v bezpečí, 14% bylo nejistých a 2% respondentů se cítilo ohroženo. Zde rozdělení odpovědí vypovídá o variabilitě neurologických pacientů, protože jednotlivá onemocnění mají i rozličné chápání momentální situace. Často jsou dezorientováni časem, místem i prostorem.

Potěšilo mě tvrzení, že pacienti na tomto oddělení mají dostatek informací o průběhu léčby, protože 69% odpovědělo, že spíše ano, 27% že ano a pouze 2% odpovědělo ne a 2% spíše ne. Je to velmi důležité zjištění, i když každý pacient je informován, někteří zřejmě vzhledem ke svému zdravotnímu stavu to chápou jinak, někteří to prostě zapomenou. Kvalitně a dostatečně podaná informace splňuje uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.

Na otázku, kdo pacientovi poskytuje nejvíce informací, 69% je to lékař, v 24% zdravotní sestry a 7% uvedlo, že ostatní pacienti. Je samozřejmě v pořádku, že nejvíce odpovědělo, že lékař. Sestra s pacientem tráví během služby nejvíce času, každá jistě

zná spoustu informací o léčbě, avšak nemá kompetence k podávání informací o průběhu léčby. Otázkou též je, jaké informace si vzájemně podávají pacienti.

Co pro pacienta představuje bezpečí a jistotu při pobytu v nemocnici? Nejvíce 39% odpovědělo, že je to komunikace s ošetřujícím personálem a hned 31% navazuje dostatkem informací. 12% dává přednost tichému a klidnému prostředí, 7% odpovědělo, že dodržování intimity, 2% návštěvy příbuzných a 5% dodržování léčebného režimu. 2% odpovědělo, že komunikace s jinými pacienty a odpověď jiné znamená například včasné uzdravení. I toto ukazuje na variabilitu neurologických nemocných a i zde hodně záleží s jakou diagnózou a v jaké fázi léčebného procesu se pacient právě nacházel.

Největší obavy při hospitalizaci má 33% respondentů ze svého zdravotního stavu, 22% z chodu rodiny v jejich nepřítomnosti, 19% z diagnostických nebo léčebných postupů, 12% nemá obavy, 7% z pochybení personálu, bez bližší specifikace, 5% z období propuštění domů a 2% označilo nabídku jiné, avšak blíže odpověď nespecifikovalo.

Pozitivem při uspokojování potřeb na neurologickém oddělení se ukázalo, že pro 38% je prioritní dostatek informací o zdravotním stavu, 26% uvedlo komunikaci s personálem. I neverbální projevy jsou důležité, jak uvedlo 12% respondentů. Vlastní soběstačnost na neurologickém oddělení vidí pozitivně 17% pacientů a určitě má vliv i prostředí, to uvedlo 7% pacientů. Všechna tato pozitiva mají vliv na průběh uzdravování. Odpovědi dokazují, jak je důležité komunikovat s pacienty, podporovat a dávat najevo, že ošetřovatelský tým má o jeho potřeby zájem.

Naopak negativem se při uspokojování potřeby jistoty a bezpečí podle nemocných jeví nedostatek soukromí, to uvedlo 41% pacientů. V pořadí další je hlučnost na oddělení, nelíbí se 33% respondentům a vlastní nesoběstačnost uvedlo 12% respondentů. Ostatní 12% odpovědí bylo nespecifikováno a 2% uvedlo jako negativní nedostatek informací. M. Venglářová v Komunikace pro zdravotní sestry upozorňuje i na používání odborných termínů, je důležité si ověřit, zda pacient danému výrazu správně rozuměl.

Otázkou z mezinárodních bezpečnostních cílů, identifikace pacientů a s tím související ověřování totožnosti. Nejvíce, 50% respondentů odpovědělo, že často, 38%

odpovědělo ano, ne vždy 5% a ne 7%. Je zřejmé, že tento cíl personál dokáže při svých činnostech plnit.

K informovanosti pacientů před vyšetřením 62% respondentů uvedlo, že poučení provedl lékař, v 19% zdravotní sestra, 10% respondentů uvedlo, že již vyšetření absolvovali, tak ho znají a 7% si nemohlo vzpomenout, kdo je poučil a 2% respondentů dokonce nepoučil nikdo. Jen řádně informovaný pacient je dostatečně připraven k vyšetření, cítí se bezpečně.

