



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Saturace psychosociálních potřeb u pacientů
hospitalizovaných na chirurgických oddělení**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Miroslava Kohoutová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Saturace psychosociálních potřeb u pacientů hospitalizovaných na chirurgických oddělení“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.6.2022

.....

Bc. Miroslava Kohoutová

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat své vedoucí práce Mgr. Lence Šedové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost, vstřícný přístup, které mi při zpracování diplomové práce věnovala. Poděkování patří všem respondentům, kteří věnovali čas na realizaci rozhovoru a podělili se o svůj názor ke zpracování empirické části práce. Největší poděkování patří mé rodině, které vděčím za trpělivost a podporu při studiu.

Saturace psychosociálních potřeb u pacientů hospitalizovaných na chirurgických oddělení

Abstrakt

Podle holistického přístupu, by se ošetrovatelský tým měl soustředit na celou bio-psycho-sociální složku nemocného a nejenom na saturování fyziologických potřeb. Diplomová práce se zabývá problematikou naplňování psychosociálních potřeb u pacientů hospitalizovaných na chirurgických oddělení. Základ péče o pacienty tvoří ošetrovatelský proces, který umožňuje všeobecným sestřám získávat důležité informace o pacientech a zdokonalovat ošetrovatelskou péči.

V teoretické části diplomové práce jsou popsány základy oboru chirurgie a jsou zde specifikovány psychosociální potřeby. V praktické části je prezentována metodika a výsledky výzkumného šetření.

Cílem práce bylo zhodnotit saturaci psychosociálních potřeb u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jakou roli v saturaci psychosociálních potřeb hraje pacient, jeho rodina a ošetřující personál. Jaké faktory ovlivňují saturaci potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení. K dosažení cíle byla aplikována metoda kvalitativního výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru.

Z výzkumu vyplynulo, že se pacienti ve většině případů obávají operačního výkonu a je tedy narušena jejich potřeba bezpečí a jistoty. Tuto skutečnost může ovlivnit ošetřující personál, který podá pacientům komplexní informace o onemocnění. Seznámí pacienty s prostředím, průběhem výkonu, pooperační péčí a následnou rekonvalescencí. Dále je důležité chování, podpora a vstřícný přístup personálu, který může pomoci k saturování dalších potřeb. Zdravotnický personál přispívá také k podpoře uspokojení potřeby uznání a úcty především svým přístupem a respektováním pacientovi intimity a soukromí. Potřeba lásky a sounáležitosti je saturována dobře fungující rodinou, která formuje sebeúctu a motivuje svého člena, zajišťuje podporu, ekonomické zabezpečení, ochranu a saturuje sociální potřeby. Motivace vede pacienta k saturování potřeby seberealizace a dává mu sílu překonat překážky. Bolest provází každé onemocnění a narušuje saturaci dalších potřeb, proto je nutné bolest minimalizovat. Oblast saturace spirituálních potřeb je stále vnímána jako citlivé téma.

Každý pacient je jedinečný, má odlišné potřeby, a proto by se ke každému mělo přistupovat individuálně s ohledem na identifikování a saturování jeho specifických potřeb.

Klíčová slova

Motivace, chirurgická péče, ošetrovatelská péče, pacient, psychosociální potřeby, saturace potřeb

Saturation of psychosocial needs of patients hospitalized in surgical wards

Abstract

According to a holistic approach, the health care team should focus on the entire bio-psycho-social aspects of the patient and not just on saturation of physiological needs. The diploma thesis deals with the issue of fulfilling psychosocial needs of patients hospitalized in surgical wards. The basic of patient care represents the nursing process, which enables general nurses to obtain important information about patients and leads to improve nursing care.

The theoretical part of the diploma thesis describes the basics of the field of surgery and specifies the psychosocial needs. The practical part describes methodology and results of the research.

The aim of the study was to evaluate the saturation of psychosocial needs of patients hospitalized in the surgical department. There were determined two research questions: What kind of role performs the patient, his family and the health care team in saturation of psychosocial needs. And what kind of factors affect the saturation of the needs of the patient hospitalized in the surgical department. A qualitative research method with semi-structured interview with patients was used to achieve the goal.

The research concludes, that in the most cases, patients are afraid of the operation and moreover the need for safety and security is impaired. This situation can be reduced by the health care team, who should provide comprehensive information to patients about their disease. Moreover, the staff should apprise patients with the environment, other circumstances about the operation, postoperative care and subsequent convalescence to reduce the fear. Furthermore, it is important that the behavior, support, helpfulness and trust in the hospital staff can help to saturate other needs. The health care staff contributes to promote the need for recognition and respect for the patient's intimacy and privacy. The love and belongingness need can be fully saturated by a well-functioning family that forms self-esteem and motivates its member, expresses support, economic need, protection and saturation of social needs. Motivation leads the patient to saturate the need

for self-actualization and gives him the strength to overcome obstacles. Pain accompanies every illness and disturbs the saturation of other needs, so it is necessary to minimize the pain. The area of saturation of spiritual needs is still perceived as a sensitive topic.

Each patient is unique, has different needs, and therefore everyone should be approached individually to identify and saturate his specific needs.

Key words

Motivation, nursing care, patient, psychosocial needs, saturation of needs, surgical care

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Základy oboru chirurgie.....	11
1.1.1 Ošetrovatelství v chirurgii	12
1.1.2 Aseptická a septická chirurgie	13
1.2 Potřeby a motivy jedince.....	13
1.2.1 Definice potřeb	14
1.2.2 Klasifikace potřeb	14
1.2.3 Motivvy.....	15
1.2.4 Motivace	15
1.2.5 Hierarchické uspořádání potřeb podle A. H. Maslowa.....	16
1.2.6 Péče zaměřená na člověka	17
1.3 Psychosociální potřeby.....	17
1.3.1 Potřeba jistoty a bezpečí	17
1.3.2 Potřeba lásky a sounáležitosti	20
1.3.3 Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty a sebekoncepcce	20
1.3.4 Seberealizace, sebeaktualizace	21
1.4 Sociální potřeby	21
1.4.1 Komunikace s nemocným.....	22
1.4.2 Rodina nemocného	24
1.5 Duchovní potřeby.....	24
1.6 Bolest - potřeba ochrany před bolestí.....	26
1.6.1 Faktory ovlivňující bolest.....	27
1.7 Saturace potřeb ve zdraví a nemoci	28
1.7.1 Potřeby v nemoci	29
1.7.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb	29
1.7.3 Potřeby v ošetrovatelské praxi	30
1.8 Bariéry při naplňování potřeb	32
1.8.1 Typy bariér.....	32
1.9 Lidské potřeby a naplnění Etického kodexu práv pacientů	33
1.10 Ošetrovatelský proces	33
2 Cíl práce a výzkumné otázky	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36

2.3	Operacionalizace pojmů.....	37
3	Metodika.....	38
3.1	Metodika práce.....	38
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
4	Výsledky výzkumného šetření	39
4.1	Struktura výzkumného souboru	39
4.2	Kategorizace výsledků z rozhovorů	41
5	Diskuze	66
6	Závěr.....	79
7	Seznam použitých zdrojů	80
8	Seznam příloh.....	87
9	Seznam použitých zkratk.....	94

Úvod

Onemocnění představuje nesmírný zásah do života každého člověka i jeho rodiny. Nemoc je náhlá situace, která s sebou přináší požadavky adaptace na novou situaci, objevují se negativní emoce, dochází k omezení soběstačnosti a u nemocného dochází k upřednostňování odlišných potřeb. Základní metodou ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, který se zabývá poskytováním ošetrovatelské péče a tím i uspokojováním potřeb. Obsáhnout celé téma lidských potřeb je velice rozsáhlé, proto se diplomová práce věnuje pouze psychosociálním potřebám. Biologické potřeby jsou zmíněny pouze okrajově, protože tvoří základ Maslowovy pyramidy potřeb. Psychické potřeby souvisí se sociálními a také s pocity, které vyjadřují nedostatky ve společenském životě. Do psychických potřeb patří potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba sebeúcty a seberealizace. Mezi sociální potřeby řadíme potřebu komunikace, potřebu kontaktu s lidmi kolem sebe, potřebu vzdělávání, potřebu kulturního života či potřebu ekonomického zabezpečení. Důležitou potřebou pro pacienta je potřeba být bez bolesti a samostatnou kategorií tvoří spirituální potřeby.

Během svého studia jsem absolvovala odbornou ošetrovatelskou praxi na oddělení chirurgie a práce s potřebami pacientů mě zaujala natolik, že jsem si toto téma zvolila pro svou diplomovou práci. Nepříznivé vlivy v psychosociální oblasti mají na ohrožení zdraví stejný negativní dopad, jako nemoc sama. Nutnost být operován a následné období rekonvalescence je pro většinu pacientů velkou psychickou zátěží. K překonání těchto pocitů, lepší adaptaci, motivaci k léčbě a spolupráci může pomoci naslouchání, povzbuzování či uklidňování ze strany zdravotnického personálu. Pacienti doufají, že najdou kvalifikovanou péči, soucitné porozumění, příjemné fyzické i sociální prostředí. Hospitalizace je pro ně spojena s nepříjemnými prožitky a omezením v oblasti jejich potřeb. Mnoho lidí vnímá pobyt v nemocničním zařízení jako zatěžující faktor, který může být charakterizován úzkostí, osamělostí, pocitem nudy nebo frustrací. Obzvláště stresující jsou požadavky nemocnice na přizpůsobení se cizímu prostředí, což může být doprovázeno deprivací a nedostatkem příležitostí pro pacienty svobodně sdělit své pochybnosti a nejistoty lékařů nebo sestře.

1 Současný stav

1.1 Základy oboru chirurgie

Chirurgický obor patří mezi základní lékařské disciplíny. Pojmenování „cheirurgia“ vychází z řeckých slov (cheir, jehož význam je ruka a ergon znamená dělat) (Libová et al., 2019). Začátky oboru pocházejí z dob prvobytně pospolné společnosti. Písemné dokumenty, které mají původ ve starém Egyptě, zmiňují počáteční návody k ošetřování a léčbě ran i zlomenin pomocí dřevěných dlah a plátěných obinadel. Lékaři vykonávali některé operační výkony, jako incize, kastrace či odstraňování nádorů. K velkému rozvoji dospěla chirurgie ve starověkém Řecku, po obohacení vědomostí z pitev zvířat. Z autorů písemných dokumentů jsou zmiňováni Hippokrates, Aulus Cornelius Celsius, Claudius Galenus. V období, kdy chirurgie nebyla považována za lékařský obor, výkony prováděli ranhojiči a lazebníci. Se zakládáním univerzit a vynalézáním nových objevů se postupem času zdokonalovaly výkony a metody. Vývoji také napomohl vzestup významnosti asepse a antisepte. Za velkého rozvoje chirurgie v 19. století se vykonávaly v praxi nové operační postupy. V průběhu 20. století docházelo ke zdokonalování diagnostiky a operačních technik, k rozvoji anestezie, předoperační přípravy pacientů a pooperační péče. Chirurgický obor se zabývá prevencí, diagnostikou a operační léčbou (Zeman et al., 2011; Slezáková et al., 2019). Obecná chirurgie se věnuje především břišní chirurgii (zejména chirurgii jícnu, žaludku, tenkého, tlustého střeva, žlučníku a žlučových cest). Mimo jiné se zabývá problematikou kýl, chirurgických onemocnění štítné žlázy, prsu, operačním řešením křečových žil či úrazů (Valenta et al., 2007; Zeman et al., 2011). Od všeobecné chirurgie se oddělily specializované chirurgické obory jako hrudní, cévní, transplantační chirurgie, kardiochirurgie, neurochirurgie, oftalmologie, urologie, stomatochirurgie, operativní gynekologie, traumatologie, otorinolaryngologie, ortopedie, dětská chirurgie a plastická chirurgie (Zeman et al., 2011; Slezáková et al., 2019). Chirurgický obor se neustále vyvíjí, z klasické operativy k miniinvazivním výkonům. Avšak je nutné zvážit zvyšující se požadavky a náklady na technické vybavení a cenu výkonu (Ptáček et al., 2014). V neposlední řadě je podstatné participovat na vědecké a výzkumné činnosti, zvláště při zavádění nových metod do chirurgické ošetrovatelské praxe (Libová et al., 2019).

1.1.1 Ošetřovatelství v chirurgii

Současné ošetřovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry, týmové spolupráci s lékaři, ostatními zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky. Od sestry se očekává, že bude samostatným odborníkem v oblasti svého působení (MZČR, 2021, s. 9). Tóthová et al. (2014) charakterizuje obecné ošetřovatelství jako soubor činností, které mají pomoci s péčí o zdraví a pohodu člověka. Cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka, a to hlavně ve vztahu k udržení zdraví nebo potřebám vzniklým či pozmeněným onemocněním. Při dosahování cílů ošetřovatelský tým úzce spolupracuje se zdravým člověkem, s pacientem, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými spolupracovníky (MZČR, 2021, s. 9). Ošetřovatelství v chirurgii je aplikovaný multidisciplinární ošetřovatelský obor, který využívá esenciální poznatky z oboru chirurgie, koncepce ošetřovatelství a zároveň integruje vědomosti z jiných vědeckých disciplín (Libová et al., 2019). Chirurgické ošetřovatelství zahrnuje asistenci u invazivních výkonů, péči o nemocné v předoperačním a pooperačním období (Torrance a Serginson, 2006). Významný faktor tvoří pozorování a hodnocení stavu nemocného. Důležité jsou znalosti o chorobném procesu, průběhu operačního výkonu, rizicích a komplikacích, které doprovázejí chirurgické intervenční metody. Všeobecné sestry v tomto oboru mají znalosti o běžném průběhu onemocnění a charakteru zásahu, ale také především musí identifikovat včasné varovné signály komplikací a zahájit potřebné intervence. Specifikem ošetřovatelství v chirurgii je invazivita, kdy v průběhu operačního výkonu dochází k zásahu do integrity jedince. Proto se od všeobecných sester pracujících v chirurgických oborech očekává porozumění důsledku invazivního výkonu na tělesné i psychosociální zdraví pacienta. Záleží ovšem i na dalších faktorech, jako je rozsah provedeného výkonu, způsob vedení anestezie a stav v jakém byl pacient před operačním výkonem (Janíková a Zeleníková, 2013). Hlavním cílem je včlenění pacienta i jeho rodiny do procesu ošetřování, navrácení a podpory zdraví. Ošetřovatelství v chirurgii pomáhá pacientům ve všech fázích, kterými prochází v souvislosti s operačním výkonem (Kudlejová et al., 2014). Důležitou roli hraje poskytování následné péče o chronicky nemocné a další spolupráci s rehabilitačními pracovníky. Neméně významná je spolupráce s obory, jako například anesteziologie, resuscitace, rentgenologie, neurologie, biochemie, hematologie, onkologie (Zeman et al., 2011). Velký důraz je také kladen na efektivní komunikaci mezi všemi členy týmu, která pomáhá zajistit bezpečnou a kvalitní péči o pacienta (Libová et al., 2019).

1.1.2 Aseptická a septická chirurgie

Chirurgické oddělení je rozděleno na ambulantní, lůžkovou část a operační úsek (Slezáková et al., 2019). Chirurgická oddělení zajišťují diagnostické a léčebné výkony u pacientů s chirurgickým onemocněním, komplexně se tedy věnují všem, kdo vyžadují především operační péči a ošetřování v pooperačním období (Nemocnice Jihlava, 2021). Na aseptickém lůžkovém oddělení jsou hospitalizováni pacienti vyžadující konzervativní nebo chirurgický způsob léčby, jde především o primární a nekomplikovaný proces hojení ran u chirurgicky provedených výkonů (Slezáková et al., 2019). Septické oddělení je charakterizováno poskytováním diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče pro pacienty s hnisavými onemocněními a jejich infekčními komplikacemi. Provádějí se chirurgické intervence pro zánětlivá poškození tělesného povrchu, které jsou provázeny sekundárním procesem hojení. Ošetrovatelská péče na septickém lůžkovém oddělení zahrnuje péči o stomie, operace střev, operace v oblasti konečníku, infikované rány, trofické defekty a amputační výkony na končetinách (Krajská nemocnice Tomáše Baři, 2012; Medical Tribune CZ, 2012; Slezáková et al., 2019).

Chirurgické operace dělíme na neodkladné, které jsou život zachraňující. Tyto výkony se musí provést rychle, jde především o záchranu života, končetiny nebo odvrácení nevyhnutelného zhoršení zdravotního stavu. Urgentní operace se provádí u pacientů, kteří nejsou bezprostředně v ohrožení života a mohou být provedeny v řádu hodin. Akutní výkony je možné realizovat během několika hodin. Plánované operace se připravují s ohledem na zdravotní stav pacienta a provoz oddělení (Zeman et al., 2011). Diagnostické operace cílí na odběr biologického materiálu k upřesnění rozsahu onemocnění. Terapeutické výkony radikální směřují k vyřešení daného problému a paliativní se zaměřují na zmírnění potíží nemocného (Páral et al., 2020).

1.2 Potřeby a motivy jedince

Člověk je holistická bytost, proto se ošetrovatelství zabývá bio-psycho-sociálním pohledem na nemocného jedince. Je kladen důraz na saturaci potřeb biologických, psychických, sociálních a spirituálních (Kutnohorská, 2013). Podle Trachtové et al. (2018) je každý pacient individuální a disponuje jedinečnými vlastnostmi, postoji, názory a má jedinečné potřeby. V následujících kapitolách si objasníme termín potřeba a jak potřeby klasifikujeme. Dále si charakterizujeme význam motivů a motivace v souvislosti se saturováním potřeb.

1.2.1 Definice potřeb

Potřeba je chápána jako projev nedostatku nebo přebytku, který je nutné odstranit, aby byla zajištěna žádoucí rovnováha (Šamánková et al., 2011; Bužgová, 2015). Oproti tomuto tvrzení Příbyl (2015) nepopisuje potřebu jako nedostatek něčeho, ale charakterizuje ji jako sílu, která posouvá jedince k lidem, předmětům a činnostem. Prožívání nedostatku ovlivní dění v psychické činnosti člověka, které působí na pozornost, myšlení, emoce, volní procesy a tím změní chování jednotlivce. Naše jednání se proto zaměří na uspokojení chybějící potřeby. Naše potřeby se v průběhu života mění, kultivují a vyvíjejí. Množství a intenzitu potřeb ovlivňuje věk, pohlaví, výchova, inteligence, zdravotní stav, kulturní a společenská úroveň. Dále záleží na prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal a žije, na jeho životních zkušenostech, sociokulturních hodnotách a dalších okolnostech (Šamánková et al., 2011; Trachtová et al., 2018; Dušová et al., 2019). Podle Nakonečného (2014) jsou potřeby důležité k uchování hodnotné fyzické, psychické a sociální pohody.

1.2.2 Klasifikace potřeb

Potřeby z holistického hlediska dělíme na fyziologické (biologické), psychické, sociální (kulturní) a spirituální (Krátká, 2018).

Biologické potřeby charakterizujeme jako fyziologické potřeby, které jsou důležité pro naše přežití a jsou regulovány automaticky. Souvisí s uspokojením požadavku příjmu potravy a tekutin, potřebou kyslíku, spánku, vyprazdňováním, pohybem a sexuální potřebou (Trachtová et al., 2018; Dušová et al., 2019). Saturování biologických potřeb má prvotní místo při poskytování ošetrovatelské péče. Jejich neuspokojení se může projevit podrážděností, nepozorností, nespolečným chováním, apatií až agresí. Biologické potřeby zasahují do dalších potřeb, jako jsou psychické a sociální potřeby (Tóthová et al., 2014).

Psychické potřeby vyjadřují prožívání psychických stavů a jevů. Vychází z toho, jak každý individuálně prožívá a chápe svět. Autorky zde popisují potřebu duševní jistoty, vnitřní pohody, respektu, samostatnosti a nezávislosti (Dušová et al., 2019). Tyto potřeby souvisí se sociálními potřebami, pomáhají rozvíjet city, intelekt, vůli, chování, chápání okolí a společenské hodnoty. Patří sem také dostatečná stimulace podněty od narození, potřeba smysluplnosti, potřeba vědomí, vlastní identity a otevřené budoucnosti. Neuspokojením těchto potřeb se jedinec není schopen přizpůsobit společnosti (Tóthová et al., 2014).

Sociální potřeby úzce souvisí s psychickými potřebami, někdy se uvádí pojem psychosociální potřeby. Vztahují se ke kulturnímu prostředí, ve kterém člověk žije a socializuje se. Jsou ovlivňovány společností a sociálním zázemím. Do této skupiny potřeb patří požadavek kontaktu a komunikace s ostatními lidmi, potřeba mít vliv a převahu nad ostatními, ale i pokora vůči jiné autoritě. Dále je to postavení jedince ve společnosti a potřeba uznání od ostatních. Důležitým faktorem při saturování psychosociálních potřeb je sociální prostředí (Dušová et al., 2019; Tóthová et al., 2014).

Mezi **spirituální potřeby** se řadí otázky lidské existence a bytí, otázky vztahující se ke smrti a strádání. Zahrnují tematiku náboženských zvyků, rituálů, potřebu volnosti a odpuštění (Dušová et al., 2019). Duchovní potřeby vstupují do popředí převážně při vážném onemocnění či u terminálního stádia nemoci (Bužgová, 2015). Opatrný (2013) uvádí, že jde o chápání duchovního rozměru, které má každá bytost, nezohledňuje se pouze osobní přesvědčení daného člověka.

1.2.3 Motivy

Každý jednatel vyjadřuje a dosahuje uspokojení svých potřeb jiným způsobem (Dušová et al., 2019). Můžeme tento způsob popsat jako druh motivovaného chování, které se projevuje u každé osoby odlišně. Potřeby jsou tedy základními motivy, které vyjadřují určitý nedostatek či nadbytek. Takto narušená psychická či psychofyzická rovnováha vede k potřebě napravení a souvisí se zachováním kvality našeho života (Trachtová et al., 2018).

Motivy nám slouží k podnícení určité aktivity, která vede ke splnění a udržení daného cíle. Lidské chování motivují odlišné potřeby, názory a velký vliv mají i momentální emoce. Motivy jsou vědomé i nevědomé nebo mohou být kombinovány (Vágnerová, 2016). U dlouhodobého neuspokojení vybrané potřeby může dojít ke změně příslušného cíle. Při delší hospitalizaci, se nemocný může cítit osamocen a bude pozitivně vnímat jakýkoliv sociální kontakt, který by dříve pro něj nebyl akceptovatelný (Braver et al., 2014). Jsou to právě potřeby, které jsou pokládány za jedny z nejvýznamnějších lidských motivů (Šamánková et al., 2011).

1.2.4 Motivace

Motivace je popisována jako intrapsychický proces, který má podstatu ve vnitřní a vnější situaci jedince. Jako příklad vnitřní situace je uváděn hlad, kdy se objeví potřeba najíst se. Vnější situaci ovlivňují zevní faktory, jako je příjem peněz, který ovlivní potřebu

finančního zabezpečení (Sikorová, 2011). Šamánková et al. (2011) vymezují motivaci jako hybnou sílu k jednání člověka.

Motivace je spojena s emocemi, každý emoční prožitek upozorňuje na určitou potřebu. Emoce slouží jako regulační stránka motivace, udávají zaměření a délku trvání dané aktivity či ochotu v jejím dalším setrvání. Emoce tedy dávají jedincům informace o stavu jejich potřeb (Vágnerová, 2016). Motivace je dále propojena s kognicí, kdy lidé o svých požadavcích a cílech přemýšlejí, mají rozdílná očekávání a představy, jak je naplnit. Určitou roli hraje i snaha o odhad svých možností a rozhodnutí o dosažitelnosti cíle (Cervone a Pervin, 2019).

1.2.5 Hierarchické uspořádání potřeb podle A. H. Maslowa

Existuje několik motivačních teorií, které se zabývají potřebami člověka. Tyto teorie popisují a objasňují chování člověka, proč si volí různé způsoby jednání k dosažení cíle (Plevová et al., 2018). Mnoho autorů se zabývá charakteristikou a tříděním potřeb, a každý je schematizuje jinou hierarchií (Dušová et al., 2019). Pro účely diplomové práce je popsána Maslowova hierarchická teorie potřeb.

Americký klinický psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970) se specializoval na problematiku motivace a vypracoval hierarchické uspořádání lidských potřeb od nejnáléhavějších (biologických) přes psychosociální (potřeba lásky a sounáležitosti) až po potřebu seberealizace (realizace svých schopností a potřeba osobního růstu) (Mastiliaková, 2014). Uspořádání potřeb podle A.H. Maslowa vychází z humanistické psychologie. Maslow rozdělil potřeby na nižší (fyziologické potřeby a potřeba bezpečí) a vyšší (Maslow, 2014). Vyšší potřeby jedince se tvoří později a to, až po upevnění vazby člověka na sociální podmínky a jeho dalšího fungování. Dále autor rozlišuje metapotřeby, které vyjadřují požadavky růstu a sebezdokonalování (Sikorová, 2011). Maslow vytvořil pyramidu lidských potřeb (příloha č. 1), kde jsou potřeby hierarchicky seřazeny podle jejich naléhavosti. Pokud nejsou naplněny nižší potřeby, nedochází k saturování ani vyšších potřeb. Nevyjadřuje to však nutnost, že by potřeby musely být uspokojeny v každém z pěti stupňů. Stížnosti na nedostatečné saturování potřeb mohou být znamením, jak postoupit dál v pyramidě potřeb. Hierarchii potřeb mimo jiné ovlivňuje pohlaví, věk, momentální psychický stav a sociální zajištění. V době nemoci budou upřednostňovány jiné potřeby, záleží na léčebném režimu a jaké máme adaptační schopnosti (Mastiliaková, 2014).

1.2.6 Péče zaměřená na člověka

Humanistická péče je orientována na člověka a její důraz je kladen na naslouchání a podporu v rozhodování. Tato péče je součástí ošetřovatelství a vede ke zlepšení a posílení zdraví. Humanistickým přístupem se zabývají autorky koncepčních modelů (Krátká, 2018). Empatie vyjadřuje schopnost člověka vcítit se do pocitů druhých. Právě empatie je považována za základ každého kontaktu s pacientem a je důležitá při saturování potřeb. Baštecká a Mach (2015) považují za nejobtížnější uspokojování potřeb u lidí, kteří si o nic neříkají, ale je možné u nich předpokládat, že určitou pomoc potřebují. Do rizikové skupiny patří například senioři a lidé s již probíhajícím závažným onemocněním. Chceme-li identifikovat potřeby pacienta, je důležité vytvořit vztah mezi sestrou a pacientem, který je založen na podpoře, pomoci a důvěře (Krátká, 2018).

1.3 Psychosociální potřeby

Psychosociální potřeby řadíme mezi vyšší primární potřeby. A. H. Maslow tvrdí, že vyšší psychosociální potřeby se stávají důležitými až v okamžiku, když jsou saturovány základní biologické potřeby. K psychickým potřebám patří mimo jiné potřeba pomoci, péče, jistoty a bezpečí, lásky, štěstí, dominance, porozumění, úcty, uznání, a obdivu, respektu, sebeúcty, vlastní identity, zdokonalování se, sebeuplatňování, autonomie, obrana, agrese, potřeba moci, zvědavosti, předvádění se, vlastnictví, vyhnutí se neúspěchu, hanbě, učení se či potřeba hry a zábavy (Maslow, 2021). Kotronoulas et al. (2017) uvádí jako nejdůležitější z psychosociálních potřeb emocionální podporu v době onemocnění, obavy z budoucnosti a obavy ze závislosti na ostatních.

1.3.1 Potřeba jistoty a bezpečí

Mastiliaková (2014) uvádí, že potřeba jistoty a bezpečí vzniká, pokud se jedinec cítí v ohrožení zdraví a života, v případě existenčního selhání či nepříznivé ekonomické situace. Trachtová et al. (2018) doplňují, že pocit ztráty bezpečí a jistoty bývá přítomen při jakémkoliv náhlém onemocnění, ale i při nástupu na plánovaný operační výkon, při pobytu v nemocnici či izolaci od našich blízkých. Mastiliaková (2014) dále zmiňuje důležitost potřeby stability a ekonomického zabezpečení. V období prožívání nemoci si více uvědomujeme naši nejistotu, nepříjemné pocity, úzkost a strach. Projevuje se touha po důvěře, spolehlivosti a osvobození od pocitů strachu. Potřeba jistoty a bezpečí jsou zapsány v Listině základních práv a svobod (Husseini et al., 2021). Nejistota může naopak působit jako stresor, který má vliv na naše adaptační mechanismy. Dochází k ovlivňování

fyziologicko-biologické stránky našeho organismu (Trachtová et al., 2018). Svatošová (2012) zdůrazňuje, že pocit bezpečí je důležitý pro každého jedince.

1.3.1.1 Potřeba jistoty a bezpečí v nemoci

Trachtová et al. (2018) popisují, pokud onemocníme či se objeví jakýkoliv tělesný handicap, vše se projeví při saturování našich biologických, avšak i psychosociálních potřeb. Neuspokojením této potřeby je narušena životní stabilita. Pocit jistoty a bezpečí nám umožňuje úspěšně řešit zátěžové situace a zajistit si další existenci. Zacharová (2017) objasňuje, že uspokojení potřeby bezpečí a jistoty má pozitivní vliv hlavně na psychiku nemocného, proto jsou důležité návštěvy či podávání informací rodině o zdravotním stavu pacienta. Trachtová et al. (2018) zmiňují, že hospitalizovaný člověk je náchylnější ke ztrátě pocitu bezpečí. Příčinou může být nedostatek informací či obdržení neúplných zpráv o stávajícím zdravotním stavu. Nemocný může mít strach z bolesti, ze ztráty soběstačnosti, neznámých diagnostických vyšetření a léčebných výkonů. Mohou se objevit pochybnosti v ošetřující personál z hlediska osobnostních charakteristik, nevstřícnosti, nespolehlivosti, nedůvěry a špatné komunikace. V opačném případě může pacient nalézt pocit bezpečí a jistoty při pobytu v nemocnici, protože se cítí v domácím prostředí ohrožen. Jeho zdravotní stav je natolik neuspokojivý, že touží po navrácení zdraví prostřednictvím zdravotní péče.