Hypotéza č. 2 Pacienti mají uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí se potvrdila. Jednotlivé výsledky šetření pacientů ukázaly, že v průběhu hospitalizace se pacienti na neurologickém oddělení cítí bezpečně. Opakovaně šetření ukázalo, že komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem je velmi důležitá a splňuje pro pacienty požadavek potřeby bezpečí a jistoty.

Hypotéza č. 3 Úroveň ošetrovatelské péče odpovídá požadavkům hospitalizovaných pacientů se na základě vyhodnocení obou dotazníkových šetření potvrdila. Opakovaně pacienti potvrdili, že jsou spokojeni s průběhem ošetřování a péče na neurologickém oddělení. Šetření ukázalo, že velký důraz pacienti vyžadují u zajištění soukromí. Uspokojení potřeby a jistoty napomáhá a urychluje proces uzdravování se, zkracuje hospitalizaci.

6. ZÁVĚR

Uspokojování potřeb nemocných se vzhledem k náročnosti ošetrovatelské péče, individualitě pacienta a v neposlední řadě i k přihlédnutí k onemocnění stává nejdůležitější oblastí poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce byla zaměřena na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí z pohledu hospitalizovaných pacientů i z pohledu sester. Probíhala u neurologických pacientů, kteří často vzhledem ke ztrátě orientace, řeči či vědomí neadekvátně reagují a pak je důležitý přístup ošetřujícího personálu, aby dokázal pacientovi pomoci profesionálním způsobem. Byly stanoveny tři cíle, první měl určit do jaké míry je u hospitalizovaných pacientů uspokojována potřeba bezpečí a jistoty, druhý, zda sestry dodržují mezinárodní bezpečnostní cíle a třetí cíl sledoval úroveň kvality ošetrovatelské péče.

K cílům byly přiřazeny tři hypotézy. Hypotéza č. 1, zda sestry dodržují a splňují potřebu bezpečí a jistoty. Hypotéza č. 2, zda pacienti mají uspokojenou potřebu bezpečí a jistoty a hypotéza č. 3, zda úroveň ošetrovatelské péče odpovídá požadavkům hospitalizovaných pacientů.

Šetření ukázalo, že všechny tři hypotézy byly potvrzeny. Sestry v ošetrovatelském procesu dodržují a splňují potřebu bezpečí a jistoty. Většina dotazovaných potvrdila dostatečný zájem personálu o zdravotní stav pacienta, při přijetí na oddělení i v průběhu pobytu v nemocnici. Sestry prokázaly znalosti mezinárodních bezpečnostních cílů, protože nejen správná identifikace, komunikace mezi zdravotníkem a pacientem či prevence pádu pacienta jsou měřítkem kvality ošetrovatelské péče. Šetření ale též ukázalo, že chybí odbornost zdravotnických pracovníků v tematice jistoty a bezpečí. Pacienti naopak velmi oceňují individuální přístup, verbální i neverbální projevy personálu oddělení, informace o zdravotním stavu, komunikaci s personálem.

Výsledky práce budou poskytnuty vedoucím pracovníkům neurologického oddělení ÚVN Praha, kde šetření probíhalo. Může se stát podkladem pro další zkvalitňování ošetrovatelské péče a zamyšlením se nad problematikou potřeb

nemocných, tématem seminářů i publikací. Management oddělení může výsledky šetření použít i pro zlepšení prostředí pro pacienty, týkající se hlavně klidu na oddělení a zajištění soukromí pacientů.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S. HAVELKOVÁ, J. JIČÍNSKÁ, K. KOMÍNKOVÁ, J. *Role sestry specialistky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 102 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 488 - 7
2. BOTÍKOVÁ, A. *Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech*. *Sestra*, 2009, 19. ročník, 6. číslo, s. 27-28. ISSN 1210 - 0404
3. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80 – 247 – 0242 - 8
4. GULÁŠOVÁ, I. *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry*. *Sestra*, 2004, 14. ročník, 6. číslo, s. 8-9. ISSN 1210 - 0404
5. HAYESOVÁ, N. *Aplikovaná psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 166 s. ISBN 80 – 7178 – 763 - 9
6. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 - 9
7. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978 – 80 – 147 – 2069 - 2
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80 – 7178 – 774 - 4