Podrobnější rozdělení potřeby jistoty a bezpečí:

- *Potřeba vyhnout se ohrožení (bolesti, stresu, chladu ...)*
- *Potřeba ochrany zdraví (saturace fyziologických potřeb)*
- *Potřeba důvěry*
- *Potřeba soběstačnosti*
- *Potřeba informací a orientace (u nemocného informace, o zdravotním stavu, prognóze)*
- *Potřeba podnětů (senzorických, motorických ...)*
- *Potřeba vlastnictví a hromadění majetku (např. potřeba ekonomického zajištění)*
- *Potřeba míru a klidu*
- *Potřeba víry a naděje (Trachtová et al., 2018, s.153).*

1.3.1.2 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí

Mezi biologicko-fyziologické faktory patří věk a období vývoje, ve kterém se člověk nachází. Dítě je od narození po kojenecké období absolutně závislé na dospělém jedinci. Nejčastěji je to matka, která kromě uspokojení biologických potřeb poskytuje potomkovi bezpečí a jistotu v dalším vývoji. Batolecí období a předškolní etapa se vyznačují postupným osamostatňováním, rodina tvoří nejvýznamnější sociální skupinu a je základem pro uspokojování potřeby jistoty a bezpečí. Rodina je zdrojem bezpečí a jistoty ve všech etapách lidského vývoje. Pokud se vyskytnou problémy v rodinných vztazích hledají dospívající oporu a pocit jistoty u vrstevníků nebo u jedinců s nevhodným chováním. V adolescenci je uspokojování potřeby bezpečí a jistoty podmíněno prosperitou ve studiu či zaměstnání a finančním zajištěním. U dospělých je zdrojem jistoty a bezpečí jejich rodinné zázemí, přátelé, vyhovující zdravotní stav a zaměstnání jako zdroj příjmu peněz. Potřebu jistoty a bezpečí ve stáří ovlivňuje i to, zda jedinec žije sám, s rodinou či partnerem. Dalším důležitým faktorem je zdravotní stav, do jaké míry je člověk soběstačný a nezávislý v základních činnostech sebezpeče a jiných denních aktivitách (Maslow, 2014; Trachtová et al., 2018).

Psychicko-duchovní faktory jsou ovlivňovány osobností jedince a jeho vlohami, vlastnostmi a získanými schopnostmi (Trachtová et al., 2018). Löhken (2014) uvádí, že introverzi a extroverzi máme danou pro rozvoj osobnosti již od narození. Na další vývoj naší individuality však záleží na působení dalších faktorů. Trachtová et al. (2018) poukazují na to, že introvertní člověk, emocionálně labilní bude dosahovat pocitu bezpečí a jistoty déle a komplikovaněji. K žádoucím zdrojům bezpečí i jistoty patří stavy radosti, spokojenosti, lásky a přátelství.

K sociálně-kulturním faktorům patří socializace. Důležitý je vztah matky s dítětem. Podle toho, jak je saturována potřeba lásky, bezpečí a jistoty v dětství, tak je ovlivněno navazování sociálních vztahů v dospělosti. Do těchto faktorů patří spokojenost s plněním životních rolí (role matky, otce, živitele rodiny). Významné je postavení jedince v zaměstnání, které je ohodnoceno finančně a přináší tak zajištění rodiny po stránce ekonomické. Nespokojenost se zvládáním rolí se projeví pocitem strachu, úzkosti a nejistotou (Trachtová et al., 2018).

Do faktorů životního prostředí řadíme životní podmínky, které jsou základními rysy bezpečí a jistoty. *Vlivem industrializace, zhoršení životního prostředí, ale i vlivem turistiky se svět stává díky lidem nebezpečný a zpětně pro lidi škodlivý* (Trachtová et al., 2018, s. 157).

1.3.2 Potřeba lásky a sounáležitosti

Lásku charakterizujeme jako citový vztah, který je základem lidského bytí. Do znaků lásky řadíme přijetí druhého, potřebu být v jeho blízkosti a identifikování se s ním. K pocíťování štěstí a celkové pohody je důležité poskytování ochrany, podpory a pochopení. Saturováním potřeby lásky v dětství je v dospělosti jedinec schopen nezávisle milovat, bez ztráty autonomie. Vlivem frustrace této potřeby dochází ke starostlivosti, úzkosti, bázlivosti a nervozitě (Sikorová, 2011).

Potřeba sounáležitosti s danou skupinou zahrnuje požadavek být akceptován. Pro pocit štěstí a pohody by každý měl mít kolem sebe skupinu přátel a dělit se s nimi o své prožitky (Mastiliaková, 2014).

Sikorová (2011) zdůrazňuje, že při saturování těchto potřeb je významná dobře fungující rodina. Každá rodina má určitou strukturu a hierarchii hodnot, specifické vnitřní vztahy a také jiné kulturní dědictví. Zdravá rodina tráví čas spolu, vzájemně se ovlivňuje, vyznačuje se otevřenou komunikací, oboustranným nasloucháním, respektováním a důvěrou. Jedinec se může spolehnout na podporu a pomoc od členů rodiny. Rodina respektuje jeho soukromí, buduje smysl pro zodpovědnost, udržuje své tradice a rituály.

1.3.3 Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty a sebekoncepce

Podle Sikorové (2011) je za uznání považováno ocenění či pozornost druhých (odměna, pochválení). Mastiliaková (2014) zdůrazňuje potřebu úspěchu v osobním a pracovním životě, součástí je i potřeba být obdivován, mít respekt, prestiž a uznání.

Sebeúcta se vyznačuje systémem hodnot, postoji a vztahem jedince k sobě samému (sebeuvědomování, sebepoznání a hodnocení sebe sama). Sebehodnocení se u člověka formuje v souvislosti s hodnocením rodiny, na základě vlastních zkušeností a při setkávání s vrstevníky či jinými jedinci (Sikorová, 2011).

Trachtová et al. (2018) uvádí čtyři složky sebekoncepce: obraz těla, výkon role, osobní identitu a sebeúctu. Obraz těla představuje vnímání vlastního těla, je ovlivňován kulturou a sociálními hodnotami. Některá onemocnění jsou provázána narušením obrazu těla. Vykonávání rolí souvisí s postavením člověka ve společnosti. Společenská role je ovlivněna pohlavím jedince, věkem, druhem zaměstnání a socioekonomickým postavením. V průběhu života se role mění v závislosti na tom, jak se je učíme. S osobní identitou souvisí individualita a jedinečnost, rozumíme tím prožívání toho, čím jedinec je. Sebeúcta charakterizuje vztah jedince k sobě samému.

Během života se každý jedinec formuje v oblasti bio-psycho-sociální. Pozitivní sebekoncepce vzniká na základě sebepoznání, sebehodnocení a hrdosti. Pokud se máme rádi, je větší pravděpodobnost, že budeme vytvářet kladné interpersonální vztahy s ostatními (Watts et al., 2010; Trachtová et al., 2018). Zdravá sebekoncepce, sebeúcta a sebevědomí umožňují lepší orientaci v nečekaných a náročných existenčních situacích, v době nemoci nebo pokud člověk trpí závažnou chorobou (chronická, onkologická, duševní onemocnění, amputace). Proto by zdravotnický personál měl při ošetřování pacienta podporovat jeho sebeúctu efektivní komunikací, vyjadřováním úcty a respektu, projevovat zájem o jeho problémy a zdravotní stav. Zdravotnický tým by měl soustředit pozornost na jedince s negativní sebekoncepcí, nízkou sebeúctou a pomoci mu k získání pozitivního nadhledu. Narušená sebekoncepce se projeví beznadějí, bezcenností, bezmocností a pocity nespokojenosti (Mastiliaková, 2014).

1.3.4 Seberealizace, sebeaktualizace

Maslow (2014) uvádí, že dosáhne-li člověk naplnění nedostatkových potřeb, dojde k odstranění jeho obav a jedinec se již nebude těmito aspekty reality zabývat. Stane se vstřícnějším, radostnějším a bude rozdávat lásku ostatním. Ukáže se tak zdravé přijetí sebe samého v základních rovinách, ale také i na úrovních souvisejících s láskou, sounáležitostí, ctí a sebeúctou. Maslow (2014) popisuje, že se objeví nový typ motivace, který se skrýval hluboko v lidské přirozenosti, projeví se však jen u někoho. *Sebeaktualizovaní lidé dosáhli úrovně uspokojivého naplnění svých nedostatkových potřeb, ale to neznamena, že své potřeby uspokojili jednou pro vždy. Dokonce i oni musí věnovat určitou část svého života udržení této úrovně* (Maslow, 2014, s. 22).

Trachtová et al. (2018) charakterizují potřebu seberealizace jako směřování k realizaci vlastních schopností a plánovaných záměrů. Důležité je však nalézt vlastní uspokojení a přesvědčení o korektnosti dané činnosti. U seberealizace se uplatňuje náš vlastní potenciál, což přináší pocit uspokojení. Jde o proces vyvíjející se po celý život, kdy se snažíme získat respekt od ostatních a realizovat své plány za využití všech našich schopností (Sikorová 2011). Mastiliaková (2014) udává, že člověk se snaží projevit svou individualitu, proto je důležitá realizace vymezených plánů.

1.4 Sociální potřeby

K sociálním potřebám patří požadavek sociálního kontaktu, informovanosti, přátelství a sdružování se. Jedinec má potřebu se sblížovat s ostatními ve společnosti,

vyhledává kontakty s rodinou a přáteli (Vágnerová, 2016). Řadíme k nim i potřebu vzdělávání, společenského a kulturního života. K uspokojení sociálních potřeb se vztahuje jistota ochrany osobních údajů. Sám pacient rozhoduje, komu budou podávány informace (Šamánková et al., 2011). Dále autorky upozorňují na to, jak důležité je tolerovat výkyvy nálad, respektovat prostředí, ze kterého nemocný pochází a jak má uspořádané životní hodnoty. Sociální zralost a inteligence je u každého individuální. Přítomnost nemoci má značný vliv na saturaci sociálních potřeb a schopnosti přizpůsobit se dalším situacím. Důležité je zmínit, že sociální zázemí se vlivem hospitalizace značně omezuje a že pacient má potřebu být respektován na podkladě holistického pojetí. Nemocný vyžaduje, aby jeho sociální potřeby byly akceptovány v takovém rozsahu, na který byl v minulosti zvyklý.

K sociálním potřebám se vztahuje ekonomické zabezpečení a stálý finanční příjem. V dospělosti se životní jistotou stává stabilní zaměstnání, avšak stárí s sebou přináší obavy. Člověk již není pracovně aktivní a stává se závislým na výši starobního důchodu. Může se objevit i ekonomická nejistota, jelikož nemoc může zapříčinit určitou finanční zátěž pro celou rodinu. S potřebou ekonomické podpory a orientací v zabezpečení sociálních životních potřeb mohou pacientovi i jeho rodině pomoci sociální pracovníci (Šamánková et al., 2011; Krátká, 2018).

1.4.1 Komunikace s nemocným

Komunikace je důležitou sociální potřebou. Pacienti očekávají neuspěchanou, upřímnou a citlivou komunikaci od zdravotního personálu (Kotronoulas et al., 2017). Ptáček et al. (2014) uvádí, že nejvíce problémů způsobuje nedostatečná komunikace mezi zdravotnickým personálem, pacientem a jeho příbuznými. Zacharová (2017) poukazuje na problém stupňující se potřeby komunikace a jak se mění postoj zdravotnických pracovníků k pacientovi. Podle Ptáčka et al. (2014) by měl být kladen velký důraz na způsob, jak je informace podána, o jakou informaci se jedná, s jakou mírou empatie zprávu sdělujeme a jak je srozumitelná. Popřípadě kdy a proč nebyla informace podána či dokonce zatajena. Kromě podání zprávy jejím vyslovením či napsáním záleží na tom, jak byla informace zpracována a pochopena příjemcem. Není vždy jednoduché rozpoznat v jaké formě klient sdělení potřebuje a jak jej pochopil. Správné a efektivní komunikaci se můžeme naučit od zkušenějších kolegů i vlastní praxí. Kabelka (2020) uvádí komunikaci jako klíčovou roli při tvoření plánu zdravotní péče.

Šamánková et al. (2011) popisují obecná pravidla při vedení rozhovoru, a to mluvit srozumitelně, respektovat prostředí, vzdělání a zdravotní stav nemocného. Při naslouchání dodržovat osobní a sociální zónu, vyslechnout vše co nám chce pacient sdělit, nedělat unáhlené závěry a říkat, že všechno známe. Autonomii jedince respektujeme začleněním komunikačních přestávek, kdy dáváme najevo svůj zájem nebo naopak umožníme vyprávějícímu odpočinek. Samozřejmostí je, nepředávání získaných informací dalším lidem bez svolení dané osoby. Osobnost každého jedince je ovlivněna mnoha faktory, mezi které patří například charakter, typologie, inteligence, věk, pohlaví a předchozí zkušenosti (Jung, 2020). Proto i překážky v naplňování potřeb jedince jsou různorodé. Zdravotnický personál by měl být na tyto bariéry připraven a předcházet jejich vzniku (Šamánková et al., 2011).

Lékařská péče podle Ptáčka et al. (2014) zahrnuje podávání rad při důležitých rozhodnutích. Pokud si je pacient nejistý, dává důvěru lékaři a očekává, že mu poradí správně. *Důvěra v lékaře, že poradí správně a v souladu se svým svědomím, je často dokonce vyšší při potřebě rady než při svěření se ke konkrétnímu lékařskému výkonu. Nezřídka se rada týká také příbuzných a blízkých nebo řešení sociálních situací, často od nemoci neoddělitelných. Nezřídka souvisí více s psychologií tazatele, než že by byla pouhým doporučením nebo názorem z oblasti somatické medicíny* (Ptáček et al., 2014, s. 37).

V současnosti máme hodně informací přístupných z internetu, novin a televize. Gramotnost lidí v oblasti zdravotní péče se však nezvyšuje, někdy je tomu naopak a dochází ke ztrátě kritického myšlení (Ptáček a Bartůněk, 2016). Pafko (2016) zmiňuje problematiku informovanosti pacienta a komunikaci s ním. Upozorňuje na to, že nemocný před zahájením léčby získává jen minimální sdělení a podrobnější rozhovor nahrazují formuláře vyjadřující souhlas s hospitalizací, operací, anestezií a jiné tiskopisy.

Kabelka (2020) se věnuje významnosti vztahu sestry či ošetřovatelky k nemocnému. Přirovnává jej ke vztahu matky k dítěti, která s ním tráví nejvíce času a uspokojuje jeho základní potřeby a má tak snadnější cestu k navázání lidského vztahu s nemocným. Riviere et al. (2019) ve svém výzkumu mezilidské péče ve vztahu sestra a pacient zmiňují, že sestra by se měla dále vzdělávat a adaptovat chování, svůj přístup a komunikaci k tomu, aby splnila očekávání pacienta. Kabelka (2020) uvádí, že důvěru pacienta získáme pozdravením, úsměvem, pochválením rodiny nebo samotného pacienta, vlídností při rozhovoru, autenticitou, otevřeností a upřímností.

Bužgová et al. (2014) ve svém šetření poukazují na problematiku nedostatku zájmu zdravotnických pracovníků na oblast psychické stránky nemocného v průběhu hospitalizace. Vágnerová (2016) zdůrazňuje, že pokud chceme porozumět ostatním, je nutné vědět, co chtějí a nechtějí, jaké jsou jejich cíle a schopnosti daného záměru dosáhnout. Odlišný význam určitých potřeb, míra jejich uspokojení se projeví v převládajícím postoji k životu, který je pro každého člověka charakteristický. Preference se mohou postupem času měnit a mohou být ovlivňovány vnějšími a vnitřními okolnostmi.

1.4.2 Rodina nemocného

Kopecká (2015) popisuje rodinu jako základní stavební jednotku každé společnosti. Rodina saturuje nejen základní potřeby, ale také potřebu komunikace a sociálního styku, potřebu lásky a sounáležitosti a vzájemné pomoci všem svým příslušníkům. Velký význam má rodina, která vykonává roli při ochraně zdraví svých členů, buduje pocit bezpečí a jistoty, dále se stará o rozvoj schopností a zájmů potomků. Rodinné zázemí a vzájemná podpora má vliv na saturování potřeb v dalších etapách života (Kopecká 2015; Dušová et al., 2019).

Krátká (2018) zmiňuje, že velice záleží na tom, jaký rodinný příslušník onemocní a jakou roli zastával, dále je nutné brát v úvahu vážnost a druh nemoci. Členové rodiny často nevědí, jak s nemocným komunikovat, jak mu pomoci a celkově jak se v takové situaci chovat a co je potřeba zařídit. Rodinné příslušníky často provází pochybnosti, jestli pro svého nemocného člena rodiny vykonali maximum. Všeobecně lze hovořit o potřebě jistoty, zda byly využity nejlepší možnosti moderní medicíny, byla-li diagnóza a léčba stanovena správně, pečuje-li kvalifikovaný a profesionální tým o vše potřebné. Personál by měl poskytnout rady, informovat rodinu, co vše je možné pro pacienta udělat a jak se zapojit do ošetřování.

1.5 Duchovní potřeby

K duchovním potřebám náleží potřeba smysluplnosti a existence, respekt k víře a náboženským tradicím, náboženskou svobodu, praktikování náboženských obřadů a rituálů. Ke spirituálním potřebám můžeme zařadit i hodnotový systém, životní cíle, odpuštění a otázky smrti (Plevová et al., 2019). Spirituální požadavky ovlivní duchovní orientaci člověka. Kromě religiózních otázek sem přísluší i otázky filozofické a psychologické. Respektovat víru nemocného je velice důležité pro jeho duševní klid.

Náboženská setkání mohou přinášet vnitřní úlevu od onemocnění a posílit pocit sounáležitosti (Šamánková et al., 2011).

U každého člověka existuje určitá duchovní potřeba bez ohledu na náboženskou víru (Bužgová et al., 2019). Svatošová (2012) i Bužgová et al. (2019) popisují, že se však stále jedná o citlivé téma. Spirituální potřeby jedince jsou tabuizovány a převládá názor, že tyto potřeby se vyskytují pouze u věřících pacientů. Ke spirituálním potřebám řadíme otázky vztahující se k lidské existenci a bytí, ke smrti a strádání, dále sem patří potřeba náboženských rituálů a zvyků. Spiritualitu můžeme brát jako určitý druh energie, která nás v životě pohání, určuje životu určitý smysl a naději. Duchovní potřeby mají větší vážnost u kritických onemocnění a v období terminálního stadia chorob (Dušová et al., 2019). Jedná se i o otázky smyslu života a odpuštění, ať člověk žádá o odpuštění nebo sám má potřebu někomu odpustit (Svatošová, 2012).

Svatošová (2012) uvádí, že základní spirituální péči může poskytnout každý, kdo získá důvěru nemocného. Může to tedy být každý zdravotnický pracovník, který je schopen nabídnout pacientovi chápatelý rozhovor. Pokud chceme nemocnému skutečně pomoci, musíme vždy zohlednit realitu potřeb, úzkostí, bolestí a nadějí, které se v této oblasti života vyskytují. Efektivně může pomoci jen ten, kdo je nemocnému blízký a má pro něho náležitě pochopení. Jako důležitý faktor je nutné zmínit, že nemocný si ho sám pro tuto roli zvolí, anebo s nabízenou pomocí svobodně souhlasí. Autorka poukazuje na to, že se nemusí pomoc ihned delegovat na jiné odborníky (kněze, pastoračního pracovníka, psychologa). K saturování spirituálních potřeb je velmi důležité pamatovat na to, že každý člověk je jedinečnou bytostí se specifickou osobní historií a jakýmsi vnitřním světem, do kterého může jiný nahlédnout jen do té míry, do jaké je mu dovoleno. Naopak Kalvínská (2011) uvádí, že součástí spirituální péče je pomoci nemocnému vyjádřit jeho obavy a pojmenovat strachy, které jej zatěžují. Důležitým úkolem pracovníků pomáhajících profesí je rozpoznání duchovní nesnáze nemocného a zajištění konzultace příslušného specialisty. K jiným formám saturace potřeb v duchovní oblasti patří literatura, poslech hudby a umístění předmětů s duchovní tematikou. Spirituální péče může nemocnému pomoci vypořádat se s bolestí, nespavostí a jinými psychosomatickými problémy. Vede pacienta k vyrovnanosti, klidu, toleranci a harmonii (Malíková, 2020).

Bužgová et al. (2019) popisují možnost využití pastorační péče. Ve zdravotnických zařízeních se stále více podílejí na práci s pacienty nemocniční kaplani, jde o postupně se rozvíjející službu, a ne všichni jsou na tuto formu pomoci připraveni. Někteří lidé si myslí,

že nabídnutí pomoci pastoračního asistenta je spojeno s koncem života. Jiných pacientů se otázky ohledně spirituálních témat mohou nepřímou dotknout. V dalších případech může saturaci této potřeby bránit rodina, která vidí pacienta v takovém stavu, který není schopen o sobě sám rozhodovat. Řešení autorky vidí ve větší informovanosti společnosti a velký důraz kladou na respektování přání nemocného. Zajímavé je řešení v podobě sepsání pacientových přání týkajících se vztahu k péči na dobu, kdy o ní později nebude moci rozhodovat. Velice důležitá je proto komunikace mezi zdravotníky, pacientem a rodinou.

Nemocniční kaplan má dovednosti duchovního, psychologa či sociálního pracovníka, avšak nezasahuje do kompetencí farářů, psychologů či psychiatrů. Pečuje o všechny pacienty, může pomoci i nevěřícím zmírnit jejich obavy a problémy plynoucí z hospitalizace (Kalvach et al., 2011). V dokumentu Dohoda o duchovní péči na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR) je nemocniční kaplan popisován jako osoba kvalifikovaná k poskytování duchovní podpory nemocným, jejich rodinám i zdravotnickému personálu (MZČR, 2019).

1.6 Bolest - potřeba ochrany před bolestí

Bolest provází většinu onemocnění a každý operační výkon, patří mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy. Definice bolesti podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) zní: *Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní (definice bolesti WHO in Honzák, 2020, s. 202).* Trachtová et al. (2018) poukazují na to, že bolest zná každý, jde o nejkompexnější lidskou zkušenost. V historických pramenech najdeme informace o odlišných projevech bolesti a o nástrojích využívaných k jejímu zmírnění. Ač znehodnocuje naše prožívání života a ubírá radost, má také varovný charakter. Zejména akutní bolest je v diagnostice nemoci nepostradatelný příznak. Prožívání bolesti je propojeno se znalostmi tělesnými, emočními a sociálními. Přestože jde o subjektivní pocit, zdravotnický pracovník by měl vždy adekvátně reagovat, kdykoliv pacient udává, že má bolest. Bolest je považována za symptom i klinický syndrom. Z hlediska ošetrovatelského je bolest definována podle Severoamerického sdružení pro sesterské diagnózy (NANDA - North American for Nursing Diagnosis Assotiation) v mezinárodní terminologii jako ošetrovatelská diagnóza (Trachtová et al., 2018; Herdmann a Kamitsuru, 2020). Ve své studii Kotronoulas et al. (2017) uvádí, že u pacientů

s kolorektálním karcinomem, kromě problémů se zažívacím traktem a vyprazdňováním, se objevuje také abdominální bolest. K potížím se spánkem si pacienti mimo jiné stěžovali i na bolest v pooperačním období. Šamanková et al. (2011) zmiňují, že pokud pacient zná příčinu bolesti, může pociťovat úlevu. Je-li pacient správně informován o tom, co výkon obnáší, tak se i lépe vyrovnává s bolestí. I přesto je doporučováno před bolestivými výkony či převazy podávat vhodná analgetika. Dobré je i vycházet z předchozích zkušeností nemocného. K naplnění potřeby být bez bolesti pomáhá správné dávkování léků, určení předpokládaného času, který je nutný k potlačení bolesti a podání informací o možných nežádoucích účincích léčby. Neméně důležité je zapojení pacienta do léčebného procesu, a to zejména při dodržování pokynů, vhodné polohy a rehabilitace.

1.6.1 Faktory ovlivňující bolest

Trachtová et al. (2018) popisují faktory fyziologicko - biologické, kam patří fyziologie vzniku bolesti a její dráha, dále sem náleží věk a druh nemoci. V různém vývojovém stadiu je bolest odlišně prožívána a každý ji dává najevo jiným způsobem.

Psychicko - duchovní faktory určují, jaký význam nemocný bolesti přisuzuje. Velice záleží na okolnostech, jako je charakter bolesti, osobnostní vlastnosti člověka a předcházející životní zkušenost s danou bolestí, zda jsme porozuměli jejímu významu. Všechny tyto prvky přispívají k vytvoření úspěšné obranné strategie. Nezdařilé defenzivní postupy a dlouhotrvající bolest přináší depresi, úzkost, beznaděj až úplnou rezignaci, což má za následek zhoršení kvality života a spolupráci. Nesmíme opomenout náladu, emoce, strach, úzkost, vztek či frustraci. Bolest konkrétního nemocného může mít více forem a tím se odlišovat od charakteristických projevů jiného pacienta, proto ji musíme přikládat individuální význam. Existuje mnoho vypracovaných univerzálních škál a algoritmů bolesti, avšak měli bychom si uvědomit individualitu každého z nás, která ovlivňuje vnímání bolesti (Johnson et al., 2013; Trachtová et al., 2018).

Do sociálně - kulturních faktorů patří výchova, sociální závislost, osamělost a etnografické vlivy. V kulturách, které mají základy v židovské a křesťanské etice je bolest považována za trest, odplata za hříchy. U některých kmenů je bolest složkou rituálů, jelikož věří, že tolerance bolesti zvyšuje odolnost jedince, dodává mu sílu a zvyšuje práh vnímání bolesti. Někteří příslušníci kultur chtějí být sami při prožívání bolesti, jiní preferují oporu rodiny a blízkých. Trachtová et al. (2018) přikládají význam očekávání, kdy například ženy mohou více otevřeně projevovat bolest než muži.

Trachtová et al. (2018) uvádí jako nejdůležitější praktický přínos ve výzkumu bolesti její rozlišení na akutní a chronickou. *Akutní bolest napomáhá přežití, chronická bolest působí většinou destruktivně na tělesnou, psychickou i sociální stránku jedince* (Trachtová et al., 2018, s. 143). Akutní bolest má jedince varovat a ochránit před dalším poškozením, objeví se okamžitě po bezprostředním bolestivém podnětu a je krátkodobá. Rostoucí intenzita bolesti zatěžuje nemocného, což se projeví tachykardií, zvýšením krevního tlaku, prohlubujícím se dýcháním, neklidem až křikem. Chronická bolest trvá měsíce i roky, pravděpodobně nastává habituace sympatické odezvy a dále se projevuje nespavostí, nechutenstvím, pocity méněcennosti, depresí či frustrací. Tito lidé absolvují nespočetné množství vyšetření, ordinovaná léčba nepomáhá a jedinec stále trpí. Johnson et al. (2013) dále kategorizují bolest podle původu zranění či lokality zasažení vláken přenášejících bolest (nociceptory). Somatickou bolest, která vzniká podrážděním míšních nervů, charakterizujeme jako ostrou a ohraničenou, kdy se vyskytuje palpační bolestivost a hypersenzitivita kůže, můžeme ji tedy přesněji lokalizovat. Oproti tomu viscerální bolest má původ v iritaci sympatiku. Dochází k rozpětí hladké svaloviny a podráždění parenchymatózních orgánů, nelze ji spolehlivě lokalizovat, často se šíří do jiných částí a zastírá tak svůj skutečný původ.

Úspěšná léčba bolesti by měla být spojena se zlepšením spokojenosti pacientů, klinických výsledků, vede k redukci komplikací a s tím spojených i celkových nákladů na léčbu. Měl by být brán ohled na preventivní kontrolu bolesti, kde je cílem minimalizace či odstranění bolesti ještě před jejím začátkem a razantní intervence po zahájení bolesti. Snížení intenzity vnímané bolesti vede k nižší spotřebě celkových léků proti bolesti a má za následek i snížení nežádoucích vedlejších účinků a délku pobytu v nemocnici (Johnson et al., 2013).

1.7 Saturace potřeb ve zdraví a nemoci

Je-li člověk zdravý, je schopen uspokojovat své základní potřeby bez pomoci. Na saturaci vyšších potřeb se podílejí vědomosti a dovednosti, záleží také na kulturním prostředí a zázemí. Vyvážený zdravotní stav a nepřítomnost nemoci umožňuje bezproblémové dosažení cílů (Šamánková et al., 2011).

Hlavní úkol zdravotnických pracovníků charakterizuje Krátká (2018) v systematickém vyhledávání, hodnocení a promyšleném uspokojování potřeb jak zdravého, tak především nemocného člověka. *Každý člověk pociťuje potřeby, ať tělesné, ať duševní různého druhu a stupně, z nich některé mohou býti k samé životní existenci*

nezbytně nutné (potřeby existenční), kdežto jiné vyskytují se teprve na vyšších stupních společenského a osvětového vývoje (Baštecká a Mach, 2015, s. 432).

Kutnohorská (2013) zmiňuje, že pacient často pocítuje důležitost jiných potřeb, než vnímá pečující personál. Proto se v určité fázi nemoci může saturace spirituálních potřeb dostat do popředí před uspokojování biologických požadavků. Autorka proto zdůrazňuje důležitost komunikace o potřebách s pacientem.

Maslow (2014) udává, že motivované jednání vychází z neuspokojených potřeb. Saturováním potřeby se uvolní napětí způsobené deficitní potřebou. Dále ve své teorii popisuje dva druhy uspokojování potřeb. Jednou je redukce, je jí dosahováno uspokojení především vývojově nižších potřeb (hlad je eliminován najedením). Druhý způsob popisuje udržování indukce napětím, kterým dochází k naplnění vývojově vyšších požadavků.

1.7.1 Potřeby v nemoci

Onemocní-li člověk, dochází ke změně až narušení způsobu naplňování potřeb. Nemocný bývá omezen například ve styku s přáteli a rodinou, nemůže cestovat či konzumovat svá oblíbená jídla (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Šamánková et al. (2011) zdůrazňují, že je podstatné získat údaje o osobnosti jedince před onemocněním. Mezi významná kritéria patří věk, vzdělání, pohlaví, typ osobnosti a její temperament, hierarchie hodnot, zdravotní uvědomění a prostředí jedince. Dále je nutné brát ohled na předešlá onemocnění, kde hodnotíme projev nemoci, diagnostické a léčebné intervence a úspěšnost terapie.

Šamánková et al. (2011) také upozorňují na specifika hodnocení problémů a priorit při ošetřování, kde by ošetřovatelský tým měl umět posoudit měnící se potřeby. Podstatné je pomoci pacientovi akceptovat jeho nemoc, pomoci mu pochopit význam léčebného procesu a podporovat ho při hledání nového cíle. Velký význam má edukace a podpora rodiny při nečekaně vzniklých komplikacích. Podle Sikorové a Zeleníkové (2012) se mohou v nemoci objevit i nové potřeby, jako například potřeba nových vědomostí a dovedností.

1.7.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Mezi faktory ovlivňující uspokojování potřeb patří individualita jedince, zejména jeho osobnostní charakteristika a volní vlastnosti. Jakým způsobem člověk prožívá a uspokojuje potřeby je ovlivněno temperamentem, citovou dráždivostí, citovou labilitou a

citovou zralostí (Trachtová et al., 2018; Dušová et al., 2019). Krátká (2018) dále z faktorů uvádí samotnou nemoc, prostředí kolem nemocného, okolnosti vzniku onemocnění, mezilidské vztahy a přístup okolí k chorobě. Přítomnost onemocnění tedy významně působí na uspokojování potřeb. Podle Sikorové a Zeleníkové (2012) je kvalita uspokojování potřeb ovlivněna druhem onemocnění, způsobem léčby, přítomností bolesti či omezením pohybu. Kultura ovlivňuje potřeby tím, že udává vzorce k jejich uspokojování, některé potřeby jsou potlačovány (agresivní jednání) a jiné jsou vyzdvihnuty (výkon) (Dušová et al., 2019).

1.7.3 Potřeby v ošetrovatelské praxi

Problematice potřeb se věnují i autoři Bártlová a Matulay (2009), kteří charakterizují tři druhy základních skupin potřeb:

1, Potřeby, které se nemocí nemění. Jde o potřeby, které nesouvisí s onemocněním, vyskytují se i u zdravého jedince. Každý si je zvládne zabezpečit sám, s pomocí rodiny či jiných sociálních skupin. Pokud člověk onemocní, uvědomuje si naplnění těchto základních biologických potřeb mnohem intenzivněji (Bártlová a Matulay, 2009). Úkolem zdravotnického personálu je pomoci pacientovi, pokud se on sám nemůže podílet na uspokojování těchto potřeb (Tóthová et al., 2014).

2, Potřeby, které se nemocí modifikovaly. Tyto potřeby se u každého mění, mezi hlavní vlivy patří druh vlastního onemocnění, jeho stádium a závažnost. Nezapomenutelnou roli hrají osobnostní vlastnosti člověka a společenské faktory, jako je druh zaměstnání, věk či pohlaví. Je tedy logické, že těžce nemocný pacient, který již dříve omezil sociální kontakt má tuto potřebu větší než potřebu aktivity (Bártlová a Matulay, 2009; Trachtová et al., 2018).

Do první skupiny modifikovaných sociálních potřeb patří potřeba tvořivé práce, ve které nemocný jedinec projevuje svou aktivitu bojem s onemocněním. Snaha aktivně spolupracovat se projeví hlavně v léčebné rehabilitaci a ergoterapii, kde je odváděna pacientova pozornost od současného stavu a stimulována k překonávání bolesti a strachu z neúspěchu. Aktivizace vede ke zkvalitňování sociálních kontaktů s okolím, dále je podporována soběstačnost, sebedůvěra a víra v uzdravení (Bártlová a Matulay, 2009).

Druhou skupinu tvoří potřeba poznání světa a sebe samého, tedy porozumění, do jaké situace se pacient vlivem nemoci dostal. Pacient chce vědět příčinu, důsledky

onemocnění, způsoby léčby a co je důležité k jeho uzdravení. Potřeba být informován se týká povahy onemocnění, nemocničního a léčebného režimu. Ke zvládnutí psychického vypětí z pobytu v nemocnici je dobré mít průběžné informace o práci, situaci doma a ostatních okolnostech, o které se pacient zajímá. Potřeba člověka být zdravý je natolik motivující, že nutí jedince přijmout opatření vedoucí k udržení a ochraně zdraví (Bártlová, 2005; Bártlová a Matulay, 2009).

Další skupinu tvoří potřeba sociálních styků. V době hospitalizace jde o vztah k lékaři, sestřám a dalším spolupacientům. Dominuje zde hlavně potřeba komunikace. V dnešní době, kde je vysoký podíl technických faktorů sloužících k diagnostice a terapii, je tato důležitá potřeba narušována. Vývojem doby se také změnil vztah lékaře k pacientovi, kdy autoritativní přístup nahradil partnerský. V ošetrovatelské péči byly zdravotnickým pracovníkům odstraněny některé nekvalifikované práce, aby bylo více času pro nemocné (Bártlová a Matulay, 2009; Šamánková et al., 2011).

Do potřeb, které se nemocí modifikovali Bártlová a Matulay (2009) uvádí potřebu vytváření kulturního prostředí, popisována je úprava a výzdoba nemocničního prostředí, upravený ošetrojící personál, vhodně zvolený barevný odstín na stěnách, design nábytku a čistota prostředí. Kulturní nároky se mění v závislosti na fázi onemocnění, kterou si pacient prochází.

3, Potřeby, které nemocí vznikly. Tyto potřeby jsou řešeny při léčebném procesu. Jejich úroveň pokrytí souvisí s rozvojem lékařských věd a ošetrovatelské praxe. Na vzniku těchto potřeb se podílí charakter a závažnost onemocnění, stav pacienta a jeho struktura osobnosti, předchozí zkušenosti s nemocí, jak je nemoc interpretována. Neméně důležitá je i reakce a chování okolí, vztah rodinných příslušníků, vztah lékař - sestra - pacient. Nemoc má vliv na vznik nových potřeb (Bártlová a Matulay, 2009).

Potřeba navrácení zdraví. Člověk musí plnit určité sociální role, aby se mohl uplatnit jako osobnost. Hodnota zdraví bývá vysoce ceněna, avšak každý jedinec k ní zaujímá jiný přístup, od lhostejnosti až k přehnané starostlivosti. Každý jedinec má individuální škálu hodnot a od toho se odvíjí i rozdílný postoj k věcem a společnosti (Bártlová a Matulay, 2009; Čeledová a Čevela, 2010).

Potřeba, která vede ke zmírnění či úplnému odstranění bolesti a utrpení úzce souvisí s požadavkem uzdravit se. Utrpení je spojováno se smrtí a bolest s limitovanou způsobností jednat (Bártlová a Matulay, 2009; Bužgová, 2013).

Potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové. Jedinec v roli nemocného zaujímá pozici ve skupině nemocných, kteří nezohledňují jeho stávající sociální postavení a dochází tak k narušení představy o sobě samém. Členové rodiny, kteří byli dříve dominantní nesou nepříznivě zprostředkovaný výkon své role. Mnohem obtížněji je tolerováno odloučení, neschopnost dalšího výkonu povolání a působení ve společenských, kulturních a sportovních institucích. Pokud nemoc zapříčiní trvalé změny, měl by se jedinec pokusit najít jinou aktivitu, aby potřebu uspokojil (Bártlová a Matulay, 2009).

1.8 Bariéry při naplňování potřeb

Zdravotníci a pacienti mají často rozdílný pohled na vnímání nemoci, jedná se především o hodnocení příznaků nemoci a posuzování účinnosti léčby. Odlišné představy a očekávání od léčby se mohou vyvinout do vzájemného nepochopení až k nespolupráci ze strany pacienta (Gurková, 2017).

1.8.1 Typy bariér

Nejčastější překážky jsou osobní, psychická, jazyková a fyzická bariéra. Osobní bariéru Šamánková et al. (2011) charakterizují jako nedůvěru, obavu ze zklamání, nesmělosti vyslovit svá přání a podceňování druhých. Osobní bariéru lze pozorovat i u choullostivých a osobních sděleních.

Psychická bariéra se objevuje v situaci, kdy nemocný není chopen přijmout pomoc při saturování potřeb. Zdravotnický personál zná podstatu a projevy onemocnění, může pomoci jedinci najít pojmenování pro chybějící potřebu a zajistit její naplnění. Důležitou roli zde může sehrát sympatie a antipatie (Trachtová et al., 2018).

Jazyková bariéra se týká nepochopení ve vzájemné komunikaci, může se jednat o nevhodnou volbu slov, nesrozumitelnost a informační šum. S tím souvisí i nepochopení sdělovaného obsahu a ostych zeptat se ještě jednou (Šamánková et al., 2011).

Tělesný diskomfort může způsobit fyziologickou bariéru. Pokud jej odstraníme, přispějeme i k odstranění této komplikace (Šamánková et al., 2011; Trachtová et al., 2018).

Bariéra může vzniknout z nezvyklého prostředí, kterým nemocniční prostředí bezesporu je. Některým nemocným připadá toto prostředí neútné, studené, a i přes veškerý komfort se zde necítí dobře (Šamánková et al., 2011).

Jako další překážky Šamánková et al. (2011) uvádí bariéru ve vyslovování či přijímání omluvy, kritiky a pochvaly. Patří sem také řeč těla a bariéra ve zprostředkování zpětné vazby.

1.9 Lidské potřeby a naplnění Etického kodexu práv pacientů

Etický kodex práv pacientů vznikl v roce 1992, jeho podkladem byla Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. Listina základních práv a svobod vznikala na podkladě Všeobecné deklarace lidských práv a jsou v ní základní ustanovení týkající se odpovídajícího kvalitního a bezpečného života v demokratické společnosti. Listina práv a svobod má právní charakter a jednotlivá práva jsou soudně vymahatelná. Soupis práv pacientů (příloha č. 2) je brán jako morální norma ochrany pacientů. *Porušení některých práv pacientů (nejenom tolik diskutovaná ochrana osobních dat) může být předmětem soudní žaloby, ale pouze v návaznosti na čl. 10 Listiny základních práv a svobod, nikoli jako porušení práva pacientů* (Šamánková et al. 2011, s. 123). Realizace práv pacientů při saturaci potřeb nemocného má značnou hodnotu z hlediska splnění profesních slibů, zvyšování sebevědomí nemocných a posílení společenské úrovně (Šamánková et al., 2011; Olišarová et al., 2017).

1.10 Ošetrovatelský proces

Mezi důležité cíle ošetrovatelství mimo jiné patří podpora, upevňování a navracení zdraví, zmírňování utrpení, vedení k sebepéči a edukaci pacientů a jejich blízkých (MZČR, 2021). *Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady. Proto jsou potřeby každého pacienta posuzovány z biopsychosociálního a duchovního hlediska a při poskytování komplexní ošetrovatelské péče je cílem v maximální možné míře se k takto definovanému stavu přiblížit* (MZČR, 2021, s. 9).

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby se setra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit změny, které u pacienta nastaly. Tak může zhodnotit účinnost ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelského procesu by mělo být naplňování potřeb člověka (Šamánková et al., 2011, s. 111). Hlavním cílem ošetrovatelského procesu je komplexní, systematické a plánované uspokojování potřeb jak nemocného, tak i zdravého člověka a poskytování holistické péče

zaměřené na pacienta. Ošetrovatelský proces lze označit za dynamický děj. Skládá se z následujících pěti složek (Trachtová et al., 2018; The Nursing Process, 2021).

První složka se nazývá zhodnocení, jde o systematické shromáždění informací o pacientovi a jejich následná podrobná analýza. Do sběru dat patří fyziologické údaje, ale také psychologické, sociokulturní, duchovní, ekonomické a ostatní faktory ovlivňující životní styl pacienta (The Nursing Process, 2021). Tóthová et al. (2014) uvádí, že se v této fázi hledají patologické procesy a rizikové faktory, které negativně ovlivňují zdravotní stav nemocného. Na druhé straně se mimo jiné zjišťují i silné stránky pacienta, které jsou při diagnostice potřebné k sestavení úspěšného plánu.

Druhou složkou je diagnostika. Jde o analyticko - syntetický proces, kde se hledají aktuální nebo potenciální zdravotní problémy a zjišťují potřeby pacienta. Stanovení ošetrovatelské diagnózy je nezbytné pro tvorbu plánu ošetrovatelské péče (The Nursing Process, 2021). Pro ošetrovatelské diagnostikování se používá terminologie NANDA International - taxonomie II, která je průběžně aktualizována. Ošetrovatelské diagnózy jsou strukturované do domén, dále se dělí na třídy, kde autorky udávají definici diagnóz a číselný kód. U každé ošetrovatelské diagnózy jsou specifické charakteristiky, jako jsou určující znaky, související prvky a rizikové faktory (Herdman a Kamitsuru, 2020).

Třetí složkou ošetrovatelského procesu je plánování. Na základě předchozích dvou fází se stanoví měřitelné a dosažitelné dlouhodobé a krátkodobé cíle. Tyto hodnotící údaje se spolu s diagnózou a ošetrovatelským cílem zapisují do plánu péče (The Nursing Process, 2021). Tóthová et al. (2014) zmiňují podrobněji sekvence plánování, jako je určení priorit ve spolupráci s pacientem. Problémy vyžadující okamžitou pozornost. Úkoly, které mohou být řešeny později. Činnosti, které je možné delegovat na další členy ošetrovatelského týmu nebo řešit v rámci multidisciplinárního týmu. Je důležité si stanovit cíle či očekávané výsledky v časově realizovatelném horizontu. Musíme vzít v úvahu činnosti, které jsou potřebné k dosažení stanovených cílů. Je potřeba zohlednit, zda jde o standardizovaný plán či je potřeba jej individualizovat, kde je přihlédnuto k odlišnostem.

Do čtvrté složky patří realizace, kdy je nutné zajistit kontinuitu ošetrovatelské péče vykonávané podle stanoveného plánu. Do plánu péče má přístup i další ošetřující personál, aby mohl vykonávat naplánované ošetrovatelské intervence (The Nursing Process, 2021). Před samotnou realizací se posuzuje momentální stav pacienta, jestli se neobjevil nový problém, který vyžaduje okamžité řešení, a tedy i inovaci v plánu ošetrovatelské péče. Zároveň si všímáme, jak pacient na intervence reaguje. Neustále tedy

získáváme a hodnotíme nové informace a reagujeme tak na případnou změnu postupů (Tóthová et al., 2014).

Posledním krokem je vyhodnocení, kde se zjišťuje, zda bylo plánovaného cíle dosaženo a do jaké míry. Dochází k posuzování reakce pacienta, které se srovnávají s vymezenými normami. Jsou-li kritéria splněna, je ošetrovatelský proces ukončen. Nejsou-li cíle splněny vůbec nebo částečně, musí se plán zrevidovat a začít od začátku (Tóthová et al., 2014).

Je tedy důležité zdůraznit, že stav pacienta a efektivitu jednotlivých fází ošetrovatelského procesu je potřeba vyhodnocovat průběžně a plán péče podle potřeby upravovat a aktualizovat (The Nursing Process, 2021). U plánování a vyhodnocování cílů a výsledků ošetrovatelské péče je možné využití klasifikačního systému NOC (Nursing Outcomes Classification). Při sestavování ošetrovatelských intervencí se používá klasifikační systém NIC (Nursing Interventions Classification) (Sikorová, 2011).

Každý jedinec je komplexní a holistickou bytostí, proto ošetrovatelství také vychází z holistické teorie. Součástí práce všeobecné sestry je využívání teoretických poznatků v oblasti potřeb, které vedou k lepšímu porozumění jednotlivcům (Sikorová, 2011). *Sestry jsou vnímány jako představitelky povolání, které je pro dosažení všeobecného pokrytí péče o zdraví zásadní. Sestry se nacházejí v centru většiny zdravotnických týmů a mají klíčovou roli při podpoře zdraví, prevenci a léčbě nemocí a poskytování komplexní ošetrovatelské péče* (MZČR, 2021, s. 6). Při ošetrovatelském procesu dochází k posuzování chování a priorit pacientů a podle toho je plánována ošetrovatelská péče. Potřebami se zabývají některé konceptuální modely vybraných autorek ošetrovatelské teorie (Sikorová, 2011). Například Jean Orlando vychází z teorie potřeb a motivace. Definovala ošetrovatelský proces jako systematický přístup zaměřený na péči, který využívá základní principy kritického myšlení, přístup zaměřený na pacienta, úkoly směřující ke splnění cíle, doporučení na základě důkazů - evidence based practice (EBP) a intuici všeobecné sestry (Toney-Butler a Wilcox, 2021). Je zde kladen důraz na interakční procesy mezi zdravotníkem a pacientem, převážně ve třech oblastech - vztah mezi sestrou a pacientem, profesionální role sestry a rozvoj ošetrovatelského poznání (Červenková a Zelinka, 2018).

Ošetrovatelská péče je zaměřena na uspokojování potřeb nemocného. Celý proces saturování potřeb je důležité přizpůsobit preferencím, přesvědčením a hodnotám pacienta. Hodnoty se propojují s cílem, se způsobem dosažení a hodnocením (Tóthová et al., 2014).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl: Zhodnotit saturaci psychosociálních potřeb u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jakou roli v saturaci psychosociálních potřeb hraje pacient, jeho rodina a ošetřující personál?

VO2: Jaké faktory ovlivňují saturaci potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení?

2.3 Operacionalizace pojmů

Chirurgie - Chirurgie patří mezi základní lékařské obory. Specializuje se na prevenci, diagnostiku a operační léčbu onemocnění. Název je odvozen z řeckého slova cheirurgia (cheir-ruka, ergein-pracovat) a vyjadřuje práci rukou. *Chirurgie současnosti již dávno opustila svůj řemeslný původ a je součástí klinického lékařství s rozsáhlou praktickou a vědeckou náplní. Jistě jí zůstalo jako specifikum používání rukou či přístrojů a nástrojů k mechanickému vlivu na tkáně a orgány. Není to však pouze otázka techniky provádění výkonů. Mnohdy důležitější součástí léčebného procesu je diagnostika chirurgických onemocnění a poranění, posouzením místního i celkového stavu nemocného a indikace k operaci* (Zeman et al., 2011, s.17).

Potřeba - Potřeba je projev nedostatku nebo nadbytku v oblasti biologické, psychické, sociální či duchovní (Baštecká et al., 2015).

Ošetrovatelství - *Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína. Jako jeden z mála oborů pohlíží na člověka velmi komplexně a využívá poznatků a metod odvozených z medicinských věd, humanitních věd, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd, teorii řízení, vedení a teorii vzdělávání. Ošetrovatelství je tedy multidisciplinárním oborem, vycházejícím z poznatků a praxe jiných oborů, a je i oborem interdisciplinárním, využívajícím vazby mezi obory. Obor ošetrovatelství má svoji teoretickou základnu, kterou dále rozvíjí. Ošetrovatelský tým jako součást zdravotnického týmu vykonává nezbytné činnosti vedoucí ke kvalitní a bezpečné péči o pacienta* (MZČR, 2021, s. 9).

Všeobecná sestra - Všeobecná sestra je fyzická osoba oprávněna k výkonu tohoto povolání. Na podkladě bezúhonnosti, zdravotní způsobilosti a získané odborné způsobilosti poskytuje samostatně nebo ve spolupráci s lékaři kvalifikovanou odbornou péči pacientům v různých stupních sociálního a zdravotnického systému, podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro vypracování empirické fáze diplomové práce na téma „Saturace psychosociálních potřeb u pacientů hospitalizovaných na chirurgických oddělení“ byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření s použitím polostrukturovaného rozhovoru s předem vypracovanými otevřenými otázkami (příloha č. 3). V průběhu rozhovoru se otázky doplňovaly podrobnějším dotazováním respondentů ke zjištění, co nejdetailnějších informací k tématu diplomové práce. Výzkumná část probíhala v období měsíců ledna a února v krajské nemocnici Jihočeského kraje na standardních odděleních chirurgie. Souhlas s provedením výzkumu v dané nemocnici je k dispozici u autorky diplomové práce. Výzkumné šetření začalo získáním souhlasu s rozhovorem u hospitalizovaných pacientů a zajištěním soukromí k provedení rozhovoru. Respondenti byli seznámeni s tématem, účelem a výstupy výzkumu. Všichni respondenti (tabulka č. 1) s rozhovorem souhlasili a také se záznamem na diktafon. Samozřejmostí bylo informování všech zúčastněných o anonymitě výzkumného šetření. Úvodní otázky byly zaměřeny na věk respondentů, délku pobytu v nemocnici, onemocnění, pro které jsou hospitalizováni, zda bylo jejich přijetí akutní či plánované, jaké mají zaměstnání a rodinné zázemí. Rozhovory byly doslovně přepsány v programu Microsoft Word. K analýze dat byla použita metoda kódování v ruce, pomocí „tužky a papíru“, kdy přepsané a vytištěné rozhovory byly po přečtení zakódovány (příloha č. 4). K přesnějšímu kódování se vyhledávaly opakující se slova a slovní spojení, aby z nich byly vytvořeny kategorie a podkategorie určující přesnější analýzu získaných dat z rozhovorů (Švaříček et al., 2014). Jednotlivé rozhovory jsou označeny číslem respondenta, na které je v textu odkazováno.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci empirického šetření diplomové práce bylo získáno 27 rozhovorů od pacientů hospitalizovaných na oddělení chirurgie jihočeské krajské nemocnice. 15 respondentů bylo mužského pohlaví a 12 ženského. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo mezi 19 až 78 lety.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5
Věk	73 let	71 let	71 let	73 let	68 let
Pohlaví	žena	muž	žena	žena	žena
Onemocnění	tříselná kýla	operace zubů	operace jícnu	zánět tl. střeva	karcinom tl. střeva
Příjem	plánovaný	plánovaný	plánovaný	neplánovaný	plánovaný
Zaměstnání	důchodce	důchodce	důchodce	důchodce	důchodce
Den hospit.	3.	3.	4.	4.	6.
Rodina	manželství	manželství	manželství	manželství	vdova

Respondent	R6	R7	R8	R9	R10
Věk	23 let	28 let	68 let	43 let	53 let
Pohlaví	žena	muž	muž	muž	muž
Onemocnění	perianální absces	bolesti podbřišku	tumor rtu	Crohнова choroba	resekce tl. střeva
Příjem	plánovaný	neplánovaný	plánovaný	plánovaný	plánovaný
Zaměstnání	stát. správa	student	důchodce	OSVČ	cestmistr
Den hospit.	3.	3.	6.	21.	6.
Rodina	soužití	soužití	rozvedený	manželství	manželství

Respondent	R11	R12	R13	R14	R15
Věk	56 let	52 let	47 let	57 let	59 let
Pohlaví	žena	žena	muž	žena	muž
Onemocnění	ileus	anorektální píštěl	hemoroidy	odstranění žlučníku	tříselná kýla
Příjem	neplánovaný	plánovaný	plánovaný	plánovaný	plánovaný
Zaměstnání	vš. sestra	jaderný fyzik	admin. prac.	kuchařka	zedník
Den hospit.	7.	3.	3.	3.	3.
Rodina	rozvedená	manželství	manželství	manželství	manželství

Respondent	R16	R17	R18	R19	R20
Věk	30 let	19 let	45 let	43 let	70 let
Pohlaví	muž	žena	žena	muž	muž
Onemocnění	kýla	kýla cysta	karcinom prsu	pupeční kýla	po amputaci končetiny
Příjem	plánovaný	plánovaný	plánovaný	plánovaný	plánovaný
Zaměstnání	technická podpora	zákaznický servis	referent České pošty	stavební dělník	důchodce
Den hospit.	3.	3.	20.	4.	8.
Rodina	manželství	soužití	soužití	manželství	manželství

Respondent	R21	R22	R23	R24	R25
Věk	43let	59 let	49 let	76 let	78 let
Pohlaví	muž	žena	muž	žena	muž
Onemocnění	diabetická noha	hemoroidy	tříselná kýla	uskřínutá tříselná kýla	po amputaci prstů nohy
Příjem	plánovaný	plánovaný	plánovaný	neplánovaný	plánovaný
Zaměstnání	pracovník v obchodu	admin. pracovník	OSVČ	důchodce	invalidní důchodce
Den hospit.	4.	3.	3.	8.	2.
Rodina	manželství	manželství	manželství	manželství	manželství

Respondent	R26	R27
Věk	54 let	67 let
Pohlaví	muž	muž
Onemocnění	amputace prstů nohy	karcinom tl. střeva
Příjem	plánovaný	plánovaný
Zaměstnání	elektromechanik	svářeč
Den hospit.	3.	5.
Rodina	manželství	soužití

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů

Kategorie bezpečí a jistota

Kategorie bezpečí a jistota měla za úkol zjistit pocity respondentů při příjmu na oddělení. V souvislosti s tímto tématem byly vytvořeny podkategorie Pocity při přijetí a Role personálu.