9. MAREČKOVÁ, J. *NANDA – internacionální diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská universita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80 – 7368 – 109 - 9
10. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy NANDA v doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 246 s. ISBN 80 – 247 – 1399 - 3
11. MARX, D. STANĚK, I. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 288 s. ISBN 80 – 247 – 0629 - 6
12. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 457 - 3
13. MIKŠÍK, O. *Hromadné psychické jevy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 269 s. ISBN 80 – 246 – 0930 - 4
14. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80 – 7013 – 420 – 8
15. PRUDIL, L. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*. 4. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 77s. ISBN 80 – 7013 – 433 – X
16. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 50 s. ISBN 80 – 1713 – 269 - 9
17. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 47 s. ISBN 80 – 7013 – 270 - 1

18. ŠARMÁNKOVÁ, M. HUŠKOVÁ, M. MATOUŠOVIC, K. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80 – 246 – 0477 – 9
19. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80 – 7013 – 419 – 4
20. ŠKRLA, P. ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2616 - 8
21. TÓTHOVÁ, V. et. al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978 – 80 – 7387 – 286 - 1
22. TRACHTOVÁ, E. et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 - 4
23. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
24. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80 – 247 – 1198 – 2
25. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80 – 7178 – 740 – X

8. KLÍČOVÁ SLOVA

potřeba

jistota a bezpečí

pacient

sestra

ošetřovatelská péče

ošetřovatelství

komunikace

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Maslowova pyramida

Příloha 2: Bio-psych-sociální model nemoci

Příloha 3: Práva pacientů ČR

Příloha 4: Dotazník pro pacienty

Příloha 5: Dotazník pro sestry

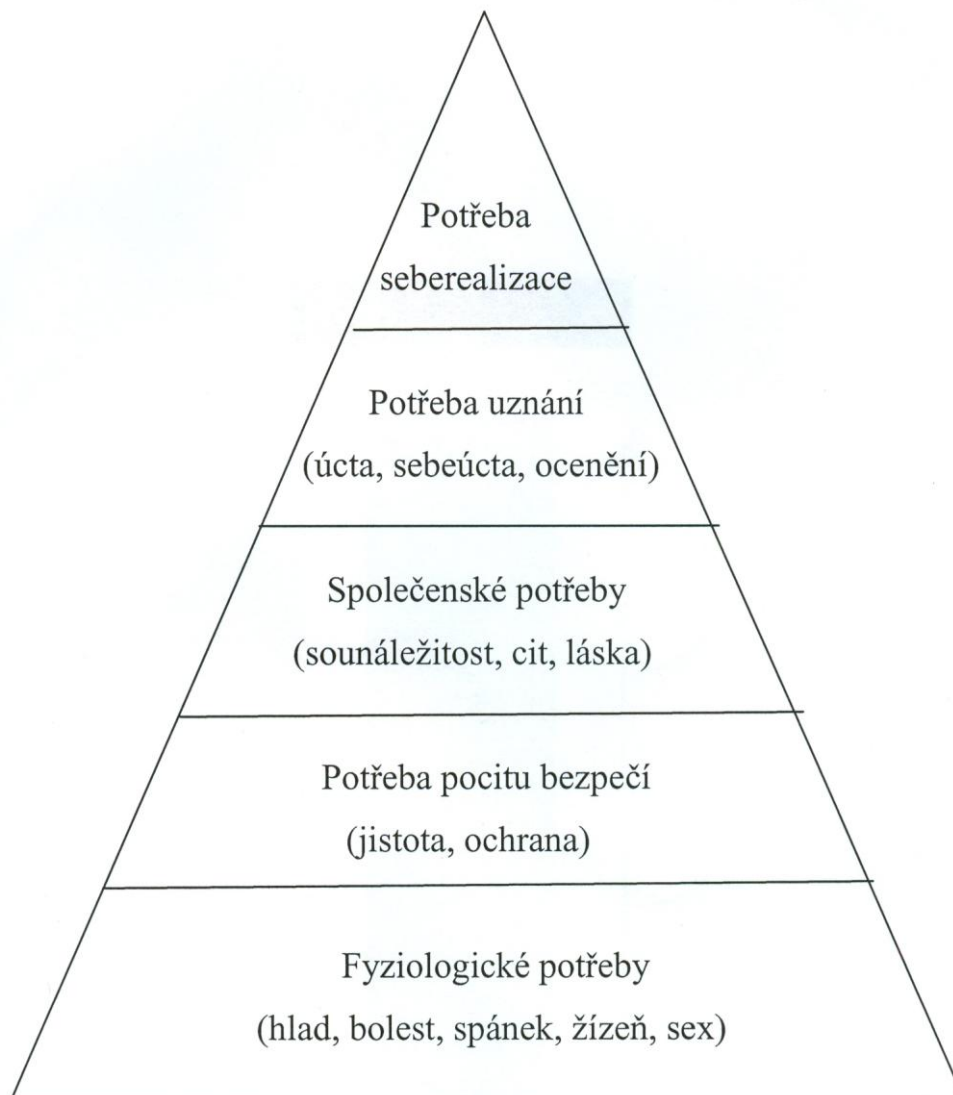
Příloha I

Maslowova pyramida

TRACHTOVÁ, E.et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno:

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s.

ISBN 80 – 7013 – 324 - 4



Příloha 2

Bio-psycho-sociální model nemoci - TRACHTOV Á, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 - 4



Příloha 3

Práva pacientů ČR - <http://www.mpsv.cz/cs/840>

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Jeli to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu

k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla. po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Příloha č. 4

Vážený dotazovaný, dotazovaná