Podkategorie Pocity při přijetí

Většina dotazovaných vyjádřila spokojenost s průběhem přijetí a pobytem na oddělení. R1 popsala: „*Při přijetí jsem se cítila velice dobře i nyní jsem spokojená.*“ R2 mluvil o přátelském přijetí na pokoj: „*Cítil jsem přátelské uvedení na pokoj. Nyní se cítím dobře a zaznamenávám zlepšení stavu.*“ R3 uvedla, že se v nemocnici cítí dobře: „*Cítila jsem se a cítím se tady dobře. I přes všechny mé potíže se cítím normálně.*“ Na vstřícnost personálu poukázala R4: „*Při přijetí jsem cítila vstřícnost personálu, takže vše proběhlo v pořádku. Nyní se cítím docela dobře.*“ Nervózně se cítila R5, protože měla obavy, jak operace dopadne: „*Při přijetí jsem se cítila nervózní, a stále se cítím nervózní, jak vše dopadne.*“ I přes své potíže přátelské prostředí vycítila R6: „*Při přijetí jsem se cítila příjemně, nyní se cítím také příjemně, je zde přátelské prostředí.*“ R7 vyjádřila zmatenost, ale i pocit bezpečí: „*Nyní se cítím lehce zmateně, ale v bezpečí.*“ Spokojenost vyjádřil R8: „*Při přijetí jsem se cítil klidně. Nyní po operaci se cítím spokojeně.*“ R9: „*Při přijetí jsem cítil obavy, nyní se cítím dobře.*“ Nejlépe pocity bezpečí a jistoty popsal R10: „*Potřeba bezpečí a jistoty je pro mě důležitá, a myslím, že v nemocnici je naplněna, tady jsem v bezpečí. Při přijetí jsem cítil strach, nyní se cítím v bezpečí. Psychická pohoda během pobytu se zlepšila, Jsem už po výkonu a vím, že je to na dobré cestě.*“ R11 popsala: „*...v důvěře, věděla jsem, že se o mě postarají...*“ R12 vyjádřila, jak se cítila: „*Cítila jsem se v rozpacích s očekáváním neznámého nyní se cítím hladově, ráda bych domů.*“ R13 se vyjádřila: „*Cítil jsem se normálně, teď se cítím normálně.*“ R14 řekla: „*Při přijetí jsem se cítila dobře. Nyní se cítím lépe, všechno dobře dopadlo. Zase se budu moct věnovat právnoučatům.*“ R15 popsal: „*Nyní se cítím spokojen.*“ R16 popsal: „*Při přijetí jsem cítil vřelé a bezpečné prostředí, cítím se zde bezpečně.*“ R17 uvedla: „*Při přijetí jsem se cítila dobře. Nyní se cítím trochu hůře, chce se mi brečet, asi jsem se ještě nevzpamatovala z té situace.*“ R18 uvedl: „*Cítím se klidně a vyrovnaně, vím že je o mě dostatečně postaráno.*“ R19, R20 a R23 zmínili, že se cítili dobře. R21 popsal: „*Cítil jsem se bezpečně, nyní se cítím lépe.*“ Nervozitu vyjádřila R22: „*Cítila jsem se trochu*

nervózní, nikdy jsem na operaci nebyla. Nyní se cítím už dobře, asi se nemusím ničeho bát, zatím se zdá, že jsou tu všichni milí.“ R24 pověděla: *„Bylo mi špatně, čekala jsem na výsledky, řekli, že je to akutní, že není na co čekat, museli to udělat hned. Já se probrala na JIPCE, byla jsem tam sama, byla mi zima, bylo to tam malé. Všechno to bylo tak narychlo.*“ R25 popsal: *„Měl jsem strach, že jdu zase do nemocnice. V pondělí jsem byl vystresovaný, nevěděl jsem, jak se z toho vzpamatovat. Na oddělení jsem se cítil poměrně dobře, příjemně, po operaci to bylo horší.*“ R26 uvedl: *„Cítil jsem se v pořádku a bez obav.*“ R27 se cítil: *„... v pohodě...“*

Podkategorie Role personálu

Všichni respondenti uváděli, že k zajištění potřeby bezpečí a jistoty potřebují mít oporu v ochotném zdravotnickém personálu, který projevuje vstřícný přístup, důvěru, ochotu a profesionální péči. R1 uvedl: *„...nejdůležitější je ochota zdravotníků.*“ R2 srovnával předchozí zkušenost s operačním výkonem: *„Zdravotnická péče je na vysoké úrovni a moc děkuji lékařům a ostatním, kteří o mě tehdy pečovali a nyní pečují. Velmi oceňuji péči zdravotníků v můj prospěch.*“ R4 uvedla: *„...fungující personál. Nejdůležitější je pro mne klid a pohoda.*“ R5 a R7 se vyjádřili: *„...péče sester a odbornost lékařů.*“ R6 a R8 shodně odpověděli: *„...naprosto profesionální přístup...“* R9 zmínil důležitost personálu: *„Nejdůležitější myslím, že je personál.*“ R10 vyzdvihl dostatek informací: *„Bezpečí a jistotu pro mě představuje mít dostatek informací.*“ Na komunikaci a dostatek informací poukázal také R23: *„Asi komunikaci s personálem, mít dostatek informací.*“ R3 vyslovil pocit důvěry: *„Cítil jsem důvěru v personál.*“ R11 popsala: *„Cítla jsem se dobře, všichni věděli, že jsem zdravotník, personál se ke mně choval jako ke spoluzdravotníkovi, pocítuji z personálu důvěru, věděla jsem, že se o mě postarají. Je zajištěna nepřetržitá péče, starají se o mě všichni.*“ R12 poukázal na *„Milý personál.*“ R13 uvedl: *„Profesionální tým zdravotníků.*“ R14 podotkla: *„Největší jistota je asi personál, jsou vstřícní, perfektní.*“ R15 popsal spokojenost s přístupem k pacientům: *„...že nejsem jen kus, ale jsem pacient na operaci. Nejdůležitější zde vidím, že je tu skvělý personál a mají dobrý přístup k pacientům.*“ Nadstandardně hodnotil péči R16: *„Při přijetí jsem cítil vřelé a bezpečné prostředí, cítím se zde bezpečně. Troufám si tvrdit, že zde máme vysoký nadstandard, a to nejen v rámci vnitrozemního porovnání.*“ R17 uvedl: *„... péče lékařů a sester...“* R18 zmínil důvěru v personál: *„Příjemné prostředí, milé a ochotné sestřičky..., že můžu důvěřovat personálu, vím že je o mě dostatečně postaráno.*“ R19 a R20 viděli bezpečí a jistotu v *„... přístupu personálu.*“ R21 poukázal na odbornost

a péči zdravotnického personálu „... odbornost, péči lékařů a sester.“ R22 řekla: „Nyní se cítím už dobře, asi se nemusím ničeho bát, zatím se zdá, že jsou tu všichni milí.“ R23 vyslovil důvěru v personál: „...cítím jsem důvěru v personál.“ R25 vypověděl: „Nejdůležitější je milý personál a ochotné sestřičky.“ P26 uvedl: „Příjemné chování personálu.“ R27 popsal: „Všichni jsou tu skvělí, dělají, co mohou.“

Kategorie Zkušenosti s operačním výkonem

Kategorie je zaměřena na zkušenosti respondentů s operačním výkonem. Součástí jsou dvě podkategorie: podkategorie Předchozí zkušenost a Žádná zkušenost.

Podkategorie Předchozí zkušenost

R2 se svěřil: „V roce 2011 jsem byl na operaci plic. Současnou operaci považuji za lehčí výkon.“ R3 popsala svou zkušenost: „Zkušenost s operací mám, už jsem tu ležela. R4 uvedla: „Mám za sebou již operaci lokte, prasklé cysty a nevidím v tom žádný rozdíl.“ R5 sdělila: „Již jsem byla na operaci se žlučníkem. R6 řekl: „Mám již zkušenosti s jinou operací, vše probíhá stejně.“ R7 vypověděl: „Mám zkušenosti s operací. Dříve bylo jisté, že se invazivnímu zákroku nevyhnu, tak jsem alespoň tušil, co se bude dít dále. Nyní se čeká, co bude dál. Rozdíl byl tedy v jistotě.“ R8 pověděl: „Mám zkušenosti s předchozí operací páteře v jiné nemocnici, to jsem byl mladší, sice to člověk špatně snášel, ale vyhrabal se z toho, bylo to náročné, chození s korzetem, a sebepéče byla náročná.“ R11 uvedla: „Mám zkušenosti s předchozí operací s kýlou, poprvé to byl šok, ale věděla jsem, co mě čeká, měla jsem problémy s rekonvalescencí, moc se to nehojilo, měla jsem tam absces, musela jsem se ošetřování rány hodně věnovat.“ R16 popsal: „Zkušenosti s operací již mám. Nyní se jedná v podstatě o „banální“ zákrok v porovnání s předchozí operací. Při minulé operaci jsem měl obavy. Nyní nám obavy v podstatě jen kvůli COVIDOVÉ situaci (COVID-19 - onemocnění koronavirem).“ R19 odpověděl: „Již jsem absolvoval tuto operaci, vracím se pro recidivu, nyní jsem měl větší bolesti břicha po zákroku než minulou operaci.“ R20 sdělil: „Operace jsou od sebe víc jak 10 let, tak si již rozdily moc neuvědomuji.“ R24 se vyjádřila: „Mám za sebou operaci kolene na ortopedii, tam jsem šla dobrovolně, řekli mi, že to bude bolet, čekala jsem to. R25 popsal: „Řekli mi, že sem půjdu znovu... Už mám za sebou operaci stomii, měl jsem jít na zanořovací operaci, ale řekli, že je to moc krátké, že to nepůjde, už to mám 10 let.“ R27 sdělil: „Už jsem byl na dvou operacích, během doby se stomii jsem měl horečku 40 °C, byl jsem tu zpátky.“

Podkategorie Žádná zkušenost

R1 uvedla: „*Zkušenosti s operací předtím jsem neměla, mám je až teď.*“ R9 sdělil: „*Před touto operací, jsem žádné jiné zkušenosti s operací neměl.*“ R10 řekl: „*Zkušenosti s operací nemám, tohle byla moje první, ale teď si to vynahradím, půjdu ještě na jednu operaci časem.*“ R12 popsala: „*...neměla jsem zkušenost...no nemám z toho radost.*“ R13 vypověděl: „*Toto byla moje první operace. Vnímám to jako nutnost vyřešení problémů.*“ R14 popsala: „*S žádnou operací jsem zkušenosti neměla, byla jsem v nemocnici pouze, když jsem rodila já a od té doby nic.*“ R15: „*...s operací jsem zkušenosti neměl, jsem tu prvně.*“ R17: „*Na operaci jsem byla prvně.*“ R18, R26 žádné zkušenosti s operací neměli. R21 uvedl: „*Předtím jsem nepodstoupil žádnou operaci, nemocnici jsem se vyhýbal, dokud jsem mohl.*“ R22 popsala: „*Cítila jsem trochu nervozitu, nikdy jsem na operaci nebyla.*“ O první zkušenosti mluvil R23: „*Šlo o první operaci.*“

Kategorie Informace

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jaké informace pacienti dostávají o svém zdravotním stavu, operačním výkonu a zda mají pocit, že sdělené informace jim byly poskytnuty v dostatečné míře. Do této kategorie byly zahrnuty tři podkategorie Druh informací, Dostatečné informace a Zdroj informací.

Podkategorie Druh informací

Většina respondentů uvedla, že byla s poskytnutými informacemi spokojena a vyjmenovávala jakým způsobem konkrétní informace obdržela. R3 odpověděl: „*Lékař se mnou vše probral rozhovorem.*“ R9 sdělil: „*Dostal jsem všechny informace ústně a písemně – souhlas s operací.*“ R11 zmínila: „*Dostala jsem srozumitelné informace o všem, jsem bývalý zdravotník, vše jsem pochopila.*“ R15 řekl: „*Dostal jsem srozumitelně všechny informace, co jsem potřeboval vědět.*“ R16 uvedl: „*Mohu říci, že informace byly komplexní (obecné informace o problematice, příčiny vzniku, možnosti léčby, možné komplikace a rizika. Dostal jsem poučení, jak postupovat po operaci.*“ R21 sdělil: „*Známý lékař mi vše vysvětlil.*“ R23 uvedl: „*Informace jsem dostal všechny, které jsem potřeboval...myslím si, že jsem dostal všechny potřebné informace od lékaře, pak po mě chtěli ještě podepsat, jestli souhlasím s operací.*“ R22 odpověděl: „*Myslím, že mi poskytly úplné informace, informace byly pro mě na začátek postačující.*“ O svém zdravotním stavu byli informováni R5: „*Informace o svém zdravotním stavu jsem dostala*

po návštěvě lékaře, zatím jen rozhovorem a byly pro mě dostačující.“ R20 odpověděl: *„Informace o mém zdravotním stavu mi řekl lékař.“* O způsobu operace se zmínila R1, která uvedla: *„Řekli mi o způsobu operace, že kýlu budou operovat buď laparoskopii nebo řezem.“* S výsledky vyšetření byli seznámeni R2: *„Byl mi vysvětlen výsledek vyšetření a jak bude probíhat vlastní operace.“* R8 sdělil: *„...po důkladném vyšetření jsem informace obdržel jak ústně, tak písemně, podepisoval jsem souhlas s operací.“* R10 uvedl: *„Dostal jsem informace o rozsahu výkonu, co bude následovat, že budu muset na další operaci, pokud vše půjde tak jak má. Poučil mě lékař na příjmu. Všechny informace jsem pochopil.“* R17 sdělila: *„Operace byla nutná vzhledem k bolestem, byla jsem seznámena s operačním výkonem, že jde o operaci bezpečnou s malým řezem.“* R18 odpověděla: *„...jaká operace a následná léčba mě čeká...“* R6 řekla: *„Byla jsem informována o přípravě před operací, průběhu operace i předpokládané léčbě doma.“* Důvody hospitalizace a možnosti léčby sdělili respondentka R4 s diagnózou zánět tlustého střeva, která na operaci zatím nebyla, ale uvedla, že informace o svém zdravotním stavu zná a R7, který byl hospitalizovaný pro bolesti podbřišku, uvedl: *„Dostal jsem informace o svém zdravotním stavu, jaké budu absolvovat vyšetření a dle průběhu mě možná čeká operace.“* R14 uvedla: *„Řekli mi, že je operace nezbytná, že tam jsou velké kameny. Informace jsem obdržela od lékaře, v nemocnici jsem podepisovala nějaké papíry.“* R19 se vyjádřil: *„Již jsem absolvoval tuto operaci, vracím se pro recidivu, ptal jsem se, jak to bude probíhat, zda není nějaký jiný postup operace, aby se mi to nevracelo.“* R13 uvedl: *„Dostal jsem informace ohledně problému, který mám, ...znám termín operace a předpokládanou dobu hospitalizace.“* R24 popsala: *„K večeru mi manžel volal záchranku, v noci jsem byla hned operována, řekli mi, co mě bude čekat. Informovaná asi jsem, museli mi vzít kus střeva.“* R25 uvedl: *„čistili a upravovali rámu...“* R26 řekl: *„Mluvili o zánětu kostí prstu a nutnost jejich snesení z důvodu dalšího nešíření zánětu.“* R27 vypověděl: *„Už jsem tu po třetí, takže myslím, že už vím všechno, co ne, na to se zeptám.“*

Podkategorie Dostatečné informace

Většina respondentů se shodla na tom, že pro ně byly sdělené informace dostačující. R1 uvedla: *„Informace byly pro mě dostačující. Prognózu do budoucna mi také řekli.“* R2 zmínil *„Informace jsem obdržel písemnou i ústní formou a byly pro mě dostačující. Svou prognózu znám.“* R3 sdělil: *„Myslím si, že informace byly pro mě dostačující, lékař se mnou vše probral. Se svou prognózou jsem seznámena.“* R4 a R6 se vyjádřili: *„Byly*

pro mě dostačující, svou prognózu znám.“ R5 popsala: *„Informace jsem dostala po návštěvě lékaře, tedy zatím jen ústně a byly pro mne dostačující. Svou prognózu zatím neznám, vše se bude odvíjet od výsledků operace.“* R8 podotknul: *„Informace pro mě byly dostačující...prognózu zatím neznám, čeká se na výsledek histologie.“* R9 zmínil: *„Dostal všechny informace ústně a písemně, souhlas s operací, informace byly dostačující.“* S informacemi byla spokojena R11: *„Informace byly dostačující, protože jsem bývalý zdravotník, se zdravotnickým vzděláním a praxí, dále jsem využívala informace, co jsme se učili na zdravce.“* R14 se vyjádřila: *„Myslím si, že informace byly pro mě dostačující, žádné další informace jsem nevyhledávala.“* R15, R16, R17, R19, R21 shodně uvedli: *„Informace byly pro mě dostačující. Prognóza mi byla sdělena.“* R18 odpověděla: *„Informace pro mě byly dostačující k tomu, abych věděla, jaká operace a následná léčba mě čeká. Svou prognózu znám.“* R20 sdělil: *„Informace jsem dostal od lékařů, byly dostačující, svou prognózu do budoucna znám.“* R10 vyjádřil potřebu si vyhledávat další informace: *„Já jsem si hledal, co je to stomie, co je to robot, ileostomie. Mít informace o svém zdravotním stavu je pro mě velmi důležité.“* R13 nastínil, že byl informován pouze předběžně: *„Dostal jsem informace ohledně problému, který mám, vím bohužel zhruba co mě čeká, ...“* Podobného názoru byla i R22: *„Myslím že, informace byly pro mě na začátek postačující. Asi bych se ještě na něco zeptala, snad bude čas nebo se zeptám sester.“* Dále naznačila, že by při propuštění mohla dostat více informací: *„Chtěla bych vědět víc o samotné operaci. Ale to třeba bude při propuštění.“* Jako nedostačující shledával informace respondent R7 s bolestmi podbříšku: *„Informace shledávám spíše nedostačující. Bylo to i pro lékaře náročné, zatím nikdo neví, co mi vlastně je.“* Respondentka R12 uvedla: *„Informace jsem dostala mlhavé, neurčité, s příslibem, že později se dozvím více. Obecné informace jsem obdržela písemně, konkrétní informace ústně. Svou prognózu znám, ale jinak informace pro mě nebyly dostačující.“* Dále naznačila problém s množstvím pacientů: *„Chtěla bych mít více informací, ale uznávám, že je nás tu dost.“* R14 sdělil: *„Svou prognózu neznám, nesdělili mi nic, jen, že mě čeká operace, jinak nic.“* R9 ještě dodal: *„Svou prognózu neznám, vše se bude vyvíjet dle dalšího průběhu onemocnění a komplikací, cítím nejistotu.“* R24 řekla: *„Byla jsem informována asi dostatečně, více nepotřebuji, manžel se bavil s doktorkou na JIPCE, vysvětlovala mu to všechno.“* R25 popsal: *„Informace byly dostačující, nic jsem si nevyhledával.“* R26 pověděl: *„Informace byly dostačující, ale chtěl bych vědět možnost jiné léčby.“* R27 uvedl: *„Myslím, že byly dostačující, ale hledal jsem ještě na internetu a co mi chlapi poslali informace.“*

Podkategorie Zdroj informací

V této podkategorii jsme zjišťovali, od koho pacienti získávají informace. Většinou se respondenti odkazovali na lékaře, pana primáře a všeobecné sestry. R1 popsala, že informace jí poskytovali „...zdravotní sestřičky, při vizitě pan primář a lékař.“ R2 uvedl zdravotní sestry a pana primáře. Nejvíce informací obdržel R3 od lékařů a pana primáře. R4 uvedl největší zdroj informací: „Nejvíce informací mi dávají sestřičky a pan doktor.“ R5, R6, R8, R12, R15, R16, R18, R23 uvedli lékaře a zdravotní sestry. R7, R9, R12, R19, R20, R25 informace získali od lékaře. R10 uvedl, že nejvíce informací mu poskytují zdravotní sestry... „lékaře tu vidíte 3 minuty za den, jenom proběhne a jde jinam.“ R11 odpověděla „...asi lékař, v průběhu odpolední vizity, kdy je čas rozebrat více.“ R13 se vyjádřil: „Zatím všichni, lékaři a sestřičky.“ R14 uvedla: „Pan primář, paní vrchní tu byla, byla tu paní doktorka z interny a ARA (ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení).“ R17 zmínil ošetřujícího lékaře. P21 sdělil: „Primář, lékaři, sestry.“ R22 zmínila: „Myslím že, informace od lékaře byly pro mě na začátek postačující. Asi bych se ještě na něco zeptala, snad bude čas nebo se zeptám sester.“ R24 odpověděla: „Nejvíce informací mám samozřejmě od lékaře. Kamarádka byla zdravotní sestra, volala jsem si s ní, ptala jsem se jí taky.“ R26 řekl: „Informace jsem dostal od lékaře.“ R27 popsal: „Po zlé zkušenosti s mým obvodním lékařem, který podává milné informace, tak se snažím ještě vyhledávat další informace, protože člověk se o sebe musí postarat sám. To on mě dostal to takového stavu, haemokult test je k ničemu, když si nevěděl rady, měl mě poslat k nějakému odborníkovi.“

Kategorie Psychický stav pacienta

Kategorie se zaměřila na pocity a obavy respondentů před operací, které jsou rozebrány v Podkategorii Obavy před operací. Další podkategorii tvoří Svěřování se, kde jsme zjišťovali, komu se respondenti nejčastěji svěřovali.

Podkategorie Obavy před operací

V této podkategorii respondenti uváděli obavy ze zhoršení svého stavu, z bolesti, jak se bude hojit operační rána, z narkózy, komplikací, výsledků histologie a COVID-19 nákazy. Respondenti R1, R6, R8, R10, R15, R20, R23 uvedli, že žádné obavy neměli. R2 popsal: „Mám strach, aby odebraný vzorek na histologii nebyl pozitivní.“ R3 uvedla: „Samozřejmě, že jsem měla obavy a teď je mám také, když jsem tu zpět. Asi při první operaci má člověk strach, jak to dopadne a co bude následovat. Nyní mám ale také strach,

protože jsem se vrátila zpět s potížemi.“ R5 sdělil obavy z možných následků výkonu: „Nejvíce se bojím možných následků po operaci. Vždy se člověk bojí, jak jeho nemoc dopadne, a jaké pro něj bude řešení, když už se dostal až sem do nemocnice.“ R7 srovnával předchozí zkušenosti z jiné nemocnice, kde jeho problém řešili hned, nyní se čeká, jak se jeho potíže projeví: „Na rozdíl od jiné nemocnice, kde jsem byl přijat o něco málo let dříve, jsem se cítil poměrně bezpečně s jistotou vyřešení mého problému.“ R8 uvedl: „Nyní jsem v důchodovém věku, přál bych si, aby vše dopadlo dobře a dožil jsem se alespoň 90 let.“ R9 a R17 se vyjádřili: „Ze zhoršení zdravotního stavu.“ R17 odpověděla: „Bála jsem se, co bude po operaci, abych se nemusela vracet zpět s nějakou komplikací.“ R10 řekl: „Měl jsem strach, ale teď vím, že to bude dobrý.“ R11 uvedla obavy z operace: „Nyní jsem se bála o život, protože jsem se cítila velice špatně. Bála jsem se, aby operace dopadla dobře, nemusela jsem znovu podstupovat operaci, abych neměla komplikace a dostala jsem z toho, co nejdříve.“ Bolesti a komplikací se obával R13: „Z bolesti, případně komplikací.“ R14 popsala: „Každý se bojí operace, nevíme, co se stane, jak to dopadne. Už jsem starší, bála jsem se.“ R15 udal: „Měl jsem trochu strach.“ R16 naznačil obavy z hojení rány a COVID-19 nákazy: „Mám obavy z hojení pooperační rány, mám špatné zkušenosti z předešlých let. A teď mám obavy z COVIDOVÉ situace, protože nemám žádné zkušenosti z předešlých let.“ R18 uvedla: „Abych nedostala COVID.“ R20 odpověděla na otázku Jak vnímáte to, že jdete na operaci? „...úplně v klidu.“ R21 sdělila: „Z narkózy.“ R22 měl obavy z vývoje onemocnění: „Zda se zlepší můj stav.“ R24 uvedla: „Teď už z ničeho, jinak se bojím, že se to bude špatně hojit, jak to bude pokračovat.“ R25 pronesl: „Obávám se, že se sem budu muset vrátit znovu.“ R26 popsal: „Mám strach nenadálých komplikací, přišel jsem o prsty, měl jsem strach.“ R27 řekl: „Samozřejmě se bojím komplikací, už jsem tu byl s horečkou 40 °C, teď jsem řešil to, že jsem byl COVID pozitivní a bál jsem se, že se bude muset operace odložit. Člověk musí věřit, že všechno dopadne dobře.“

Podkategorie Svěřování se

Respondenti nejčastěji uváděli, že se s obavami svěřovali v rodině, spolupacientům a sestřím. Někteří neměli potřebu se svěřovat s žádným problémem. R1 se vyjádřila: „Měla jsem obavy z toho, jak operace dopadne a s tím jsem se svěřila rodině. Nejvíce jsem se svěřovala manželovi. Sestry mě uklidňovaly, že bude všechno dobré.“ R2 uvedl: „Svěřoval jsem se rodině, hlavně manželce.“ R3 řekla: „Svěřuji se manželovi a rodině.“ R4 popsala: „Se svými obavami se svěřuji manželovi a dcerám. Sestřičkám jsem se zatím

nesvěřovala.“ R5 udala: „*Nejvíce se obracím na rodinu a děti. S nynějšími pocity se nechci svěřovat, sestřím jsem žádné obavy nevyjadřovala.*“ R6 vypověděla: „*Se svými pocity jsem se svěřovala spolubydlicím.*“ R7 popsal: „*Sestry mě většinou uklidňují, jakýmsi chlácholením. Méně často humorem, což mi vyhovuje víc. Nejvíce jsem se svěřoval snoubence a svému vnitřnímu já.*“ R8 řekl: „*Svěřoval jsem se celé rodině, jsem z velké rodiny, jedenácti dětí a mám hodně kamarádu.*“ R9 udal: „*Byl jsem trochu nervózní, obracel jsem se na přítelkyni.*“ R10 se vyjádřil: „*Komunikoval jsem s manželkou o tom všem.*“ R11 popsala: „*...svěřila jsem se synovi...*“ „*Povídali jsme si na pokoji, se spolupacientkami.*“ R12 vypověděl: „*Měl jsem takové neblahé očekávání, nikomu jsem nic neřekl.*“ R13 uvedl: „*Strach, obavy z bolesti po operaci jsem diskutoval s manželkou.*“ R14 popsala: „*V rodině jsme to probrali. Jinak jsem byla v bolestech, chtěla jsem at' už je to za mnou. Sestry mě utěšovaly, že se nemusím bát, že vše dopadne dobře.*“ R15 a R19 řekli: „*Nikomtu jsem to neříkal.*“ Podobně se vyjádřili i R16: „*Nevyjádřil jsem obavy, nikomu jsem se nepsvěřil s obavami.*“ a R20: „*Nikomtu jsem se nepsvěřoval, neobracel se.*“ R17 uvedla: „*Nejvíce jsem se obracela na přítele a mamku.*“ R18 sdělila: „*Svěřovala jsem se rodině, přátelům.*“ R21 se obracel na sestry. R22 odpověděla: „*Nikomtu jsem to nepsvěřovala, jenom rodině.*“ R23 uvedl: „*Manželka měla strach, ale já ji uklidňoval, že bude všechno v pořádku.*“ R24 se vyjádřila: „*Já jsem obavy nestačila ani mít... Pak jsem se svěřovala dceři, manželovi a kamarádkám.*“ R25 popsal: „*Byl jsem vystresovaný, nevěděl jsem, jak se z toho vzpamatovat, manželce a celé rodině jsem to řekl, byli překvapeni, že sem se sem musel vrátit.*“ R26 pověděl: „*Nikomtu, obavy byly jen v mé mysli.*“ R27 řekl: „*Nemám, už jsem tu byl, vždycky jsou tu jen dvě možnosti, nikomu jsem se nepsvěřoval.*“

Kategorie Rodina

V této kategorii jsme zjišťovali důležitost rodiny. R1 sdělila: „*Nejvíce se těším z dětí, vnoučat a pravnoučat. Sílu mi dává rodina.*“ R2 zmínil: „*Žiji s rodinou, oporu mám v rodině, manželce.*“ R3 uvedl: „*Žiji s manželem, oporu mám v něm a také v synovi se snachou. Nejdůležitější je pro mě rodina.*“ R4 popsala: „*Nejvíce se těším na rodinu a vnoučata.*“ R5 řekla: „*Těším se na vnoučata, sílu mi také dávají děti a vnoučata.*“ P6 uvedla: „*Rodina a pejsek.*“ R7 sdělil: „*Žiji se snoubenkou, mám v ní oporu, nejdůležitější je pro mě snoubenka a můj nejlepší přítel.*“ R8 uvedl: „*Žiji sám, oporou jsou pro mě všichni, kdo to myslí upřímně.*“ R9 žije s rodinou, oporu má v přítelkyni: „*nejdůležitější je přítelkyně.*“ R10 sdělil: „*Nemyslím si, že operace či moje onemocnění negativně*

ovlivní moje vztahy s přáteli a v rodině.“ R11 uvedla: „...navštěvuji se se synem, ...syn, moje zvířata...“ R12 žije s rodinou, oporou je kamarádka a muž. R13 řekl, „...oporou je pro mě celá rodina.“ R14 zmínila: „Žiji s rodinou. Největší oporu mám v dceři. Nejdůležitější opora je pro mě rodina.“ R15 uvedl: „Žiji s rodinou, oporu mám v manželce a dceři. Nejdůležitější je pro mě samozřejmě rodina.“ R16 popsal: „Žiji s rodinou, nejdůležitější je pro mě nejbližší rodina.“ R17 sdělila: „Žiju s přítelem, oporou je také přítel.“ Ostatní respondenti (R18 – R23, R25, R26) také uváděli jako nejdůležitější podporu rodiny. R19 dodal: „Chut' do života mi dává rodina, práce.“ R24 uvedla: „Oporou je mi manžel, dcera.“ Pro R27 je nejdůležitější jeho družka.

Kategorie Soukromí

Kategorie objasňuje, jak pacienti vnímají problematiku soukromí na pokojích. Spokojenost vyslovila R1: „...k pobytu na trojlůžkovém pokoji nemám výhrady. Mám dostatek soukromí.“ a také R2 zároveň naznačil že soužití je o lidech: „Pokoj mi vyhovuje, jsem spokojen, nemám námítky a soužití je v lidech.“ R3 uvedla: „...trojlůžkový pokoj mi nevyhovuje, ale nic jiného mi nezbyvá.“ R4 sdělila: „...jsem na dvojlůžkovém pokoji a jsem za to moc ráda.“ R5 naznačila problém se soukromým: „Ano, vyhovuje, ale soukromí tu není.“ R6 nic nevádí: „...trojlůžkový pokoj mi nevádí.“ R7 odpověděl diplomaticky: „...nevádí mi... vše mi vyhovuje, respektive, nic mi extra nevádí.“ R8 byl spokojený: „Trojlůžkový pokoj mi vyhovuje, myslím, že já tu soukromí mám, nejsem náročný.“ R9 se vyjádřil: „pokoj mi vyhovuje...dostatek soukromí nemám.“ R10 také naznačil problematiku počtu pacientů na pokoji: Jaký počet spolupacientů by vám vyhovoval? „Žádný, nyní jsem sám na pokoji, a je mi tu dobře. Ale měl jsem zde spolupacienty - v noci to chrápe, někdo chce mít otevřené okno, někdo nechce. Pak chtěl pouštět Babouky. Před tím jsem byl 3 dny na JIPCE, tam zase všechno hýká. Vyhovoval by mi samostatný pokoj, zjišťoval jsem si, jestli bych si nemohl připlatit, ale tady to bohužel nejde.“ R11 uvedla: „Ano trojlůžkový pokoj mi vyhovuje, alespoň si mám s kým povídat.“ R12 řekla: „Ano trojlůžkový pokoj mi vyhovuje, jsme tu dvě a se spolupacientkou si rozumíme.“ R13 uvedl: „Trojlůžkový pokoj mi nevádí, myslím, že mám dostatek soukromí.“ R14 se vyjádřila: „Trojlůžkový pokoj mi vyhovuje, na pokoji jsem zatím sama, takže mám dostatek soukromí.“ R15 zmínil: „Trojlůžkový pokoj mi vyhovuje. Jsem tady na léčení, tak se musím přizpůsobit. V nemocnici to jinak nejde, jsem tu na pár dní, to vydržím, soukromí mám v rámci možností.“ R16 upřesnil: „Samozřejmě bych preferoval jednolůžkový pokoj, ale pro potřeby operace, následné péče a léčby je mi

to v podstatě jedno kolik lidí je na pokoji. Dostatek soukromí je v rámci možností, určitě ano.“ R17 odpověděla: „Trojlůžkový pokoj je vyhovující, ale kdyby bylo větší soukromí, nezlobila bych se.“ Nespokojenost vyjádřila R18: „Trojlůžkový pokoj mi nevyhovuje, nemám pocit, že tu mám dostatek soukromí.“ R19 se vyjádřil: „Trojlůžkový pokoj je vyhovující, trochu soukromí mám.“ R20 popsal: „Pokoj mi nevyhovuje, potřeboval bych více soukromí, kort v mém případě, potřebuju víc místa na vozík.“ R21 řekl: „Samozřejmě že tu není dostatek soukromí (úsměv). V rámci možností ano, trojlůžkový pokoj mi nevyhovuje.“ R22 uvedl: „Jsem na dvojlůžkovém pokoji, takže mi to maximálně vyhovuje.“ R23 upřesnil: „Já to moc nevnímám, přišel jsem se sem uzdravit a zase jít domů, pokud možno co nejrychleji. Takže za mě je to tady v pořádku. Trojlůžkový pokoj vyhovuje, aspoň je sranda, ale doufám, že tu nebudu moc dlouho, doma je doma.“ R24 řekla: „Teď jsem tu sama, což mi maximálně vyhovuje. Na JIPCE jsem byla taky sama. Většinou jsou po operaci starší lidé, každý chce něco jiného, někdo je hluchý, tak pouštěli TV na plný pecky Když jsem ležela na rehabilitačním oddělení, tak tam byly taky starší baby.“ R25 vypověděl, že pokud se sejdou pacienti, kteří si na pokoji nerozumí je to problém: „Plný pokoj mi nevyhovuje. Radši bych byl sám, před tím se mnou leželi komunikující osoby, teď tu všichni mlčíme, je to horší.“ Obdobné problémy na pokoji měl i R27, který se vyjádřil: „Čím míň lidí, tím je to lepší. Teď jsme tu dva, tak je vše v pohodě. Po druhé operaci jsem se nevyspal, spolupacient spal přes den a v noci dělal bordel, furt zvonil a něco chtěl, bylo to utrpení na pokoji pro nás i pro sestry. Chtěli mě pak přestěhovat, ale já už jsem řekl, že to vydržím do propuštění, dostal jsem špunty do uší.“ R26 byl v době hospitalizace na pokoji sám, proto uvedl, že měl dostatek soukromí.

Kategorie Intimita

Kategorie zjišťuje respektování intimity u respondentů, kterou by měl zdravotnický personál dodržovat za všech okolností. Někteří respondenti byli spokojeni s dodržováním intimity, jiní nastínili problematiku dodržování intimity na vícelůžkovém pokoji. R1 uvedl: „Myslím si, že sestry moji intimitu respektují, zbytečně mě neodhalují.“ R2 popsal: „Intimita v mém případě je respektována, já jenom otevřu pusku, nic jiného ukazovat nemusím.“ R3 řekla: „Já už jsem baba stará, na mě není nic ke koukání, ani nemám co ukazovat.“ K problematice dodržování intimity na pokoji nastínila R4: „No tady na pokoji se sestry snaží udržovat intimitu spolupacientek, to je jasný. Tak stejně mi si tady na pokoji řekneme své, sdílíme, co se dá.“ R5 podotknul: „Jak chcete udržovat intimitu na trojlůžkovém pokoji.“ R6 vypověděl: „Sestry se snaží, ale při třech lidech na pokoji

to asi moc nejde.“ R7 sdělil: „Myslím si, že intimita je respektována, tak já jsem u okna, vizita tu stejně jenom proběhne, na operaci jsem zatím nebyl.“ Optimisticky se vyjádřil R8: „Intimita je respektována, tak já jsem nic zásadního ukazovat nemusel. No a tady mezi chlapy, co prošli vojnou, tak jsou zvyklí na ledacos.“ R9 uvedl: „Intimita je respektována v rámci možností, když přijde lékař, tak mu řeknu, co mě trápí, není čas na to se ostýchat.“ R10 upozornil na významnost provedeného výkonu v souvislosti s dodržováním intimity: „Intimita, tak já bych asi zrovna potřeboval větší intimitu, když mám teď tu stomii, furt tady poslouchat ty zvuky. Doufám, že mi sem nikoho na pokoj nedají.“ R11 uvedla: „Tak, když mi ráno převazují břicho, tak jsou zavřené dveře, aby sem nikdo nekoukal. Na pokoji to asi moc nejde, když jsme tu tři.“ R12 podotkla: „Intimita je respektována, vzhledem k mé intimní diagnóze jsem ráda za citlivý přístup.“ P13 sdělil: „Vzhledem k diagnóze, se kterou tady jsem, tak asi ano.“ R14 se vyjádřila: „Při příjmu nikdo nerušil, pan doktor byl příjemný, vše mi vysvětlil, co bylo třeba, co normální člověk neví, když do nemocnice nechodí.“ Při dodržování intimity záleží na situaci a okolnostech, jak naznačil R15: „Intimita je dodržována v rámci možností, v některých situacích mi nebylo příjemně. Člověk musí, ale něco vydržet, když je v nemocnici.“ R16 zmínil: „S přístupem personálu jsem naprosto spokojen, intimita je respektována.“ R17 uváděla pozitivní příklady v respektování intimity: „Jestli se respektování intimity může brát ranní zdravení, klepání na pokoj. Máme sprchu na pokoji, že nemusíme nikam chodit. Při převazu mě celou neodkryjí, ale jen to místo.“ Nespokojenost v souvislosti s dodržováním intimity sdělila R18: „Intimita, v mém případě není, já se stydím cokoli říkat před ostatními a odhalovat se.“ naopak R19 řekl: „Intimita je dodržována, já jsem chlap, moc to neřeším.“ R20 popsal: „Je mi nepříjemné, jak se ostatní koukají, když si dávám protézu nebo když musím na vozík, jak jsem nešikovnej.“ Bez problému vše viděl R21: „Intimita je respektována dle možností, maximálně, mě nevadí odhalování.“ R22 vypověděla: „No tak já jsem třeba ocenila to, že jsem při příjmu byla na vyšetřovně s lékařem, který se mnou něco sepisoval a nikdo tam nechodil a dveře byly zavřené, že jsem se nebála mu odpovídat na jeho otázky.“ R23 uvedl: „Intimita je respektována v rámci možností, aspoň je sranda, ale doufám, že tu nebudu moc dlouho, doma je doma.“ R24 uvedla příklad dodržování intimity: „Zeptali se mě před tím, jestli chci na bok a umýt záda a zadeček. Na jednotce intenzivní péče (JIP) mi pomáhali se mít, byla jsem více svlečená, už jsem byla v nemocnici, takže jsem věděla, co mě čeká. Koupat se nemůžu, kvůli tomu vředu na noze. Teď už se dojdu umýt sama.“ R25 se vyjádřil: „...slušné chování, úkony s mým souhlasem...“ R26 popsal:

„odchodem personálu při požádání.“ Z odpovědi R27 lze usuzovat na rezignaci: „Už jsem si tak zvykl, že mi to ani nepřijde, otupěl jsem, už je mi to úplně jedno.“

Kategorie Vnímání vlastního těla

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jak pacienti vnímají následky operačního výkonu z hlediska estetického a pohybového. Jaký vliv bude mít operační zásah na vnímání svého těla. R1 odpověděl: *„Tak nakonec mám jenom malou rámu, takže to nijak zvlášť neřeším.“* R2 se vyjádřil: *„Já mám stehy v puse, není to vidět.“* R3 popsala své zkušenosti: *„Já jsem pracovala ve zdravotnictví, vím, jak se jizvy hojí, já s tím problém nemám, jizvu si zakryju oblečením.“* R4 a R7 zatím na operaci nebyli. Ačkoliv R7 již popisoval zkušenosti s operačním výkonem: *„Jizvu mám, ale nijak mi to nepřekáží.“* R5 sdělil: *„Mě vyvedli střevo, nic se nedá dělat, když chce člověk žít, musí se s tím naučit žít...to víte, že mě to mrzí, ale musím se s tím nějak smířit.“* R6 uvedla: *„Já jsem se vším smířena.“* R8 řekl: *„Tak já budu mít jizvu na rtu, myslím, že to nevypadá zase tak strašně. Já už toho přežil, jizev mám po těle, nijak mě to neomezuje, hlavně, že se můžu hýbat.“* R9 pronesl: *„Pro mě je to všechno stresující, samotné onemocnění, někdy se ptám, proč jsem tu chorobu dostal já. Snad se to podaří nějak zkorigovat a budu fungovat normálně.“* K dočasné stomii se R10 vyjádřil: *„Pytlík mi teď vadí, ty všechny zvuky, co je slyšet, budu se muset naučit o to starat. Ale nemyslím si, že život se stomií nějak negativně ovlivní moje vztahy v rodině a přáteli. Naštěstí mě čeká další operace, kde mi tu stomii zruší, takže mám naději, že se pytlíku zbavím.“* R11 uvedla: *„Sebeúcta je pro mě důležitá, člověk si nesmí přestat vážit sám sebe. Na břicho už mám několik jizev z předešlého operačního řešení kýly.“* R12 řekla: *„Vzhledem k mé intimní diagnóze, není mi příjemné pořád vystrkovat na někoho ... doufám, že se toho zbavím.“* R13 pravil: *„Tak já to vnímám jako nutnost k vyřešení mého problému.“* R14 sdělila: *„Já očekávám, že se mi po operaci uleví a budu fungovat dál.“* R15 uvedl: *„Jizva bude, ale nevadí mi to.“* R19 se vyjádřil: *„Já jsem věděl, co mě čeká, jsem s tím smířený, hlavně abych sem zase nemusel.“* R17 naznačila, že není se zákrokem ještě smířena: *„Jelikož šlo o neplánované přijetí, nestihla jsem se s tím vším ještě smířit, ale řekli mi, že jde o bezpečnou operaci s malým řezem, ještě to tu oplakávám, ale slíbili mi, že půjdu brzo domů. Jizva vypadá opravdu malá, tak snad se s tím smířím.“* R18 vypověděla: *„Myslím si, že psychicky jsem operaci zvládla velmi dobře, to že jsem po ablaci prsu je nepříjemné, ale prostě jsem se s tím smířila, pomohl mi přítel a rodina, podporují mě.“* P20 popsal potíže po amputaci končetiny: *„Prvně jsem byl jsem zaskočen, představa, že budu bez nohy byla strašná. Těžko se s tím*

člověk smíruje a nehorší je to, když to přijde. To jste opravdu pak závislý na všech.“ R21 sdělil: *„No tak mě zatím nohu jenom čistili, musím se o to asi začít víc starat, abych o ni nepřišel, to nevím, co bych dělal.*“ R22 pověděla: *„Jako jak budu vnímat své tělo po operaci hemoroidů? ...asi pořád stejně... budu si muset dávat větší pozor, abych to nemusela řešit znovu.*“ R23 řekl: *„Tak já jsem po operaci kýly, takže to není nějaký závažný zásah.*“ R25 se ke své tělesné změně stavěl pozitivně: *„Tak já už s tím pytlíkem žiju 10 let, prý bylo střevo moc krátké a nešlo to napojit. Začátky byly těžké, ale už jsem se s tím smířil. No a teď očekávám, že budu chodit.*“ R26 se vyjádřil: *„Já zatím můžu ještě chodit, vzali mi zatím jen dva prsty, ale očekávám menší tělesnou zátěž.*“ R27 se svěřil se špatnými zkušenostmi: *„Mě nejvíce trápí to, že můj obvodní lékař zanedbal péči a já musím teď tady trpět. Vyděsilo mě to, naštěstí to prý nebude na pořád. Teď při další operaci to dali dohromady. Tak doufám, že se to teď po operaci vrátí k normálu, zbavím se sáčku a budu moci něco dělat.*“

Kategorie Motivace

V této kategorii každý odpověděl, jak se realizuje ve svém volném čase. R1 sdělil: *„Ve volném čase se věnuji turistice a zahrádce.*“ R2 uvedl: *„Jako konička mám včelaření a ve volném čase rád dělám kutilské práce.*“ R3 dodal: *„Koničkem je mi příroda, chalupa, baví mě jezdit na kole.*“ R4 popsala: *„Z koničků mám turistiku, plavání, četbu. Ve volném čase se věnuji chození na procházky s manželem a kamarádkami, také se starám o vnoučata.*“ R5 řekla: *„Ve volném čase mě baví vařit, číst, hry na počítači a procházky.*“ R6 odpověděla: *„Kreativní tvorba, procházky.*“ R7 vyslovil: *„Botanika, poezie, chovatelství a pěstitelství, cestování – různé druhy turistiky. Ve volném čase se věnuji snoubence, svým koničkům.*“ R8 uvedl: *„Koničkem je mi vše, co mi dělá potěšení v životě - práce na zahradě, fotografování, turistika, cestování, jízda na kole, vnoučata, vysokohorská turistika, včely.*“ R9 se shlédl v motocyklech: *„Koniček - motorky, ve volném čase jsem vždy na motorce.*“ R10 odpověděl: *„Volný čas - dobré jídlo, procházky, sledování filmů.*“ R11 uvedla: *„Zahrádku, práce na zahrádce, starám se o svá zvířata.*“ R12 odpověděla: *„Pohyb na čerstvém vzduchu.*“ R13 se vyjádřil: *„...focení, pes, motosport.*“ R14 sdělila: *„Koničkem jsou pro mě pravnoučata, mám čtyři. Dřív to byla vnoučata, teď to jsou pravnoučata. Moc volného času nemám, mám dva chlapy v baráku, musím jim vařit, takže mám co dělat a o co se starat.*“ R15 uvedl: *„Koničkem mi je práce okolo domu.*“ Jako koničky R16 má: *„Sport, sportovní dění, kulturu, technologie, lingvistiku.*“ R17 považuje za zálibu: *„...být s přítelem, rodinou, procházky se psem.*“

R18 uvedla: „*Práce na zahradě, vaření.*“ R19 chce ve volném čase: „...*být s rodinou, kolo, šipky.*“ P20 uvedl jako koníčka četbu a televizi. R21 ve volném čase čte, chodí na vycházky a výlety. Pro R22 je důležité kolo a pes. R23 se zabývá kynologií. R24 uvedla četbu. R25 řekl: „*Akvaristika*“ P26 pronesl: „*Opravovat stroje, kutit, fotografovat.*“ R27 vyslovil: „*Sport, výšlapy, cyklistika.*“

Kategorie Možnost ovlivnění léčby

V této kategorii jsme zjišťovali, zda si pacienti myslí, že mají možnost rozhodovat o své léčbě. R1, R17 a R22 jednoznačně odpověděli, že nemají možnost. R2 řekl: „*V mém případě myslím, že ano. Měl jsem na výběr z možností a byl jsem seznámen jaká vyšetření mě čekají a proč je musím podstoupit.*“ Kladně se vyjádřili R3, R4, R8, R9, R15, R19, R20. R5 odpověděla: „*Myslím, že moc ne, člověk se chce z toho dostat, tak poslouchá pokyny. Ale jako, že bych odmítla nějaké vyšetření, to ne, to tady asi nemusím ani být a jít domů. Kdo chce svoje onemocnění vyřešit, tak poslouchá rady lékařů.*“ P6 si nebyla jistá, uvedla: „*nevím*“ R7 řekl: „*Mám pocit, že ano, ale po vzájemné konverzaci nechávám rozhodovat lékaře.*“ R10 se vyjádřil „*Mohl jsem si vybrat, co mám podstoupit. Doporučili mi radikální operaci, věřil jsem jim, ano mohl jsem se rozhodnout.*“ R11 uvedla: „*Myslím, že ano.*“ R12 udal: „*Doufám, že ano.*“ R13 popsal: „*Zatím jsem nezkoušel lékařům odporovat.*“ R14 spoléhala na rady lékařů: „*Nemám, spoléhám na to, co mi řeknou.*“ R16 sdělil: „*Myslím, že to v současné chvíli není třeba vzdorovat radám.*“ R18 uvedla, že se může podílet a rozhodovat o rehabilitaci „*Ano, formou cvičení.*“ R21 odpověděla: „*Asi ano.*“ R23 popsal nezkušenost v oblasti lékařství: „*Myslím, že ano, ale jelikož tomu moc nerozumím, tak si asi vždy nechám poradit od zkušenějších.*“ R25 popsal svou zkušenost: „*Nevím, já jsem napřed odmítl, podepsal jsem negativní revers a šel jsem domů, pak jsem si to rozmyslel. Řekli mi, že buď to půjde pryč nebo jsem tu zpět za půl roku.*“ R2 a R24 naznačili, že pacienti nemají odbornost v medicíně: „*Ne, nejsem odborník v lékařství.*“ Negativní zkušenost popsal R27: „*Podle zkušeností s obvodním lékařem si myslím, že vůbec ne, to je jako, můžete si vybrat lékaře, ale oni nejsou. Byl COVID, já jsem po lékaři chtěl celkovou prohlídku a on to odmítl, ani mě neposlal nikam, a nakonec mám rakovinu tlustého střeva.*“

Kategorie Návštěvy

Zajímali jsme se o vliv zákazu návštěv na respondenty z důvodu pandemie COVID-19. R1 viděl zákaz návštěv jako správné rozhodnutí: „*Omezení návštěv vidím jako*

správné rozhodnutí. S rodinou jsem v kontaktu telefonicky.“ Omezení respektuje R2: *„Omezení návštěv respektuji a spojení s rodinou mám denně po telefonu.*“ Jinou možnost kontaktu s rodinou popsal i R3: *„S rodinou komunikujeme telefonicky.*“ Toleranci vyjádřila R4: *„Omezení návštěv mě mrzí, ale pokud to musí být, tak se nedá nic dělat a musí se to vydržet. Mám možnost kontaktu s rodinou po telefonu.*“ Negativně popisuje situaci R5: *„Omezení návštěv mi vadí, přestože mám možnost telefonického kontaktu s rodinou.*“ R6 smířeně řekla: *„Omezení návštěv mi nijak nevadí, mám možnost kontaktovat rodinu.*“ R13 se vyjádřil podobně: *„Omezení návštěv mi nevadí, mám možnost kontaktu se svojí rodinou.*“ R7 poukázala na délku hospitalizace, která s potřebou sociálního kontaktu souvisí: *„Chybí mi návštěvy, ale jinak mi to zatím nevadí. Vzhledem k tomu, že nejsem hospitalizován dlouho, tak to vnímám jako něco, co mi chybí, ale nijak zvlášť mě to neovlivňuje. Ano jsme v kontaktu, skrze sociální síť a telekomunikační zařízení.*“ Podobně se vyjádřila i R12 *„Jsem tu krátce, takže mi nechybí, kontakt s rodinou mám.*“ R8 uvedl: *„Omezení návštěv nevnímám, jsem v pohodě, žiji sám a jsem zvyklí na všechno i na samotu. Jsem v kontaktu s rodinou.*“ R9 sdělil: *„Omezení návštěv mi vadí, ale plně chápu, proč to tak je.*“ R10 zmínil: *„Omezení návštěv mi vůbec nevadí, tuto potřebu nemusím mít naplněnou. Pocity osamělosti vůbec netrpím.*“ Potřebu návštěvy k donesení osobních věcí popsala R11: *„Návštěvy mi chybí, když potřebuju něco přinést, tak mi to syn přes sestru doručí, jinak nemůžu nic dělat.*“ Na momentální situaci reagovala R14 a zároveň zmínila možnost odpočinku v nemocnici, který jinak doma nemá: *„Návštěvy, no musíme to nějak přežít, tak to prostě je. Už zase hrozí, že přijde zase další vlna nákazy. Když by sem pořád někdo chodil, nikdy nevíte, co kdo přinese. S rodinou kontaktuji přes mobil, voláme si, kontakt mám. Já jsem se starala rok o muže po operaci srdce, nechtěl se hýbat, chodit. Tady si alespoň odpočinu abych tak řekla.*“ R15 uvedl: *„Omezení návštěv mi nikterak nevadí, mám možnost kontaktu se svojí rodinou.*“ R16 by ocenil návštěvu, aby mu vyjádřila podporu: *„Oporu jsem v den operace neměl, chtěl bych mít oporu v manželce, aby tady ten den byla.*“ Velice negativně omezení návštěv vnímala R17: *„Omezení návštěv vnímám hodně špatně, chtěla bych tu mít matku, aby mě povzbudila a podpořila. V kontaktu s rodinou nejsem, jen telefonicky.*“ R18 popsala: *„Omezení návštěv vnímám jako nutnost. Jsem v kontaktu s rodinou, telefonicky.*“ R19 navrhovala řešení: *„Alespoň jeden z rodiny by mohl na 15-20 min, s rodinou si telefonují.*“ R20 uvedla: *„Že za mnou nemůžou návštěvy mě mrzí, ale jsem v kontaktu s rodinou po telefonu.*“ R21 řekla: *„Omezení návštěv vnímám negativně, ale s pochopením. Ano, telefonicky komunikuji s rodinou.*“ R22 sdělila: *„Nijak, s rodinou*

kontakt mám, to je nejdůležitější.“ R23 vše shrnul: „Všude je napsáno, že jsou návštěvy zakázané, tak to musíme respektovat, kolik lidí už na COVID zemřelo, jediné, co zbývá je řídit se pokyny, oni vědí, proč to dělají a já tu snad nebudu tak dlouho, abych to nějaký den bez návštěvy nepřežil, máme telefony a internet, tak je způsob komunikace s rodinou podstatně lepší. Člověk už je zvyklý na ty roušky a zákazy.“ R24 se vyjádřila: „Trošku mi vadí, šla jsem narychlo, to bylo dohadování, muž neví, kde co mám, neměli jsme čas si všechno vysvětlit. Dceři jsem volala o košili, tady mají jenom anděly. Jinak je tu nuda, kdyby mohli alespoň na chvíli. Oni mi volají, ale po telefonu, a to není ono, zpočátku mě to obtěžovalo.“ PR25 řekl: „To je horší, to bych uvítal, kdyby za mnou někdo mohl přijít, jinak si telefonujeme.“ R26 uvedl: „Omezení návštěv je nemilé, ale nutné vzhledem k situaci.“ R27 odpověděl: „Nevadí mi zákaz návštěv, spíše to vnímám pozitivně.“

Kategorie Přístup personálu

Kategorie se zaměřuje na to, jak pacienti vnímají přístup zdravotnického personálu. Většinou se respondenti shodovali na tom, že jsou s přístupem personálu spokojeni. Pokud by potřebovali hovořit se zdravotnickým personálem o svém zdravotním stavu a o svých potřebách, tak se na ně mohou obrátit s důvěrou, že se jim dostane pomoci. R1 se vyjádřila: „Myslím, že nás personál povzbuzuje a přístup personálu je velice kladný.“ R2 popsal: „Myslím, že jsou tu všichni vstřícní a ochotní a rádi pomůžou. Ano, jsou příjemní.“ R2 také upozornil na vzájemné pochopení: „...lidský přístup pacientů ke zdravotnickému personálu a vždy vzájemné pochopení.“ R3 popsala: „Myslím si, že ano, když bych měla nějaký problém a někomu se z personálu svěřila, tak by mi asi nabídli nějaké řešení, ale jak říkám, zatím jsem nic nepotřebovala. Zdravotníci tady mají skvělý přístup a povzbuzují nás.“ R4 se vyjádřil k přístupu: „Přístup je dobrý.“ R5 uvedl: „Ano, myslím, že bych se svěřil personálu, přístup hodnotím jako kladný, na jedničku.“ R6 naznačila časovou problematiku: „Personál je vynikající, ochotný a vstřícný. Nemám strach se na ně obrátit s nějakou svou prosbou, zatím jsem nic nepotřebovala. Většinou sem chodí s léky a lékařem. Jako, že by se sem s námi chodily vykecávat, na to si myslím, že nemají čas.“ R7 odpověděl: „Ano, ale nevyžadují to.“ R16 řekl: „Zřejmě ano, ale nebylo to potřeba.“ R8 sdělil, že zdravotnický personál jej navštěvuje podle potřeby. „Ano, snaží se mi říkat, abych myslel pozitivně. Psychika je dobrá věc jak pro koho, já jsem humorista, všechno se dá vydržet. Člověk nemá vždy dobrou náladu, ale musí to zvládat, aby bylo dobře.“ R9 se vyjádřil: „Z mojí zkušenosti jsou sestry velmi empatické.“ R10 se vyjádřil: „Je to individuální, když zrovna zvoní zvonky na chodbě, sestry by si

povídaly, ale není čas, jsou tu ostatní pacienti. Personál je ochotný a obětavý... všude se najdou báby protivný. Sestřičky jsou šikovné, povzbuzují, ale ne všechny“ R11 uvedla: „Já jsem sestry nikdy neotravovala, vím, že jsou hodně zaměstnané. Zbytečně jsem se jich na nic neptala. Asi jsem to nepotřebovala se vyptávat. Někdo by se chtěl vybavovat, ale na to asi nemají čas.“ R12 podotkla: „Přístup zdravotníků je individuální, většinou jsou milí.“ R13 naznačil: „Určitě by personál pomohl, kdyby bylo třeba.“ R14 zmínila: „...perfektní, ochotní, vstřícní. Na to, že jsou po takovém stavu, a co je ještě čeká, tak klobouk dolů před nimi.“ R15 měl dojem, že jej personál navštěvuje pouze při plnění ordinací. R17 uvedla: „S přístupem personálu jsem hodně spokojena, jsou skvělí, na má přání reagují vstřícně.“ R18 se vyjádřil: „...chodí se ptát i v jiném čase než s ordinacemi.“ R20 popsala: „Personál nás povzbuzuje na sto procent, jsou super.“ Naopak R21 uvedl, že jej personál navštěvuje příliš často: „Neustále, až moc.“ Stejného názoru byl R8, který mimo jiné uvedl: „Ba naopak, klid léčí.“ R22 popsala: „S přístupem a psychickou podporou personálu jsem maximálně spokojena.“ R23 řekl: „Zdravotnický personál je skvělý, dokážou povzbudit, jsou ochotní. Neměl jsem důvod si stěžovat.“ R24 sdělila: „Ano, asi ano, když přijde pan doktor, sestry, několikrát za den sem někdo přijde se zeptat, jak se cítím.“ R25 odpověděl: „Ano, zajdou sem, jestli něco nechci.“ R26 se vyjádřil: „Jsou vstřícní, profesionální.“ R27 uvedl: „Chodí sem s léky a za povinnostmi, co by tady jinak dělali.“

Kategorie Prostředí oddělení

V této kategorii jsme zjišťovali vliv prostředí na pacienty. Respondenti se většinou vyjadřovali, že jim prostředí vyhovuje a žádný problém zde neviděli. R1 odpověděla: „Prostředí oddělení mi vyhovuje.“ R2 uvedl: „S prostředím nemocnice jsem spokojený, nemám nějak zvlášť velké nároky. Jenom namazat panty u dveří by to chtělo“ R3 sdělila: „Prostředí a pokoj na mě působí dobře, vše je v pořádku.“ R4 popsala: „Prostředí oddělení mi vyhovuje.“ R5 se vyjádřila: „Ano, vyhovuje, vše.“ R6 udala: „Je to tu barevné, veselé, teplé.“ R7 popsala: „Vše mi vyhovuje, respektive, nic mi extra nevádí.“ R8 řekl: „Prostředí na mě působí dobře, je uklidňující, jsou tu teplé barvy a světlo.“ R9 uvedl: „Ano, vyhovuje.“ R10 řekl: „Ujde to tu.“ R11 sdělila: „Je to tu krásný, televize, sprcha na pokoji, rolety proti sluníčku.“ R12 se vyjádřila negativně: „Pobyt zde vnímám jako nutné zlo, takže jsem se vším smířena.“ R13 uvedl: „Ano vyhovuje mi.“ R14 popsala: „Prostředí na mě působí docela dobře, vše je v pořádku.“ R15 odpověděl: „S režimem a vybavením na oddělení nemám problém.“ R16 popsala: „Jako doma to není, ale působí to

tu útulně,“ R17 se vyjádřil: „ano vyhovuje“ R18 uvedla: „Velmi pěkné vybavení.“ R19 sdělil: „Prostředí mi vyhovuje.“ R20 řekl: „prostředí je vyhovující,“ R21 oznámil: „Prostředí je příjemné.“ R22 popsala: „Ano, mají to tu krásné.“ R23 pověděl: „Já to moc nevnímám, přišel jsem se uzdravit a zase jít domů, pokud možno co nejrychleji. Takže za mě je to tady v pořádku.“ R24 uvedla: „Mají to tady krásný, teplé barvy, svítí sem sluníčko.“ R25 odpověděl: „Doma je doma, ale jinak nemám výtky.“ R26 řekl: „Je to tu fajn, hlavně, že tu je televize.“ R27 sdělil: „Prostředí je v pohodě, nestěžuji si.“

Kategorie Harmonogram oddělení

Zajímali jsme se, zda pacienti vědí o provozu oddělení a jak je jim usnadněna orientace v novém prostředí. Až na několik respondentů, kteří uvedli, že s harmonogramem seznámeni nebyli, tak ostatní odpověděli, že instrukce mají nebo zde již byli hospitalizováni a jsou tedy plně s harmonogramem seznámeni. R1 odpověděla: „Byla jsem seznámena.“ R2 se vyjádřil: „Vše mi bylo vysvětleno a popsáno, jak se zařízením zacházet.“ R3 se odkazovala na předchozí zkušenosti: „Jelikož jsem zde již ležela, tak jsem s chodem i harmonogramem seznámena.“ R4 řekla: „Ano, sestřička mě se vším seznámila.“ R5 uvedla: „Ano, všechno mi řekli.“ R6 odpověděla, že ji nikdo o harmonogramu oddělení neinformoval: „Ne, nebyla jsem. Když jsem měla někam jít, tak si pro mě vždy někdo přišel.“ R7 uvedl, že byl seznámen pouze s určitými činnostmi a také uvedl, podněty, které jsou pro něj nepříjemné: „Ne, byl jsem seznámen pouze s časem ranní vizity a signalizačním zařízením... jinak mi vadí sestry, které bez adekvátního varování rozsvítí, což je velice bolestivé pro moje oči, postele jsou sice lepší než karimatka, ale po delší době může docházet k větším bolestem zad, ramen...“ R8 udal: „Ano byl jsem seznámen.“ R9 si sám zjišťoval kde co je: „Nebyl jsem seznámen, postupem času se člověk vydá z pokoje a zjistí kde co je.“ Předchozí zkušenost popsal R10: „Ano, já už jsem tu ležel, vím, jak to tu chodí, Práva pacientů a rád jsem si přečetl na chodbě, prostory oddělení – to vidím, to ví i blbej, kde jsou sestry. S harmonogramem jsem byl seznámen, mají to na tom řádu.“ R11 odpověděla: „Ano, byla jsem seznámena.“ a podotkla: „...vstávání ráno na hygienu je brzo, ale asi to jinak nejde.“ Svou odpověď uvedl R12: „Ne, ale pořád sem někdo chodí, tak se ptám.“ R13 řekl: „částečně jsem byl seznámen.“ R14 uvedla: „Ne, nebyla. Všechno bylo tak rychlé.“ a dodala: „Před buzením jsem vzhůru, nemůžu spát, ale to asi patří k tomu, doma občas taky nemůžu spát. Vizity jsou rychlé.“ Kladně odpověděl R16: „Ano, byl jsem se vším seznámen.“ R17 řekla: „Nebyla jsem seznámena. Ranní buzení je dost brzké.“ R18 sdělila: „...se zařízením jsem

byla seznámena, s harmonogramem ne.“ R15, R19 - R22 stroze odpověděli „Ano“ a nechtěli dále svou výpověď rozvést. R23 uvedl: „Jo, to jo, když sem při příjmu seděl na židli v jídelně, tak jsem zjistil, kde je jídelna, pak si mě vzali na pokoj, procházel jsem kolem sester. Byl jsem seznámen s právy pacientů, to visí na chodbě, domácí řád jsem taky někde viděl.“ R24 poskytla odpověď: „Na mě bylo všechno tak rychle, že jsem nic nevnímala, nic si nepamatuji, tady na oddělení mi všechno říkají, já jsem vlastně pořád na pokoji.“ R25 se odkázal na předchozí zkušenosti s hospitalizací: „Já už jsem tu ležel, vím, co a jak tady chodí.“ R26 uvedl: „Sestřičky jsou vstřícné, nějaké informace mi řekli.“ R27 řekl: „No tak vzhledem k tomu, že jsem tu po třetí, tak vím, co a jak probíhá, se vším jsem seznámen.“

Kategorie Vnímání epidemiologické situace

Otázky směřovaly na vnímání současné epidemiologické situace a respektování nařízení s nimi spojenými. Pokud se respondenti k situaci chtěli vyjádřit, tak odpovídali, že okolnosti na ně nikterak nepůsobí. Ostatní vyjadřovali stres a potíže, které s sebou tato situace přinesla. R1 popsala smíření se situací: *„Snažím se COVID nevnímat. Nošení roušek, vnímám to jako potřebu, prostě to musí být na ochranu všech.“* R2 mluvil o respektování situace: *„Respektuji všechna nařízení, ale COVID už by mohl skončit. Vnímám to jako nutnost k současné situaci s COVIDEM. Věřím, že až se situace zase uklidní, všichni je dle možností zase rádi roušky odloží. Informací je dostatek, personál mi nemusel nic vysvětlovat.“* R3 a R11 se nechtěli k situaci moc vyjadřovat: *„K tomu se nechci vyjadřovat. To, že sestry a lékaři nosí roušky vnímám jako nutnost.“* R11: *„Já se k tomu asi nebudu vyjadřovat, myslím si své.“* Jako normální situaci to popisuje P4: *„Situace na mě působí normálně, důvody znám a nijak mi to nevádí.“* Bez obav reagoval R5: *„Situace na mě nijak nepůsobí, používání ochranných prostředků je důležité, respektuji to.“* R6 uvedl: *„Situace COVIDU na mě nijak nepůsobí, nevádí mi.“* R7 vidí důsledek situace v odosobnění a omezené emoční komunikaci: *„Radši se k tomu ani nebudu vyjadřovat. Nošení roušek na mě působí jako, že je to méně osobní, než by mělo být, ale už jsem si během pandemie zvykl na sekanou emoční komunikaci.“* Na R8 nepůsobí omezení nijak: *„COVID situaci nijak nepociťuji. Člověk se musí naučit žít s problémy a něco vytrpět. Zdraví je přednější, je to na ochranu nás všech.“* R9 postrádá úsměv zdravotnického personálu: *„Bylo by lepší, kdyby se na mě sestry usmívaly, přes tu roušku tak nějak není poznat co si myslí, ale je to na ochranu nás všech.“* Rezignaci popsal R10: *„Asi nám nic jiného nezbývá, než poslouchat a chránit se.“* Smířená je R12:

„Nevnímám COVID stav a opatření...jsme v nemocnici, takže mne to nepřekvapuje.“ Jiné problémy uvedl R13: „...nijak depresivně, normální stav, spíš mi vadí mi, že musím ležet na lůžku. Na to, že musíme mít všichni roušky jsem si zvykl.“ Jako stresující popsala situaci R14: „Musím říct, že mě to stresuje, i když jsme očkovaní 3x. To, že se musí nosit ochranné pomůcky to je v pořádku, je to sice nepříjemné, ale víte, co tu projde lidí, zdravotníci dostávají zabrat, tak aby se alespoň nějak chránili. Je to nepříjemné pro nás všechny, ale nic s tím neuděláme.“ Rezignování na stav bylo slyšet u R15: „Musíme to brát tak, jak to je. Musíme používat roušky i venku. Nikdo mi nemusí vysvětlovat proč se musí nosit i tady, a obzvláště tady.“ Pozitivněji vzal situaci R16: „Atmosféra na mě zatím nijak hrůzostrašně nedýchá. Další vysvětlení samozřejmě nepotřebuji, vnímám to bez problémů.“ Strach a obavy vyjádřila R17: „COVID situaci vnímám špatně, nahání mi to strach a obavy, nikdy to neskončí. Důvod používání ochranných prostředků mi nebyl vysvětlen.“ R18 nastínila problém, že hůře slyší, když někdo na ni mluví přes roušku: „Na oddělení to nevadí, nesečkala jsem se s COVIDEM na tomto oddělení. Roušky mi velmi vadí, méně slyším, zvláště přes roušku.“ R19 s klidem odpověděl: „Situace na mě nijak nepůsobí. Používání ochranných pomůcek vnímám jako nezbytnost.“ Obavy vyjádřil R20: „To víte, bojím se, už jsem starší ročník, veškerá ochrana musí být.“ R21 popsal: „COVID stav vnímám normálně, nijak to neřeším. Vše je jasné, bez problémů.“ Stručně sdělil R22: „Nevnímám to.“ R23 uvedl problém vyjadřování mimiky u nošení roušek: „COVID už je tu 2 roky, všude jsou zprávy a informace, jaké pomůcky používat k naší ochraně i ochraně ostatních, tady v nemocnici je to více než na místě, takže mi nikdo nic nemusel vysvětlovat. Určitě je lepší, když člověk vidí mimiku obličeje, ale asi se na to dá zvyknout, že člověk vidí jenom oči, vlasy a roušku. Musíme to nosit taky.“ R24 popsala obavy: „Bála jsem se, že se nakazím COVIDEM tady, sundali mi roušku, ale asi je to dobře, abychom mohli dýchat.“ R25 uvedl: „Situace mi nevadí, jsem s ní smířený.“ R26 se kladně vyjádřil: „Situace na mě působí bezpečně, dodržuji nařízení.“ R27 popsal: „Myslím, že je to zbytečné, musíme se promořit, jsem třikrát očkovaný, roušky tomu nezabrání.“

Kategorie Bytové podmínky

Tato kategorie zjišťovala bytové podmínky respondentů. R1 odpověděla: „Bydlím v rodinném domku. R2, R21 řekli: „Bydlím v bytě 3+1, mám 2 osobní auta, lesní a zemědělské pozemky. R3, R4, R5, R8, R15, R18, R22 se vyjádřili: „Mé bytové podmínky jsou dobré, vyhovující.“ R9, R13, R14, R23, R25 uvedli, že bydlí ve vlastním domě:

„Bydlím ve vlastním domě.“ R24 uvedla: „Bydlet máme kde s manželem.“ R6, R27 popsali: „Já mám byt.“ R7 řekl: „Bydlím v pronájmu.“ R11 uvedla: „Bydlím sama v bytě se psem a kočkami.“ R12 odpověděla: „Na bytové podmínky si nemohu stěžovat.“ R19 uvedl: „Bytové podmínky jsou normální. R16 zmínil: „Bytové podmínky myslím, že mám vyhovující. R18 uvedla: „Bydlení je vyhovující.“

Kategorie Finanční zabezpečení

V této kategorii jsme zjišťovali ekonomické zabezpečení. R1: „Jsem důchodkyně, takže žádné absence v zaměstnání nemám.“ R2, který uvedl: *Žiji z finančních úspor a starobního důchodu. Finančně mě nemoc nijak neohrozí, pouze budu muset vynaložit náklady na zubní náhradu.*“ Důchodového věku byly respondenti R3 se vyjádřila: „Zaměstnání již neřeším, jsem v důchodu a dostávám důchod.“ R4 žádné absence v zaměstnání neřeším, jsem důchodce a nemoc mě finančně neohrožuje.“ R5 řekla: „žádné absence v zaměstnání nemám, pobírám důchod, takže jsem bez finančního ohrožení.“ R8 sdělil: „Jsem důchodce, absence jsem měl akorát v mých sportovních a turistických aktivitách.“ R14, R15, R24, R27 popsala: „Jsem v důchodu.“ R25 řekl: „Já už jsem v důchodu, teď nám zamávají v peněžence náklady za energie, snad to uplatíme.“ Respondent R20 vyjádřil pochybnosti, jak by pracoval, kdyby vzhledem ke své diagnóze měl pracovat přes svůj handicap: „Jsem důchodce, naštěstí už nepracuji, ani nevím, jak bych pracoval s protézou a na vozíku, nedovedu si to představit.“ Ostatní respondenti tvořili kategorii pracujících ve věkové skupině (19-59 let), řešili tedy finanční stránku a dopady hospitalizace na jejich zařazení do pracovního procesu. Respondenti uváděli, že absence v zaměstnání řeší dočasnou pracovní neschopností (PN). R6 vyjádřil, že se bude po dobu pracovní neschopnosti muset uskromnit: „Absence v zaměstnání byly. Jsem v pracovní neschopnosti, než se doléčím, tak budu muset počítat každou korunu, ale snad to nebude na dlouho.“ Podnájem, absence ve škole a na brigádě řešil R7 a uvedl také, že se může spolehnout na svou snoubenku, která jej podpoří: „Jako student si musím přivydělávat brigádou. Ted mám absence, dokud se můj problém nevyřeší, doufám, že to nebude tak strašné a se snoubenkou to nějak zvládneme.“ R9 zmínil, že bude muset v souvislosti se svojí nemocí upravit priority ve svém životě a vyjádřil určité obavy a nejistotu: „Absence v zaměstnání jsem měl, už delší dobu jsem v pracovní neschopnosti, budu muset přehodnotit priority a nějak se s tou svojí nemocí poprat. Já jsem řemeslník, takže o práci se v dnešní době nebojím, ale musím na tom být zdravotně lépe Nevím, jak budu pracovat až se zotavím, popravdě teď nevím, jestli mě to finančně ohrozí, budu

doufat, že ne.“ Pozitivně odpověděl R10: „Nemyslím si, že moje nemoc negativně ovlivní moje zaměstnání. Mám neschopenku, bude mě čekat ještě další operace, pracuji celý život, teď se musím vyléčit.“ Na pomoc svého syna by se spolehla R11 a zmínila také nejistotu do budoucna, jestli bude potřeba následné péče a dlouhodobější rekonvalescence: „Mám ještě pár let do důchodu, snad se toho dožiju. Jsem v pracovní neschopnosti, nějaké peníze snad dostanu a jestli mě situace finančně ohrozí, myslím, že mě neohrozí, ...možná, když budu potřebovat nějakou následnou péči, budoucí péči, pomůcky, to bude asi hodně drahé, snad syn pomůže.“ Vliv onemocnění na stereotypy zaměstnání uvedla R12: „Absence v zaměstnání jsem měla, po dobu léčby budu v pracovní neschopnosti. Jestli se vrátím do zaměstnání, tak asi budu muset omezit sezení, ale snad se do té doby vše zahojí. Nemyslím si, že by nás to mělo finančně ohrozit.“ Možnost práce z domova „home office“ má R13: „Absence v zaměstnání jsem měl, nyní mám PN. Po operaci budu nejprve na home office, pak budu do práce chodit normálně, finančně mě to neohrozí.“ Částečné finanční ohrožení uvedl R16: „Absence v zaměstnání jsem měl a mám. Až se zotavím, tak se vrátím zpět do zaměstnání. Mé zaměstnání není zas tak fyzicky náročné, protože nás moje absence ohrozí částečně v příjmu financí.“ Bez jakéhokoli ohrožení se cítila nejmladší respondentka R17: „V práci jsem kuli nemoci měla absence, až se zotavím, tak se vrátím do práce. Myslím, že mě to finančně neohrozí.“ Vzhledem ke své diagnóze karcinomu prsu, trochu nejistoty vyjádřila respondentka R18: „Absence v zaměstnání jsem měla.... ano, jsem na PN. Nevím, jak dlouho to bude trvat, finančně mě to snad neohrozí.“ Na pozvolné zařazení do pracovního procesu a úlevy spoléhá R19, který uvedl: „Absence v zaměstnání byly, nyní jsem na neschopence. Až se uzdravím, tak ze začátku budu pracovat v omezeném režimu, finančně mě to neohrozí.“ Nejistotu vyjádřil R21: „V zaměstnání jsem chyběl, nedá se nic dělat. Teď jsem na PN, tak to musí pochopit. Jestli se vrátím do zaměstnání, tak to asi bude pro mě náročnější.“ R22 řekla: „V práci budu pokračovat až se uzdravím, finančně mě to tolik nezasáhne, doufám.“ Oporu v rodinném zázemí zmiňuje R23: „Nic nesplácíme, tak by nás to nemuselo finančně ohrozit, manželka také chodí do práce, tak snad mě teď podrží, než zase převezmu financování rodiny já. Jsem zaměstnanec jedné instalatérské firmy, jsem na PN, takže to teď řešit nemusím, snad se brzy vrátím do práce a budu moci zase dělat.“ R26 se vyjádřil: „Absence v zaměstnání mám, nebojím se o zaměstnání, budu pracovat jako doposud, s menším namáháním. Snad mě to finančně ohrozí jen minimálně.“

Kategorie Spiritualita

Kategorie měla zjistit požadavky na saturaci spirituálních potřeb. R1 se vyjádřila: „*Spirituálními potřebami, potřebou víry se nezabývám.*“ R2 zmínil: „*Nepožadoval jsem.*“ R10 upřesnil, že není věřící pacient: „*Nejsem věřící, žádné uspokojování duchovních potřeb nevyžaduji.*“ Mnoho dotazovaných respondentů se považovalo za nevěřící (R3, R4, R6, R7, R9, R13-R17, R19-R21, R23-27) a nechtěli na tuto otázku odpovídat ani po doplnění otázky a vysvětlení, že pod pojmem spirituální potřeby se skrývají i jiné potřeby než pouze oblast náboženství a víry, ale i otázky o existenci, smyslu života, odpuštění. Avšak několik pacientů (věkové kategorie 52-70 let) odpovědělo kladně a uvedlo možnosti saturování modlitbami či spojením s Bohem. R5 odpověděla: „*Spirituální potřeby mám možnost uspokojit, prostě se pomodlím.*“ R8 uvedl: „*Jsem věřící katolík, chodím do kostela každou neděli. Nikdo mi tuto možnost nenabízel, ale já jsem každou chvíli spojený s Bohem a hodnými lidmi.*“ R11 také uvedla: „*Já jsem se před spaním v tichosti pomodlila, jako každý večer, nikoho jsem s tím neotravovala.*“ R12 vyjádřila obavy, že se při saturaci své spirituální potřeby nemůže soustředit: „*Ano, považuji se za věřícího člověka, mám možnost uspokojit své potřeby v této oblasti, ale nedaří se mi soustředit se.*“ R22 svou odpověď naznačil, že žádné jiné aktivity v oblasti duchovního života se v nemocnici nedají praktikovat. „*Věřící jsem, člověk se pomodlí, ráno, večer, asi nic jiného se tu nedá dělat.*“ R22 svou odpověď po vysvětlení tématu doplnil. Na doplňující otázku, pokud byste věděl, že je tady možnost si promluvit s někým kompetentním, využil byste toho? „*Jo, to asi ano.*“ Stejně tak by tuto možnost využila i R18, která se jako věřící člověk vyjádřila, že nemá možnost uspokojit své spirituální potřeby. R11 naznačila, že pomoc se spirituálními potřebami mohou vyžadovat spíše pacienti bez rodiny či pacienti vážně nemocní, když svou odpověď doplnila: „*Tak to asi využívají ti, co třeba nemají rodinu, nemá si s nimi kdo popovídat nebo třeba už jsou tak nemocní, že brzy zemřou. Já doufám, že půjdu brzo domů.*“ Většina respondentů se shodla na tom, že personál jim možnosti uspokojení spirituálních potřeb nenabízel. R1 uvedla: „*nikdo mi nic nenabízel*“ R4 zmínila: „*O ničem jsem neslyšela.*“ R16: „*Personál mi tuto možnost nenabízel.*“

Kategorie Bolest

Většina respondentů, kteří měli bolesti se shodla na tom, že jejich bolest byla řešena. Věděli, že si mohou včas říci o léky na bolest. Všeobecné sestry zjišťují v rámci ošetřovatelského procesu, zda pacient nemá bolest a pravidelně se chodí ptát, jestli

nepotřebuje léky na bolest. R1 uvedla: „*Bolesti mám, sestry se ptají, zda chci něco na bolest.*“ R2 se vyjádřil: „*Ano, bolesti mám. Personál se ptá, jestli nechci něco na bolest.*“ P3 nechával řešení své bolesti na poslední chvíli: „*Bolesti mám, mám od lékaře napsané léky na bolest, když to nemůžu vydržet, tak si řeknu.*“ R4 uvedla, že když má bolest, tak se svěří lékaři a sestram: „*Bolesti trpím, řekla jsem to lékaři a sestřičkám, řeší moji bolest.*“ R5 zmínil, že je mu vyhověno, pokud má nějaký problém: „*Ano, řeší, pokud mám problém.*“ R6 a R17 uvedli: „*Netrpím bolestí.*“ R7 popsal: „*Netrpím žádnou enormní bolestí, ale musím sdělit, že v rámci možností personálu ano.*“ R8 odpověděl: „*Ano, personál to řeší dle mé potřeby.*“ R9 udal: „*Bolesti mám, v souvislosti s mým onemocněním, řešíme to léky.*“ S řešením bolesti byl spokojený R10 „*Být bez bolesti je pro mě velice důležité. Ptali se mě, jestli jsem chtěl léky na bolest. Před tím jsem to využíval, teď už ne. Bolest ustupuje, teď je to dobré, ale ty 4 dny před tím, to byla hrůza.*“ R11 řekla: „*Já bolest snáším docela dobře do určité míry, ale nesmí mi překážet v pohybu, v práci, pak to těžko snáším. Personál to řeší, buď třeba na noc mi daly léky, ale většinou chci vědět o svém stavu, do určité míry tu bolest vydržím.*“ R12 popsal kritéria: „*Pokud je bolest je snesitelná, není třeba ji řešit.*“ R13 uvedl, že záleží na zdravotním stavu pacienta: „*Jo, chodí sem sestry ptát se, jestli nechci léky na bolest, záleží na tom, jak mi je.*“ Péči o bolest před výkonem popsala R14: „*Před operací jsem trpěla bolestí hodně, kapačky mi dost pomáhali, bolest se zmírnila. Teď doufám, že se z toho dostanu a nebudu muset brát na bolest nic.*“ R15 odpověděla „*Ano, řeknu si o léky na bolest. Pravidelně se nás chodily sestry ptát, jestli nechci něco na bolest.*“ Spokojenost vyjádřil R16: „*Ano, vždy je to řešeno včas a adekvátně.*“ Podobně se vyjádřili R18: „*Bolesti trpím, ano, řeší, vždy po domluvě léky na utišení bolesti.*“ a R19: „*Bolesti mám, říkám si o léky na bolest.*“ R22 řekla: „*Ano bolest mám, dostávám injekce na bolest.*“ R21 popsal: „*Ano bolesti mám, ptají se mě, jestli nechci něco na bolest.*“ Pokud dojde ke zlepšení stavu, medikace není již tolik potřeba, jako to bylo u R20: „*Tak já už jsem tu týden, takže bolesti už takové nemám.*“ R23 uvedl: „*Bolesti jsem měl první dny, to mi dávali léky, co mi napsal doktor, pak se mě ptali, jestli chci něco na bolest.*“ R24 popsala: „*Na bolest mám kapačky, chodí se sem ptát, mám je předepsané z JIPKY.*“ R25 řekl: „*Ano, dávají mi, po těch to povolí, dávají po 6 ti hodinách, ke konci je to zase horší, bolest nabíhá.*“ R26 udal: „*Já už bolesti moc neřeším.*“ R27 se vyjádřil: „*Bolesti mám, dostávám léky na bolest.*“

5 Diskuze

Cílem ošetrovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka, a to hlavně ve vztahu k udržení zdraví nebo potřebám vzniklým či pozměněným onemocněním (MZČR, 2021, s. 9). Moderní ošetrovatelství upouští od nahlížení na pacienty podle biomedicínského modelu, kdy sestry poskytovaly péči založenou na ordinacích lékaře (Stasková et al., 2019). Kdy ve zdravotnickém zařízení byl hlavní důraz kladen na uspokojování biologických potřeb a byl opomíjen pohled na psychickou stránku pacienta (Tóthová et al., 2014). Z holistického pohledu by se ošetrovatelský tým měl zabývat celou bio-psycho-sociální složkou člověka. Zajímali jsme se proto o faktory, které ovlivňují saturování psychosociálních potřeb a jakou roli zde hraje zdravotnický personál, sám pacient a jeho rodina.

V hierarchii potřeb A. H. Maslowa po biologických potřebách následuje potřeba bezpečí a jistoty. Jak se zmiňují Mastiliaková (2014) i Trachtová et al. (2018) potřeba bezpečí a jistoty se mimo jiné objeví, pokud je člověk v ohrožení života, onemocní či podstupuje operační výkon. Můžeme souhlasit se Šamánkovou et al. (2011), podle kterých potřeba bezpečí a jistoty dosahuje při hospitalizaci jiné dimenze. *Abychom se cítili v bezpečí, musíme být schopni předvídat situaci, která nastane. V ideálním případě musíme dění kontrolovat. Potřebujeme chápat situaci, ve které jsme se ocitli, potřebujeme znát prostředí, ve kterém jsme, potřebujeme znát osoby, které se o nás budou starat* (Šamánková et al., 2011, s. 96). Hlavní úlohou ošetřujícího personálu je identifikování a uspokojování potřeby bezpečí a jistoty při příjmu pacienta na oddělení, jak se potvrdilo u podkategorie Pocity při příjmu na oddělení. Několik respondentů uvedlo, že se při příjmu cítili dobře. Jiní respondenti popisovali nervozitu, zmatenost, strach a obavy, které se podle Trachtové et al. (2018) projevují při neuspokojení potřeby bezpečí a jistoty. R10 řekl: *„Potřeba bezpečí a jistoty je pro mě důležitá, a myslím, že v nemocnici je naplněna, tady jsem v bezpečí. Při přijetí jsem cítil strach, nyní se cítím v bezpečí. Psychická pohoda během pobytu se zlepšila. Jsem už po výkonu a vím, že je to na dobré cestě.“* Můžeme říci, že se všichni respondenti shodli na tom, že k zajištění potřeby bezpečí a jistoty potřebují mít podporu v personálu. Ve výzkumném šetření respondenti popisovali zdravotnický personál jako ochotný, profesionální tým poskytující odbornou péči na vysoké úrovni. R15 zdůraznil přístup k pacientům: *„Nejdůležitější zde vidím, že je tu skvělý personál a mají dobrý přístup k pacientům.“* Vychválena byla přátelská atmosféra

a vstřícnost personálu. R4 popsala: „*Při přijetí jsem cítila vstřícnost personálu, takže vše proběhlo v pořádku.* Většinou se jednalo o pacienty přijaté k plánované hospitalizaci. Z hlediska časového faktoru se u akutních výkonů nelze na situaci připravit tak, jako při plánovaných výkonech, jak uvedla R24: „*Mám za sebou operaci kolene na ortopedii, tam jsem šla dobrovolně, řekli mi, že to bude bolet, čekala jsem to.*“ Ze zkušenosti dvou respondentek hospitalizovaných pro náhlou příhodu břišní, tedy přijaté akutně k operativnímu řešení vyplynulo, že pociťovaly strach o život a neměly možnost se na tuto situaci připravit. R11 popsala: „*Byl to šok, bála jsem se o život, protože jsem se cítila velice špatně a předpokládala jsem větší komplikace.*“ R24 uvedla: „*Byla jsem z toho špatná, myslela jsem, že mě vyšetří a půjdu domů, že tu nezůstanu. Už jsem starší, myslela jsem, že umřu. Čekala jsem na výsledky, řekli, že je to akutní, že to musí udělat hned a pak jsem se probudila na JIPCE.*“ Musíme tedy souhlasit s tvrzením Yilmaze et al. (2012), že pacienti s úzkostí před operací pociťují určitou ztrátu kontroly a obávají se smrti. Podle Janíkové a Zeleníkové (2013) k odstranění úzkosti přispívá poskytování informací a terapeutická komunikace. Důležitost komunikace uvádí i Bártlová a Matulay (2009).

Jak zmiňují Tomagová a Bóriková (2008), může bezpečí a jistota ovlivnit předchozí zkušenost s hospitalizací a operačním výkonem. Domnívali jsme se, že pacienti, kteří v minulosti podstoupili nějaký operační výkon budou mít více zkušeností a informací, proto se výkonu nebudou tolik obávat. Někteří respondenti nevnímali žádný rozdíl ve zkušenostech s jinými operacemi. Jiní respondenti popisovali hlavně strach a nervozitu, jako R3, která se vyjádřila: „*Zkušenost s operací mám, už jsem tu ležela. Asi při první operaci má člověk strach, jak to dopadne a co bude následovat. Nyní mám ale také strach, protože jsem se vrátila zpět s potížemi.*“ Tyto negativní emoce jsou podle Santose et al. (2014) ovlivněny právě předchozími zkušenostmi s operačním výkonem. Potvrzujeme názory Trachtové et al. (2018), které udávají, že hospitalizovaný člověk v souvislosti se změnou prostředí či vlivem nedostatku informací ztrácí pocit bezpečí a jistoty. Důležitou roli tedy mají podané informace. Pokud pacient ví, co má očekávat, je méně úzkostlivý. Může se na celou situaci lépe připravit, což zmiňují i Šamánková et al. (2011). Jak uvádí Ptáček et al. (2014) pacient dává důvěru lékaři a předpokládá, že mu sdělí všechny důležité informace a poradí mu, jak vyřešit jeho problém. Souhlasíme i s Bártlovou a Matulayem (2009), že pacient chce vědět způsoby léčby a důsledky onemocnění. Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali, zda pacienti mají pocit, že obdržené informace o svém zdravotním stavu, možnostech léčby a operačním výkonu jsou pro ně dostačující.

Většinou respondenti uváděli, že byli s poskytnutými informacemi spokojeni, zmiňovali, že byli informováni o rozsahu, způsobu výkonu a dalších možnostech. Dále se zmiňovali, že sdělení byla srozumitelná a komplexní. R15 uvedl: „*Dostal jsem všechny informace, co jsem potřeboval vědět.*“ Nepotvrdilo se tak tvrzení Pafka (2016), že pacient před zahájením léčby získává jen minimální informace a rozhovor nahrazují formuláře vyjadřující souhlas s hospitalizací a operací. Důležité je také zmínit způsob, jak je zpráva podávána a zdali je pro pacienta pochopitelná a přizpůsobená okolnostem, jelikož nemocný není odborník ve zdravotnictví, o čemž se zmiňují Ptáček et al. (2014). Jak udává Santos et al. (2014) a podle Etického kodexu Práv pacientů (Etický kodex Práv pacientů, 2021) by měl pacient podstupovat operační výkon v případě, že je informovaný o důvodech, rozsahu, důsledcích a možných komplikacích. Dva respondenti se domnívali, že byli informováni pouze předběžně a mlhavě. Musíme také poukázat na to, že dva respondenti považovali sdělené informace za nedostačující. R12 řekla: „*Informace pro mě nebyly dostačující, chtěla bych se dozvědět více, ale uznávám, že je nás tu dost.*“ U této skupiny pacientů bychom doporučovali věnovat větší prostor pro jejich dotazy. Řešením by mohlo být zjištění všeobecné sestry, která by se po určité době od příjmu dotázala pacienta, zda rozuměl všem sdělením a pokud by potřeboval nějaké informace upřesnit, tak by provedla edukaci sama či zavolala lékaře. Edukační činnost patří do náplně práce všeobecné sestry. *Souvisí se zprostředkováním potřebných a srozumitelných informací jednotlivcům, rodinám, skupinám a jejich příbuzným v přiměřené formě z hlediska kompetencí sestry s cílem vyhodnocení dosažených výsledků v informovanosti pacientů* (MZČR, 2021, s. 17). V současnosti máme mnoho informací dostupných z internetu, ale také se hodně diskutuje používání kritického myšlení v souvislosti s pravdivostí těchto informací, jak popisují Ptáček a Bartůněk (2016). Většinou se respondenti zmiňovali, že si žádné další informace o průběhu léčby a onemocnění nevyhledávali. Výjimkou byli dva respondenti, kteří o podrobnostech pátrali na internetu. R10, který uvedl: „*Já jsem si hledal, co je to stomie, co je to robot, ileostomie. Mít informace o svém zdravotním stavu je pro mě velmi důležité.*“ R27 uvedl: „*Myslím, že byly dostačující, ale hledal jsem ještě na internetu a co mi chlapi poslali informace.*“ Jako zdroj informací respondenti nejčastěji uváděli lékaře, primáře a sestry. Dále se respondenti zmiňovali o podepisování souhlasu. *Zdravotní péče se zásadně poskytuje s informovaným souhlasem osoby, které se poskytuje, přičemž informovanému souhlasu předchází poučení (o účelu, povaze, následcích a rizicích apod.)* (Libová et al. 2019, s. 30).

V kategorii Psychický stav pacienta jsme se zajímali o pocity a obavy před operačním výkonem. Z výzkumu vyplynulo, že sedm respondentů neudávalo žádné obavy v souvislosti s operačním výkonem. Avšak více jak polovina respondentů pociťovala určité obavy před operací. Mezi nejčastější obavy respondenti udávali zhoršení stavu a následky po operaci, komplikace, hojení operační rány, narkózu, vlastní operační výkon, výsledky histologie, bolest a COVID-19 nákazu. Souhlasíme s Jobánkovou (2006), která poukázala na skutečnost, že každý operační výkon má svou indikaci, se kterou jsou spojena určitá rizika, která mohou významně ovlivnit život pacienta, což vyjádřil R26: „*Mám strach z nenadálých komplikací.*“ R14 uvedla: „*Každý se bojí operace, nevíme, co se stane, jak to dopadne.*“ Jak udávají Zeman et al. (2011) diagnostické plánované operace mají za úkol odhalit prognózu onemocnění. Dva respondenti vyslovili obavy z výsledků odebraných vzorků k histologickému vyšetření. R2 se vyjádřil: „*Mám strach, aby odebraný vzorek na histologii nebyl pozitivní.*“ Nesouhlasíme však s tvrzením Yilmaze et al. (2011), kteří popisují čekání na samotnou operaci jako nejvíce stresující situaci, což neuvedl ani jeden z respondentů. Naopak R8 uvedl: „*Čekal jsem s pokorou až půjdu na řadu.*“ Zazněla zde i naděje ve zlepšení stavu. Někteří respondenti se pozitivně vyjadřovali o zlepšení zdravotního stavu, úlevě a vyřešení jejich potíží. R2 uvedl: „*Těšil jsem se na provedení zákroku, že se mi uleví.*“

Podle našeho názoru operace patří mezi zátěžové situace v životě, proto by každý člověk měl mít možnost vyjádřit své pocity, svěřit se někomu a vypovědět co jej trápí. Jak uvádí Kontrolous et al. (2017), je důležité brát ohled na neuspěchanou, upřímnou a citlivou komunikaci ze strany personálu. Souhlasíme i se Zacharovou et al. (2010), kteří upozorňují na důležitost získání důvěry pacienta. Pokud všeobecné sestry získají důvěru pacienta, je pro něj snadnější mluvit o svých obavách. Z výzkumu vyplynulo, že někteří respondenti neměli potřebu se svěřovat nikomu. Další respondenti uváděli, že se nejčastěji svěřovali svým rodinným příslušníkům, spolupacientům a také sestřám. R14: „*Sestry mě utěšovaly, že se nemusím bát, že vše dopadne dobře.*“ R3 popsala: „*Když bych měla nějaký problém a někomu se z personálu svěřila, tak by mi asi nabídli nějaké řešení, ale jak říkám, zatím jsem nic nepotřebovala. Zdravotníci tady mají skvělý přístup a povzbuzují nás.*“ Tím se potvrdilo, že vztah sestra-pacient je potřebný ke správné identifikaci potřeb pacienta, jak uvádí Krátká (2018) i Kabelka (2020). Důležité je také zmínit časový faktor, který pacienti vnímají při hospitalizaci. Svou odpověď to vyjádřil R10: „*Je to individuální, když zrovna zvoní zvonky na chodbě, sestry by si povídaly, ale není čas, jsou tu ostatní pacienti. Personál je ochotný a obětavý*“ R11 uvedla: „*Já jsem*

sestry nikdy neotravovala, vím, že jsou hodně zaměstnané. Zbytečně jsem se jich na nic neptala. Asi jsem to nepotřebovala se vyptávat. Někdo by se chtěl vybavovat, ale na to asi nemají čas.“

Role pacienta spočívá v přijímání doporučené péče. Souhlasíme s tvrzením Mezinárodní rady sester (International Council of nurses - ICN), která uvádí, že nelze hovořit o pacientovi pouze jako o pasivním příjemci péče (ICN, 2020). *V souladu s poskytováním kvalitní a bezpečné péče je nutný aktivní přístup pacientů, jehož předpokladem je dostatečná informovanost pacienta, např. o poskytované péči, postupech, zvláště v následné a domácí péči, v rehabilitačním ošetřovatelství, o komplikacích a rizicích, sebepéči a aktivní spolupráce v oblasti edukace* (MZČR, 2021, s. 13). Jak jsme se zmínili již dříve, souhlasíme s Ptáčekem et al. (2014), že pacient dává důvěru lékaři a předpokládá, že mu sdělí všechny důležité informace a doporučení, jak vyřešit jeho problém. Pacienti mají možnost se podle Etického kodexu Práv pacientů (Etický kodex Práv pacientů, 2021) na základě poskytnutých informací rozhodnout, zda navrhovanou léčbu podstoupí či nikoliv. Z výzkumu vyplynulo, že pacienti mají pocit, že mohou rozhodovat o průběhu své léčby. R2 se stomatochirurgickou operací se vyjádřil: *„V mém případě myslím, že ano. Měl jsem na výběr z možností a byl jsem seznámen jaká vyšetření mě čekají a proč je musím podstoupit.“* Někteří jednoznačně odpověděli, že tuto možnost nemají. R5 s karcinomem tlustého střeva odpověděla: *„Myslím, že moc ne, člověk se chce z toho dostat, tak poslouchá pokyny. Ale jako, že bych odmítla nějaké vyšetření, to ne, to tady asi nemusím ani být a jít domů. Kdo chce svoje onemocnění vyřešit, tak poslouchá rady lékařů.“* R25 popsal svou zkušenost s odmítnutím péče: *„Nevím, já jsem napřed odmítl, podepsal jsem negativní revers a šel jsem domů, pak jsem si to rozmyslel. Řekli mi, že buď to půjde pryč nebo jsem tu zpět za půl roku.“*

Šamánková et al. (2011) upozornili na neobvyklé prostředí při hospitalizaci v nemocnici, jako jednu z bariér při saturaci potřeb. Respondenti však popsali oddělení chirurgie jako vyhovující, kde samotné prostředí na ně působí pozitivně. R16 se vyjádřil: *„Jako doma to není, ale působí to tu útulně.“* R24 prostředí vychválila: *„Mají to tady krásný, teplé barvy, svítí sem sluníčko.“* R3 uvedla: *„Prostředí a pokoj na mě působí dobře, vše je v pořádku.“* Musíme tedy souhlasit s Bártlovou a Matulayem (2009), kteří upozorňují na potřeby, které se nemocí modifikovali, kam patří potřeba vytváření kulturního prostředí. V době hospitalizace patří k uspokojování kulturní potřeby celkový design, barevný odstín malby na stěnách, čistota a výzdoba nemocničního prostředí. Negativně se vyjádřila pouze R12: *„Pobyt zde vnímám jako nutné zlo, takže jsem se vším*

smířena. “ Na tuto skutečnost upozorňují Šamánková et al. (2011), kteří popisují vznik bariéry z nezvyklého nemocničního prostředí. Někteří pacienti hodnotí prostředí jako neútulné a necítí se v něm dobře.

Pacient je při příjmu zahlcen informacemi o svém zdravotním stavu, léčbě a léčebném režimu, které se pro něj mohou stát stresujícími. Souhlasíme se Šamánkovou et al. (2011), že je dobré připomenout obecné instrukce o prostorech oddělení, harmonogramu, používání signalizačního zařízení a například na jednotce intenzivní péče (JIP) na alarmy při monitoraci stavu pacienta. Na seznámení s domácím řádem má pacient právo (Etický kodex Práv pacientů, 2021). Z výzkumu vyplynulo, že několik respondentů nebylo s harmonogramem seznámeno. Ostatní odpověděli, že instrukce mají nebo zde již byli hospitalizováni a jsou tedy se vším plně obeznámeni. R3 uvedla: *„Jelikož jsem zde již ležela, tak jsem s chodem i harmonogramem seznámena.“* R12 odpověděla: *„Ne, ale pořád sem někdo chodí, tak se ptám.“* Někteří respondenti uvedli problém s ranním vstáváním R11 udala: *„...vstávání ráno na hygienu je brzo, ale asi to jinak nejde.“* R14 uvedla: *„Ne, nebyla. Všechno bylo tak rychlé.“* a dodala: *„Před buzením jsem vzhůru, nemůžu spát, ale to asi patří k tomu, doma občas taky nemůžu spát. Vizity jsou rychlé.“* V souvislosti s touto problematikou, bychom mohli odkázat na již dříve popisovanou problematiku edukace jako kompetence všeobecných sester. Uvedení na pokoj a seznámení pacienta s oddělením a pokojem patří plně do kompetencí všeobecných sester. Souhlasíme s Bártlovou a Matulayem (2009), kteří také poukazují na potřebu informovanosti o nemocničním a léčebném režimu.

Chceme-li, aby pacient spolupracoval při léčebném režimu, je nutné, aby správně chápal nutnost určitých opatření zvláště v souvislosti s epidemiologickou situací, jak je uvedeno v Zákoně 94/2021 Sb., o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19 a změně některých souvisejících zákonů, kdy mimořádná opatření slouží k zamezení šíření onemocnění COVID - 19 (Zákon č. 94/2021 Sb.). Většina respondentů uvedla, že mají pro všechna nařízení pochopení a respektují je. R2 řekl: *„Respektuji všechna nařízení. Vnímám to jako nutnost k současné situaci. Informací je dostatek, personál mi nemusel nic vysvětlovat.“* Několik respondentů situaci popsalo jako stresující. Některým vadilo, že přes roušku méně slyší a chybí jim mimika obličeje u zdravotníků. R1 popsala smíření se situací: *„Snažím se COVID nevnímat. Nošení roušek, vnímám to jako potřebu, prostě to musí být na ochranu všech.“* R7 uvedl důsledek situace v odosobnění a omezené emoční komunikaci: *„Radši se k tomu ani nebudu vyjadřovat. Nošení roušek na mě působí jako, že je to méně osobní, než by mělo být, ale už jsem si*

během pandemie zvykl na sekanou emoční komunikaci. “ Jako stresující popsala situaci R14: „*Musím říct, že mě to stresuje, i když jsme očkovaní 3x.*“ R18 nastínila problém, že hůře slyší, když někdo na ni mluví přes roušku: „*Na oddělení to nevadí, nesetkala jsem se s COVIDEM na tomto oddělení. Roušky mi velmi vadí, méně slyším, zvláště přes roušku.*“

Jak zmínili Šamánková et al. (2011), Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) sociální zázemí se z důvodů hospitalizace omezuje a dochází k narušení způsobu naplňování potřeb, jako je omezení styku s přáteli a rodinou. Domnívali jsme se, že pacienti budou velice negativně snášet omezení návštěv v souvislosti s pandemií COVID-19, kdy je podle Bártlové a Matulay (2009) odloučení obtížněji tolerováno. Zacharová (2017) uvádí, že návštěvy jsou také důležité k uspokojení potřeby bezpečí a jistoty a mají pozitivní vliv na psychiku. Několik respondentů, například R16 by návštěvu potřeboval, aby mu vyjádřila podporu: „*Oporu jsem v den operace neměl, chtěl jsem, aby tady manželka ten den byla.*“ R17 uvedla: „*Omezení návštěv vnímám hodně špatně, chtěla bych tu mít matku, aby mě povzbudila a podpořila. V kontaktu s rodinou nejsem, jen telefonicky.*“ Až na několik uvedených respondentů, kteří zákaz návštěv vnímali nepříznivě, se však většina vyjádřila, že jim toto omezení nevadí a mají pochopení pro vzniklou situaci. Můžeme tedy vyvrátit tvrzení Šamánkové et al. (2011), kteří popisují, že nemocní vyžadují, aby jejich sociální potřeby byly akceptovány v takém rozsahu, jaké byly v minulosti. R6 odpověděla: „*Omezení návštěv mi nijak nevadí, mám možnost kontaktu s rodinou.*“ Jak uvádí Bártlová a Matulay (2009) ke zvládnutí psychického vypětí v průběhu hospitalizace je dobré mít průběžné informace o situaci doma a ostatních okolnostech. Výzkum tedy poukázal na možnosti kontaktu s rodinou přes mobilní telefon či jiné zařízení schopné přenášet obraz a zvuk přes sociální síť. R4: „*Omezení návštěv mě mrzí, ale pokud to musí být, tak se nedá nic dělat a musí se to vydržet. Mám možnost kontaktu s rodinou po telefonu.*“ Naopak někteří zákaz návštěv uvítali, mohou si tak odpočinout a načerpat síly. R14 řekla: „*Já jsem se starala rok o muže po operaci srdce, nechtěl se hýbat, chodit. Tady si alespoň odpočinu abych tak řekla.*“ R27 odpověděl: „*Nevadí mi zákaz návštěv, spíše to vnímám pozitivně.*“ R8 uvedl: „*Ba naopak, klid léčí.*“ Z druhého úhlu pohledu však musíme souhlasit se Šamánkovou et al. (2011), kteří popisují problematiku bezpečí a jistoty ze strany rodiny a strach o svého člena, který přichází do neznámého prostředí a je v kontaktu s neznámými lidmi. Tuto problematiku můžeme vyřešit opět komunikací s rodinou, poskytnutím informací o domácím řádu oddělení a epidemiologických opatřeních. Souhlasíme tak s Kopeckou

(2015) a Dušovou et al. (2019), že rodina má významnou roli při ochraně zdraví svých členů a buduje tak pocit bezpečí a jistoty, jak vyjádřil R21: „*Rodina potřebuje vědět o mém zdravotním stavu a léčbě. Myslím, že důležitá je zpětná vazba a komunikace.*“

Uprostřed Maslowovy pyramidy potřeb je potřeba lásky a sounáležitosti. V kategorii Rodina se potvrdilo, jak důležitou roli hraje rodina pro pacienty. Dobře fungující rodina plně saturuje potřebu lásky a sounáležitosti, je zdrojem bezpečí a jistoty. Souhlasíme s Kopeckou (2015), která zmínila, že rodina saturuje jak základní potřeby, tak i požadavek sociální potřeby a komunikace. Rodina poskytuje naději, ochranu, pochopení, podporu a pomáhá pacientům s těžkostmi, které s sebou nemoc přináší. Podpora rodiny je nezanedbatelná i při rekonvalescenci a v dalším životě. Potvrzujeme i názor Trachtové et al. (2018), kteří se zmiňují, že rodina má úlohu i v ekonomickém zajištění svých členů. Můžeme souhlasit i s názorem Sikorové (2011), která jako důležité znaky rodiny uvedla otevřenou komunikaci, naslouchání, důvěru a respektování se. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že rodina jim dává naději, podporu a pomoc v době nemoci. R1: „*Nejvíce se těším z dětí, vnoučat a pravnoučat. Sílu mi dává rodina.*“ Potvrzujeme také názor Šamánkové et al. (2011), že domov slouží jako silná motivace k uzdravení, jak uvedl R16: „*Nejvíce se těším až budu doma s rodinou, dcerkou. Rodina mi pomáhá, dává mi sílu a naději zvládnout tento stav.*“ Další roli rodina zastává v saturaci sociální potřeby, což potvrzuje Vágnerová (2016), která se vyjádřila k důležitosti sociálního kontaktu, jelikož každý člověk má potřebu vyhledávat kontakt s rodinou a přáteli. Potřebu lásky a sounáležitosti saturuje i sestra svou přítomností, chováním a komunikací. Pacient vytuší, zda je uznávaný v roli nemocného a respektovaný jako člověk. V tomto případě souhlasíme se Šamánkovou et al. (2011), jejich názor potvrdil i R15, který popsal spokojenost s přístupem k pacientům: „*...že nejsem jen kus, ale jsem pacient na operaci. Nejdůležitější zde vidím, že je tu skvělý personál a mají dobrý přístup k pacientům.*“

Předposlední stupeň Maslowovy pyramidy potřeb tvoří potřeba sebeúcty, úcty a uznání. Podle našeho vnímání Sikorová (2011) výstižně charakterizovala sebeúctu jako systém hodnot, postojů a vztah k sobě samému. Lze souhlasit i s Trachtovou et al. (2018), kteří poukázali na problematiku vlastního vnímání při onemocnění spojených s narušením obrazu těla. U chirurgického oboru je očekáváno, že dojde k invazivnímu výkonu, který může mít vliv i na psychosociální oblast, což potvrzuje Janíková a Zeleníková (2013). Z výzkumu vyplynulo, že se respondenti vyjadřovali k rozsahu výkonu a velikosti jizvy v souvislosti s kosmetickými důsledky. R1 odpověděla: „*Tak nakonec mám jenom malou rámu, takže to nijak zvlášť neřeším.*“ Sdílíme také názor

Mastiliakové (2014), která zdůraznila, jak zdravá sebekoncepce, sebeúcta a sebevědomí umožní lepší přizpůsobení se nečekaným situacím, což respondenti také popisovali. Postoj k sobě samému a naději na zlepšení stavu R10 vyjádřil: „*Ale nemyslím si, že život se stomii nějak negativně ovlivní moje vztahy v rodině a přáteli. Naštěstí mě čeká další operace, kde mi tu stomii zruší, takže mám naději, že se pytlíku zbavím.*“ R18 potvrdila, jak důležité je mít oporu a dobré sociální zázemí: „*Myslím si, že psychicky jsem operaci zvládla velmi dobře, to že jsem po ablaci prsu je nepříjemné, ale prostě jsem se s tím smířila, pomohl mi přítel a rodina, podporují mě.*“ Dále potvrzujeme názor Mastiliakové (2014), podle které by měl zdravotnický personál podporovat sebeúctu pacienta při jeho ošetřování efektivní komunikací a projevovat zájem o jeho problémy, zdravotní stav a předcházet tak pocitům beznaděje a bezmocnosti. V souvislosti s touto problematikou jsme zjišťovali, jak pacienti hodnotí přístup personálu. Výsledky ukazují, že většina respondentů vyjádřila spokojenost s přístupem zdravotnického personálu. Pozitivně se vyjadřovali o tom, že je personál povzbuzuje, je ochotný, milý, vynikající a má profesionální přístup, jak popisují i Trachtová et al. (2018), kteří upozorňují na úroveň partnerství při průběhu léčby. R9 se vyjádřil: „*Z mojí zkušenosti jsou sestry velmi empatické.*“ R23 řekl: „*Zdravotnický personál je skvělý, dokážou povzbudit, jsou ochotní. Neměl jsem důvod si stěžovat.*“ Většina respondentů se také shodla na tom, že pokud by potřebovali hovořit se zdravotnickým personálem o svém zdravotním stavu a o svých potřebách, tak se na ně mohou s důvěrou obrátit a věří, že se jim dostane pomoci. R1 se vyjádřila: „*Myslím, že nás personál povzbuzuje a přístup personálu je velice kladný.*“ R2 popsal: „*Myslím, že jsou tu všichni vstřícní a ochotní a rádi pomůžou. Ano, jsou příjemní.*“ *Personál je ochotný a obětavý*“ R17 uvedla: „*S přístupem personálu jsem hodně spokojena, jsou skvělí, na má přání reagují vstřícně.*“ Výsledky výzkumu se shodují s názorem Baštecké a Macha (2015), chceme-li identifikovat potřeby pacienta, tak je důležité vytvořit kladný vztah sestra-pacient, který je založen na podpoře, pomoci a důvěře. Trachtová et al. (2018) zmiňují, že se mohou objevit pochybnosti v ošetřující personál v oblasti osobnostních charakteristik, nevstřícnosti a špatné komunikace. Musíme souhlasit i s Krátkou (2018), která poukázala na problematiku syndromu vyhoření u personálu a uplatňování profesionality. Několik respondentů si všimlo negativ v přístupu všeobecných sester. R10 řekl: „*Personál je ochotný a obětavý...všude se najdou i báby protivný. Sestřičky jsou šikovné, povzbuzují, ale ne všechny*“ R7 uvedl: „*...kromě: sestry, která bez adekvátního varování rozsvítí, což je velice bolestivé pro moje oči.*“ R24 řekla: „*Na JIPCE byly lepší, starali se víc. Tady jsou trošku odměřený.*“

Ke kategorii Přístup personálu se váže respektování intimity a soukromí, které souvisí mimo jiné s uspokojováním potřeby uznání a úcty. Každý z nás vnímá pod slovem intimita něco jiného. Jak se zmiňuje Kapounová (2020), úkolem všeobecných sester je dbát na zajištění intimity pacienta. Z výzkumu vyplynulo, že někteří respondenti byli spokojeni s dodržováním intimity a popisovali, jak si myslí, že je jejich intimita respektována. R1 uvedl: „*Myslím si, že sestry moji intimitu respektují, zbytečně mě neodhalují.*“ R25 popsal, jak je dodržována intimita: „*...shušné chování, úkony s mým souhlasem...*“ Jiní respondenti poukázali na problematiku dodržování intimity na vícelůžkovém pokoji. R9 uvedl: „*Intimita je respektována v rámci možností, když přijde lékař, tak mu řeknu, co mě trápí, není čas na to se ostýchat.*“ R15: „*Intimita je dodržována v rámci možností, v některých situacích mi nebylo příjemně. Člověk musí, ale něco vydržet, když je v nemocnici.*“ Někteří respondenti uváděli, že jim pobyt na trojlůžkovém pokoji vyhovuje a mají dostatek soukromí. Pro jiné byl pobyt na pokoji s ostatními neuspokojivý a vyjádřili se, že dostatek soukromí na pokoji nemají. Respondenti zároveň projevili pochopení se situací, kdy je nereálné, aby každý nemocný měl samostatný pokoj. Jako nespornou výhodu viděli někteří to, že jsou na vícelůžkovém pokoji sami. Otázka soukromí na pokoji je tedy sporná. Problém intimity a soukromí na vícelůžkovém pokoji vyjádřil R5: „*Jak chcete udržovat intimitu na trojlůžkovém pokoji.*“ Na základě podobných odpovědí, lze tedy souhlasit s tvrzením Zacharové et al. (2010), že soukromí pacientů je narušeno v souvislosti s odhalováním před ostatními na pokoji. Jiné odpovědi však přispěli k saturování potřeby sociální, kdy pacienti uváděli, že si mohou popovídat. Můžeme tedy souhlasit se Šamánkovou et al. (2011), kteří uvádí, že vztahy mezi pacienty mají specifickou hodnotu a mohou být zdrojem opory, kdy si mohou pacienti předávat své zkušenosti. Dále vzájemná komunikace může usnadnit pochopení sdílené životní situace. Naopak R25 uvedl jako problém složení nemocných na pokoji: „*Plný pokoj mi nevyhovuje. Radši bych byl sám, před tím se mnou leželi komunikující osoby, teď tu všichni mlčíme, je to horší.*“ Více lidí na pokoji je problém také z hlediska uspokojování potřeby odpočinku a spánku, jak uváděl R27: „*Čím méně lidí, tím je to lepší. Teď jsme tu dva, tak je vše v pohodě. Po druhé operaci jsem se nevyspal, spolupacient spal přes den a v noci dělal bordel, furt zvonil a něco chtěl, bylo to utrpení na pokoji pro nás i pro sestry.*“ Problémy se spánkem potvrdili ve své studii i Kotronoulas et al. (2017).

Na vrcholu pyramidy potřeb je seberealizace. Kategorie Motivace souvisí s potřebou seberealizace. Jak uvádí Šamánková et al. (2011) je motivace podnětem chování a jednání jedince k saturování jeho potřeby. Dává mu sílu k překonání určité překážky k naplnění

cíle. Lze souhlasit i s Mastiliakovou (2014), která zmiňuje, jak je důležité realizovat vlastní plány, protože se zde projeví naše individualita. Výsledky dokazují, že každý z respondentů uvedl nějaké hobby, kterému se věnuje ve volném čase a které bude rozvíjet po skončení hospitalizace. Souhlasíme s Trachtovou et al. (2018), jež zdůrazňují, jak významné je saturování seberealizace, kde se uplatní náš potenciál, jak uvedla R11: *„Plány do budoucna mám, člověk se musí cítit potřebný, musí pracovat na tom, co má rozdělané nejen v zaměstnání, ale také v soukromí. Já mám zahrádku, plánovala jsem si co musí být na zahradě uděláno, jaké stromky zasadím...“*

Neuspokojená potřeba ekonomického zajištění může vést k narušení nejen potřeby bezpečí a jistoty, ale i sebeúcty, sebekoncepcce, a nakonec i seberealizace. Ekonomické zaopatření tvoří důležitou součást sociálních potřeb. Postavení jedince v zaměstnání a jeho finanční ohodnocení přispívá k zajištění rodiny, jak uvádí Trachtová et al. (2018). Naopak ve stáří se mohou objevit obavy, protože člověk již není tak aktivní a stává se závislým na pobírání starobního důchodu, tímto tvrzením zcela souhlasíme se Šamánkovou et al. (2011). Ze získaných údajů vyplynulo, že potřeba ekonomického zajištění byla zcela saturována. Respondenti uváděli, že jsou ekonomicky zabezpečeni, jak po stránce finanční, tak po stránce vlastnictví majetku. Domníváme se, že vliv na výsledky výzkumu mělo i větší zastoupení respondentů důchodového věku, kteří mají již důchodové ohodnocení. Respondenti se zmiňovali o vyhovujících bytových podmínkách, kdy nemusí své bydlení splácet, a proto se nemusí obávat finanční tísně, kterou by mohlo onemocnění vyvolat. R15 zmínil: *„Bytové podmínky jsou vyhovující, jsem důchodce.“* a R14: *„Bydlím ve vlastním domě a jsem v důchodu.“* Na získaných datech se může také odrazit to, že v současné době lidé v důchodovém věku začnou teprve pociťovat zdražování, které vyvolala pandemie COVID-19, tedy navyšování cen energií, potravin a všeho zboží a služeb. Na druhou stranu vlivem vysoké míry inflace se budou valorizovat důchody a stát se snaží pomáhat lidem postiženým energetickou krizí. Ostatní respondenti tvořili kategorii pracujících lidí ve věkové skupině 19-59 let, řešili tedy finanční stránku a dopady hospitalizace na jejich následné zařazení do pracovního procesu. Zcela souhlasíme s tvrzením Šamánkové et al. (2011), kdy stabilní zaměstnání v produktivním věku zajišťuje jistotu finančního zabezpečení. Nikdo z respondentů však neřešil nevyhovující bytové podmínky a vliv hospitalizace na platové podmínky a budoucí zabezpečení. Všichni uváděli, že absence v zaměstnání řeší dočasnou pracovní neschopností. R6 vyjádřil, že se bude po dobu pracovní neschopnosti muset uskromnit: *„Jsem v pracovní neschopnosti, než se doléčím, tak budu muset počítat každou korunu,*

ale snad to nebude na dlouho.“ Dále záleží i na charakteru onemocnění a rozsahu provedeného výkonu. Pacienti se ztrátovými výkony budou čelit výzvám v zaměstnání. R20 zmínil omezení, které s sebou nemoc přináší do pracovního života „*Jsem důchodce, našťěstí už nepracuji, ani nevím, jak bych pracoval s protézou a na vozíku, nedovedu si to představit.*“ R21 uvedl: „*Jestli se vrátím do zaměstnání, tak to asi bude pro mě náročnější.*“ Pandemie COVID-19 do společnosti vnesla práci z domova, označovanou jako „home office“ R13 tak bude mít možnost vyřešit své zaměstnání v administrativě: „*Po operaci budu nejprve na home office, pak budu do práce chodit normálně.*“ Finanční situaci můžou ohrozit i výdaje na rekonvalescenci pacienta, jak uvedla R11: „*...když budu potřebovat nějakou následnou péči, pomůcky, to bude asi hodně drahé...*“ Finanční nákladnost stomatologické péče zmínil R2 „*...budu muset vynaložit náklady na zubní náhradu, to bude drahé.*“ Sdílíme názor Krátké (2018), která poukázala na významnost role rodinného příslušníka, kterou zastával před onemocněním. A souhlasíme se Sikorovou (2011), která uvedla, že člověk se může spolehnout na podporu a pomoc rodiny. Právě důležitost této podpory vyjádřil R23: „*Bydlíme ve vlastním domě, nic nespíráme, tak by nás to nemuselo finančně ohrozit, manželka také chodí do práce, tak snad mě teď podrží, než zase převezmu financování rodiny já.*“

Ve výzkumném šetření jsme se zajímali i o bolest, která patří mezi nejčastější ošetrovatelské problémy. K saturování potřeby být bez bolesti pomáhají správně dávkované léky a vhodný časový úsek jejich působení. Souhlasíme s tvrzením Trachtové et al. (2018), kteří uvádí, přestože je bolest subjektivní pocit, zdravotnický personál by měl vždy reagovat, pokud si pacient stěžuje na bolest. *Je proto potřeba bolest předvídat, hodnotit, snažit se jí zabránit a adekvátně jí léčit* (Šamánková et al., 2011, s. 94). S tím souvisí i dostatečná informovanost pacienta o bolesti a způsobech řešení. Zdravotnický personál by měl ujistit nemocného, že se zajímá o jeho bolest a projevuje ochotu tento problém řešit. Důležité je, aby pacient věděl, že není na bolest sám, že je na blízku pomoc. Tento princip je založený na redukci strachu z bolesti a tím dochází i k úlevě od samotné bolesti. Významná je i samotná informace, že po operačním výkonu bude místo bolet, která do určité míry může samotnou bolest zmírnit. Pacient bude ochoten určitou míru bolesti snášet. Tento názor sdílíme se Šamánkovou et al. (2011) a Johnsonem et al. (2013). Z výzkumu vyplynulo, že potřeba být bez bolesti byla u respondentů saturována. Většina z nich odpovídala, že jejich bolest byla zdravotnickým personálem řešena. Pacienti věděli, že si mohou říci o léky na bolest při pravidelných návštěvách všeobecných sester na pokojích v rámci plnění ošetrovatelského procesu. R4 se vyjádřila:

„Bolesti trpím, řekla jsem to lékařům a sestřičkám, řeší moji bolest.“ Spokojenost vyjádřil R16: *„Ano, vždy je to řešeno včas a adekvátně.“* R13 uvedl: *„Jo, chodí sem sestry ptát se, jestli nechci léky na bolet, záleží na tom, jak mi je.“* Souhlasíme s Johnsonem et al. (2013), že úspěšná léčba bolesti se odráží na spokojenosti pacientů.

Jako posledních oblastí uspokojování potřeb jsem se zabývali otázkou saturace spirituálních potřeb. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení většinou nemají o saturaci této potřeby až takový zájem. Otázka spirituálních potřeb je stále považována za citlivé a tabuizované téma, jak můžeme souhlasit se Svatošovou (2012). Pacienti chirurgického oddělení většinou neprojevovali zájem o tématu hovořit tudíž i o uspokojování této potřeby. Sdílíme i názory Bužgové et al. (2019), jež ve svém výzkumu poukázali na citlivost tohoto tématu. Naznačili, že duchovní potřeby se dostávají do popředí u nemocných s vážnou chorobou či nemocí v terminálním stádiu. Můžeme se tedy pouze domnívat, že častěji se budou saturací spirituálních potřeb zabývat na odděleních následné péče a hospicové péče. I když toto téma se týká například i terminálně nemocných pacientů chirurgických oddělení, po dobu provádění výzkumu nebyl žádný takový respondent hospitalizován. Několik respondentů uvedlo, že si spirituální potřebu saturují sami a neverbalizují potřebu pomoci s jejím uspokojením. Uspokojení spirituálních potřeb je důležité pro každého, kdo o tuto potřebu projeví zájem, případně požádá zdravotnický personál o pomoc s jejím saturováním. Je možné, že se pacienti urazí, pokud se začne sestra ptát na spirituální potřeby, jak uvádí Bužgová et al. (2019). Musíme souhlasit s autory, kteří nabízejí řešení ve větší informovanosti. Informační brožuru o spirituální péči a spirituálních potřebách vytvořila absolventka oboru ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty ve své bakalářské práci (Jehlíková, 2020). Z výzkumu jsme se dozvěděli, že zdravotnický personál sám od sebe nebude nabízet pomoc s uspokojením spirituálních potřeb, pokud pacient o ni nepožádá. Na otázku, jak respondenti hodnotí možnosti duchovního života na oddělení se dotazovaní vyjadřovali, že o ničem neslyšeli a nikdo jim ani tuto možnost nenabízel.

V závěru diskuze je potřeba uvést, že výzkumné šetření bylo provedeno pouze s omezeným počtem respondentů chirurgického oddělení jedné nemocnice a nelze proto zevšeobecňovat získané výsledky výzkumu a prohlašovat tak, že platí pro všechna chirurgická oddělení. Důležité je také zmínit, že výzkum byl prováděn v době zhoršené epidemiologické situace s pozvolným zařazováním plánovaných operativních výkonů. Tato skutečnost může mít vliv na výsledky předkládané práce.

6 Závěr

V diplomové práci jsme se zajímali o psychosociální potřeby pacientů na chirurgickém oddělení. K danému cíli byly vytvořeny dvě výzkumné otázky, které se vzájemně prolínají a nejde tedy jednoznačně rozdělit role a faktory ke každé výzkumné otázce. První výzkumná otázka se zaměřila na to, jakou roli v saturaci psychosociálních potřeb hraje pacient, jeho rodina a ošetřující personál. Druhou výzkumnou otázkou jsme zjišťovali faktory ovlivňující saturaci psychosociálních potřeb.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že role pacienta není jen v pasivním přijímání doporučené péče. Zásadní roli zde hraje informovanost a předchozí zkušenosti s operačním výkonem. Z hlediska časového faktoru je rozdíl v podstoupení plánovaného a akutního operačního výkonu. Dále záleží na samotném pacientovi, jakou bude mít motivaci k uzdravení a jak bude k onemocnění přistupovat. Důležitou rolí personálu a rodiny je podpora pacientovi sebeúcty. Rodina zastává významnou roli v podpoře a motivaci svého člena, dále při saturaci potřeby lásky a sounáležitosti, sociální potřeby a ekonomického zabezpečení. V souvislosti s operačním výkonem pacienti nejčastěji pociťují strach z vlastního výkonu a možných komplikací. Ošetřující personál má jednoznačnou roli v podpoře pacientů, kdy vhodnou komunikací a podáváním dostatečných informací o průběhu vlastního výkonu pomáhá k zajištění potřeby bezpečí a jistoty. Přístup personálu, respektování soukromí a intimity přispívá k získání důvěry ze strany pacienta a podporuje tak i jeho pozitivní spolupráci. Mezi další faktory ovlivňující saturaci psychosociálních potřeb patří pocity pacientů při přijetí na oddělení, prostředí samotného oddělení a jeho harmonogram. V chirurgickém oboru, kde většina onemocnění vyžaduje operativní řešení, patří bolest mezi nejčastější ošetřovatelské problémy. Bolest narušuje saturaci dalších potřeb, a proto je potřebné ji minimalizovat.

Na závěr musíme zdůraznit, že každý člověk je jedinečný, každý má jiné představy, názory a zkušenosti. Ke každému pacientovi se proto musí přistupovat individuálně.

Diplomová práce může sloužit k edukaci o psychosociálních potřebách pro studenty zdravotnických oborů a pro zdravotnický personál. Může být využita ve formě semináře v rámci celoživotního vzdělávání či publikována do odborné literatury a časopisů s ošetřovatelskou tematikou.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, B., MACH, J., 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 760 s. ISBN 978-80-262-0617-0.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 144 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BRAVER, T. S. et al., 2014. Mechanisms of motivation-cognition interaction: challenges and opportunities. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* [online]. 14(2), 443-72. [cit. 2021-10-10]. doi: 10.3758/s13415-014-0300-0. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24920442/>
5. BUŽGOVÁ, R., et al., 2014. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stádiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110 (5), 577 – 583. ISSN 1212-0383.
6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
7. BUŽGOVÁ, R., et al., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
8. CERVONE, D., PERVIN, L. A., 2019. *Personality: Theory and Research*, 14th edition. John Wiley and Sons Inc., 496 s. ISBN 978-1-119-49206-1.
9. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
10. ČERVENKOVÁ, Z., ZELINKA, P., 2018. Analýza a hodnocení modelu dynamického interakčního procesu Orlandové. [online]. *Florence*. [cit. 2021-10-05]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/analyza-a-hodnoceni-modelu-dynamickeho-interakcniho-procesu-orlandove/>
11. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
12. ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ, © 2021. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

13. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
14. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2020. *NANDA International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání. Praha: Grada Publishing, 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
15. HONZÁK, R., 2020. *Jak přežít léčení: veselé čtení o bolestech*. Praha: Mladá fronta, 296 s. ISBN 978-80-204-5611-3.
16. HUSSEINI, F. et al., 2021. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: C.H. Beck, 1456 s. ISBN 978-80-7400-812-2.
17. ICN, 2020., *Balíčky mezinárodní rady sester* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/balicky-mezinarodni-rady-sester-icn/>
18. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
19. JEHLÍKOVÁ, A., 2020. *Spirituální potřeby pacientů, očima sester na oddělení dlouhodobé a následné péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
20. JOBÁNKOVÁ, M., 2006. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
21. JOHNSON, Q., BORSHESKI, R. R., REEVES-VIETS, J. L., 2013. Pain management mini-series. Part I. A review of management of acute pain. *Missouri medicine* [online]. 110 (1), 74–79. [cit. 2021-10-11]. PMID: PMC6179627. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23457757/>
22. JUNG, C. G., 2020. *Psychologické typy*. Praha: Portál. 680 s. ISBN 978-80-262-1654-4.
23. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-271-1688-1.
24. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
25. KALVINSKÁ, E., 2011. *Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 363-374. ISBN 978-80-247-3976-2.

26. KAPOUNOVÁ, G. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Grada Publishing, 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6
27. KONTRONOULAS, G. P., et al., 2017. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 29, 60-70. [cit. 2021-10-30]. doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.004. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28720267/>
28. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 187 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
29. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 156 s. ISBN: 978-80-7454-764-5.
30. KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BAŤI, © 2012. *Chirurgické oddělení*. [online]. [cit. 2021-10-11]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/chirurgicke-oddeleni>
31. KUDLEJOVÁ, M. et al., 2014. *Inštrumentovanie - princípy, zásady, techniky a postupy*. Martin: Osveta, 969 s. ISBN 978-80-8063-423-0.
32. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
33. LIBOVÁ, L., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M. 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
34. LÖHKEN, S., 2014. *Introverti a extroverti: jak spolu vycházet a vzájemně se doplňovat*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-5298-3.
35. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
36. MASLOW, A. H., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 317 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
37. MASLOW, A. H., 2021. *Motivace a osobnost*. Přeložila Pavla LE ROCH. Praha: Portál, 376 s. ISBN 978-80-262-1728-2.
38. MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB, © 2021 [online]. *Wikipedie*. [cit. 2021-12-11]. Dostupné z: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8b/Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb_-_%C4%8Dernob%C3%ADle.jpg

39. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
40. MEDICAL TRIBUNE CZ, 2012. [online]. *Chirurgové: Neslučujte septická a aseptická oddělení*. [cit. 2021-10-11]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/27200-chirurgove-neslucujte-septicka-a-asepticka-oddeleni>
41. MZČR, 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. Věstník č. 9. 2004 – Metodická opatření [online]. [cit.2020-11-07]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>
42. MZČR, 2019. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2021-08-31]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17578/38140/2019-07-11_Dohoda%20o%20duchovn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8Di_podpis+datum.pdf
43. MZČR, 2021. *Koncepce ošetrovatelství – Nursing now*. Věstník č. 6/2021 [online]. [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
44. NAKONEČNÝ, M., 2014. *Motivace chování*. 3. vydání. Praha: Triton, 599 s. ISBN 978-80-7387-830-6.
45. NEMOCNICE JIHLAVA, © 2021. *Spektrum péče* [online]. [cit. 2021-10-11]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/spektrum-pece/ms-5818/p1=1002>
46. OLÍŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., TOUMOVÁ, K., 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 67 s. ISBN 978-80-7394-674-6.
47. OPATRŇY, A., 2013. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta*. [online]. Asociace nemocničních kaplanů [cit. 2021-10-04]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/clanky/o-praci-kaplana/pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-2>
48. PAFKO, P., 2016. *Kontroverze v chirurgii*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 157-160 s. ISBN 978-80-204-4360-1.
49. PÁRAL, J., 2020. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-80-271-1235-7.
50. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN 978-80-271-0889-3.

51. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
52. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf Jessenius, 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
53. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
54. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2016. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 325 s. ISBN 978-80-204-4360-1.
55. RIVIERE, M. et al., 2019. Core elements of the interpersonal care relationship between nurses and older patients without cognitive impairment during their stay at the hospital: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 92, 154-172. [cit. 2022-02-16]. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.004. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30826498/>
56. SANTOS, M., MARTINS, J., OLIVIERA, L., 2014. Anxiety, depression and stress in preoperative surgical patients. *Revista de Enfermagem Referência*. (3). 7-15, doi: 10.12707/RIII1393.
57. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
58. SIKOROVÁ, L., ZELENÍKOVÁ, R., 2012. *Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika 1: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 87 s. ISBN 978-80-7464-210-4.
59. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii. 2.*, přepracované a doplněné. vyd. Praha: GRADA Publishing, 264 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
60. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., KOŤA, J., 2019. Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století. Praha: Grada Publishing, 135 s. ISBN 978-80-271-2206-6.
61. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
62. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
63. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vydání*. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

64. THE NURSING PROCESS, © 2021. [online]. *ANA Innovation Lounge*, [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>
65. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
66. TONY-BUTLER, T. J., WILCOX, L., 2021. Dose Calculation Ratio and Proportion Method. *StatPearls* [online]. [cit. 2021-12-21]. PMID: 29763059. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499884/>
67. TORRANCE, C., SERGINSSON, E. 2006. *Surgical Nursing*. 12th ed. Londýn: Bailliera Tindall, 448 s. ISBN 978-0-7020-1969-2.
68. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton, 236 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
69. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
70. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum, 413 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
71. VALENTA, J. et al., 2007. *Základy chirurgie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 227 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
72. WATTS, R., BOTTI, M., HUNTER, M., 2010. Nurses' perspectives on the care provided to cancer patients. *Cancer Nursing* [online]. 33(2), E1-8. [cit.2022-16-04]. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181b5575a. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20142746/>
73. YILMAZ, M. et al., 2012. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 21(7-8), 956-64. [cit.2022-16-04]. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21812848/>
74. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
75. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

76. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., LITTVÁ, V., 2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.
77. ZÁKON č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452 – 1479. ISSN 1211-1244. [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/zakon_96_2004_ve_zneni_pozdejsich_predpisu.pdf
78. ZÁKON č. 94/2021 Sb., o mimořádných opatřeních při epidemii onemocněním COVID-19 a o změně některých souvisejících zákonů. [online]. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 38, s. 866 – 888. [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zakon-c-94-2021-sb-o-mimoradnych-opatrenich-pri-epidemii-onemocneni-covid-19-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu/>
79. ZEMAN, M. et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 Pyramida potřeb podle A. H. Maslowa

Příloha č. 2 Etický kodex práv pacientů

Příloha č. 3 Podklad s otázkami pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 4 Ukázka techniky kódování

Příloha č. 1 Pyramida potřeb podle A. H. Maslowa



Zdroj:

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8b/Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb_-_%C4%8Dernob%C3%ADle.jpg

Příloha č. 2 Etický kodex Práv pacientů ČR

Etický kodex Práv pacientů ČR

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. Je-li 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

Zdroj: Etický kodex Práv pacientů, © 2021. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

Příloha č. 3 Podklad s otázkami pro polostrukturovaný rozhovor

Souhlasíte s poskytnutím rozhovoru a nahráváním na diktafon?

1. Osobní údaje - věk, pohlaví, dosažené vzdělání, zaměstnání, den hospitalizace
2. Důvod hospitalizace
3. Jaké jste dostal/a informace ohledně Vaší operace/důvodu hospitalizace? Jakou formou jste informace obdržel/la a byly pro Vás dostačující? Znáte svou prognózu (předpověď do budoucna Vašeho onemocnění)?
4. Máte již zkušenosti s nějakou svou operací? Pokud ano, popište rozdíl ve vnímání pocitů tehdy a nyní.
5. Byl/a jste seznámen/a s chodem, režimem a zdravotnickým personálem na tomto oddělení? (prostory oddělení – sesterna, ošetrovna, sociální zařízení) (harmonogramem – ranní buzení pacientů, vizita, signalizační zařízení, ...) s Právy pacientů
6. Jak na Vás působí samotné prostředí oddělení a vyhovuje Vám denní režim (vybavení pokoje, malba, teplo, světlo, ranní buzení, doba vizity a podobně)
7. Kdo Vám poskytuje nejvíce informací během hospitalizace?
8. Myslíte si, že máte možnost se aktivně zapojit a podílet se (spolurozhodovat) na vlastní léčbě (a vyšetření, které máte absolvovat)
9. Jak jste se cítil/la při přijetí na oddělení a jak se cítíte nyní?
10. Co vidíte zde na oddělení jako nejdůležitější pro Vaši jistotu a bezpečí?
11. Vyhovuje Vám pobyt na trojlůžkovém pokoji?
12. Jak na Vás působí situace okolo „COVID-19 stavu“ na oddělení? Jak vnímáte omezení návštěv? Máte možnost kontaktu s Vaší rodinou? Jak vnímáte omezení pohybu po oddělení?
13. Jak na Vás působí používání ochranných pracovních prostředků personálu. Jak vnímáte stále používání ústenky/roušky u personálu. Byl Vám vysvětlen důvod používání ochranných prostředků
14. Jak jste spokojen/a s přístupem personálu? Je Vám projevován dostatek úcty a respektu? Jakým způsobem si myslíte, že je Vám projevována úcta a respekt? Máte dostatek soukromí? Je respektována Vaše intimita na oddělení? A jak?
15. Jaké jste měl/la pocity či obavy před operací? Popište mi je. Svěřil/la jste se někomu? Ke komu jste se nejvíce obracel/la? Jakým způsobem reagovaly sestry na Vaše obavy a pocity, které jste vyjádřil/la?
16. Trpíte bolestí? Pokud ano, řeší personál oddělení tento problém?
17. Jaké jsou Vaše bytové podmínky? Měla jste díky nemoci absence v zaměstnání? Víte, jak budete pracovat až se zotavíte? Jak moc Vás nemoc v důsledku ohrozí finančně?
18. Co vám přináší radost a chuť do života, dává sílu a naději zvládnout tento stav?
19. Považujete se za věřícího člověka? Máte možnost uspokojit své spirituální (duchovní) potřeby? Nabízel Vám personál tuto možnost?
20. Žijete s rodinou nebo sám/sama? Je někdo, v kom máte oporu, kdo je ve Vašem okolí pro Vás nejdůležitější? Máte nějakého koníčka? Co Vás baví dělat ve volném čase?
21. Jaké tělesné změny očekáváte v důsledku své nemoci

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 4 Ukázka techniky kódování

R24

1. Osobní údaje - věk, pohlaví, dosažené vzdělání, zaměstnání, den hospitalizace

Žena 76 let, jsem v důchodu, dříve jsem pracovala jako účetní. Jsem 8. den v nemocnici

2. Důvod hospitalizace

K večeru mi manžel volal RZP, v noci jsem byla hned operována, měla jsem uskrítnou tříselnou kýlu, vzali mi kus střeva

3. Jaké jste dostal/a informace ohledně Vaší operace/důvodu hospitalizace? Jakou formou jste informace obdržel/la a byly pro Vás dostačující? Znáte svou prognózu (předpověď do budoucna Vašeho onemocnění)?

Řekli mi, ^{DRUH INFO} co mě bude čekat. ^{DOŠTAŤEČ, INFO} Informovaná asi jsem, ^{DRUH INFO} museli mi vzít kus střeva. Manžel se bavil s doktorkou na JIPCE, ^{DOŠTAŤEČ, INFO} vysvětlovala mi to všechno. ^{DRUH INFO} Bylo mi špatně, čekala jsem na výsledky, ^{AKUTNÍ VÝKON} řekli, že je to akutní, že není na co čekat, museli to udělat hned probudila jsem se ^{DRUH INFO} až na JIPCE.

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

^{PŘEDCHOZÍ ZKUŠENOST} Mám za sebou operaci kolene na ortopedii, ^{PLÁNOVANÝ VÝKON} tam jsem šla dobrovolně, řekli mi, že to bude bolet, čekala jsem to. Po 10 dnech RHB, pomohlo mi to, vzpamatovala jsem se fyzicky. Teď jsem horší, Teď jsem celkem vyčerpaná, huř jsem na tom, měla jsem bolesti bederní páteře. Chodila jsem do centra bolesti. Ještě mi zjistili nově cukrovku, zhubla jsem 20 kg, fyzicky jsem oslabená. musím vymyslet, jak to budu dělat.

5. Byl/a jste seznámen/a s chodem, režimem a zdravotnickým personálem na tomto oddělení? (prostory oddělení – sesterna, ošetrovna, sociální zařízení) (harmonogramem – ranní buzení pacientů, vizita, signalizační zařízení, ...) s Právy pacientů

^{HARMONOGRAM} Na mě bylo všechno tak rychlé, že jsem nic nevnímala, nic si nepamatuji. ^{HARMONOGRAM} Tady na oddělení mi všechno říkají, já jsem vlastně pořád na pokoji. Už jsem tu týden, ^{HARMONOGRAM} tak vím kde, co je.

6. Jak na Vás působí samotné prostředí oddělení a vyhovuje Vám denní režim (vybavení pokoje, malba, teplo, světlo, ranní buzení, doba vizity a podobně)

^{PROSTŘEDÍ DŮ} Mají to tady krásný, teplé barvy, svítí sem sluníčko.

7. Kdo Vám poskytuje nejvíce informací během hospitalizace?

^{ZDROJ INFO} Nejvíce informací mám samozřejmě od lékaře. ^{ZDROJ INFO} Kamarádka byla zdravotní sestra, volala jsem si s ní, ptala jsem se jí

8. Myslíte si, že máte možnost se aktivně zapojit a podílet se (spolurozhodovat) na vlastní léčbě (a vyšetření, které máte absolvovat)

^{DŮLVNĚMÍ VĚCÍ} Nevím, nejsem odborník. ^{ZDROJ INFO} Pan doktor mi řekl, že půjdu domů, ^{DRUH INFO} že nejsem sama, mám zázemí, manžel bude chodit nakupovat, musíme se domluvit co bude kdo dělat

9. Jak jste se cítil/a při přijetí na oddělení a jak se cítíte nyní?

^{POCITŮ - PŮJĚTÍ} Bylo mi špatně, čekala jsem na výsledky, řekli, že je to akutní, že není na co čekat, ^{AKUTNÍ VÝKON} museli to udělat hned. Já se se probírala na JIPCE, ^{POCITŮ PŮJĚTÍ} byla jsem tam sama, byla mi zima, bylo to tam malé. ^{POCITŮ PŮJĚTÍ} Všechno to bylo tak narváno. ^{AKUTNÍ VÝKON} Pak za mnou chodila rehabilitační sestra. Na ortopedii za mnou také chodila rehabilitační sestra, chodila jsem ze schodů. Na 2. koleno jsem měla jít na operaci, ale mám tam bércový vřed – nemůžou operaci udělat.

Zhubla jsem 20 kg, takže to koleno až tak nebolí. Teď už se cítím lépe, už se to všechno usadilo, potíže ustoupily, tak snad už brzy půjdu domů, i když tam se budu muset o všechno starat, taď je to se vším servisem.

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

Nedůležitější je, ^{ROLE PERSONÁLU} že se tu o mě starají. Na JIPCE ale byly lepší, starali se víc. ^{PŘÍSTUP PERSONÁLU} Tady jsou trochu odměřený

11. Vyhovuje Vám pobyt na trojlůžkovém pokoji?

^{SOUKROMÍ} Teď jsem tu sama, většinou jsou po operaci starší lidé, ^{SOUKROMÍ} každý chce něco jiného, někdo je hluchý, pouštěli televizi na plný pecky. Když jsem ležela na rehabilitaci, tak tam byly taky starší baby. Teď jsem tu sama, na ^{SOUKROMÍ} JIP jsem byla taky sama a vyhovuje mi to

12. Jak na Vás působí psychicky situace okolo „COVID-19 stavu“ na oddělení? Jak vnímáte omezení návštěv?

Máte možnost kontaktu s Vaší rodinou? Jak vnímáte omezení pohybu po oddělení?

^{EPIDEMIOLOGICKÝ REŽIM} Nepůsobí na mě dobře, bojím se nákazy. Dcera měla loni 14 dní COVID a teď to přinesl kluk za školy. ^{TRÓŠKU} Trošku mi vadí, ^{NAVŠTĚVY} že nejsou návštěvy, šla jsem narychlo, to bylo dohadování, muž neví, kde, co mám, neměli jsme čas si všechno vysvětlit. ^{NAVŠTĚVY TELEFON} Dceři jsem volala o kóšili, tady mají jenom anděly. Jinak je tu munda, kdyby mohli alespoň na chvíli. ^{TELEFON} Oni mi volají, ale po telefonu, a to není ono, zpočátku mě to obtěžovalo

13. Jak na Vás působí používání ochranných prostředků personálu. Jak vnímáte stále používání ústenky/roušky u personálu. Byl Vám vysvětlen důvod používání ochranných prostředků

^{EPIDEM REŽIM} Bála jsem se, že se nakazím COVIDEM tady, ^{EPID. REŽIM} sundali mi roušku, ale asi je to dobře, abychom mohli dýchat. ^{EPID. REŽIM} Roušky u sestřiček mi nevadí, ^{EPID. REŽIM} ale je jim hůř rozumět.

14. Jak jste spokojen/a s přístupem personálu? Je Vám projevován dostatek úcty a respektu? Jakým způsobem si myslíte, že je Vám projevována úcta a respekt? Máte dostatek soukromí? Je respektována Vaše intimita na oddělení? A jak?

^{PŘÍSTUP PERSONÁLU} Ano, myslím, že jsou příjemný, ^{PŘÍSTUP} moc jsem toho nesnědla, řeknu, že už nemůžu jíst a oni to odnesou, ^{PŘÍSTUP} nevnucují mi to, nevyčítají, že něco nesním. Ano jsem spokojená, přijde pan doktor, sestry, několikrát za den sem někdo přijde se zeptat, jak se cítím.

^{PŘÍSTUP PERSONÁLU} Jsou tu mladý děvčata, NA JIP byly taky mladý, ochotný, aktivně sem chodí celý den, někdo víc. Akorát když mi chodí měřit glukózu, pichají mě do prstu, hádám se s nimi, že jsou škaradý. ^{INTIMITA} Klepou na dveře, pozdraví, když jsou tu první. ^{INTIMITA} Zeptali se mě, jestli chci na bok a umýt záda a zadek. ^{INTIMITA} Předtím se mě na vše zeptali. Na JIP mi pomáhali se mít, byla jsem více svléčená, už jsem byla v nemocnici, takže jsem věděla, co mě čeká. ^{DOSTATEČNĚ INFO} Koupat se nemůžu, kvůli tomu vředu na noze. Teď už si dojdu sama.

15. Jaké jste měl/la pocity či obav před operací? Popište mi je. Svěřila jste se někomu? Ke komu jste se nejvíce obracel/la? Jakým způsobem reagovaly sestry na Vaše obavy a pocity, které jste vyjádřila?

^{OBAVY PŘED OPERACÍ} Nestáčila jsem je mít, muž zavolal „záchranku“, myslela jsem, že mě vyšetří, že tu nezůstanu. Nemyslela jsem, že bych tu musela zůstat. ^{OBAVY} Bojím se, že budu slabší, nebudu moci všechno dělat. Mám obavy z budoucnosti, jsem už starší. ^{SVĚŘOVÁNÍ SE} Svěřovala jsem se dceři, manželovi, kamarádkám. Sestrám jsem žádné obavy nevyjadřovala.

16. Trpíte bolestí? Pokud ano, řeší personál oddělení tento problém?

^{BOLEST} Ano, mám kapačky, ^{PŘÍSTUP PERS.} chodí se sem ptát, ^{BOLEST} jestli nechci něco na bolest, mám je předepsané z JIPKY

9 Seznam použitých zkratk

ARO - Anesteziologicko-resuscitační oddělení

COVID-19 (SARS-CoV-2, Coronavirus disease 2019) - Koronavirové onemocnění

ČR - Česká republika

EBP (Evidence Based Practice) - Praxe založená na důkazech

JIP - Jednotka intenzivní péče

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NANDA (North American for Nursing Diagnosis Assotiation) - Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy - Klasifikace ošetrovatelských diagnóz

NIC (Nursing Interventions Classification) - Klasifikace ošetrovatelských činností (intervencí)

NOC (Nursing Outcomes Classification) - Klasifikace ošetrovatelských výsledků

OSVČ - Osoba samostatně výdělečně činná

PN - Pracovní neschopnost

WHO (World Health Organization) - Světová zdravotnická organizace