Jmenuji se Ilona Roubová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Potřeba bezpečí a jistoty z pohledu sestry a hospitalizovaných pacientů.“ Prosím pouze o označení, popřípadě stručné doplnění k otázce. Pokud nebude uvedeno jinak, označte prosím odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru. Vaše spolupráce při vyplnění dotazníku je zcela dobrovolná a děkuji za Vaši ochotu a trpělivost.

1. Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) do 25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-50 let
- d) 51-65 let
- e) 66 a více

3. Vaše přijetí do nemocnice bylo:

- a) plánované
- b) neplánované

4. Jak by jste charakterizoval/la Vaše pocity při přijetí.

- a) strach

- b) nejistota
- c) cítil/la jsem se ohrožený/ná
- d) cítil/la jsem se v bezpečí
- e) klid
- f) důvěra v personál
- g) jiné.....

5. Máte dostatek informací o průběhu léčby:

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

6. Kdo Vám o průběhu Vaší léčby poskytuje informace pro Vás nejvíce důležité?

- a) lékaři
- b) zdravotní sestry
- c) ostatní pacienti
- d) moji blízcí
- e) jiné.....

7. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

- a) uspokojující
- b) částečně uspokojující
- c) zneklidňující
- d) částečně neuspokojující
- e) neuspokojující
- f) ztracený

8. Máte při pobytu na tomto oddělení pocit bezpečí?

- a) ano

- b) ne
- c) jiné.....

9. Co pro Vás představuje bezpečí a jistotu při pobytu v nemocnici?

- a) komunikace s ošetřujícím personálem
- b) dostatek informací
- c) komunikace s ostatními pacienty
- d) klidné a tiché prostředí
- e) dodržování intimity (dodržování osobní zóny)
- f) návštěvy příbuzných
- g) dodržování léčebného režimu
- h) jiné.....

10. Je personál ochotný naslouchat Vám?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

11. Z čeho máte během hospitalizace největší obavy?

- a) ze svého zdravotního stavu
- b) z diagnostických nebo léčebných postupů
- c) z pochybení personálu
- d) z období propuštění domů
- e) z chodu rodiny v mé nepřítomnosti
- f) nemám obavy
- g) jiné.....

12. Co vnímáte jako pozitivní při uspokojování potřeb na tomto oddělení?

- a) vlastní soběstačnost

- b) dostatek informací o zdravotním stavu
- c) komunikace s personálem
- d) neverbální projevy ošetřujícího personálu (úsměv, dotyk...)
- e) prostředí
- f) jiné.....

13. Co vnímáte jako negativní při uspokojování potřeb na tomto oddělení?

- a) vlastní nesoběstačnost
- b) nevšímavost personálu
- c) hlučnost na oddělení
- d) nedostatek informací
- e) nedostatek soukromí
- f) jiné.....

14. Znáte důvod, proč nosíte na ruce identifikační náramek?

- a) ano
- b) ne

15. Ověřuje si personál při kontaktu s Vámi totožnost?

- a) ano
- b) často
- c) ne
- d) ne vždy

16. Děláte pro udržení svého zdraví maximum?

- a) ano
- b) možná
- c) ne
- d) je mi to jedno

17. Kdo Vás poučil před vyšetřením o tom, co Vás čeká?

- a) lékař
- b) zdravotní sestra
- c) nikdo mě nepoučil
- d) nevzpomínám si
- e) již jsem ho absolvoval, tak ho znám
- f) jiné.....

18. Jaké máte zkušenosti z pobytu v nemocnici z předchozích hospitalizací?

- a) pozitivní
- b) částečně pozitivní
- c) negativní
- d) částečně negativní
- e) žádné

19. Je pro Vás důležitá psychická pomoc zdravotníků v průběhu léčby?

- a) ano
- b) někdy
- c) ne
- d) nikdy
- e) možná

20. Cítíte se izolován vzhledem ke své chorobě?

- a) často
- b) někdy
- c) nikdy

21. Měl jste problémy se ztrátou soukromí v průběhu hospitalizace?

- a) část

- b) někdy
- c) nikdy
- d) neřeším to

22. Máte pocit, že Vás zdravotníci dokážou pochválit a povzbudit?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy
- d) nevím

23. Jak hodnotíte úroveň bezpečí v nemocnici?

- a) cítím se bezpečně
- b) nehodnotím to

24. Dokážete otevřeně hovořit o svém strachu v průběhu léčby?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy
- d) žádný nemám

25. Reagoval jste někdy v průběhu léčby ze strachu nebo úzkosti agresivitou?

- a) ano
- b) někdy
- c) ne
- d) nikdy
- e) nevím

Příloha č. 5

Vážená kolegyně, kolego,

Jmenuji se Ilona Roubová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Potřeba bezpečí a jistoty z pohledu sestry a hospitalizovaných pacientů.“ Prosím pouze o označení, popřípadě stručné doplnění k otázce. Pokud nebude uvedeno jinak, označte prosím odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru. Vaše spolupráce při vyplnění je zcela dobrovolná a děkuji za Vaši ochotu a trpělivost.

1. Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 a více

3. Jaké je Vaše zařazení?

- a) všeobecná sestra
- b) sestra bakalářka
- c) sestra magistra
- d) zdravotnický asistent

e) jiné.....

4. Co ovlivnilo výběr Vašeho povolání?

- a) vždy jsem chtěl/la být zdravotní sestrou
- b) rodinná tradice
- c) méně náročné studium než na jiných školách
- d) jiné.....

5. Toto pracoviště jste si vybral/la:

- a) vždy jsem chtěl/la pracovat v oboru
- b) nebyla jiná možnost
- c) vyzkouším i jiná pracoviště
- d) jiné.....

6. Jaký je Váš přístup k nemocným?

- a) individuální
- b) rutinní
- c) podle nálady
- d) podle sympatií
- e) podle onemocnění
- f) profesionální
- g) přátelský

7. Je Vaše péče z pohledu nemocných vnímána jako dostatečná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

8. Víte, jak uspokojíte potřebu bezpečí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

9. Uspokojujete potřebu bezpečí u nemocných dostatečně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

10. Informujete nemocného před jednotlivými úkony, které u něj provádíte?

- a) ano
- b) vždy
- c) někdy
- d) podle nálady
- e) podle časového intervalu
- f) ne, je to věc lékaře

11. Je léčba bolesti základem uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistý/ta

12. Má neuspokojená potřeba bezpečí a jistoty vliv na emocionální stav nemocného?

- a) ano
- b) spíše ano

- c) ne
- d) spíše ne

13. Má empatie vliv na uspokojení potřeby bezpečí a jistoty?

- a) ano
- b) ne
- c) často

14. Znáte mezinárodní bezpečnostní cíle?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

15. Myslíte si, že pomáháte klientovi k dostatečnému pocitu potřeby jistoty a bezpečí?

- a) určitě ano
- b) někdy
- c) ne
- d) vůbec ne
- e) nezajímá mě to

16. Víte co je „syndrom vyhoření“?

- a) ano
- b) nikdy jsem to neslyšel/la
- c) zdravotníků se to netýká
- d) jiné.....

17. Myslíte si, že klienty chválíte?

- a) často
- b) někdy
- c) nikdy

18. Pozitivní emocionální stavy – radost, spokojenost, jsou v průběhu hospitalizace u klientů uspokojeny?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Snažíte se dosáhnout maximální důvěry ke klientovi?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

20. Myslíte si, že chybí odbornost zdravotnických pracovníků o tematice jistoty a bezpečí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím