



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Strategie zvládnání strachu před operačním výkonem

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Monika Rosová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Strategie zvládnání strachu před operačním výkonem*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 11. 5. 2021

.....

Bc. Monika Rosová

Poděkování

Poděkování bych ráda věnovala paní PhDr. Věře Staskové, PhD. za její ochotu, trpělivost a odborné vedení. Moje poděkování také patří vedení nemocnic za umožnění výzkumného šetření, všem sestřám a pacientům, kteří se podíleli na výzkumu. Také děkuji své rodině a blízkým přátelům za podporu.

Strategie zvládnání strachu před operačním výkonem

Abstrakt

Diplomová práce pojednává o strategiích, které sestra ve své praxi využívá ke zmírnění předoperačního strachu u pacientů. Čekání na operační výkon nebo odvoz na operační sál mohou být stresující události pro pacienta. Celkové psychické rozpoložení pacienta má významný vliv na pooperační výsledek, zejména pak na délku hospitalizace nebo na vznik infekce.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké mají očekávání pacienti od sester a jejich postoj k sesterským intervencím ke zvládnání strachu, faktory ovlivňující pacientův strach, komunikační techniky sester a informace, které sestry poskytují pacientům v předoperačním období.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou, technikou polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data byla analyzována technikou otevřeného kódování s následným rozdělením do kategorií a podkategorií. Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny dotazovaných. Prvním výzkumným vzorkem byly všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení. Druhý výzkumný vzorek tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení z důvodu operačního výkonu. K rozhovoru se všeobecnými sestrami bylo použito 21 otevřených otázek, které byly zaměřeny na předávané informace všeobecnou sestrou v předoperačním období, opatření vztahující se k pandemii COVID 19 a jejich vliv na předoperační přípravu, ale také na využívané intervence sestrou pro zmírnění strachu u pacientů. K rozhovoru s pacienty bylo použito 24 otevřených otázek, které byly zaměřeny na vliv nemocničního prostředí, na faktory ovlivňující pacientův strach, informovanost v předoperačním období nebo na opatření COVID 19 a jejich působení na pacienta.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že zásadní vliv na snížení strachu má zdravotnický personál, rodina a prostředí nemocnice. Pro dotazované pacienty má nezastupitelnou úlohu pro snížení předoperačního strachu přístup všeobecných sester, vliv spolupacientů, rodina a informovanost. Dotazované sestry považují za nejdůležitější intervenci individuální a empatický přístup, řádnou edukaci s vysvětlením všech rizik. K edukaci využívají edukační karty nebo nástěnky. Měřící nástroje strachu nejsou v praxi používány. Vyslovená důvěra pacienta ve zdravotnický personál má zásadní vliv na snížení předoperačního strachu.

Výstupem práce je vytvoření nové škály pro měření předoperačního strachu. Tato škála by měla velmi jednoduše a rychle zjistit, jak velký strach pacient prožívá.

Klíčová slova: předoperační příprava; strach před operací; medikamentózní příprava; psychologická péče; všeobecná sestra; pacient; operace; strach; zvládání strachu; ošetrovatelství; strategie.

Strategy how to deal with a fear before surgery

Abstract

The diploma thesis deals with the strategies that the nurse uses in her practice to alleviate preoperative fear in patients. Waiting for surgery or being taken to the operating room can be stressful events for the patient. The overall mental state of the patient has a significant effect on the postoperative outcome, especially on the length of hospitalization or infection.

The aim of the research was to find out patients' expectations from nurses and their attitude to nursing interventions to manage fear, factors influencing patients' fear, communication techniques of nurses and information that nurses provide to patients in the preoperative period.

The research was carried out using a qualitative method, the technique of semi-structured interviews. The obtained data was analyzed by the technique of open coding with subsequent division into categories and subcategories. The research sample consisted of two groups of respondents. The first research sample was general nurses working in the surgical department. The second research sample consisted of patients who were hospitalized in the surgical department due to surgery. 21 open-ended questions were used to interview general nurses, focusing on information provided by the general nurse in the preoperative period, measures related to the COVID 19 pandemic and their impact on preoperative preparation, but also on nurse interventions used to alleviate patients' fears. 24 open-ended questions were used to interview patients, focusing on the impact of the hospital environment, factors affecting the patient's fear, awareness in the preoperative period, or COVID 19 measures and their effects on the patient.

The results of the research survey showed that medical staff, the family and the hospital environment have a major impact on reducing fear. For the interviewed patients, the approach of general nurses, the influence of co-patients, the family and awareness have an irreplaceable role in reducing preoperative fear. The interviewed nurses consider the most important intervention to be an individual and empathic approach, proper education with an explanation of all risks. They use educational cards or notice boards for education. Measuring fear instruments are not used in practice. The patient's expressed confidence in the medical staff has a fundamental effect on reducing preoperative fear.

The output of the work is the creation of a new scale for measuring preoperative fear. This scale should very easily and quickly find out how much fear the patient is experiencing.

Key words: preoperative preparation; fear before surgery; medicamentous preparation; psychological care; general nurse; patient; operation; fear; coping with fear; nursing; strategy.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Strach a jeho podstata	9
1.1.1 Formy a projevy strachu.....	10
1.1.1.1 Fobická porucha	10
1.1.1.2 Panické ataky.....	12
1.1.1.3 Generalizovaná panická porucha	12
1.1.1.4 Posttraumatická stresová porucha	13
1.2 Působení strachu na pacienta	15
1.2.1 Faktory působící na pacienta.....	16
1.2.2 Vliv prostředí na ošetrovatelskou péči	17
1.3 Pacient a předoperační období	18
1.3.1 Úzkost a strach před operačním výkonem	20
1.4 Metody ke snížení strachu před operačním výkonem	21
1.4.1 Využití měřících škál ke snížení strachu.....	23
1.4.2 Využití komunikace ke snížení strachu u pacienta	25
1.4.2.1 Využití verbální komunikace ke snížení strachu u pacienta	27
1.4.2.2 Využití neverbální komunikace ke snížení strachu u pacienta	29
1.4.2.2.1 Formy neverbální komunikace a jejich vliv na snížení strachu u pacienta	30
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	34
2.1 Cíle výzkumu	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3 METODIKA.....	35
3.1 Metody výzkumu	35

3.2	Průběh výzkumného šetření	36
3.3	Výzkumný vzorek	37
3.3.1	Výzkumný vzorek všeobecných sester	37
3.3.2	Výzkumný vzorek pacientů před plánovaným operačním výkonem	37
4	VÝSLEDKY	40
4.1	Kategorie a podkategorie rozhovorů se všeobecnými sestrami	40
4.1.1	Rozhovory se všeobecnými sestrami	41
4.2	Kategorie a podkategorie rozhovorů s pacienty	53
4.2.1	Rozhovory s pacienty	54
5	DISKUZE	65
6	ZÁVĚR	76
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	78
8	SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH	87
9	SEZNAM ZKRATEK	94

Úvod

Strach v neustálých obměnách nás provází po celý život. Neustále se setkáváme s novými pokusy, jak zvládnout strach. Strach chceme zmenšit, překonat nebo spoutat. Jedním velkým snem je žít bez strachu (Riemann, 1999).

K tomu, aby se člověk vypořádal se strachem nebo ho snížil je zapotřebí, aby nejdřív vykonával něco, co v něm strach vyvolává. Důležité je si strach uvědomit, odhalit jeho příčinu a tu odstranit. Strach v nás vyvolává pocit, neustále se vyhýbat různým situacím. Rozhodování člověka je strachem ovlivněno a nutí ho k jednání, které by při racionálním uvažování nikdy nezvolil (Wolf, 2018).

Všeobecná sestra pracující v nemocničním prostředí se s ním potýká prakticky denně. Vnímá jejich strach z hospitalizace, z blížícího operačního výkonu nebo strachu z neznáma či smrti. Strach pacienta je přirozenou reakcí organismu.

Diplomová práce pojednává o strachu, který vzniká u pacientů před operačním výkonem. Zabývá se očekáváním, které prožívají v nemocnici. Věnuje se faktorům, které pacienta ovlivňují během hospitalizace nebo také komunikačními technikami mezi všeobecnou sestrou a pacientem. Zjišťuje, zda opatření COVID- 19 mají vliv na psychické zdraví pacienta a předoperační přípravu. Také se věnuje informacím, které všeobecné sestry předávají pacientům v předoperační přípravě a intervencím, které sestry využívají v podpoře zvládnutí strachu. Taktéž zkoumá postoj, který pacienti zaujmají ve vztahu k intervencím v podpoře zvládnutí strachu před operačním výkonem.

Cílem diplomové práce je zmapovat, jakou roli mají všeobecné sestry při aplikaci intervencí pro zvládnutí strachu u pacientů před operačním výkonem, jak pracují s informovaností a s psychickou stránkou pacienta. Také je cílem zjistit, jak na pacienta tyto intervence působí a co očekávají od hospitalizace.

Diplomová práce poslouží pro všeobecné sestry jako reflexe spokojenosti pacientů k aplikovaným intervencím vztahujícím se ke zvládnutí strachu před operačním výkonem a inspirace, pro možné zlepšení v oblasti péče o pacienta.

1 Současný stav

Úzkost a strach, jsou prastaré emoce. Původní účel těchto emocí je chránit jedince před ohrožením a poškozením. Jsou to významní činitelé, kteří se podílejí na formování rozvoje osobnosti a na socializaci člověka. Oba tyto činitelé jsou prostředkem ontogeneze. Vyrovnávání se a překonávání strachu nám otevírá nové možnosti a výrazně ovlivňuje vnitřní růst člověka (Vymětal et al., 2007).

V psychologickém slovníku se lze dočíst, že je to nelibá emoce. Zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, bušení srdce a zvýšení krevního tlaku patří mezi neurovegetativní doprovod strachu. Může být také vázán na představitivost člověka (Hartl, 2004).

Jedna z definic uvádí, že „*strach označuje pocit, který doprovází jednoznačné konkrétní ohrožení. Strach může vést k boji, útěku nebo apatii. Strach ukazuje, že si je jedinec vědom aktuálního ohrožení a že reaguje, aby se ochránil*“ (Wolf, 2018, s. 21).

V této definici je strach popsán jako pocit, který vzniká na podkladě ohrožení. Ohrožení má tedy konkrétní podobu. Vznikající pocity vedou ke specifickému chování, které slouží pro ochranu člověka (Wolf, 2018).

1.1 Strach a jeho podstata

Hartl (2004) popisuje úzkost jako strach, který vzniká bez předmětu. Tento emoční stav je doprovázen psychickými i tělesnými znaky, které odpovídají strachu. Není známá vyvolávající příčina úzkosti (Hartl, 2004).

Dušek a Večeřová-Procházková (2015) úzkost rozdělují na normální a patologickou. Mezi normální a patologickou úzkostí je rozdíl v kvantitě. Na vznik úzkosti mají vliv genetické, psychogenní a sociogenní faktory. Pokud je intenzita úzkosti výraznější, častější a jedincem je špatně snášena, přechází úzkost do patologické (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Zájem o studium úzkosti především projevil S. Freud. Začal pracovat s termínem úzkostná neuróza. Poprvé tento termín použil v roce 1895. Postupně jej modifikoval a v roce 1923 vyjádřil úzkost jako prostředek úniku, vyhýbání se nebezpečné a ohrožující situaci. Pojem úzkost dále rozpracovali a použili další autoři nejen ve vztahu k psychoanalýze, ale i ve vztahu k existenciální filozofii jako existenciální úzkost, kterou lze vyjádřit jako úzkost před smrtí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Wolf (2018) rozlišuje akutní a chronický strach. Akutní strach se objevuje během několika dnů, náhle a často zcela ochromí postiženého. Síla strachu kolísá, ale zcela nezmizí. Akutní strach může trvat několik minut až několik hodin. Návaly strachu přicházejí vícekrát za týden až jednou či dvakrát měsíčně. O akutním formě lze hovořit při strachu z fyzické újmy nebo z nějaké katastrofy v mezilidských vztazích. Chronický strach se naopak rozvíjí pomalu a velmi plíživě. Často bývá spojen s obavami z kritiky, odmítnutí nebo vlastního selhání (Wolf, 2018).

Na pacienty, kteří jsou hospitalizováni v nemocničních zařízeních, působí mnoho faktorů. Tyto faktory mohou být podkladem pro strach. Pokud pacient pociťuje bolest, je to signál ohrožení pro jeho organismus. Bolest v tu chvíli váže jeho pozornost, narušuje probíhající psychické procesy a vyvolává v něm strach (Knotek et al., 2015).

1.1.1 Formy a projevy strachu

Dle Holgate (2018) strach na nás číhá v mnoha životních situacích. Pokud chceme uspět, musíme zjistit kde se ukrývá. Strach se nemusí vždy projevovat stejně výrazně, a naopak některé formy strachu se skrývají v hlubinách naší mysli (Holgate, 2018).

Possehl a Kittel (2008) uvádějí čtyři formy strachu. První forma je strach obětovat sám sebe, který je pociťovaný jako ztráta vlastního já a závislost. Druhou formou je strach stát se sám sebou, který je pociťovaný jako nejistota nebo izolace. Třetí formou je strach ze změny, který pociťujeme jako pomíjivost a nejistota. Poslední formou je strach z trvání, který se projevuje jako netrpělivost. Oproti tomu Wolf (2018) zahrnuje mezi formy projevu strachu fobickou poruchu, panickou poruchu, generalizovanou panickou poruchu a posttraumatickou stresovou poruchu (Wolf, 2018).

1.1.1.1 Fobická porucha

Fobická porucha u postiženého vyvolává potřebu vyhýbat se problémovým objektům nebo situacím. Jedinec si fobii uvědomuje a vyhýbavým chováním se snaží vzdalovat objektům a tím snižovat strach. Díky tomuto chování se jedinci daří žít relativně bez strachu. Mezi fobické poruchy patří agorafobie, specifické fobie a sociální fobie (Wolf, 2018).

Praško et al. (2012) popisují agorafobii jako strach z veřejného prostranství. Tato forma strachu se považuje za jednu z nejvíce handicapující fobii. Člověk je výrazně

omezen ve schopnosti fungovat v práci, starat se o rodinu, nebo v možnostech naplňovat svůj život. Podle Wolfa (2018) se agorafobie projevuje ve dvou formách. První je agorafobie bez panické ataky a druhá je agorafobie s panickou poruchou. Podle Chvala a Chvalové (2007) se pacient u agorafobie s panickou poruchou vyhýbá místům, kde vznikl záchvat úzkosti, protože se zde necítí bezpečně. Může to být dopravní prostředek, obchod, výtah. Základem léčby agorafobie podle Praška (2005) je odstranit vyhýbavé chování a snížit úzkost v situacích, kterých se pacient obává. Z dlouhodobého hlediska je důležité zabránit novému vzniku úzkosti a vyhýbavému chování, ale také zabránit sekundárním důsledkům, jako je abusů alkoholu, benzodiazepinů nebo jiných návykových látek. Také se nesmí zapomenout na prevenci deprese (Praško, 2005).

Raudenská a Javůrková (2011) se věnují podrobně specifické fobii. Popisují ji jako chorobný a iracionální strach z konkrétní situace, objektu nebo činnosti vně pacienta. Tato konkrétní situace nebo objekt není běžně nebezpečná, postižený si strach plně uvědomuje, ale není schopen ho vlastní vůlí potlačit. Strach je přítomen při vystavení se situaci, proto se postižený situacím vyhýbá nebo je snáší, ale s pocitem hrůzy. Vymětal et al. (2007) specifickou fobii rozděluje do tří skupin. Do první skupiny řadí situační fobie, která je charakteristická strachem z uzavřeného prostoru, z výšek, z blesků nebo z létání. Do druhé skupiny patří fobie ze zvířat. Třetí skupina popisuje fobie z poranění. Do této skupiny patří fobie z injekce, ze zubního ošetření, z pohledu na krev (Vymětal et al., 2007).

Dle Praška a Holubové (2017) se sociální fobie může rozvinout již v pozdním dětství nebo v časně adolescenci. V tomto období stoupají nároky na sociální adaptaci. Průměrný věk se udává kolem 12 let. Malá (2011) popisuje sociální fobii jako úzkostnou poruchu, která je charakterizována úzkostí ze sociální interakce a společenských situací, která vede k vyhýbavému chování. U jedince vznikají obavy, že budou druhými pozorováni, kritizováni, hodnoceni nebo odmítnuti pro jejich vzhled. Mají strach, že se přestanou ovládat a vzniklou situaci nezvládnou. Největší problém u sociální fobie Wolf (2018) shledává, naše hodnocení a situace, kterým se chceme bezpodmínečně vyhnout. Pocity trapnosti vznikají pouze kvůli našim negativním myšlenkám, protože ve skutečnosti je situace pouze nepříjemná, ale v žádném případě není životu ohrožující (Wolf, 2018).

Pokud se sociální fobie přiměřeně neléčí, pak je často jedinec vyřazen z normálního života. Sociální fobie omezuje schopnost vzdělávat se, snižuje úspěšnost v pracovní kariéře a šanci vybudovat si dostatečné finanční zázemí. Také snižuje schopnost navázat

hodnotný partnerský vztah. Sociální fobie se rozděluje na negeneralizovanou (konkrétní, specifickou) a generalizovanou (difuzní, všeobecnou). Negeneralizovaná forma strachu se objevuje ve specifických sociálních aktivitách, mezi které patří telefonování, mluvení na veřejnosti nebo setkávání se s lidmi opačného pohlaví. Generalizovaná forma strachu zahrnuje téměř všechny sociální situace, kontakty mimo kruh rodiny. Sociální fobie se může vyskytovat v menší míře i u zdravých osob a nemusí u každého vést k systematickému vyhýbavému chování (Praško, Holubová, 2017).

1.1.1.2 *Panické ataky*

Druhou formu projevu strachu Wolf (2018) uvádí panické ataky, které definuje jako vracející se ataky strachu. Chval a Chvalová (2007) popisují panickou poruchu jako opakované ataky masivní úzkosti, které nejsou vázané na konkrétní situaci. Tím se odlišují od záchvatů úzkosti u fobických poruch. Záchvaty nelze předvídat, protože vznikají náhle z plného zdraví. Panický záchvat trvá 5-20 minut, výjimečně do 1 hodiny a frekvence výskytu je různá. S prodlužující délkou onemocnění, se mohou dostavit i několikrát denně. U pacienta se postupně rozvíjí strach z další ataky, která se nazývá anticipační úzkost. Záchvaty úzkosti jsou doprovázeny řadou somatických příznaků, mezi které patří palpitace, bolesti na hrudi, pocity dušení, závratě, parestázie. Kamarádová et al. (2016) popisují, že u panické ataky se konkrétní příznaky nemusejí vůbec objevit. Jejich součástí je i myšlenkové hodnocení situace. Můžeme do ní zahrnout i strach ze smrti, ztráty kontroly nebo zbláznění se. Část pacientů může také prožívat derealizaci nebo depersonalizaci (Kamarádová et al., 2016).

1.1.1.3 *Generalizovaná panická porucha*

Třetí formu strachu Wolf (2018) nazývá jako generalizovanou panickou poruchu. Tato forma strachu znamená, že postižený zažívá strach trvale. Nedokáže přesně určit čeho se bojí. Neustále si dělá obavy, že se jemu nebo někomu z rodiny stane něco špatného. U postiženého se projevuje návaly horka, svalovým napětím, vnitřním neklidem, bušením srdce nebo nevolností. Praško et al. (2006) u generalizované panické poruchy uvádějí, že u lidí, kteří žijí v silně stresujících podmínkách, se více rozvíjí úzkost a deprese. Spouštěčem může být drobná situace, jako je kritika, potlačení vzteku, nedostatek uznání, porovnávání se sama se sebou, nespravedlnost nebo třeba nedostatek

projevů lásky. K rozvoji nadměrných obav a starostí je častěji zapotřebí působení chronické stresující situace. Mezi ty můžeme zahrnout vztahové stresory, pracovní a výkonové stresory, stresory související se životním stylem, nemoci, závislosti a handicap (Praško et al., 2006).

1.1.1.4 *Posttraumatická stresová porucha*

Jako poslední formu strachu Wolf (2018) popisuje posttraumatickou stresovou poruchu, kdy stres vzniká jako reakce na jeden nebo více stresujících zážitků. Tyto zážitky jsou spojeny s neobvyklým ohrožením jako je nehoda, znásilnění nebo těžká operace. Hlavním příznakem této poruchy je neustále se vracející vzpomínka na nepříjemnou událost formou nočních můr. Postižení se vyhýbají aktivitám a situacím, které vzpomínky vyvolávají (Wolf, 2018).

Posttraumatické stresové poruše se také věnuje Matoušková (2013), která mezi příznaky zahrnuje také nervovou labilitu. Do této skupiny patří podrážděnost, záchvaty vzteku nebo naopak apatie, poruchy koncentrace a zvýšená lekavost (Matoušková, 2013).

Úzkostným sebepozorováním a strachem z nemoci charakterizují Praško et al. (2001) hypochondrickou poruchu. Jedná se o strach z nemoci, který přetrvává i po opakovaném lékařském vyšetření. Pacient se obává, že má jedno či více onemocnění (Praško et al., 2001).

Trochu jinak hypochondrickou poruchu definují Dušek a Večeřová-Procházková (2015) kdy uvádějí, že se jedná o trvalé přesvědčení o přítomnosti jedné nebo maximálně dvou závažných tělesných nemocí nebo poruch. Toto onemocnění nebo poruchy trvají nejméně půl roku. Pacient nechce přijmout vysvětlení i od několika lékařů o nepřítomnosti nemoci. Praško, et al. (2001) doplňují, že pacientovy obavy způsobují výrazný strach a napětí. Není schopen normálně fungovat v osobním, sociálním nebo pracovním prostředí. U léčby hypochondrické poruchy by se mělo dodržet několik základních pravidel. Na kontroly by měl pacient chodit pravidelně a vhodně mu vybírat léky, aby se zamezilo závislosti. Základní vyšetření neopakovat a vyhnout se zbytečným hospitalizacím. Vyšetření by mělo být komplexní s krátkým zaměřením na fyzický stav (Praško et al., 2001).

Thanatofobii Raudenská a Javůrková (2011) popisují jako chorobný a iracionální strach ze smrti. Člověk je přesvědčen o brzké smrti aniž by byl přítomen objektivní

důvod. Honzák (2011) uvádí, že strach ze smrti máme všichni, ale jedinec trpící thanatofobií jí podřizuje celé své chování. Velmi často vzniká obava ze smrti ve spánku, která vede k jeho dlouhodobému narušení. Raudenská a Javůrková (2011) popisují, že thanatofobie se u jedince může projevat také jako strach ze zpráv, které připomínají smrt. Mezi tyto zprávy patří například pohřeb nebo kondolenční dopis. V některých případech se může prezentovat jako chronická obava depresivních pacientů. Často doprovází některé psychické poruchy, mezi které patří hypochondrie, panická porucha nebo fobie (Raudenská, Javůrková, 2011).

Thanatofobie má tři diagnostická kritéria. První diagnostické kritérium je pocit přicházející smrti nebo přesvědčení o vlastní smrti, která nastane ve velmi blízké době. Pro smrt neexistuje žádná medicínská příčina. Druhé diagnostické kritérium je trvalý strach. Pacient se vyhýbá zprávám i situacím, které by mu nějak mohly připomínat smrt. Po vystavení se těmto podnětům dochází k okamžité úzkostné reakci. Třetí diagnostické kritérium je vyhýbání se předchozím uvedeným situacím a zprávám. Úzkostné očekávání a stres výrazně ovlivňuje jedince v jeho běžném životě (Raudenská, Javůrková, 2011).

Raudenská a Javůrková (2011) popisují diagnostická kritéria fobie. První diagnostické kritérium je bezdůvodný a trvalý strach ze specifické nemoci, kdy pacient přijímá nejistě zprávy o negativním výsledku somatického vyšetření a opětovného ujištění lékaře o výsledcích a neexistenci choroby. U druhého diagnostického kritéria je strach manifestován v panických atakách, které směřují do budoucnosti. Třetí diagnostické kritérium fobie je, že předmět strachu se nemění v čase a přesahuje více jak šest měsíců (Raudenská, Javůrková, 2011).

Wolf (2018) uvádí ABC emoce. Písmeno A je situace nebo představa nějaké situace. Písmeno B je hodnocení situace, které může být pozitivní, negativní nebo neutrální. Písmeno C popisuje pocity, tělesné reakce a chování. Podle ABC metody můžeme popsat situaci u pacienta, který má negativní vzpomínku na pobyt v nemocnici. Písmeno A popisuje nemocnici, operační sál nebo nevhodné chování personálu. Písmeno B bude hodnotit situaci jako nebezpečnou podle předešlé negativní zkušenosti. Písmeno C popisuje pocity strachu, které vznikají na základě předešlé špatné zkušenosti. Tělesnou reakcí bude bušení srdce, napětí, žaludeční nevolnost nebo vyšší krevní tlak. Chování člověka je ovlivněné strachem a bude se snažit situaci vyhnout nebo z ní utéct (Wolf, 2018).

1.2 Působení strachu na pacienta

Podle Honzáka (2020) je úzkost analogií strachu. Úzkost, která aktivizuje organismus je doprovázena poplachovou stresovou reakcí. Davey et al. (2019) popisují stres jako subjektivně vyvolaný pocit, který způsobuje změny v rovnováze hormonů v těle. Tyto změny mohou následně vést k myšlenkám, díky kterým se člověk cítí frustrovaný, naštvaný, nervózní nebo pociťuje stav úzkosti (Davey et al., 2019).

Adam et al. (2019) termín stres popisují jako situaci, kdy organismus je vystavený zátěži neboli stresorům. Následně se aktivuje reakce, které mají za cíl zachování homeostázy a tím se zabrání poškození nebo smrti organismu. Večeřová-Procházková a Honzák (2008) uvádějí, že stresory jsou spouštěče stresové reakce. Může jím být životní událost nebo vnitřní prožitek. Stresové mechanismy patří neoddelitelně k životu člověka. Stres se rozděluje na eustres a distres. Adam et al. (2019) eustres popisuje jako pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k lepšímu výkonu. Vede k pozitivnímu rozvoji jedince. Distres je vyvolaný nadměrnou zátěží. Jedince může poškodit a vyvolat onemocnění až smrt (Adam et al., 2019).

Je třeba uvést, kdy u pacienta může docházet ke vzniku stresu. O stresorech se mluví v momentě, kdy popisujeme vše co pacienta zatěžuje. Mohou to být požadavky, které jsou na pacienta vkládány, vše co by měl a musí dělat. Na druhé straně to jsou pacientovy možnosti, které jsou nazývány v této souvislosti jako salutory. Zahrnují vše, co je schopen udělat, vytrpět nebo snést. Mezi salutory spadá vše, co pomáhá zvládnout stresovou situaci. Ideální stav nastává, pokud jsou stresory a salutory v rovnováze. Stres působí jako startér nebo spouštěč téměř u každé nemoci (Křivohlavý, 2010).

Vzniklá zátěž u pacienta je vyhodnocována mozkiem, který řídí chování člověka, vyvolává v těle fyziologické reakce, které umožňují aktivovat rezervy pro útěk nebo boj. Stres je automatická reakce organismu, která probíhá na ose hypotalamus-hypofýza-nadledviny (Venglářové et al., 2011).

Andršová (2012) popisuje tři stresové fáze. Jako první je fáze poplachová nebo také alarmová. Druhá fáze je adaptační nebo rezistence. Do třetí fáze patří vyčerpání nebo také exhausce. Honzák (2020) před poplachovou fází popisuje orientační reakci neboli orientační reflex (Honzák, 2020).

Venglářová et al. (2011) popisují, že v první fázi nervový systém působí na dřeň nadledvin, kde dojde k vyplavení adrenalinu a noradrenalinu do krve. Aktivuje se reakce, která je spojená s útokem nebo útekem. Kittnar et al. (2020) uvádí, že stresovou situací u pacienta před operačním výkonem může být strach z dlouhé rekonvalescence, strach z bolesti, z operačního výkonu nebo nejistota. Honzák (2020) popisuje vliv stresu na organismus, který u pacienta způsobuje zrychlenou srdeční činnost, zrychlené dýchání, zvýšení krevního tlaku, zvýšení krevního cukru, svalové napětí, třes. První fáze je krátkodobá a pokud stresová situace trvá delší dobu, nastupuje druhá fáze (Honzák, 2020).

Venglářová et al. (2011) uvádějí, že v druhé fázi zasáhne složka humorální, která je charakterizovaná sekrecí adrenokortikotropního hormonu. Humorální osa jde přes hypotalamus a hypofýzu do kůry nadledvin, kde se produkují kortikoidy. Honzák (2020) popisuje, že v druhé stresové fázi se pacient bude chovat víc pasivně, nebude komunikovat s okolím nebo bude depresivně laděný (Honzák, 2020).

Venglářová et al. (2011) popisuje, že fáze vyčerpání nastává tehdy, pokud působí stresor příliš dlouho a intenzivně. Dochází k selhání adaptačního a regulačního mechanismu. Na podkladě snížené obranyschopnosti se může rozvinout onemocnění, ale i nastat smrt. V této fázi se u pacienta může objevit zlost, zoufalství nebo apatie. Podle Prokopové a Ježové (2013) působení dlouhodobého stresu přispívá k rozvoji kardiovaskulárního onemocnění, mezi které patří hypertenze a infarkt. Dále přispívá k rozvoji psychických chorob, jako je deprese, úzkost a vývoj imunitních a onkologických onemocnění (Prokopová, Ježová, 2013).

Mezi strategie, které napomáhají zvládnout stres, patří hledání řešení daného problému a uklidňování emocí. Umět se utkat s těžkou situací, hledat pozitivní stránky nastalé situace, hledat sociální oporu a přijmout osobní odpovědnost za nastalou situaci (Křivohlavý, 2010).

1.2.1 Faktory působící na pacienta

Podle Irmiše (2016) na pacienta v nemocnici působí mnoho vlivů. Podle Zacharové (2017) má hospitalizace vliv na somatickou, psychickou i duševní oblast pacienta. Každý pacient prožívá nemoc zcela odlišně. Velmi záleží na individuálních rysech

pacienta, sociální situaci, neznalosti o průběhu nemoci, náladě nebo působení nemocničního prostředí, personálu a spolupacientů (Zacharová, 2017).

Zacharová (2008b) se zaměřuje na působení bolesti. U pacienta bolest vstupuje do jeho zkušeností a v budoucnu posiluje emoční reakci v bolestivých situacích. K nejčastějším emočním doprovodům bolesti patří strach a úzkost. Právě strach z bolesti pohybu po operačním výkonu může být příčinou fyzické pasivity a může vést až k invaliditě (Zacharová, 2008b).

Relativně menší obavy z pobytu v nemocnici mají pacienti s jasnou diagnózou před plánovaným operačním výkonem. Míra strachu z pobytu v nemocnici také souvisí se známostí prostředí nebo s velikostí nemocnice. Pacient, který je opakovaně hospitalizovaný ve stejné nemocnici, snáší pobyt lépe. Ve větší nemocnici naopak pacient může mít pocit neosobního přístupu (Vymětal, 2003).

Nemoc zvětšuje citlivost na stres a zhoršuje adaptaci. Snahou zlepšit prostředí pro pacienty je třeba přítomnost televize na pokoji, sociální zázemí nebo použití barev na pokojích. Na pacienta má výrazný vliv i empatie zdravotnického personálu. Ta má pozitivní vliv na prožívání nemoci, ale také na proces uzdravování (Irmiš, 2016).

1.2.2 Vliv prostředí na ošetrovatelskou péči

Zdravotnické prostředí podle Ulricha et al. (2008) u většiny pacientů vyvolává pocity strachu a stresu, které snižují odolnost organismu vůči infekci, prodlužují dobu hojení ran a zhoršují výsledek léčby. Zacharová (2017) popisuje, že před každým chirurgickým výkonem lze pozorovat u pacienta strach nebo obavy. Pokud zdravotnický pracovník s tímto přirozeným jevem aktivně pracuje, lze strach z předoperačního výkonu u pacienta redukovat. Podle Zacharové (2016), je klíčové vytvoření důvěry mezi zdravotníkem a pacientem k překonání strachu a obav z operačního výkonu (Zacharová, 2016).

Kutnohorská (2007) rozvádí a definuje koncepci péče. Ta je založena na ochraně a podpoře lidské důstojnosti. Vztah mezi sestrou a pacientem je považován za morální základ v ošetrovatelské praxi. Ošetrovatelská péče naplňuje důležité potřeby pacienta a jeho rodiny. Behmaneshpour et al. (2019) uvádějí, že na kvalitu zdravotní péče má významný vliv dodržování etického kodexu pro ošetrovatelskou praxi. Lashgari et al. (2018) zařazují do kvalitní ošetrovatelské péče empatický přístup zdravotnického personálu, který má významný vliv na spolupráci a přilnutí pacienta k léčebném procesu.

Empatické porozumění nebo základní postoje autenticity popisují Motschnig a Nykl (2011) jako komunikaci zaměřenou na člověka. Tento pojem vychází z pozornosti a z respektu ke komunikačnímu partnerovi. Orientuje se na mezilidský kontakt, výměnu zkušeností a hluboké porozumění nejen sobě, ale i druhým. Podle Wu (2021) má empatický přístup zdravotnického personálu významný vliv také na snížení obav a strachu pacienta z operačního výkonu (Wu, 2021).

Podle Skorunky (2018) by měl být kladen důraz ve zdravotnických zařízeních na komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Zacharová (2016) uvádí jako základ úspěšné komunikace individuální přístup. Jedná se o přizpůsobení jednání zdravotnického personálu specifickým zvláštnostem pacienta. Protože to, co může být pro jednoho samozřejmostí, to se může zdát druhému jako nepřijatelné. Úcta k pacientovi znamená vážit si ho jako člověka vždy a za všech okolností. Pozitivní vztah k němu se vyvíjí v průběhu vzájemné interakce. Vše, co sestra udělá, má na něj psychologický vliv (Zacharová, 2016).

Janáčková a Weiss (2008) rozdělují pacienty do dvou skupin. V první skupině jsou citliví pacienti, kteří mohou reagovat přecitlivěle a úzkostně na předávané informace před operačním výkonem. V druhé skupině jsou pacienti, kteří se jim vyhýbají nebo jsou v předoperační přípravě laxní (Janáčková, Weiss, 2008).

Mareš (2017) popisuje, že v ošetrovatelské péči nahlížíme na pacienta jako na rovnocenného partnera při plánování, provádění a hodnocení péče. Tento postoj nám zajišťuje péči, která bude co nejlépe uspokojovat potřeby pacienta. Centrem všech rozhodnutí se stává pacient i jeho rodinní příslušníci (Mareš, 2017).

Podle Bártlové a Matulay (2009) je povolání sestry v neustálém profesním rozvoji. Mění se jak profesní, právní, ale také vzdělávací nebo pracovní podmínky. Hlinovská (2008) zařazuje k profesního růstu také motivační faktory. Ivanová et al. (2012) uvedly, že pracovní prostředí je jeden z klíčových prvků pro spokojenost sester, ale i pacientů (Ivanová et al., 2012).

1.3 Pacient a předoperační období

Do nemocnice je většina pacientů odeslaná od praktického lékaře nebo od specializovaného lékaře. K praktickému lékaři člověk chodí do určité míry dobrovolně, s představou určité partnerské kooperace (Křivohlavý, 2002).

Honzák (2020) uvádí, že u diagnostických nebo léčebných postupů dochází k prorážení intimní zóny, a to je z psychologického hlediska velmi ohrožující. Málokdo se ochotně svléká, zejména když si uvědomuje, že jeho tělo není dokonalé (Honzák, 2020).

V nemocničním prostředí podle Křivohlavého (2002) pacienti nabývají pocitu, že pobyt bude spíš o charakteru poslušání. Mohou také nabývat pocitů, že jejich zdravotní stav je vážnější a tím se dostávají do stresu. U pacienta dochází k deperzonalizaci, kdy ztrácí svou sociální identitu. Do určité míry je s pacientem jednáno neosobně a mnohdy není poskytováno dostatečné množství informací. Relativně do pozadí jsou zasunuty pacientovy osobní potřeby (Křivohlavý, 2002).

Ze sociologického hlediska je pacient označován jako jedinec, který se nachází ve zvláštní situaci, protože mu jeho nemoc zabraňuje vykonávat společenské funkce, které za normálních okolností plnil (Bártlová, 2005).

U pacientů se setkáváme se specifickými potřebami, vlastním hodnotovým systémem nebo s jejich silnou či slabou stránkou osobnosti. Proto by měla činnost zdravotnických zařízení směřovat k vytvoření atmosféry důvěry a k otevřené vzájemné komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty (Joint Commission International, 2008).

V pojetí Křivohlavého (2002) řada výkonů, které pacient v nemocnici podstupuje mohou vyvolat strach, nepříznivé pocity a obavy z bolesti. V předoperačním období Álvarez-García, Yaban, (2020) přiřazují výskyt strachu k 11% - 80% v závislosti na typu chirurgického zákroku, pohlaví pacienta a zda podstupuje chirurgický zákrok poprvé. Strach má různou intenzitu a kolísá v závislosti na stresu, který dopadá na jednotlivce (Álvarez-García, Yaban, 2020).

Před zahájením samotného vyšetřování pacienta na pokoji u lůžka Ferko et al. (2015) zdůrazňují, že se musí zajistit soukromí a dostatečný pocit jistoty. Nováková et al. (2016) popisují péči, která by ho měla respektovat. K pacientovi by se mělo přistupovat jako k rovnocennému partnerovi a podporovat jeho autonomii (Nováková et al., 2016).

Podle Kotíka (2002) je předoperační vyšetření multidisciplinární problematika, která zasahuje do práce praktického lékaře, internistů, pediatrů nebo anesteziologů. Mělo by se respektovat individuální riziko každého jednotlivého pacienta. Do předoperačního vyšetření zařazují Pilný et al. (2017) také konziliární vyšetření, které se provádí u pacientů s přidruženým onemocněním. Konziliární vyšetření provádí kardiolog, pneumolog, nefrolog, diabetolog nebo jiný příslušný specialista. Blažek et al.

(2012) zahrnují také podrobnou anamnézu a fyzikální vyšetření do předoperační přípravy. Poté následuje laboratorní a pomocná vyšetření, která se indikují podle charakteru operačního výkonu (Blažek et al., 2012).

Závěry předoperačního vyšetření jsou Málkem et al. (2011) podkladem pro anesteziologické vyšetření, které slouží k nalezení nejvhodnější a nejbezpečnější anesteziologické techniky. Při hodnocení komplikujících onemocnění se celosvětově používá klasifikace přijatá Americkou anesteziologickou společností (ASA). Pilný et al. (2017) klasifikaci ASA rozdělují na 5 kategorií. ASA I je u zdravého pacienta, kdy nemoc nemá vliv na celkovou kondici. ASA II je u pacienta s mírným až středně závažným systémovým onemocněním, které omezuje aktivitu pacienta je zařazeno do ASA III. Život ohrožující systémové onemocnění je zahrnuto do ASA IV. ASA V zahrnuje umírajícího pacienta, u kterého je operační výkon možností záchrany života (Pilný et al., 2017).

Dokonalý odhad rozsahu zákroku a pečlivá příprava operovaného má vliv na příznivý operační výsledek. Nutná je spolupráce celého zdravotnického týmu (Skalická, 2007).

1.3.1 Úzkost a strach před operačním výkonem

Janíková a Zeleníková (2013) popisují, že pacienti před operačním výkonem prožívají úzkost či strach. Strach většinou vyvolávají obavy, zda se probudí po operaci nebo ze ztráty kontroly a autonomie sebe sama. Mezi stresující události můžeme zahrnout čekání na operační výkon nebo odvoz za operační sál. Podle Adamové (2019) má psychické rozpoložení pacienta významný vliv na pooperační výsledky, zejména na délku hospitalizace a vznik infekce (Adamová, 2019).

Iqbal et al. (2019) popisují nový program ERAS (enhanced recovery after surgery), který představuje nový přístup k péči o chirurgického pacienta. Feldman et al. (2015) uvádějí, že předoperační edukace pacientů, je základní složkou programu ERAS. Edukace pacienta je ovlivněna zdravotní gramotností. Pacient nemusí porozumět předávaným informacím, proto by měl zdravotnický personál informace předávat vždy srozumitelnou formou komunikace. Kromě edukace v předoperačním období je program zaměřen na předoperační rizika, stravování a zákaz kouření. Perioperační péči je zaměřená na kontrolu glykémie, krátkodobě působící opiáty, miniinvasivní chirurgii a místní anestézii. Pooperační období se zabývá nutriční výživou, rehabilitačním

plánem, správným užitím analgetik nebo pooperační péčí. Iqbal et al. (2019) uvádějí, že cílem programu ERAS je snížit stresovou reakci na chirurgický zákrok, standardizovat a optimalizovat perioperační lékařskou a ošetrovatelskou péči, snížit pobyt v nemocnici a urychlit návrat do normálního života (Iqbal et al., 2019).

Kindler et al. (2000) popsali na základě studie kvalitativních aspektů úzkosti u pacientů před operací tři dimenze strachu a úzkosti. Do první dimenze patří strach z neznáma, který zahrnuje čekání na operační výkon nebo na výsledek operace. Druhou dimenzí je strach, který vzniká u pacientů, kteří pociťují nemoc. Do druhé dimenze zařazuje strach z pooperační nauzey a zvracení, strach z pooperační bolesti nebo strach z diskomfortu při probuzení se po operaci. Strach o život je třetí dimenzí a zahrnuje strach z neprobuzení se po operaci nebo strach z poškození během operace (Kindler et al., 2000).

Zacharová (2017) popisuje u pacientů před operačním nebo ortopedickým výkonem anticipační strach. Anticipační strach je přirozeným jevem, který vyplývá z obav, že nastanou komplikace. Aktivní pomocí zdravotnických pracovníků nebo správnou profesionální komunikací lze redukovat strach. Pro pacienta je častý kontakt se zdravotníky důležitý, nejen pro překonání bolesti, strachu, úzkosti, ale také pro aktivní spolupráci. Rokyta (2017) popisuje u pacientů předoperačním výkonem opioidofobii. Jedná se o nadměrný strach z účinků opioidů. Pacienti se obávají vzniku závislosti nebo vedlejších účinků (Rokyta, 2017).

1.4 Metody ke snížení strachu před operačním výkonem

Mezi základní intervence, které snižují předoperační strach a úzkost, Janíková a Zeleníková (2013) zahrnují aplikaci premedikace, muzikoterapii nebo relaxační techniky. Walker (2002) v předoperační fázi zdůrazňuje také důležitost informovanosti pacienta. Poskytované informace redukuje napětí a strach.

Samlík a Brát (2008) uvádějí, že strach a rozrušení, ztěžuje uvedení pacienta do anestezie. Do předoperační přípravy proto patří i premedikace. Pokud je zvládnutá předoperační stresová reakce, pak se snižuje výskyt perioperačních komplikací. Jindrová et al. (2016) rozdělují premedikaci na večerní sedativní, ranní premedikaci a standartní premedikaci u akutních výkonů. U premedikace se preferuje perorální podání. Večerní sedativní premedikace se podává ve 22:00 a zahrnuje Zolpitem 10 mg p.o. nebo Diazepam

5-10 mg p.o. Ranní premedikace se podává v 6:00 a zahrnuje Midazolam 7,5 mg p.o. nebo Alprazolam 0,25-0,5 mg p.o. U akutních výkonů se podává Midazolam 1-2 mg i.v. Pokud do začátku výkonu zbývá doba kratší než 30 minut, je možné premedikaci vynechat. Podle Janíkové a Zeleníkové (2013) je hlavní intervencí sester u podané premedikace sledovat její účinky u pacienta.

Muzikoterapie je podle Stejskalové (2010) moderní metoda psychoterapie, která je velmi účinná při léčbě různých psychosomatických potíží, komunikačních problémů nebo poruch spánku. Kantor et al. (2009) uvádí, že nejčastější muzikoterapeutickou technikou v medicíně je poslech anxioalgotycké hudby. Tato hudba se vyznačuje malými změnami v dynamice, plynulým rytmem. Její poslech má vliv na mozkovou činnost, metabolismus, pulz, tělesnou teplotu. Na organismus působí ve dvou směrech. První směr je aktivizační a druhý směr je relaxační. Muzikoterapie u pacientů v předoperačním období snižuje hladinu stresových hormonů, snižuje vnímání úzkosti, eliminuje vedlejší účinky medikace, snižuje srdeční pulz a krevní tlak. Posloucháním hudby se také redukuje pooperační bolest a potřeba anestetik. Pacient si vybírá hudbu nebo se na jejím výběru podílí a tím získává větší pocit kontroly, která jinak v nemocničním zařízení může chybět. Muzikoterapie má významný vliv na proces uzdravení (Kantor et al., 2009).

Mezi relaxační techniky Esposito (2008) zahrnuje hluboké dýchání. Tato technika je velmi snadná a účinně zabírá u většiny lidí. Organismus na vznikající strach a stres reaguje automaticky zrychleným dechem, který je povrchový. Technikou hlubokého dýchání se spouští cyklus pozitivních reakcí, vysílá tělu signál, že není v ohrožení života a tím snižuje vznikající strach a stres. Technika hlubokého dýchání spočívá na cíleném nadechování nosem a vydechování ústy. Soustředěné nádechy a výdechy se opakují pětkrát až desetkrát (Esposito, 2008).

Rodinní příslušníci mají podle Gulášové et al. (2014) významný vliv na redukci předoperačního strachu a úzkosti. Pacient získává podporu a pozitivní zpětnou vazbu. Janíková a Zeleníková (2013) uvádějí, že sociální podpora má několik podob. Ze strany rodiny a přátel může mít podpora podobu emocionální, hmotnou, informační nebo vyjádření úcty. Rodina pacienta by měla být poučena zdravotnickým personálem o významu poskytované podpory (Janíková, Zeleníková, 2013).

Mezi metody, které napomáhají snížit strach u pacientů před operačním výkonem, je nabídnutí spirituální péče v nemocnici. O spirituální potřeby nemocných se stará

nemocniční kaplan. Úkolem kaplana je poskytnout prostor k vyjádření vnitřních emocí pacienta. Rozhovor s kaplanem pomáhá pacientům snižovat úzkost a obavy, zejména pak u chronicky nemocných pacientů, kdy spirituální stránka nabývá velkého významu. Kaplan je členem multidisciplinárního týmu v nemocnici (Novotná, Kala, 2015).

1.4.1 Využití měřících škál ke snížení strachu

Úzkost se objevuje i několik týdnů před operačním výkonem a postupně zesiluje před přijetím do nemocnice. Příznaky předoperační úzkosti přetrvávají i 12 hodin po operaci. Snížení úzkosti u pacientů před operačním výkonem souvisí s efektivní aplikací ošetrovatelských strategií. Do těchto strategií patří rozhovor sestry s pacientem a aplikace předoperační informační stupnice. Tato ošetrovatelská strategie snižuje předoperační úzkost u pacientů před operačním výkonem (Garzón, 2019).

Strach a úzkost před operačním výkonem podle Janíkové a Zeleníkové (2013) lze hodnotit několika měřícími standardizovanými nástroji. Vanečková a Vörösová (2011) uvádějí, že úzkost ovlivňuje prožívání člověka a díky tomu lze její projevy hodnotit různými způsoby. McDowell (2006) mezi škály, kterými lze hodnotit strach a úzkost u pacientů před operačním výkonem zahrnuje STAI (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory), APAIS (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) a HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Škály STAI, APAIS a HADS jsou subjektivní posuzovací škály, které pacient vyplňuje sám nebo hodnocení provádí zdravotník pomocí rozhovoru a pozorování (McDowell, 2006).

Janíková a Zeleníková (2013) popisují, že škála STAI se nejčastěji používá pro hodnocení předoperačního strachu a úzkosti. McDowell (2006) popisuje, že měřící škála STAI má podobu dotazníku, která je rozdělena na STAI-S (states anxiety) a STAI-T (trait anxiety). Otázky 1-20 zařazené v STAI-S měří stav úzkosti, který je přítomen „právě teď, v tento moment“. Na 20 otázek pacienti zvolí jednu odpověď na škále 1 – vůbec ne, 2 – trochu, 3 – mírně, 4 – velmi. Otázky 21 až 40 jsou zařazeny pod STAI-T a měří úzkostné rysy osobnosti, ale také to jak se pacient cítí „obecně“. U otázek pacienti zvolí odpověď 1 – téměř nikdy, 2 – občas, 3 – často, 4 – téměř pořád. Bodové skóre se pohybuje v rozmezí od 20 do 80. Čím je vyšší skóre, tím je vyšší stupeň úzkosti. Ukázka měřící škály STAI je uvedena v příloze 1 (McDowell, 2006).

Janíková a Zeleníková (2013) uvádějí, že v předoperačním období všeobecná sestra může využít měřicí škálu STAI. Pacient obdrží dostatečné informace jak škálu vyplnit. Po vyplnění všeobecná sestra vyhodnocuje bodové skóre. Kvaal et al. (2005) aplikovali stupnici STAI na 70 nedementních geriatrických pacientů ve stabilním klinickém stavu. Stupnice STAI popsali jako užitečný nástroj pro detekci úzkostných poruch, ale také smíšených úzkostně-depresivních poruch (Kvaal et al., 2005).

Moerman et al. (1996) uvádějí, že škála STAI se sice doporučuje pro měření úzkosti u pacientů před operačním výkonem, ale pro použití v rušných ambulancích je stále příliš dlouhá. Škála APAIS je oproti škále STAI krátká, konkrétně zaměřená na pacienty před operačním výkonem, ale také snadno interpretovatelná. Škála APAIS se skládá ze šesti otázek. První čtyři otázky hodnotí strach z anestézie a strach z chirurgického výkonu. Zbylé dvě otázky hodnotí potřebu informovanosti pacienta před operačním výkonem. Pacient označí vždy jednu odpověď na Likertově škále od 1 – vůbec ne, do 5 – extrémně. Škála APAIS je platný a spolehlivý nástroj pro hodnocení předoperační úzkosti u pacientů, ale také hodnotí potřebu informovanosti u pacientů před operačním výkonem. Ukázka měřicí škály APAIS je uvedena v příloze 2 (Moerman et al., 1996).

Celik a Edipoglu (2018) škálu APAIS aplikovali do studie, kde zjišťovali strach a úzkost pacientů z anestezie. Studie zahrnovala 592 pacientů. Ve studii bylo zjištěno, že operační výkon s celkovou anestézií u pacientů vyvolává vyšší úzkost než v lokální anestézii. Předchozí zkušenost s chirurgickým výkonem snižuje hladinu úzkosti (Celik, Edipoglu, 2018).

Podle Pritcharda (2011) je zdravotnický pracovník povinen zajistit správnou fyzickou i psychickou přípravu u pacienta v předoperačním období, protože plánovaný operační výkon je zdrojem strachu a úzkosti. Škála HADS umožňuje zjistit a následně sledovat úzkost a depresi v předoperačním období. Psychologická péče by měla být poskytována každému pacientovi bez ohledu na diagnózu (Pritchard, 2011).

McDowell (2006) uvádí, že měřicí škála HADS je čtrnácti položkový sebesposuzovací dotazník, který se skládá ze dvou stupnic. Každá stupnice obsahuje sedm otázek. První stupnice se jmenuje HADS-A. Tato stupnice měří u pacienta stupeň úzkosti. Druhá stupnice se jmenuje HADS-D a měří stupeň deprese. Pacient si v dotazníku jednotlivé otázky přečte a vždy označí jednu odpověď. Zdravotnický pracovník poté podle odpovědí spočítá bodové skóre, které se pohybuje u každé stupnice od 0 do 21. Stern (2014) uvádí

že 8-10 bodů označuje nízkou úroveň, 11-14 bodů střední úroveň a 15-21 bodů vysokou úroveň úzkosti a deprese u pacienta. Ukázka měřicí škály HADS je uvedena v příloze 3.

1.4.2 Využití komunikace ke snížení strachu u pacienta

Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem podle Zacharové (2016) slouží k navození důvěry, která napomáhá ke zbavení obav a strachu. Postoj sestry se projevuje nejen v řeči, ale i ve výrazu tváře, pohledu či pohybech těla. Sestra verbálně i neverbálně odráží postoj k pacientovi (Zacharová, 2016).

Tondl (2015) popisuje komunikaci jako akt, který probíhá za jistých okolností a podmínek. Komunikace je spojena se zjištěnou problémovou situací, s určitými potřebami nebo záměrem a vzniká s jistým cílem a směrem naší činnosti. Pro Janáčkovou a Weisse (2008) komunikace znamená vysílat, přijímat a dešifrovat signály, které přijímáme aktivně nebo pasivně. Pasivní příjem informací probíhá často z běžného přátelského, partnerského nebo pracovního života. Tato forma komunikace bývá nejčastěji zdrojem nedorozumění, protože komunikující nedostává adekvátní zpětnou vazbu. Trachtová et al. (2018) uvádějí, že pasivní komunikace ze strany zdravotnického personálu je chápáno jako stav nadřazenosti nad pacienty. Jedná se o devalvační jednání, kdy se pacient stává pouze pasivním příjemcem zdravotnické péče (Trachtová et al., 2018).

Aktivní forma komunikace je podle Janáčkové a Weisse (2008) obousměrný rozhovor dvou či více lidí. Komunikovat ve zdravotnictví neznámá pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace. Měli bychom se umět rozhodnout a vědět co chceme říct, kdy je správná doba, kde je nejlepší místo a jak nejlépe podat informaci. Trachtová et al. (2018) popisují, že s pacientem se jedná jako s rovnoprávným člověkem.

Na způsob komunikace má podle Jiřincové (2010) také vliv charakter povahy. Extroverti jsou výřeční jedinci, kteří vyzařují energii, mluví plyně a přesvědčivě. Při komunikaci rychle reagují na otázky a mají tendenci přehánět. Introverti jsou spíše opatrnější. Mají rádi svoje soukromí a samotu (Jiřincová, 2010).

Podle Trachtové et al. (2018) osobnost a její vlastnosti ovlivňují vnímání bolesti. Podle Zacharové (2008b) mají extrovertní pacienti vyšší práh bolesti než introvertní. Bolest doprovází strach a úzkost, které jsou nejčastější emoční odezvou. Při řešení bolesti a strachu pacienta by měla být dobře použita komunikace mezi zdravotnickým

personálem a pacientem. Hlavní zásadou v komunikaci by mělo být navázání správného vztahu s pacientem již při příjmu na oddělení (Zacharová, 2008b).

Venglářová a Mahrová (2006) rozdělují komunikaci na tři druhy, sociální komunikace, specifická nebo strukturovaná komunikace a terapeutická komunikace. Sociální komunikace je součástí běžného hovoru nebo kontaktu s nemocným. Podle Zacharové (2009) je sociální komunikace nezbytná k získání a k předávání informací. Při správně zvolené komunikaci má sestra možnost pacienta pozitivně ovlivnit, edukovat nebo motivovat. Pro rozvoj sociální komunikace podle Venglářové a Mahrové (2006) slouží situace úpravy lůžka na pokoji, hygiena, pomoc při jídle nebo nabídnutí rozhovoru na denní místnosti.

Venglářová, Mahrová (2006) jako další druh komunikace uvádějí specifickou nebo strukturovanou komunikaci, která je využívána při sdělování důležitých informací. Specifickou formu komunikace popisují také Plevová a Slowik (2010), kdy uvádějí, že tato komunikace má určitou naplánovanou oblast, která slouží ke sdělování důležitých informací, motivuje nemocného k další léčbě nebo působí edukačně (Plevová, Slowik, 2010).

Jako poslední druh komunikace Venglářová a Mahrová (2006) popisují terapeutickou komunikaci, která se odehrává formou rozhovoru s nemocným. Tato komunikace slouží k poskytnutí opory, k pomoci v těžkých chvílích rozhodování, při přijímání nepříjemných nebo závažných skutečností a k pomoci při adaptaci na změnu. Terapeutický rozhovor má za úkol zvýšit účinnost léčebných přístupů a somaticky nebo psychosomaticky nemocných lidí (Venglářová, Mahrová, 2006).

Na komunikační dovednost zdravotnických pracovníků je kladen velký důraz a měla by být na profesionální úrovni. Efektivně uplatněná komunikace mezi sestrou a pacientem je základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Chirurgické pacienty spojuje akutní prožitek stresu, strachu. Pacient je z blížícího zákroku v napětí, má problémy se spaním a se soustředěním. Strach z bolesti, z chirurgického výkonu, z toho, co bude po operaci, provází každého pacienta při nástupu do nemocnice. Špatně vnímaná komunikace vede k pocitům nepochopení, nedůvěry, nespokojenosti a může to následně vést k psychické nestabilitě. Tato nestabilita se může projevat mnohdy až agresivním chováním nebo depresivním laděním. Podle způsobu chování se pacienti rozdělují do čtyř skupin. První jsou pacienti citliví,

kteří jsou při rozhovoru velmi pozorní. Citlivě reagují na každou drobnost a jsou často velmi úzkostní. Do druhé skupiny spadají pacienti, kteří potlačují obavy a strach. Projevy stresu a distresu u nich nejsou zřejmé. K zákroku se staví apaticky a nezúčastněně. Třetí skupina obsahuje pacienty, kteří se vyhýbají nepříjemným informacím. To, co je čeká a co se bude dít, to nechtějí slyšet. Poslední skupina jsou přesným opakem vyhýbavých pacientů. Tito pacienti čím více informací dostávají, tím lépe zvládají vážné zákroky. Obecně lze říct, že pacient by měl být vždy adekvátně informován. Mezi zásady komunikace můžeme zahrnout vhodnou rychlost a srozumitelnost jazyka. Dát prostor na dotazy a vhodně informovat. Poskytnout dostatek času na rozmyšlení a vhodně podporovat. Informovat o pooperačním období, předpokládané délce pobytu v nemocnici a následném rekonvalescentním režimu (Janáčková, Weiss, 2008).

1.4.2.1 *Využití verbální komunikace ke snížení strachu u pacienta*

Zacharová (2016) verbální komunikaci popisuje jako nástrojem profesionální práce zdravotnických pracovníků. Venglářová a Mahrová (2006) mezi základní složky verbální komunikace zahrnují rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost slovních parazitů, délku projevu a intonaci (Venglářová, Mahrová, 2006).

Rozhovor mezi sestrou a pacientem podle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) nabývá stále víc na významu, protože je důležitým prostředkem pro vytváření vhodného pracovního prostředí. Pacient vnímá postoje sestry prostřednictvím konkrétního jednání a komunikace. Postoj sestry ovlivňuje spokojenost pacienta. Aust et al. (2016) uvádějí, že pro pacienty, kteří pocítují vysokou předoperační úzkost, je rozhovor se zdravotnickým personálem zásadní. Zdravotnický personál by měl být proškolen o správných technikách komunikace s pacientem. Cílem by mělo být snížení předoperační úzkost a strach (Aust et al., 2016).

Janoušek (2015) rozhovor popisuje jako verbální interpersonální komunikaci, kdy střídavě mluví a naslouchají různé osoby. Mikuláščík (2010) rozhovor rozděluje do dvou podob. Může mít společenskou nezávaznou podobu nebo může mít podobu řízeného rozhovoru. Obě tyto formy se odehrávají na základě podávání otázek a získávání odpovědí tváří v tvář nebo po telefonu. Oproti tomu Janoušek (2007) podobu rozhovoru rozděluje na doprovodné dorozumívání při jiné činnosti nebo může mít podobu společné

soustředěné komunikace zaměřené na dosažení určitého cíle nebo vyřešení problému (Janoušek, 2007).

Podle Vymětala (2008) má rozhovor podobu formální a neformální. Neformální rozhovor neklade požadavky na plánování nebo přípravu, protože se spoléhá na schopnosti momentální cílené improvizaci. Realizace formálního rozhovoru je rozdělena do pěti etap, plánování, zahájení, hlavní část, zakončení a vyhodnocení. Pro sestru je podle Zacharová (2016) rozhovor zásadní k získání informací pro realizaci ošetrovatelského procesu. Cílem by mělo být zjistit, zda pacient nemá bolesti v oblasti operační rány, jak pacient prožívá pobyt v nemocnici, jak je připraven na operační výkon, zda má potřebné informace k plánovanému operačnímu výkonu (Zacharová, 2016).

Vymětal (2008) zahrnuje etapu plánování mezi nejdůležitější fáze. Důležité je určit cíl rozhovoru, dobu trvání včetně možné časové rezervy, sumarizovat potřebné informace jak o tématu, tak i o osobě, se kterou rozhovor bude probíhat. Součástí této fáze rozhovoru je také volba prostředí, eliminace případných rušivých elementů a zvolení si správného zaznamenání průběhu rozhovoru. Zacharová (2016) do přípravné fáze také zařazuje oblečení zdravotníka a úpravu zevnějšku. Pro zvládnutí této etapy je také důležitý jazyk, díky kterému se sestra dorozumívá s pacientem. Úroveň komunikace by měla vždy odpovídat úrovni pacientů, protože jinak zdravotník bude hovořit s laikem bez orientace ve zdravotnictví, s dítětem nebo se starým člověkem. Nutné je volit jasná a všeobecně srozumitelná slova (Zacharová, 2016).

Před zahájením rozhovoru je důležité, aby sestra zjistila, zda je pacient v psychické a fyzické pohodě, zabezpečila mu soukromí. Základem zahájení je oslovení, při kterém se snažíme s pacientem navázat oční kontakt a nastínit jeho téma. Rozhovor začínáme osobní tematikou, která se týká třeba knihy na nočním stolku. Tento úvod by neměl být příliš dlouhý, aby pacient neměl pocit, že se snažíme zasahovat do jeho soukromí. Poté by sestra měla nastínit čas, který na vzájemnou komunikaci má a následně vysvětlí důvod rozhovoru. Na kvalitní průběh rozhovoru má vždy vliv způsob zahájení (Zacharová, 2016).

Vymětal (2008) uvádí, že hlavní část rozhovoru slouží k samotnému získání potřebných informací. Pro získání informací se používají vhodné typy otázek. Zacharová (2016) popisuje tuto fázi rozhovoru jako samotné jádro. Pacient odpovídá na otázky

a hovoří o tom, jak se cítí, co prožívá. Tato fáze bývá nejdelší a pacient má tak dostatečný prostor hovořit, sestra zaujímá roli posluchače (Zacharová, 2016).

Zakončení rozhovoru zahrnuje stručnou rekapitulaci sdělených informací a toho co bylo dohodnuto. Vhodné je také za něj poděkovat. Poslední etapou rozhovoru je vyhodnocení, které slouží k vyhodnocení průběhu rozhovoru (Vymětal, 2008).

V souvislosti s opatřením proti šíření COVID-19 je podle Hronové Křížkové (2020) nařízené nosit ochranu dýchacích cest. Tento způsob zakrývání obličeje způsobuje změny ve vnímání řeči. Mluvení s nasazenou rouškou narušuje užívání našeho hlasu a řeči. Snažíme se mluvit víc zřetelněji. V běžné komunikaci se používá sluch i odezírání ze rtů. Do třiceti let se spoléháme při komunikaci víc na sluch, ale od třiceti let a víc se k sluchu přidává odezírání ze rtů. Na komunikaci má také vliv materiál, ze kterého je ochranná pomůcka vyrobená. Zásadní vliv má také průhlednost materiálu, tloušťka nebo velikost plochy, která je zakrytá ochrannou pomůckou. Vavřínová (2020) uvádí, že nošení roušek může v lidech vyvolávat pocity nebezpečí nebo strach z nákazy (Vavřínová, 2020).

1.4.2.2 *Využití neverbální komunikace ke snížení strachu u pacienta*

Jamarim et al. (2019) popisují, že komunikace probíhá několika způsoby. Může to být formou slovní, psanou, mluvenou nebo formou zvukové zprávy. Verbální komunikace je doplněna neverbální komunikací. Wanko et al. (2020) kladnou důraz na shodu mezi verbální a neverbální komunikací u všeobecných sester. Obzvláště úzkostní a nejistí pacienti si víc všímají rozdílů v řeči, chování a v neverbální komunikaci u všeobecných sester (Wanko et al., 2020).

Pro zdravotnické pracovníky je neverbální komunikace velmi významná. Potřeba dorozumění a navázání vzájemné důvěry je zde velká. Je ovlivněna zdravotním stavem pacienta. Podání ruky, může být při zranění nemožné, stejně tak i gesta nemocného můžou být zkreslená. Při ošetřování zdravotnický personál vstupuje do pacientovy zóny, do které běžně pouští jen ty nejbližší. Stejně je to i s doteky, které mohou být spojeny s nepříjemným prožitkem. Důležité je, aby sestra byla schopna naslouchat pacientovi a pracovat s touto komunikací (Venglářová, Mahrová, 2006).

Zacharová (2008a) neverbální komunikaci rozděluje na mimiku, proxemiku, haptiku, posturiku a gestikulaci. Na ni má také vliv vzhled a celková úprava zevnějšku komunikujících (Zacharová, 2008a).

V pojetí Mikulášťika (2010) je neverbální komunikace řeč těla, která se odehrává na nevědomé úrovni, která nejen že doplňuje, zesiluje její účinek, ale také ji může zcela zastoupit. Vymětal (2008) popisuje individuální faktory, které ovlivňují neverbální komunikaci. Mezi individuální faktory patří temperament, schopnosti, duševní a zdravotní stav, věk, pohlaví, komunikační tradice v rodině, výchova a sebevýchova, socializace a etnická kulturní oblast. Cakirpaloglu (2012) představuje temperament jako vrozenou psychickou vlastnost, která determinuje typ orientace a emocionální rovnováhu jedince. Helus (2018) rozděluje čtyři temperamentové rysy na cholera, flegmatika, sangvinika a melancholika.

1.4.2.2.1 *Formy neverbální komunikace a jejich vliv na snížení strachu*

Naším chováním a našimi činy přímo ovlivňujeme dění kolem sebe. Nelze nekomunikovat, nic nedělat a i to co stojí stranou, něco dělá a nějak se chová. Důležité je dbát na to co říkáme a jak se u toho tváříme, tak abychom působili důvěryhodně (Venglářová, Mahrová, 2006).

Vyznat se v mimice obličeje druhého člověka není vždy jednoduché. U pacientů se můžeme setkávat se zakrýváním svých emocí, mohou maskovat stud nebo přemáhají pláč. Všeobecná sestra by měla vnímat mimiku u pacienta, protože třeba bolest se v tváři odráží zcela mimovolně (Venglářová, Mahrová, 2006).

Z důvodu opatření COVID-19 musejí pacienti i zdravotnický personál nosit nasazenou roušku, která omezuje mimiku v komunikaci mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem (Höschl, 2020).

Tomová et al. (2016) rozděluje neverbální komunikaci na mimiku, proxemiku, haptiku, posturiku, gestikulaci, vzhled a celkovou úpravu zevnějšku, paralingvistiku. Vymětal (2008) do neverbální komunikace zahrnuje také kineziku a viziku. Kinezika je zaměřená na sledování pohybu, způsobu stání a chůze celého těla. Vizika sleduje pohyb očí, obočí a oční kontakt. Největší důležitost se přikládá neverbálním projevům v oblasti obličeje a hlavy, protože ty jsou při komunikaci nejvíc vnímány posluchačem. Teprve potom jsou posluchačem vnímány pohyby rukou a paží. Pohybů a pozicí těla, nohou si posluchač všimá úplně naposled (Vymětal, 2008).

Vymětal (2008) mimiku vyjadřuje jako proměny v lidském obličeji, které jsou způsobené kontrakcí obličejových svalů, napínáním pokožky a pohybem celé

hlavy. Z obličejové mimiky lze identifikovat radost nebo smutek, spokojenost nebo nespokojenost, štěstí nebo neštěstí, překvapení, strach, jistotu, rozčilení, vztek. Štěstí se nejvíc projeví na nose, tváři, ústech nebo obočí. Smutek lze nejlépe vyčíst z očí, obočí a čela. Mikuláščík (2010) rozlišuje dvě obličejové zóny. První zóna se skládá z čela, nosu a očí. Druhá zóna se skládá z dolní poloviny obličeje se rty. Oproti tomu Venglářová a Mahrová (2006) rozdělují zóny tři. Kdy první zóna zahrnuje oblast čela a obočí, druhá zahrnuje oblast očí a třetí zóna zahrnuje dolní část obličeje, do které jsou zahrnuty tváře, nos a ústa (Venglářová, Mahrová, 2006).

Vymětal (2008) popisuje proxemiku jako komunikaci založenou na posuzování vzdálenosti mezi komunikujícími v horizontálním i vertikálním směru. Pro dodržování vzdálenosti hraje i sympatie při rozhovoru, protože čím je člověk sympatičtější, tím se vzdálenost udržuje kratší. Mikuláščík (2010) vzdálenost při komunikaci rozděluje do čtyř skupin. Rozlišujeme intimní vzdálenost, osobní vzdálenost, skupinovou vzdálenost a veřejnou vzdálenost. Vymětal (2008) intimní zónu vyjadřuje jako vzdálenost od úplného dotyku do půlmetru. Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) popisují, že všeobecná sestra se do intimní zóny pacienta dostává při hygienické péči nebo odborných ošetrovatelských výkonech. Sestra by proto měla dostatečně s pacientem komunikovat (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Mikuláščík (2010) osobní vzdálenost vyměřuje od půl metru do dvou metrů. Vymětal (2008) uvádí, že tato vzdálenost umožňuje fyzický kontakt mezi partnery, sleduje mimiku i reakci očních zornic. Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) popisují, že sestra vstupuje do osobní zóny pacienta při podávání léků nebo u vizity (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Skupinová vzdálenost zahrnuje zónu od jednoho metru do deseti metrů. V zorném poli je obvykle celá postava partnera. Veřejná vzdálenost je nad třistašedesát centimetrů. V této zóně se většinou lidé neznají (Vymětal, 2008).

Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) popisují také vertikální vzdálenost, která se uplatňuje při komunikaci, kdy komunikující mají vzájemně odlišnou výšku. Příkladem může být sestra, která předává informace pacientovi, který leží na lůžku. Vymětal (2008) uvádí, že pro vyrovnanou komunikaci, je požadovaná stejná hladina očí partnerů. U menšího člověka při komunikaci mohou vznikat pocity určitého handicapu nebo pocity submisivity. Vyšší člověk pak může mít tendence k určitému nadřazení nad ostatními (Vymětal, 2008).

Haptika se zabývá vzájemným dotýkáním lidí. Příkladem může být stisk ruky, který slouží k pozdravení nebo seznámení. Tento krok by měl být první při seznamování s pacientem. Sestra by se tedy měla představit a podat si s pacientem ruku, pokud je to možné. Mezi nejčastější místa dotyků patří dlaně, hřbet ruky, ramena nebo hlava (Venglářová, Mahrová, 2006).

Posturologie někdy také nazývána posturika se zabývá komplexním držením těla, jeho napětím, náklony, polohou rukou, nohou nebo směrem natočením těla. Obecně signalizuje emoční stav, stupeň zaujetí nebo postoj k partnerovi a k jeho sdělení. U držení těla si všimáme zda je rovné, vzpřímené, sebejisté nebo shrbené. Vzpřímený postoj nám tedy může signalizovat hrdost, optimismus nebo sebejistotu a shrbený postoj naopak může signalizovat pesimismus a beznaděj. Neklidné sezení vyjadřuje nervozitu, nejistotu a trému (Vymětal, 2008).

Venglářová, Mahrová (2006) popisují gesta jako pohyby, které mají sdělovací význam. Slouží k naznačení toho, co by mohlo být řečeno slovem. Gesto doplňuje verbální projev a zesiluje ho. Gesta mohou být vědomě a nevědomě používána. U pacientů se ztíženou schopností komunikovat nám gesta pomáhají ke zlepšení dorozumění. Mikuláščík (2010) rozděluje gesta do pěti skupin. První jsou ilustrátory, která dokreslují ve vzduchu verbální výklad, ukazují směr a vysvětlují. Druhá skupina popisuje gesta jako regulátory chování. Tyto gesta upozorňují na něco nebo na někoho. Slouží k organizaci konverzace, k změně rychlosti řeči a k ukončení řeči. Třetí skupinou jsou znaky. Čtvrtou skupinou jsou emočně výrazová gesta. Tato gesta slouží k vyjádření emočního stavu, mohou mít také podobu symbolické komunikace. Příkladem mohou být ruce, které zakrývají oči. Poslední skupina popisuje adaptory. Jsou to sebemanipulující gesta, která se projevují jako škrábání se nebo tření rukou (Mikuláščík, 2010).

Úprava zevnějšku zahrnuje jak úpravu jednotlivce tak prostředí. Oblečení, upravenost, líčení nebo účes odráží naši osobnost a aktuální emocionální stav. Úprava zevnějšku má vliv na první dojem a ovlivňuje komunikaci (Venglářová, Mahrová, 2006).

Paralingvistická komunikace slouží jako přechod od mimoslovních k slovním způsobům poskytování informací. Jde zde hlavně o způsob, jak předáváme informace, o akustiku mluveného slova. Hlas slouží k identifikaci pohlaví, věku a částečně i k zjištění charakteru. Slouží k určení původu hovořícího, nářečí, vnímavost nebo k pochopení problému. Náš hlas může být silný, tichý, měkký. U řeči si všimáme rychlosti a tónu

hlasu, kdy rozeznáváme uvolněný, stísněný, pevný, rozechvělý nebo plačtivý tón (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit očekávání pacientů od sester vzhledem ke zvládnání strachu před operačním výkonem.

Cíl 2: Zjistit jaké faktory ovlivňují pacienta ve zvládnání strachu před operačním výkonem.

Cíl 3: Zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají v podpoře zvládnání strachu u pacienta před operačním výkonem.

Cíl 4: Zjistit, jaké informace poskytují sestry pacientovi před operačním výkonem.

Cíl 5: Zjistit, jaký postoj zaujímají pacienti ve vztahu k intervencím, které sestry využívají v podpoře zvládnání strachu před operačním výkonem.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké očekávání pacienti mají od sester vzhledem ke zvládnání strachu před operačním výkonem?

VO 2: Jaké faktory ovlivňují pacienta pro správné zvládnutí strachu před operačním výkonem?

VO 3: Jaké komunikační techniky využívají sestry u pacientů před operačním výkonem?

VO 4: Jaké informace poskytují sestry pacientům před operačním výkonem?

VO 5: Jakým způsobem sestry pracují s informovaností u pacientů před operačním výkonem?

VO 6: Jaké konkrétní problémy spatřují sestry u pacientů, kteří jsou před operačním výkonem nedostatečně edukováni?

VO 7: Jak vnímají pacienti intervence sestry pro zvládnání strachu před operačním výkonem?

3 METODIKA

3.1 *Metody výzkumu*

Empirická část byla realizovaná prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, technikou polostrukturovaných rozhovorů. Telefonicky byl osloven management z pěti okresních nemocnic. Z důvodu epidemiologické situace byl povolen výzkum pouze ve dvou z vybraných zdravotnických zařízení. Výběr zdravotnických zařízení byl náhodný. Jednalo se o nemocnice v Jihočeském kraji. Písemné souhlasy s výzkumným šetřením byly získány od managementu nemocnic a jsou k dispozici u autorky výzkumné práce. Výzkum v nemocnicích probíhal v období od června 2020 až, do září 2020.

Technika polostrukturovaného rozhovoru nám umožnil získat názor oslovených sester a pacientů na strategie zvládnání strachu. Polostrukturovaný rozhovor se podle Reichela (2009) vyznačuje souborem připravených otázek nebo témat, které jsou předmětem k získání potřebných dat. Není striktně stanoveno jejich pořadí. Tazatel může otázky podle potřeby modifikovat, ale vždy se musí probrat všechny (Reichel, 2009). Rozhovory v rámci výzkumného šetření byly vedeny s každým participantem individuálně. V úvodu byl participantům vysvětlen smysl rozhovoru a cíle výzkumného šetření.

Rozhovory byly provedeny na základě souhlasu každého participanta a mohl kdykoliv, bez udání důvodu, svou účast ukončit. Rozhovory se sestrami byly vedeny individuálně a v soukromí. V úvodu rozhovoru byla osobně přislíbena každé sestře anonymita. S pacienty byly rozhovory vedeny individuálně na oddělení, na kterém byli hospitalizováni. Také pacientům byla osobně přislíbena anonymita.

Rozhovory byly zaznamenány na diktafon se souhlasem sester a pacientů. Nahrávání rozhovorů na diktafon posloužilo k zachycení autentičnosti výpovědí. Také zabránilo jejich zkreslení pro další zpracování. Každý rozhovor trval 40-60 minut. Podkladem k rozhovorům bylo 24 otevřených otázek pro sestry (Příloha 4) a 25 otevřených otázek pro pacienty (Příloha 5). K ověření srozumitelnosti kladených otázek pacientům a jejich správného uspořádání byl proveden předvýzkum. V rámci předvýzkumu byl proveden rozhovor s rodinným příslušníkem, který byl krátce po hospitalizaci v nemocnici. Po tomto rozhovoru byly otázky částečně upraveny. Následně byla veškerá

data přepsána v programu Microsoft Office, aplikace Word, analyzována technikou otevřeného kódování. Otevřené kódování představuje dle Švaříčka et. al. (2007) operace, pomocí kterých byly údaje rozebrány, poté konceptualizovány a složeny zcela novým způsobem. Text byl rozdělen na jednotky, kterým byly přiděleny jména nebo kódy. S tímto novým označením výzkumník dál pracoval. Při volbě jména nebo kódu byla kladena otázka, o čem daná jednotka vypovídala nebo co reprezentovala. Průběžně byl vytvářen seznam jednotlivých kódů. Podle podobnosti jednotlivých kódů se následně vytvářely jednotlivé kategorie (Švaříček et al., 2007).

3.2 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo uskutečněno v období od května – září 2020. První přípravná fáze probíhala od května 2020 do června 2020. Druhá fáze sběru dat od června 2020 do září 2020. Výzkumné šetření se uskutečnilo ve dvou krajských nemocnicích na chirurgickém oddělení. S ohledem na anonymitu zdravotnických zařízení, sester a pacientů, nejsou uvedeny konkrétní názvy nemocnic.

Z důvodu omezení COVID-19 bylo obtížné provést rozhovory s pacienty a všeobecnými sestrami. Rozhovory byly uskutečněny pouze za podmínky dodržení hygienických opatření. Pacienti i sestry byli obeznámeni s nepřítomností příznaků nákazy COVID-19 autorky práce prokázáním negativního testu. Někteří pacienti, ale i všeobecné sestry, měli obavy z přenosu COVID-19, proto byl sběr dat za těchto podmínek velmi obtížný.

Na oddělení byly rozhovory vedeny nejprve se všeobecnými sestrami, s ohledem na soukromí na vyšetřovně. Všechny oslovené sestry ústně souhlasily s nahráváním rozhovoru na diktafon.

Následně byly vedeny rozhovory s pacienty hospitalizovanými na chirurgickém oddělení z důvodu operačního výkonu. Všechny rozhovory byly realizovány vždy s ohledem na soukromí pacienta u lůžka. Při výzkumném šetření byl kladen důraz na dodržení veškerých hygienických zásad a postupů na oddělení, vždy s ohledem na pacienta. Všichni oslovení pacienti byli upozorněni na negativní test COVID-19 autorky práce. Také všichni dotazovaní pacienti souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon.

3.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny dotazovaných. Prvním výzkumným vzorkem byly všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení. Druhý výzkumný vzorek tvořili pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení. Rozhovory probíhaly pouze s pacienty, kteří byli hospitalizovaní z důvodu operačního výkonu.

3.3.1 Výzkumný vzorek všeobecných sester

V rámci výzkumného šetření byly osloveny všeobecné sestry, které poskytují péči o pacienty před operačním výkonem na chirurgickém oddělení. Základní charakteristika dotazovaných všeobecných sester je shrnuta v tabulce č. 1. Pro výběr výzkumného vzorku z řad všeobecných sester bylo stanoveno kritérium, a to minimální délka praxe půl roku na chirurgickém oddělení.

Tabulka 1 Charakteristika všeobecných sester pracujících na chirurgickém oddělení

	vzdělání	délka praxe na chirurgickém oddělení
S1	SŠ	10
S2	VŠ	5
S3	VŠ	4
S4	VŠ	6
S5	VŠ	4
S6	SŠ	15
S7	SŠ	11
S8	VŠ	2

(zdroj: vlastní)

3.3.2 Výzkumný vzorek pacientů před plánovaným operačním výkonem

Na dvou chirurgických odděleních byli osloveni pacienti hospitalizovaní z důvodu plánovaného operačního výkonu. Z důvodu COVID-19 bylo obtížné provést rozhovory.

Pacienti na oddělení byli osloveni za přítomnosti všeobecné sestry pracující na oddělení. Po udělení souhlasu samotné rozhovory probíhaly na pokoji pacienta. Z důvodu opatření COVID-19 byli pacienti na pokoji buď po jednom nebo po dvou. Rozhovor probíhal za dodržení všech hygienických opatření.

Výzkumného šetření se zúčastnilo devět pacientů, kteří byli hospitalizováni z důvodu plánovaného operačního výkonu. Z devíti pacientů bylo pět žen a čtyři muži. Nejnižší věk zúčastněného pacienta byl 22 let a nejvyšší věk byl 74 let.

Pacient 1 (P1)

Žena, ve věku 74 let, vdova ve starobním důchodu. V domácnosti žije sama, největší oporou je pro ni rodina. Na oddělení byla hospitalizovaná druhý den. Pacientka měla již předešlé zkušenosti s hospitalizací v daném zdravotnickém zařízení.

Pacient 2 (P2)

Participantem P2 byl muž, ve věku 35 let. Na oddělení byl hospitalizovaný první den. Předchozí zkušenost s operací neměl. Jedná se o svobodného muže, který udržuje telefonický kontakt se svými rodiči.

Pacient 3 (P3)

Oslovený pacient P3 byla žena, ve věku 28 let. Na oddělení byla hospitalizovaná druhý den. Doma má malé dítě a má obavy z dlouhodobé hospitalizace. S rodinou několikrát za den telefonuje.

Pacient 4 (P4)

Muž ve věku 22 let, kterému byla hospitalizace v nemocnici odložena z důvodu COVID-19. V nemocnici je první den. U blížícího se výkonu se nejvíc obával smrti.

Pacient 5 (P5)

Pacientem P5 byla žena, ve věku 36 let. Na oddělení byla hospitalizovaná druhý den. Největší obavu měla z anestézie a z bolesti po operačním výkonu. Největší oporu měla v rodině, ale také jí pomáhala víra v Boha.

Pacient 6 (P6)

Žena, ve věku 48 let. Na oddělení byla hospitalizovaná druhý den. Strach měla především z komplikací spojených s nákazou COVID-19 v nemocnici, ale také, že by jí mohla nakazit svoji rodinu. Největší oporou je pro ni právě rodina.

Pacient 7 (P7)

Participantem P7 byl muž, ve věku 38 let, který byl na oddělení hospitalizovaný první den. Největší obavy měl o svoji rodinu, která je pro něj největší oporou.

Pacient 8 (P8)

Muž, ve věku 40 let. Na oddělení byl hospitalizovaný první den. Největší obavou pro něj byla hospitalizace v nemocnici, ale také komplikace spojená s vykrvácením během operačního výkonu. Psychickou podporu hledá u své rodiny, se kterou je neustále v kontaktu.

Pacient 9 (P9)

Posledním participantem byla žena, ve věku 31 let. Na oddělení byla hospitalizovaná druhý den. Její největší obavy vyplývaly z onemocnění COVID-19. Oporou je pro ni rodina.

Tabulka 2 Charakteristika pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení

	pohlaví	věk
P1	Žena	74
P2	Muž	35
P3	Žena	28
P4	Muž	22
P5	Žena	36
P6	Žena	48
P7	Muž	38
P8	Muž	40
P9	Žena	31

(zdroj: vlastní)

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorie a podkategorie rozhovorů se všeobecnými sestrami

Kategorie 1: Komunikace mezi sestrou a pacientem

Podkategorie 1: Verbální komunikace

Podkategorie 2: Neverbální komunikace

Kategorie 2: Příjem pacienta na oddělení

Podkategorie 1: Základní informace

Podkategorie 2: Opatření Covid-19

Kategorie 3: Edukace pacienta

Podkategorie 1: Edukační tým

Podkategorie 2: Oblasti edukace

Podkategorie 3: Edukační pomůcky a prostředky

Podkategorie 4: Efektivní edukace

Podkategorie 5: Neefektivní edukace a komplikace

Kategorie 4: Strach

Podkategorie 1: Příčina strachu

Podkategorie 2: Měřicí nástroje strachu

Podkategorie 3: Intervence pro zvládnání strachu

4.1.1 Rozhovory se všeobecnými sestrami

Kategorie 1: Komunikace

Kategorie komunikace mezi sestrou a pacientem byla rozdělena do podkategorií verbální komunikace a neverbální komunikace.

Podkategorie 1: Verbální komunikace

Z výzkumného šetření vyplynulo, že komunikace mezi sestrou a pacientem vzhledem k epidemickému opatření v době provádění výzkumného šetření byla mnohem náročnější. Všechny oslovené sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8) uvedly, že největší komunikační bariérou bylo nošení roušek. Dle sester S1, S2 a S4 bylo přes nasazenou roušku slověům hůře rozumět. Sestra S2 se vyjádřila: „...*k pacientům chodíme s nasazenou rouškou nebo respirátorem. Komunikace se tím stává mnohem složitější na porozumění.*“

Dle sester S4, S6, S7 a S8 bylo nezbytné předávat pacientům informace srozumitelně, tak aby rozuměli slověům a zároveň chápali obsah sdělení. Komunikantka S7 dodala: „*Zaměřuji se na to, jaké informace podávám, komu je podávám, ale také jestli jsou pro pacienta srozumitelné.*“ Pro sestru S8 bylo nezbytné podávat informace tak, aby byly pacientem co nejlépe pochopeny. Pochopení poskytovaných informací pacientům zdůrazňovala sestra S3 slovy: „*Pacientovi předám důležité informace v takové formě, které porozumí a následně poskytnu prostor pro kladení otázek..... během komunikace sleduji reakce na podávané informace.*“ Zvláštní důraz ve snaze vést komunikaci efektivně kladly informantky S1, S3, S4, S5 a S6 na artikulaci, což S5 vyjádřila slovy: „...*dbám na dobrou výslovnost.*“

Podkategorie 2: Neverbální komunikace

Nedílnou součástí dobré komunikace byla dle všech oslovených sester neverbální komunikace, již sestry z důvodu nošení roušek v současnosti přikládaly vyšší význam než dříve. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry využívaly z paralingvistických prostředků neverbální komunikace barvu hlasu, hlasitost hlasu a rychlost řeči. Z extralingvistických prostředků pak sestry využívaly mimiku, pohled, gestikulaci, haptiku a proxemiku.

O příjemném a vlídném tónu hlasu se zmínily během rozhovoru informantky S1, S3, S4, S5, S6 a S7. Potřebu přizpůsobit rychlost řeči během komunikace vnímaly sestry S1,

S2, S3, S7 a S8. Dle jejich vyjádření mluví především s pacienty vyššího věku pomaleji. Dále během rozhovoru zmiňovaly sestry S2, S7 a S8 nutnost mluvit hlasitěji, k čemuž S8 uvedla: „*Pomalu vysvětluji, co ho čeká. Hlasitost rozhovoru přizpůsobuji věku pacienta*“.

Důsledkem nošení roušek byla dle sestry S7 neverbální komunikace mnohem složitější než dříve. Podobně se vyjádřila sestra S2: „*Neverbální komunikace je celkově složitější, protože když k nim přijdeme s rouškou nebo ve štítu, špatně nám vidí do tváře*“

Komunikantce S6 chyběly mimické projevy pacientů, a tudíž včasné rozpoznání pacientovy reakce, proto se snažila navazovat oční kontakt. Sestry S7 a S8 také udržovaly během rozhovorů s pacienty oční kontakt. K mimice se vyjádřila sestra S7: „*...Pozoruj jak se pacient při rozhovoru tváří.*“ a dále S7 dodala: „*...snažím se víc usmívat, není sice vidět úsměv přes roušku, ale je vidět na očích*“. Sestry S3, S4, S6 se během neverbální komunikace nejvíce zaměřovaly na gestikulaci. Potřebu požívání gestikulace při komunikaci uvedla informantka S3, S4, S6 a S8. Sestra S3 vypověděla: „*V rozhovoru často gestikuluji a snažím se sledovat reakce na podávané informace.*“

Haptika byla důležitá při neverbální komunikaci pro sestru S5, která uvedla: „*pacienta chytnout za ruku nebo za rameno někdy velmi pomůže*“. Dotek jako důležitý aspekt sounáležitosti vnímala sestra S7, která během rozhovoru řekla: „*Myslím si, že ve zdravotnictví je důležitý dotek. Takže, když chci někoho uklidnit nebo vyjádřit sounáležitost, tak si vždy sundám rukavice a chytím člověka za ruku nebo pohladím po rameni. Je to dost účinné a lidé na to reagují velmi vřele.*“ O haptice mluvili také sestry S1 a S2, které dále při rozhovoru zmínili proxemiku. Sestra S1 sdělila: „*V rozhovoru je důležitá vzdálenost, ale také dotek*“. Informantka S2 se vyjádřila: „*...přizpůsobuji vzdálenost mezi pacientem a mnou. Teď je to trochu složitější, ale ve zdravotnictví je důležitý dotek.*“ O proxemice mluvila během rozhovoru i sestra S8, která uvedla: „*Při rozhovoru s pacientem dbám také na vzdálenost*“.

Kategorie 2: Příjem pacienta

Tato kategorie zahrnuje podkategorie základní informace a opatření Covid-19.

Podkategorie 1: Základní informace

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že příjem pacienta do zdravotnického zařízení provádí lékař v příjmové ambulanci. Pouze o víkendech dle výpovědi sestry S1 probíhá příjem na oddělení. Na oddělení dle vyjádření všech oslovených sester S1, S3, S4, S5, S6 a S7

přicházeli pacienti již s informacemi o jejich zdravotním stavu, plánovaném výkonu a možných komplikacích. Oslovené sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 s pacienty při přijetí na oddělení sepisovaly ošetřovatelskou anamnézu a dále byli pacienti seznámeni s oddělením a s řádem oddělení. Sestry je provedly oddělením a ukázaly jim, kde je sesterna, jídelna, sociální zařízení a následně pokoj, na kterém pacienti pobývali během hospitalizace. Dle oslovených sester S1-S8 je nezbytné poskytnout pacientům během přijetí informace o signalizaci a jejím používání, k čemuž se informantka S3 vyjádřila: „...sdělím, kdy chodí lékař na vizitu. Když pacienta přijímám na oddělení, ukážu mu, kde máme jídelnu, toaletu, kde je sesterna a na pokoji mu vysvětlím, jak používat signalizaci“. Sestry S1, S3, S6 a S7 pacienty obeznámily při příjmu o pravidelných vizitách lékařem na pokoji.

Podkategorie 2: **Opatření Covid-19**

Komunikantky S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 uvedly, že se v současné době ve zdravotnických zařízeních dodržují zvláštní opatření z důvodu epidemie onemocnění Covid-19. Nutnost podávat informace o těchto opatřeních ihned při příjmu pacienta na oddělení uvedly všechny oslovené sestry. Jedním ze základních nařízených opatření bylo nošení roušek, k čemuž se sestra S5 se vyjádřila: „...Momentálně zde máme opatření z důvodu COVID-19, takže pacienti musí nosit roušky na chodbě, na lůžku ji nemusí mít nasazenou“. Nutnost používání roušek uvedly všechny oslovené sestry. Mezi další mechanismy k zabránění přenosu infekce patří dle sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 zákaz návštěv ve zdravotnických zařízeních. Již při přijetí byla pacientům měřena tělesná teplota dle výpovědi sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8. K umístění pacientů na pokoje v souvislosti s epidemiologickou situací v současnosti uvedla sestra S1: „Pokud ta možnost je, tak se snažíme, aby byli sami na pokoji. U každého pacienta měříme teplotu při příjmu“. Stejně se vyjádřila S3 a S2, která uvedla: „...na pokoji jsou spíš po jednom. Měříme teplotu a upozorňujeme na nošení roušek“.

Komunikantky S2, S3, S6, S7 a S8 uvedly jako nedílnou součást anamnestických dat v dnešní situaci epidemiologickou anamnézu, kterou od pacientů odebírají při přijetí. Sestra S3 dále řekla: „...zjišťujeme epidemiologickou anamnézu, monitorujeme příznaky onemocnění. V případě potřeby je možné provést test na COVID-19“. O provádění testů prokazujících onemocnění Covid-19 se rozhovořily i ostatní sestry. Dle jejich vyjádření byly testy povinné u všech pacientů před výkonem na jaře 2020 avšak na podzim 2020

již není povinností pacienty před operací testovat, k čemuž se sestra S2 vyjádřila: „V první vlně se zastavily veškeré operace, většina pacientů se propustila domů a do nemocnice chodili pouze ambulantně na převaz. Na pokoji byli sami. Pokud musel někdo na operaci, dělal se mu stěr na COVID- 19. Pacienti se sami báli, ale obavy byli spíš ze strany rodiny, aby tu nemoc nepřinesli domů. Teď jsou opatření mírnější.“ K tématu testování se sestra S3 vyjádřila: „V případě potřeby je možné provést test na COVID-19“. Nechat si udělat test na Covid-19 doporučují pacientům před výkonem pracoviště, na kterých působily S5 a S8. Informantka S1 zmínila skupinu pacientů, u kterých je v jejich zdravotnickém zařízení doporučeno provádění testů a to slovy: „U nás jinak test doporučujeme mít hotový u onkologických pacientů. Momentálně se u pacientů před operačním výkonem neodebírá test na COVID- 19““. Doporučení testování pacientů s onkologickým onemocněním uvedla též sestra S2.

Kategorie 3: Edukace pacienta

Kategorie edukace pacienta zahrnuje podkategorie edukační tým, oblasti edukace, edukační materiál, efektivní edukace a neefektivní edukace a komplikace.

Podkategorie 1: Edukační tým

Edukace pacientů před operačním výkonem dle komunikantky S7 bylo nedílnou součástí předoperační péče o pacienty. Komunikantka S2 považovala edukaci v předoperační péči za velmi důležitou a dále se vyjádřila: „Na oddělení má každý svoji roli. Když je dobrá komunikace mezi lékařem, sestrou a pacientem pak je mnohem jednodušší samotná edukace, protože se nepředává jedna informace několikrát.“

Na edukaci pacientů před operačním výkonem se dle oslovených komunikantek S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 podílí lékař a sestra, což sestra S6 vyjádřila slovy: „Sestra a lékař mají v edukaci svoji roli v předávání informací. Pacient by měl vědět, jak se připravit, jak bude zákrok probíhat a co bude po zákroku.“ Podstatnou roli při edukaci pacienta před výkonem zastupoval dle sester S4, S5, S6, S7 anesteziolog. Sestra S7 zahrnovala do edukačního týmu lékaře internistu, specialistu a operátora. Sestra S8 považovala roli lékaře při edukaci pacienta za klíčovou, k čemuž uvedla: „Lékař je v edukaci klíčový. Podává informace o tom, jak výkon ovlivní jeho zdraví. Co může nastat, když výkon odmítne.“

Operátora zmínila během rozhovoru také sestra S1, která dále dodala, že se na jejich pracovišti hovořilo o možnosti zařadit do edukačního týmu sestru instrumentářku nebo sanitářku, a to slovy: *„Proběhla tady taková myšlenka, že by v den operace přišla za pacienty instrumentářka. Zatím se tak neděje, protože není ochota k tomuto kroku přejít. Do edukačního týmu jinak patří lékař, anesteziolog, operatér, sestra nebo sanitářka. Sanitářka má v edukačním týmu také svoji roli. Ne, že by cíleně edukovala, ale když obchází pokoje, mají větší prostor bavit se s pacienty, uklidnit je.“*

Podkategorie 2: **Oblasti edukace**

Edukaci pacientů před operačním výkonem provádí lékař a sestra (S1-S8). Z rozhovorů se sestrami S1, S3, S5, S6 a S7 vyplývá, že pacienti byli dobře edukováni a obeznámeni s informacemi o svém zdravotním stavu, průběhu operačního výkonu, hojení a možných komplikacích spojených s výkonem, lékařem v příjmové ambulanci. Oproti tomu z vyjádření sestry S4 vyplývá nedostatečná informovanost pacientů a dále uvedla, že záleží na postoji, který pacient při edukaci zaujímá. Tato sestra uvedla: *„Při edukaci hodně záleží na tom, jestli chce pacient spolupracovat.“*

Komunikantky S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 dále uvedly potřebu edukovat pacienty o předoperační přípravě a pooperační péči. Ta zahrnovala dietní změny, lačnění a zákaz kouření před operačním výkonem, což sestra S6 vyjádřila: *„Informuji o přípravě na výkon, o možnostech stravování. Je důležité je upozornit, že po operaci budou pacienti omezení dietou.“* Před určitými operacemi se provádělo dle sester S5 a S8 řádné prázdnění. O přípravě operačního pole a premedikaci edukovaly všechny oslovené komunikantky. Užívání chronické medikace a medikace ordinovaná před operací se dle výpovědi sester S1, S2, S4 a S7 mohou lišit, o čemž hovořily sestra S1 následovně: *„Od lékaře máme přesné informace, jaké léky a kdy je podat v rámci premedikace. Anesteziolog ordinuje léky vždy podle operace. Upozorňujeme pacienty, že místo tří léků, dostanou pouze dva.“* Sestry S2, S7 a S8 poučily pacienty o riziku pádu, které se zvyšuje při užití premedikace. K podávání premedikace se sestra S8 vyjádřila: *„Po podání premedikace zdůrazňuji, aby pacient nevstával. Snažím se je vždycky upozornit na riziko pádu. Udám vždy časový interval, do kdy by mohl cítit ospalost nebo uvolněnost.“* O možných nežádoucích účincích premedikace edukovala pacienty sestra S7.

Na riziko pádu v pooperačním období upozorňují pacienty všechny oslovené sestry. V souvislosti s edukací o riziku pádu prováděly všechny námi oslovené sestry

opakovanou edukaci o používání signalizace a sestra S7 dále uvedla: „*Dbám na prevenci rizika pádu, proto upozorňuji, aby nevstávali sami, zaměřím se na jejich obuv, a kompenzační pomůcky. Provádíme s pacienty nácvik pohybu s kompenzačními pomůckami. Myslím si, že hodně pomůže předcházet rizikům, když jsou pacienti správně edukováni.*“ Edukaci o invazivním vstupu při jeho zavedení hovořily sestry S4, S7 a S8, o používání kompresních punčoch sestry S3, S4 a S7 a o drénech sestra S4. Poučení o možnostech tlumení bolesti a využívání úlevové polohy zahrnovaly do edukace sestry S3, S5, S6 a S7 a dále během rozhovorů sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 uvedly edukaci o možných pooperačních komplikacích v průběhu hojení ran. Sestra S7 neopomněla během rozhovoru zmínit, že následkem operace může dojít, k zásadním změnám v životě pacientů a potřebě úpravy sociálního prostředí po návratu domů. Dle jejího mínění bylo nezbytné i na tyto možné změny upozornit a zajistit edukaci v této oblasti.

Podkategorie 3: **Edukační pomůcky a prostředky**

Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 edukovaly pacienty ústně s využitím edukačního materiálu. Edukační karty používaly informantky S1, S2, S3 a S4. S edukační kartou seznamovaly sestry pacienty při přijetí na oddělení. Sestra S1 uvedla, že pacientům vysvětluje, jaké informace karty obsahují a jak s kartami pracovat a podle nich postupovat během hospitalizace. Dle vyjádření sester S1, S2, S3 a S4 obsahovaly edukační karty informace ohledně předoperační přípravy a sestra S4 dále uvedla: „*Jsem ráda, že tu na oddělení máme pro pacienty takovou pomoc. Když se na tu kartu podívají, vědí přesně, že už večer nebudou nic jíst, léky že dostanou dle ordinace lékaře, ráno že mají být v klidu, mají si obléknout kompresní punčocháče nebo že nemají nic jíst a pít.*“

V souvislosti s edukací a předáváním informací na oddělení se sestry S1, S2, S7 a S8 zmínily o informačních nástěnkách, se kterými pacienty seznamují a ukazují jim, kde a jaké informace si mohou přečíst. Informační tabuli měly také na pracovištích sestry S5 a S6, sestra S5 se však vyjádřila: „*Na oddělení máme nástěnku, ale nijak s ní nepracuji. Určitě s pacientem nejdu k nástěnce a neukazuji mu u ní co a jak. Veškeré informace mají pacienti shrnuté v informovaném souhlasu a myslím si, že při příjmu předáváme veškeré potřebné informace.*“ Sestra S6 uvedla, že informační tabule je spíše určená chodícím pacientům.

Za edukační materiál považovaly sestry S5, S6, S7 a S8 informovaný souhlas, ve kterém jsou shrnuty veškeré informace o operačním výkonu jeho průběhu a komplikacích. Informované souhlasy s pacientem probírali lékaři (S1-S8). Komunikantka S7 uvedla: „*Důležitý je, aby si pacient přečetl řádně informovaný souhlas. Ten musí být podepsaný. Pokud má nějaké otázky, podle kompetence mu je zodpoví všeobecná sestra nebo lékař.*“

O brožurách využívaných v souvislosti s edukací hovořily sestry S6 a S8. Dle vyjádření komunikantky S6 se jednalo především o brožury pojednávajících o dietách po operačním výkonu. Sestra S8 hovořila všeobecně, o brožurách obsahujících různé informace a sestra S5 uvedla, že využívá při edukaci pacienta edukační list.

Podkategorie 4: **Efektivní edukace**

V rámci efektivní edukace má svou nezastupitelnou roli edukační tým a vhodně zvolená komunikace (S1-S8). Dle sester S4 a S5 není vhodné pacienta přehlcovat nadbytečnými informacemi. Z analýzy rozhovorů dále vyplývá, že k efektivní edukaci bylo nezbytné zvolit vhodné prostředí. Předávání informací a edukace dle oslovených sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 probíhala na pokoji u lůžka. Komunikantky S1, S4 a S6 zdůraznily potřebu klidného prostředí. Sestra S1 se snaží eliminovat rušivé faktory, což vyjádřila slovy: „*Vždycky záleží na tom, jaké informace předávám. Pokud je pacient připoután na lůžku, není jiná možnost, než mu všechno vysvětlit na pokoji. Na pokojích jsou mezi lůžky plenty, proto není problém zajistit soukromí. Důležité je, aby na pokoji byl klid.*“ V případě, že byla možnost, sestry S1, S2 a S4 vedly rozhovory a edukovali pacienty na vyšetřovně. Informantka S7 uvedla: „*...Je důležité získat pozornost pacienta. Někdy musím víckrát opakovat jednu informaci. Informace předávám někdy na pokoji, jindy na vyšetřovně.*“ K předávání informací volí sestry S5, S7 a S8 prostor na inspekčním pokoji sester a sestra S4 v případě potřeby zajištění klidu k edukaci volí také jídelnu pacientů.

Kontrolu, zda pacienti byli správně edukováni, provádí sestry S1, S2, S4, S5, S7 a S8 zpětnou vazbou. Tyto sestry kladly pacientům kontrolní otázky a povzbuzovaly je, aby se sami ptali na to, čemu nerozumí. Ke zpětné vazbě se sestra S1 vyjádřila: „*Pokud zjistíme, že se chce pacient doptat na nějakou otázku, tak podle kompetence mu ji buď zodpovíme my, nebo požádáme lékaře, aby se za ním zastavil. Vše je pouze o lidech. Ať mluvíme o sestrách nebo o lékařích, možnosti jsou. Někdy se stane, že pacient přijde*

na oddělení a má cílené otázky. Potom je ta práce s pacientem o něco jednodušší, když je vidět, že má sám zájem.“ Aby docházelo k efektivní zpětné vazbě snažila se sestra S7 navodit u pacientů pocit, že se nemusí bát zeptat se na cokoli a kohokoliv.

Sestry S3, S6, S7 a S8 považovaly za zpětnou vazbu podepsaný informovaný souhlas a dále se ještě doptávaly, zda pacient všemu rozuměl. Komunikantky S3 a S6 kontrolovaly pouze podepsaný informovaný souhlas a již neprováděly další kontrolu. Sestra S3 řekla: *„Pro mě je důležitý podepsaný informovaný souhlas, to je pro mě zpětná vazba, že pacient všemu rozumí.“*

Podkategorie 5: Neefektivní edukace a komplikace

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že příčinou nedostatečné edukace je dle sester S1, S3, S5 a S7 neefektivní komunikace a nedostatek informací podaných pacientům. Neefektivní edukace může vést dle sestry S8 ke ztrátě důvěry v kvalifikovaný personál a následně k nedodržování léčebného režimu. Ztrátu důvěry v ošetřující personál uvedly během rozhovorů také sestry S3, S5 a S6. Komunikantka S2 se nedomnívala, že by docházelo k nedostatečné edukaci, nýbrž o nedorozumění během komunikace. Dále tato sestra vyjádřila náročnost edukovat pacienty s omezením v oblasti mentality a seniorů. K této problematice sdělila: *„Záleží potom na tom, jak hodně je ten člověk schopný vstřebat informace, které mu předáváme. U těchto pacientů může být komplikací zmatenost, nespolupráce, odevzdanost, strach ze smrti.“* Věk pacienta a psychické rozpoložení hrají podstatnou roli při edukaci dle sester S6 a S4, která se vyjádřila: *„U starších pacientů musí být člověk trpělivý a pokud je potřeba, tak některé informace zopakovat. Mohla by pak vzniknout úzkost, strach nebo agrese. U starších pacientů můžou takové stavy nastat, ale spíš vlivem celkové anestezie.“* Dle sestry S6 mohou ovlivnit komunikaci a edukaci předešlé zkušenosti pacienta s hospitalizací a jeho postoj k dodržování předoperační přípravy a léčebného režimu, k čemuž uvedla: *„Spíš se stává, že pacient nedbá našeho upozornění a prevenci....U edukace hodně záleží na věku, ale taky třeba na předešlých zkušenostech. Může se u pacienta objevit strach, neklid nebo agrese. Když sem přijde pacient a už má z nemocnice nějakou negativní zkušenost, jeho obavy jsou potom mnohem větší. Potom můžou nastávat určité problémy v komunikaci.“*

Sestra S5 v souvislosti s nedostatečnou edukací pacienta vyjádřila obavy z odložení výkonu, a to především v důsledku nedodržení předoperační přípravy, tedy lačněním

před výkonem. Rizika plynoucí z neefektivní edukace zmínila také sestra S7 slovy: „*Problémy by mohly vzniknout s tím, že by pacient neměl jakékoliv informace nebo vědomosti ohledně předoperační přípravy a pooperační péče. Mohly by také vzniknout komplikace spojené s infekcí nebo pádem. Tyto komplikace by mohly poté vést k prodloužení hospitalizace.*“ Na riziko pádu plynoucí z nedostatečné edukace o komplikacích premedikace a v souvislosti s odezněním anestezie či podávání opiátů po operaci hovořily sestry S2, S7 a S8.

Kategorie 4: Strach

V této kategorii jsou uvedeny tři podkategorie vznik strachu, měřicí nástroje strachu a intervence zvládnání strachu.

Podkategorie 1: Příčina strachu

Strach, obavy a úzkost z operačního výkonu dle oslovených sester S1-S8 pociťují všichni pacienti. Sestra S1 dále doplnila, že vyšší míru strachu pozoruje u pacientů, kteří přicházejí do nemocnice na první operaci, protože nemají žádné předešlé zkušenosti. Rozdílnou míru strachu u pacientů před výkonem vnímá také sestra S8. Komunikantka S2 vyjádřila své pochopení strachu u pacientů a uvedla: „*Strach z operace chápu, sama jsem jednu prodělala. Proto se dokážu částečně vcítit do situace, kterou asi prožívají.*“ Samotný operační výkon považuje sestra S7 za zátěžovou situaci pro pacienta, který vede ke strachu. Obavy z následků, které mohou vyplívat z operačního výkonu vnímá u pacientů sestra S4.

Strach z podání anestezie a následné smrti, o kterém mluví hospitalizovaní pacienti seniorského věku zmínila sestra S2 slovy: „*Starší lidé se bojí anestezie, že se neprobudí...U těch může být komplikace zmatenost, nespolupráce, odevzdanost, strach ze smrti.*“ Strach z bolesti, která provází pooperační období a průběh hojení uvedly sestry S3 a S8.

Za činitel strachu považovaly sestry S2, S5, S6 a S7 hospitalizaci. Dle sestry S7 může vyvolávat strach pacientů neznámé prostředí nebo změna prostředí a denního režimu zvláště u seniorů. Sestra S2 se během rozhovoru ke strachu z hospitalizace vyjádřila následovně: „*U mladších lidí, se jedná o strach z délky hospitalizace, protože mají doma rodiny.*“ Epidemiologická situace nesla s sebou riziko nákazy onemocněním COVID-19 během hospitalizace. Tyto obavy vnímaly u pacientů sestry S2 a S6. Komunikantka S5

poukazovala na strach z hospitalizace a z přenosu COVID-19 na rodinu slovy: „*Strach z hospitalizace mají pacienti myslím si, hlavně z důvodu COVID-19. Bojí se, že by COVID-19 mohli z nemocnice přinést domů.*“

Dle zjištění sestry S2 docházelo v praxi k tomu, že se pacienti báli zeptat na informace, kterým neporozuměli nebo požádat o jejich zopakování. Negativní pocity a tudíž i strach plynoucí z nedostatečné informovanosti a edukace zaznamenaly u pacientů sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6. Sestra S3 považovala také neefektivní komunikaci za vyvolávající faktor strachu. V souvislosti s tímto tvrzením se shodla sestra S1, která uvedla: „*Celkový problém ve špatné edukaci si myslím, že je v komunikaci. Potom může vzniknout zbytečně strach z operace nebo strach z neznáma.*“ Dle sestry S6 ovlivňují vznik strachu předešlé zkušenosti, což vyjádřila: „*Když jsem přijde pacient a už má z nemocnice nějakou negativní zkušenost, jeho obavy a strach jsou potom mnohem větší.*“

Podkategorie 2: **Měřicí nástroje strachu**

K měření míry strachu jsou využívány měřicí nástroje, o kterých mají povědomí sestry S3, S4 a S5. Zatímco sestra S3 se dozvěděla o škálách strachu z literatury, sestry S4 a S5 je již dříve v praxi využívaly.

Z analýzy rozhovorů však vyplývá, že žádná z námi oslovených sester v současnosti s těmito nástroji nepracuje. Názory sester se na využívání měřicích nástrojů strachu v praxi lišily.

Sestry S4 a S5 s měřicí škálou pracovaly v jiných zdravotnických zařízeních, kde pracovaly dříve. Sestra S4 uvedla: „*Měřicí škálu jsem používala na oddělení, kde jsem pracovala. Myslím si, že to je dobrá věc jak pro nás, tak i pro pacienta. Z té škály vidíme, jak je zhruba na tom pacient a můžeme s ním dál pracovat.*“ Dále sestra S4 uvedla, že pracovat s měřicí škálou je časově nenáročné. Sestra S5 vidí výhody a uplatnění v používání měřicích nástrojů v možnosti přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Pozitivní názor na využití měřicích nástrojů strachu vyslovila sestra S7: „*...nepoužíváme škálu pro měření strachu, ale to neznamená že by zde nenašla uplatnění. O strachu pacienta bychom se dozvěděli možná více než z rozhovoru a dalo by se s tím rychleji pracovat, protože každý nepřizná, že má strach*“.

Sestry S1, S2 a S6 využívají k hodnocení strachu u pacientů před operací efektivní rozhovor. Dle vyjádření komunikantek S1, S2 a S6 je strach velmi subjektivním pocitem

a nevidí přínos měřicího nástroje v oblasti strachu, což sestra S1 vyjádřila slovy: „*Měřicí nástroje na strach zde na oddělení nepoužíváme. Používáme různé škály, třeba na bolest. Strach je velmi subjektivní, nevím, jestli by nám ta škála řekla něco jiného, než to co zjistíme rozhovorem.*“ Sestra S6 vyzdvihla potřebu individuálního přístupu při hodnocení strachu, který umožňuje především rozhovor a dále uvedla: „*Když s pacientem vedu rozhovor, většinou zjistím, zda má nějaké obavy. Myslím si, že další škála, by byla zbytečná.*“

Zcela negativní názor na používání hodnotících nástrojů k měření strachu uvedla sestra S8: „*Nepoužíváme a jsem za to ráda. Nemám s nimi žádnou zkušenost, ale myslím si, že by to byla byrokratická zátěž pro personál. Čas, kdy sestra bude vyplňovat nějakou škálu může využít zas jinak. Už teď mi přijde, že papírů máme dost.*“

Podkategorie 3: **Intervence pro zvládnání strachu**

Mezi intervence ke zvládnání strachu řadí oslovené sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 především rozhovory s pacienty. Během rozhovorů s pacienty je možné dle sestry S7 zopakovat si informace a probrat další pacientovi dotazy. Informovanost a efektivní edukace je nedílnou součástí při eliminaci strachu u pacientů dle všech oslovených sester a sestra S6 dále dodala: „*Snáším se pacientovi vysvětlit přínos operace a podpořit ho.*“ Pacientova důvěra ve zdravotnický personál snižuje míru strachu dle sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8.

Individuální přístup zdůraznily sestry S1, S3, S5, S6, S7 a S8. Sestra S3 vidí přínos při zvládnání strachu v individuálně vedených rozhovorech mezi lékařem a pacientem a sestrou a pacientem, díky kterému pacienti vidí, že zdravotníci mají zájem o jeho zdravotní stav. Dále sestra S3 uvedla: „*Považuji za klíčové poskytnout pacientovi prostor pro to, aby mohl o svém strachu hovořit. Stejně důležité je aktivně pacienta psychicky podporovat.*“ Kladné projevy zájmu o pacientův zdravotní stav, psychickou pohodu a jeho komfort při hospitalizaci v souvislosti se zvládnáním strachu uvedla sestra S7. Potřebu pacientů cítit v ošetrovatelském týmu oporu zmínila sestra S1 a S3. Sestra S6 k potřebě přistupovat ke každému pacientovi individuálně uvedla: „*Každý pacient je jiný a na každého působí trochu něco jiného. Někdo chce být sám, někdo zas potřebuje rodinu. Hodně pacientů si vybírá nemocnici podle vzdálenosti, tak aby za nimi mohla chodit návštěva, kdyby se náhodou prodloužila hospitalizace.*“

Klidné prostředí k navození pozitivního ladění a snížení míry strachu pomáhá pacientům dle sester S7 a S8. Z důvodů epidemiologické situace ve zdravotnických zařízeních byl nařízen zákaz návštěv (S1-S8) avšak kontakt s rodinou byl při eliminaci strachu dle komunikantek S3, S6 a S7 nezbytný. V průběhu pandemické situace se snažily sestry zajistit pacientům kontakt po telefonu.

Vhodná komunikace je základem eliminace předoperačního strachu dle komunikantek S1, S2, S3, S4, S5, S7 a S8, která uvedla: *„Nesmíme, ale také zapomínat na lidský přístup a zeptat se pacienta i na věci, které nesouvisí s výkonem a hospitalizací. Dobré je, se zeptat na jeho zájmy, rodinu nebo zaměstnání.“* Empatický přístup a vyjádření sounáležitosti používá během komunikace s pacienty sestra S7, která se vyjádřila: *„Myslím si, že ve zdravotnictví je důležitý dotek. Takže, když chci někoho uklidnit nebo vyjádřit sounáležitost, tak si vždy sundám rukavice a chytím člověka za ruku nebo pohladím po rameni.“* Ani sestra S5 neopomíjí dotek při komunikaci s pacientem a sestry S1, S5 a S7 se snaží o příjemný ton hlasu.

K týmu ošetrovatelského personálu se řadí sanitářky a sanitáři, kteří se podílejí na snížení předoperačního strachu komunikací a empatickým přístupem dle sester S2, S3 a S1, která uvedla: *„Když sanitářky obcházejí pokoje, mají větší prostor bavit se s pacienty, uklidnit je. Kolikrát se pacient svěří právě jí s jeho obavami. Potom je i pro sestru jednodušší zjistit, že pacient se necítí psychicky dobře a dá se to rychleji řešit.“*

Sestra S7 vidí možnosti zvládnání strachu ve skupinové edukaci, kdy by pacient přicházel do kontaktu s pacienty, kteří se připravují na stejný výkon. Dále se sestra S7 vyjádřila: *„Myslím si, že by byla vhodná i skupinová edukace....skupinová edukace má tu výhodu, že se pacient necítí, že je v tom sám. Vidí, že i další podstupují stejný výkon. Navíc pacienti po výkonech mohou sdělit ostatním, jak to probíhalo a jak to zvládají a podělit se o své pocity strachu. Myslím si, že pomůže popovídat si s člověkem, který tím výkonem již prošel.“*

4.2 Kategorie a podkategorie rozhovorů s pacienty

Kategorie 5: Výběr zdravotnického zařízení

Kategorie 6: Příjem pacienta na oddělení

Podkategorie 1: Informovanost pacienta

Podkategorie 2: Seznámení s oddělením

Podkategorie 3: Přístup personálu

Kategorie 7: Komunikace z pohledu pacienta

Podkategorie 1: Komunikace pacient – sestra

Podkategorie 2: Komunikace pacient – pacient

Kategorie 8: Strach pacienta

Podkategorie 1: Prostředí

Podkategorie 2: Příčiny pacientova strachu

Podkategorie 3: Intervence ke zmírnění strachu

4.2.1 Rozhovory s pacienty

Kategorie 5: Výběr zdravotnického zařízení

Tato kategorie představuje okolnosti, které vedly pacienty k výběru zdravotnického zařízení. Z dotazovaných participantů odpověděli P2, P3, P8, P9, že důvodem výběru nemocnice bylo doporučení jiné osoby.

Pacient P2 a P8 byli hospitalizováni poprvé, proto se ptali na zkušenosti se zdravotnickým zařízením svých příbuzných a známých. Pacient P9 dal na reference své známé pracující v nemocnici. K okolnostem vedoucím k volbě nemocnice pro plánovaný výkon se pacientka P3 vyjádřila: *„Do nemocnice, jsem šla cíleně, kvůli lékaři, byl mi doporučen od známé.“* Na základě kladných referencí a dobrých zkušeností se zdravotnickým zařízením a s lékařem blízké osoby se pro výběr nemocnice rozhodovali participant P2 a P8, který uvedl: *„Můj známý byl tady na operaci a byl velmi spokojený s přístupem, a hlavně s lékařem. Proto jsem si vybral tuto nemocnici.“* Spokojenost s přístupem zdravotnického personálu byl podstatný pro volbu nemocnice pro pacienta P3.

Pacientka P1 si zvolila nemocnici z toho důvodu, že v ní působí lékař, který měl pacientku operovat. Během rozhovoru pacientka P1 mluvila o předešlých zkušenostech vedoucích k výběru nemocnice následovně: *„Do této nemocnice jsem šla cíleně, kvůli lékaři, který mě má operovat. S nemocnicí jsem spokojená. Byla jsem zde již hospitalizovaná. Moje předchozí zkušenost je velmi dobrá, proto jsem zde dnes.“* Také pacientka P3 si zdravotnické zařízení volila na základě vlastních dobrých zkušeností.

Participant P4, P5 a P6 zohlednili při výběru zdravotnického zařízení jeho dostupnost. Pacientka P6 uvedla: *„Nemocnice je kousek od mého domova. Na operační výkon jsem musela nastoupit co nejdříve, takže ani nebyl čas si vybírat.“* Potřebu provést výkon co nejdříve uvedl pacient P7 a dále se vyjádřil: *„Neměl jsem možnost si vybrat nemocnici, lékař mi řekl, že mě budou operovat v této nemocnici, tak jsem zde.“*

Kategorie 6: Příjem pacienta na oddělení

Tato kategorie zahrnuje podkategorie informovanost, seznámení s oddělením, přístup personálu.

Podkategorie 1: Informovanost pacienta

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že pacienti (P1–P9) přicházející do nemocnice k operačnímu výkonu, očekávají od zdravotnického personálu řádnou informovanost. Pacientka P1 uvedla: *„Od zdravotnického personálu očekávám, že mi předají veškeré informace.... Všechno mi bylo vysvětleno při příchodu na oddělení a v ambulanci od lékaře.“* Participanti P2, P3, P4 a P6 se k podaným informacím k plánovanému výkonu vyjádřili podobně a pacienti P5, P7, P8, P9 kladli lékařům a sestřím doplňující otázky.

Dotazy směřující k průběhu operace a následné rekonvalescence kladl pacient P8, který řekl: *„Na operaci jdu poprvé, proto jsem se dotazoval na délku operačního výkonu, jakou technikou to bude prováděno, na možné komplikace, rehabilitaci nebo na návštěvy. Všechno mi bylo vysvětleno.“* Další otázky k průběhu výkonu pokládal pacient P9 a participanti P2 a P6 se zajímali o rizika spjatá s operačním výkonem. Pacientka P6 uvedla, že její dotazy se týkali také rizik spojených s podáním anestezie dále uvedla: *„Na pokoj za mnou přišel anesteziolog, který mi vše vysvětlil co se týká anestezie a dotazoval se na můj zdravotní stav. Přišel za mnou i operátor a vše mi znovu vysvětlil.“*

Vedle informací o rizicích plynoucích z výkonu očekávali pacienti P2 a P6 informace o délce hospitalizace a následné rekonvalescenci. Délka hospitalizace zajímala také pacientku P9, která uvedla: *„Moje očekávání od operace jsou velká. Ptala jsem se lékaře, jak operace ovlivní fungování mého těla a jak dlouho budu hospitalizována. Mám doma malé děti a potřebuji být co nejdřív doma.“*

Vysvětlení předoperační přípravy a řádnou informovanost sestrou uvedli během rozhovoru pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P8 a P9. Všichni tito pacienti byli edukováni sestrou o lačnění před operací. Participant P2 hovořil o předoperační přípravě k výkonu na zaživačím traktu s nutností řádného prázdnění. Řádné vysvětlení přípravy operačního pole a postupu vyholení poskytla sestra pacientům P1, P3 a P5. Riziko pádu spojené s podáním premedikace a odeznění anestezie probraly sestry s pacienty P1, P2, P3, P5 a P9. O používání signalizace edukovaly sestry všechny oslovené participanty. Pacientka P9 dále uvedla: *„Sestřička za mnou večer před operací přišla a poučila mě o tom,*

že od půlnoci nesmím jíst a pít. Pak mi dala léky, které ordinoval lékař a vysvětlila mi, že po nich budu ospalá a nemám vstávat sama z lůžka. Dala mi zvoneček na stolek a že si mám raději zazvonit.“ Změny v pohybovém režimu po operaci a využití kompenzačních pomůcek probraly před výkonem sestry s pacienty P1, P3 a P9. Pomůcky a brožury poskytující informace o předoperační přípravě předala sestra během edukace pacientům P1, P3 a P5.

Pacient P7 se k předoperační přípravě vyjádřil: *„Na operaci jsem se připravil podle toho, co mi řekl lékař.“* Negativní zkušenost při předávání informací v předoperační přípravě sestrou popsala pacientka P6 slovy: *„Co se týká předoperační přípravy, tak mi bylo řečeno, že musím jít na operaci a nesmím jíst, pít a kouřit.“*

Opakované podávání informací o výkonu uvedli účastníci P1, P3 a P7, který se vyjádřil: *„Lékař a sestra za mnou dorazili a vše jsme spolu znovu prošli.“* Pacient P8 však vnímal potřebu vlastního zájmu a kladení doplňujících dotazů, aby mu vše bylo řádně vysvětleno, což vyjádřil slovy: *„Jak doktor, tak anesteziolog se mi plně věnovali Myslím si, že to i díky mému zájmu. Bylo znát, že to normálně nedělají.“*

Podkategorie 2: Seznámení s oddělením

Z analýzy rozhovorů s pacienty vyplývá, že účastníky P1, P3, P4, P5, P7 a P9 sestra seznámila s oddělením. Pacientka P5 uvedla: *„Na oddělení jsou všichni moc hodní, seznámili mě s oddělením, ukázali mi kde, co najdu. Sestřička mi odpověděla na moje dotazy hned při příchodu na oddělení.“* Více se rozhovořili o seznámení s oddělením P1, P3, P4 a P9 kteří uvedli, že jim při příchodu na oddělení sestra ukázala, kde najdou inspekční pokoj sester, jídelnu s knihovnou a sociální zařízení. Manipulace s lůžkem byla vysvětlena pacientům P1, P4 a P9.

Pacient P8 se k obeznámení s oddělením vyjádřil: *„S oddělením mě nikdo z personálu neseznámil, bylo mi ukázáno, kde budu ležet.“* Také pacienti P2 a P6 nebyli provedeni oddělením při příjmu.

Signalizační zařízení a jeho používání bylo vysvětleno sestrou pacientům P3, P5, P8. Pacienti P7, P8 a P9 byli při přijetí na oddělení sestrou obeznámeni s řádem oddělení a pacientka P9 dodala: *„U lůžka mi sestřička všechno potřebné ukázala, také mě upozornila, že přijde odpoledne za mnou lékař a večer že bude vizita.“* O pravidelných vizitách lékaře u lůžka pacienta byl informován také pacient P8.

Podkategorie 3: **Přístup personálu**

Participanti P1-P9 před nástupem do zdravotnického zařízení k plánovanému operačnímu výkonu očekávali od sester dobrý přístup. Především dostatečnou informovanost, komunikaci, empatii, vstřícnost a pomoc v oblastech, které nebudou moci zvládat sami. S dobrým přístupem zdravotního personálu se během hospitalizace setkali pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7. Spokojenost s přístupem sester vyjádřila pacientka P1 a dodala: „*V minulosti jsem byla již na operačním výkonu. Musím říct že i tentokrát, se mi lékař i sestřičky dostatečně věnují. Jsem ráda že ležím v této nemocnici, protože na to, jaká je teď situace, se ke mně sestřičky i doktoři chovají velmi hezky, a to mě uklidňuje.*“ Příjemným překvapením bylo milé jednání ze strany personálu pro pacienty P2 a P6. Pacienti P2 a P4 během rozhovoru zdůraznili ochotu sester.

O empatickém přístupu sester k pacientům hovořila pacientka P5, která uvedla: „*...nemůžu si vůbec stěžovat, personál je velmi ochotný. Přístupují ke mně velmi empaticky a lidsky, a to mě velmi mile překvapilo.*“ Empatii a vřelost sester při jednání s pacienty zmínil pacient P2. Profesionální přístup zdůraznil pacient P7: „*...přístup je velmi profesionální u zdravotnického personálu. Musím říct, že se mi všichni dostatečně věnují.*“

Pacienti P6, P8 a P9 vyjádřili i svou nespokojenost s přístupem sester k pacientům. Pacientka P6 uvedla: „*Sestry jsou milé a příjemné, ne však příliš aktivní ke zjišťování mých potřeb, které jsem v tu chvíli nevládala sama uspokojit. Sestry ke mně moc nechodily. Jen, když jsem si zazvonila. Ovšem pokud jsem se na něco zeptala, ochotně odpovídaly a byly příjemné.*“ Podobné zkušenosti se zájmem sester o uspokojování potřeb pacienta po operačním výkonu popisoval pacient P8. Pacientka P9 popisovala pozitivní i negativní přístup personálu k pacientovi, uvedla: „*Někdy máte pocit jako, že jste další práce. Jindy je personál velmi vstřícný a ochotný. Setkala jsem se s oběma situacemi.*“

Kategorie 7: Komunikace z pohledu pacienta

Kategorie komunikace obsahuje dvě podkategorie komunikace pacient – sestra a komunikace pacient – pacient.

Podkategorie 1: **Komunikace pacient – sestra**

Vstřícnost a ochotu sester zodpovídat pacientům dotazy a vysvětlit to, čemu neporozuměli uvedli všichni oslovení účastníci. Jako komunikační bariéru vnímali pacienti omezení s rouškou, která byla jedním z opatření proti onemocnění COVID-19. Pacientka P1 se vyjádřila: „*Personálu přes roušku špatně rozumím, když nemluví dost nahlas.*“ Nedostačující srozumitelnost slov následkem nošení roušek zmínili pacienti P4, P5, P8 a P9. Pacientka P5 ke komunikaci s nasazenou rouškou dodala: „*Když s někým mluvím, automaticky zvyšují víc hlas, aby mi druzí rozuměli.*“ Na tón hlasu sester se soustředí pacientka P9, a to z důvodu, že nevnímá dostatek mimických projevů, kvůli roušce zakrývající část obličeje.

Mimické projevy při komunikaci chybí také pacientům P4, P8 a P5, která se vyjádřila: „*Docela mi chybí úsměv. Přes ty roušky, člověk moc nevidí do obličeje sestřiček. Ta mimika dělá doopravdy hodně při komunikaci.*“ Pro pacienty P1, P3, P4 a P5 je důležitý dotek při rozhovoru. Tento neverbální projev vnímají jako vstřícnost a projev empatie. Pacientka P1 ke komunikaci se sestrou uvedla: „*Sestřička si našla dost času, aby mi vše vysvětlila. Mluvila pomalu, vřídlným tonem a ptala se mě, jestli všemu rozumím. Když jsem si sedla, tak se také posadila. To mi bylo sympatické, nemám ráda, když nade mnou někdo stojí a něco mi vysvětluje.*“

Naopak dle účastníků P2, P3, P6 a P7 nepociťují rozdíly v komunikaci s rouškou nebo bez ní. Pacientka P6 však během rozhovoru uvedla, že problém je v nedostatku povídání mezi sestrou a pacientem a dále se vyjádřila: „*Já nemám problém komunikovat, ale přijde mi, že sestry nemají dostatek času. Potom, když sem přijdou, týká se komunikace jen těch nejdůležitějších informací a podávání léků.*“ To samé vnímala také pacientka P3.

Podkategorie 2: **Komunikace pacient – pacient**

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že účastníci P1, P3 a P5 využili nadstandardních pokojů, proto, aby měli vlastní klid a soukromí během hospitalizace.

Naopak účastníci P4, P6 a P7 byli spokojeni s pacienty na pokoji, se kterými si dobře rozuměli a povídali si spolu a pacient P6 dále uvedl: „*Na pokoji je se mnou velmi upovídaná paní, a s tou mi to utíká velmi rychle. Navíc máme stejné koničky, a tak je pořád o čem mluvit.*“ Účastník P4 si se spolu pacientem na pokoji

rozuměl, ale postěžoval si, že nemůže v noci spát, protože spolu pacient chrápe. Ráno se necítí dobře, je unavený a musí přes den pospávat.

O svém strachu před operačním výkonem a o tom, jak se cítil po operaci si mohl popovídat pacient P7 se svým spolu pacientem a dále se vyjádřil: „...*také jsme si měli stále o čem povídat. Rozptýlení mi přišlo vhod. Cítil jsem, že nejsem sám, kdo prožívá bolest a náročnou situaci.*“

Participanti P2, P8 a P9 si s pacienty, kteří s nimi byli hospitalizováni na stejném pokoji nepovídali. Pacient P2 si povídat nechtěl a při každé příležitosti se snažil opustit pokoj. Vhodné téma k hovoru nenašli se svými spolu pacienty ani pacienti P9 a P8, který se vyjádřil: „*nebavíme se spolu, protože není o čem.*“

Kategorie 8: Strach pacienta

Kategorie strach tvoří tři podkategorie, které zahrnují prostředí, příčiny strachu, intervence ke zmírnění strachu.

Podkategorie 1: Prostředí

Nemocniční prostředí samo o sobě nepůsobí příjemným dojmem na participanty P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 a P9. Pacient P4 se k pocitům z prostředí nemocnice vyjádřil: „*V cizím prostředí jsem nejistý, nemám svůj komfort, a tak se necítím zrovna nejlíp. Vybavení pokoje je dostačující, ale zastaralé.*“

Dle pacientů P6 a P7 je prostředí nemocnice neosobní. Nepříjemné pocity z nemocnice jsou vyvolány dle pacienta P2 především z toho důvodu, že musí být hospitalizován ze zdravotních důvodů a musí podstoupit operační výkon. Prostředí nemocnice však popisuje jako standardní, klidné a čisté. Také participanti P6 a P7 hodnotí kladně čistotu na oddělení a pacient P7 vypověděl: „... *je to tady takové neosobní, ale čisté. Vybavení je nemocniční, nepůsobí na mě nějak špatně ale dlouho tady doufám nebudu. Sestry i lékaři jsou jistě profesionálové. Pár dní se tu dá vydržet.*“

Nepříjemné pocity při příchodu do nemocnice spojené s tím, že nemají zatím žádné zkušenosti s hospitalizací popisovali pacienti P2 a P8. Dále participant P8 uvedl: „*Nemocniční prostředí na mě působí normálně. Necítím se tu nějak špatně. Vybavení pokoje je standardní, žádný velký komfort, ale snad bude vše v pořádku a brzy se dostanu domů.*“

Epidemiologická situace v době výzkumného šetření kladla zvýšené nároky na dodržování proti epidemiologických opatření k zabránění přenosu onemocnění COVID-19. Tato opatření oslovení pacienti P1-P9 považovali za součást vytváření bezpečného nemocničního prostředí. Jedním ze základních opatření k zamezení přenosu infekce byla častá dezinfekce prostředí o čemž hovořil pacient P2, který uvedl: „*Sestřičky to tady často dezinfikují, myslím si, že čistší a sterilnější prostředí jinde není.*“ Avšak specifické pachy, a to především z dezinfekčních prostředků vadili pacientům P3, P5 a P9. Nejen pach z dezinfekcí, ale také nedostatek místa na pokoji vyvolávali u pacientky P9 nepříjemný pocit. O nedostatku vlastního prostoru z důvodu malých pokojů mluvili stejně jako pacient P9 participanti P2 a P7.

Naopak pacienti P1, P3 a P5 využili nadstandardních pokojů a byli spokojeni s vlastním prostorem, k čemuž se pacientka P1 vyjádřila: „*Nemocniční prostředí na mě nepůsobí nejlíp. Mám nadstandardní pokoj, vlastní klid a televizi. Vybavení pokoje je bezvadné, postel je pohodlná a pravidelně mi ji převlíkají, sociální zařízení je čisté.*“ Pacienti P1, P3 a P5 zvolili nadstandardní pokoje také z potřeby vlastního klidu a z obavy ze spolu pacientů. Pacientka P1 uvedla: „*Bála jsem se, že budu na pokoji s někým, kdo mi bude vadit. S někým, kdo bude moc povídat nebo naříkat. Chtěla jsem mít klid.*“ Stejně obavy vyjádřil pacient P3 a pacient P5 se obával, že by byl na pokoji se staršími lidmi.

Podkategorie 2: **Příčiny pacientova strachu**

Negativní emoce především strach a obavy ve spojitosti s hospitalizací z důvodu operačního výkonu vyjádřili všichni oslovení participanti P1 – P9. Obavy z neznámého prostředí a vytržení z vlastního sociálního prostředí vyslovil pacient P2, který měl být hospitalizován poprvé. Oproti tomu pacient P8 přicházející do nemocnice k operačnímu výkonu prvně uvedl: „*Já si nic nepřipouštím. Pro mě je důležitý, aby se zákrok povedl a nemusel se znova opakovat.*“ V souvislosti s hospitalizací vyjádřila pacientka P1 obavy ze zjištění dalšího onemocnění, k čemuž dodala: „*Mám strach, že se z nemocnice nedostanu domů a bojím se, že mi najdou jinou, vážnější nemoc.*“ Stejně obavy zmínil také pacient P4. O strachu z možného úmrtí během operace hovořili pacienti P4, P9 a P7, který uvedl: „*Mám doma malé děti a bojím se, kdyby se mi něco stalo během operace, co s nimi bude.*“

Strach z anestezie a rizik plynoucích z jejího podání vyjádřili pacienti P1, P2, P3, P5, P6, P7 a P9. K obavám z podání nedostatečného množství anestezie pacientka P5 vypověděla: „...*bojím se, že mi dají málo anestézie a já se během operace probudím.*“ Pacientka P6 měla strach, že se z anestezie neprobudí. O důvodech svého strachu hovořila pacientka P9 následovně: „*Mám strach z anestézie. Bojím se smrti, ale také toho, že po operaci nebudu fungovat tak jako dřív.*“

Strach z operace a očekávaného výsledku zmínil během rozhovoru pacient P7. Pacienti P1 a P6 se také obávali, zda dopadne operace dobře a pacientka P6 dále uvedla, že se bojí komplikací během operačního výkonu a následně v pooperačním průběhu. Rizika krvácení a vykrvácení se obával pacient P8. Obavy z nedostatečné soběstačnosti a potřeby pomoci ze strany ošetrovatelského týmu vyjádřili pacienti P2 a P4 a dále uvedli, že očekávají pomoc a vstřícnost ze strany sester.

Před přijetím do nemocnice se pacient P4 obával toho, s kým bude na pokoji. V rozhovoru uvedl: „*Chtěl jsem být sám na pokoji, protože jsem měl strach, že budu na pokoji s někým starším, a to naštěstí nejsem.*“ Obavy z nedostatku klidu, vlastního prostoru a spolu pacientů měli pacienti P1, P3 a P5, kteří využili nadstandardního pokoje.

Z nedostatečného tlumení bolesti doprovázející průběh hojení operační rány vyjádřili strach pacienti P2, P3, P5 a P8. Naopak pacientka P1 v oblasti tišení bolesti zcela důvěřuje lékařům, což vyjádřila slovy: „*Z bolesti strach nemám, já lékařům věřím.*“

V souvislosti s probíhající epidemiologickou situací vyvolávala strach u pacientů P1, P3, P6 a P9 nákaza onemocněním COVID-19 během hospitalizace. Pacientka P3 k riziku nákazy uvedla: „*Mám strach, že se nakazím v nemocnici, protože bych tu pak musel být déle hospitalizovaný.*“ Přesto, že pacientka P1 uvedla, že pociťuje obavy z rizika nákazy COVID-19, důvěřuje zdravotnickému personálu dodržujícím veškerá opatření k zabránění přenosu onemocnění. Pacientky P6 a P9 vyslovily své obavy z toho, že by mohli nakazit po návratu z nemocnice vlastní rodinu, což vyjádřila pacientka P6 slovy: „*Bojím se nákazy COVID-19, ale také toho, že se nakazí moje rodina.*“ a pacientka P9: „...*bojím se, abych to onemocnění nepřinesla domů.*“

Podkategorie 3: **Intervence ke zmírnění strachu**

Náročná epidemiologická situace vyžadovala dodržování zvýšených hygienických opatření, která vnímali všichni oslovení pacienti P1-P9. Pacienti P1-P9 uvedli, že dodržování těchto opatření má své opodstatnění a snižuje míru strachu z nákazy onemocněním COVID-19. Svou důvěru v personál vyslovil pacient P4: „*Opatření na oddělení a v nemocnici jsou podle mého dostačující. Personál se chová velmi zodpovědně a já se díky tomu v tomto směru cítím bezpečně.*“ I přesto, že participanti P1, P3, P6 a P9 vyjádřili obavy z nákazy, dále během rozhovoru uvedli, že mají důvěru ve zdravotní personál a opatření, která jsou dodržována. Patientka P6 se k opatřením vyslovila: „*Opatření na oddělení mají určitě svoje opodstatnění a jsou zavedena proto, aby nás chránili před infekcí..... Bojím se, že se nakazím, proto se snažím dodržovat všechno co mi sestřičky řekly.*“

Všichni oslovení pacienti P1-P9 považují ošetřující personál za odborníky. Věří v jejich znalosti a odborné zkušenosti což považují za podstatné ke zmírnění strachu z operačního výkonu. Participant P7 se dále v rozhovoru vyslovil: „*Věřím, že jsem v dobrých rukou lékaře i sestřiček.*“

Důležitým faktorem ke snížení míry strachu je dle pacienta P1, P3, P5 a P7 působení prostředí. Stejný názor vyjádřil pacient P2, který uvedl: „*Hodně důležitý je i prostředí, kde jsem a tady se cítím docela dobře.*“ Klidné prostředí na oddělení si pochvaloval pacient P8. Pocit uklidnění před operací a v průběhu pooperačního období navodil u pacienta P7 rozhovor se spolu pacientem a dále se P7 vyjádřil: „*Rozptýlení mi přišlo vhod. Cítil jsem, že nejsem sám, kdo prožívá bolest a náročnou situaci.*“

Intervencí ke snížení strachu je dle vyjádření oslovených pacientů P1-P9 podávání informací o výkonu. Všichni participanti vyzdvihli potřebu dostatečného množství informací podaných lékařem a prostor pro pokládání doplňujících dotazů. Patientka P1 uvedla: „*...lékař s semnou mluvil, na obrázku mi vysvětloval, co je potřeba udělat. Po rozhovoru s lékařem jsem byla klidnější.*“ a pacient P4: „*Hovořil jsem s lékařem. Potom jsem se cítil velmi poučeně a bezpečně. Měl jsem možnost se zeptat na doplňující otázky.*“ Mírné obavy z délky hospitalizace přetrvávaly po rozhovoru s lékařem u pacientky P3, která se vyjádřila: „*Mluvila jsem s lékařem o operaci. Odpověděl mi na otázky, které se týkaly operace, cítila jsem se lépe, ale i tak jsem se cítila malinko nejistě. Mám doma malé dítě a bojím se, abych tu nebyla moc dlouho.*“ O svém strachu

z bolesti, hovořili pacienti P2, P3, P5 a P8 se sestrou a s lékařem. Po rozhovoru a seznámením s možnostmi tlumení bolesti se všichni tito pacienti cítili klidnější.

K eliminaci strachu před operačním výkonem přispěla dle participantů P1, P2, P4, P5, P7, P8 a P9 vstřícná komunikace ošetrovatelského týmu. Pacient P8 mluvil především o komunikaci a zájmu ošetrovatelského týmu následovně: *„Obecně si myslím, že mi pomáhá komunikace, že se mohu zeptat. Informovanost si myslím, že je tady dobrá. Když vím, že se mohu zeptat na cokoli a nikoho tím neotravuji, to mi pomáhá zvládat mé obavy. Dobré je taky, když se sestry zastaví a popovídají si s námi v klidu.“* Dále pacient P8 vyjádřil své pochopení s pracovním vyčerpáním sester a nedostatkem pro komunikaci s pacienty. Sám však jejich snahu vnímá pozitivně a dodal, že se při každé příležitosti za ním zastavily a komunikovaly. Stejný názor vyslovili participanté P2 a P5. Patientka P6 během rozhovoru vyslovila potřebu více zájmu ze strany sester slovy: *„Mě by nejvíc pomohlo, kdyby se mnou sestra strávila víc času před výkonem a víc se mnou mluvila.“*

Pacienta P7 uklidnil rozhovor s milou sestrou již při příjmu na oddělení, avšak během rozhovoru dále uvedl, že zcela v klidu bude až po výkonu a ujištění lékařem o dobrém výsledku operace. Vlídne slovo a empatie pomáhá při zvládnutí strachu z operace pacientům P2, P4, P5, P7 a P1, která uvedla: *„Sestřičky jsou tady moc hodný. Mně vždycky nejvíc pomůže vlídne slovo, a to tady ze strany personálu je. To mě vždycky nejvíc uklidní, když s semnou někdo mluví lidsky. Komunikace je celkově na velmi dobré úrovni. Mě nechybí vůbec nic a cítím se tu docela dobře.“* Dotek při rozhovoru jako projev empatie a sounáležitosti vedoucí ke snížení strachu vnímali od sester pacienti P1, P3, P4 a P5.

Laskavý přístup sester k pacientům pomáhal zmírnit strach participantům P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7. Ochota sester pomoci pacientům snížila strach z nedostatečné soběstačnosti ihned po výkonu pacientům P4 a P2, jenž se vyjádřil: *„Bál jsem se, jak budu zvládat po operaci běžné věci jako je dojit si na záchod nebo se osprchovat, ale sestřičky jsou tu ochotné. Věřím, že mi pomůžou.“* Profesionalita, se kterou vykonávaly svou práci sestry na oddělení snižovala míru strachu u pacienta P7. Patientka P5 mezi intervence snižující míru strachu před výkonem zahrнула také úsměv sester a dále uvedla: *„Víte, když jsou zavřené nemocnice a nejsou povolené návštěvy, tak jediný kontakt máme s personálem. Když ležíte celý den na posteli, pak jste rádi za jakýkoliv kontakt.“*

Nejdůležitější roli při zmírnění strachu z operačního výkonu, a především psychickou oporu představuje pro všechny oslovené participanty P1-P9 rodina. V době výzkumného šetření byly návštěvy ve zdravotnických zařízeních zakázané, proto všichni participanti udržovali s rodinou jen telefonický kontakt. Pacient P2 se vyjádřil: *„S rodinou jsem neustále v kontaktu. Před operací mě velmi uklidňují psychicky.“* Stejně odpověděla také P6: *„V rodině jsme si velmi blízcí, můžu s nimi mluvit o všem a také vím, že mi se vším po návratu domů pomůžou. To mě dost uklidňuje.“*

Pacientka P1 vypověděla, že v obtížných situacích mu pomáhá víra a dále během rozhovoru uvedla: *„Jsem katolička, ale faráře jsem odmítla. Večer se modlím, aby mi Bůh pomohl. Víra mi pomáhá ke zvládnutí strachu z operace.“* Pacientka P5 se pravidelně modlí k Bohu a díky své víře pociťuje snížení míry strachu. Pacientka P6 věří v něco vyššího a jeho vlivu na psychickou pohodu v těžkých chvílích k čemuž se vyjádřila: *„Věřím, že někdo nad námi drží ochranou ruku. To mi svým způsobem dává sílu, vydržet těžké chvíle.“* Ostatní pacienti uvedli, že jsou ateisté a víra je nijak neovlivňuje.

5 DISKUZE

Strach je subjektivní pocit, který zná každý z nás. Je vyvolán faktory či událostmi v našich životech. Operační výkon a nutnost hospitalizace představují tíživou životní situaci, s níž jsou spojeny negativní emoce. Nedílnou součástí práce sester je snaha pacientům ulehčit a zvládnout nepříjemný pocit strachu před operací. Předmětem empirické části práce bylo prozkoumat možnosti zvládnání strachu před operačním výkonem z pohledu sester a pacientů. Bylo stanoveno pět cílů a k jejich dosažení byla zvolena kvalitativní metoda formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení a pacienti hospitalizováni z důvodu operačního výkonu.

Prvním a druhým stanoveným cílem bylo ***zjistit očekávání pacientů od sester vzhledem ke zvládnání strachu před operačním výkonem a zjistit jaké faktory ovlivňují pacienta ve zvládnání strachu před operačním výkonem.*** Bez ohledu na typ operace, ať už se jedná o malý či velký výkon, v lokální nebo celkové anestezii, prožívá nemocný úzkost a strach. Pacienti často mívají strach ze ztráty kontroly a autonomie, různé předsudky a obavy (Pritchard, 2009). Atkinson a Pudner (2010) řadí mezi hlavní stresory v perioperačním období ztrátu kontroly nad událostmi, strach z neznáma, ztrátu důstojnosti a nedostatek soukromí. Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplynulo, že strach z hospitalizace a operačního výkonu pociťují pacienti P1-P9. Pacientka P1 vyjádřila obavy, že zjištění dalšího onemocnění a že se z nemocnice nedostane domů. Pacienti P4, P7 a P9 se obávali možného úmrtí. Všichni oslovení pacienti v rámci snížení míry strachu očekávali od ošetřujícího personálu především poskytnutí informací týkajících se operačního výkonu, předoperační přípravy a pooperační péče či omezení v rámci léčebného režimu. Jako příklad lze uvést výpověď pacienta P8: „*Na operaci jdu poprvé, proto jsem se dotazoval na délku operačního výkonu, jakou technikou to bude prováděno, na možné komplikace, rehabilitaci nebo na návštěvy.*“ Janíková a Zeleníková (2013) řadí poskytování informací pacientům mezi intervence snižující strach a úzkost před operačním výkonem. V této souvislosti se nabízí upozornit, že participanti P1-P9 předpokládali, že jim informace o průběhu operace a následné rekonvalescence budou podány a vysvětleny lékařem. Na srozumitelné předávání informací lékařem pacientům upozorňuje i Ptáček et al. (2014). I v pojetí Gulášové et al. (2014) je základním předpokladem úspěchu efektivní informovanosti přiměřeně a srozumitelně podané

informace s důrazem na kvalitu a kvantitu poskytovaných informací a následné prohlubování vědomostí. Sestry S1-S8 se shodly na tom, že pacienti přicházejí již informováni o operačním výkonu z příjmové ambulance. V této souvislosti se nabízí upozornit, že pacienti P1-P9 uvedli řádnou informovanost lékařem, avšak pacienti P5, P7, P8 a P9 pokládali lékaři a následně sestřím doplňující dotazy. Ke zjištění potřeby vyšší míry informovanosti pacientů před operací dospěla také ve své práci Riegerová (2019).

Zatímco pacienti očekávali odborné informace o výkonu od lékaře, od sester očekávali informace o předoperační přípravě a o chodu oddělení. Z analýzy rozhovorů provedených v rámci našeho výzkumného šetření však vyplývá, že předoperační přípravu řádně probraly sestry s pacienty P1, P2, P3, P4, P5, P8 a P9. I přes to, že sestry S1-S8 uvedli podávání informací a edukaci pacientů před výkonem jako součást běžné praxe, kterou vykonávají, byl participant P6 pouze upozorněn na nutnost lačnění před výkonem a pacient P7 nebyl o předoperační přípravě informován. Domnívám se, že je nezbytné pacienty řádně informovat a edukovat před operačním výkonem, protože řádná informovanost snižuje předoperační strach a úzkost. Naprosto se ztotožňuji s tvrzením Hlaváčka (2020), který uvádí, že čas, který věnujeme pacientům je vklad do důvěry ve zdravotnický personál a poskytovanou péči. Obavy pacientů, pocit strachu a úzkosti lze minimalizovat až vyloučit důkladnou přípravou pacienta k operačnímu zákroku (Hlaváček, 2020). Pacient přicházející k operačnímu výkonu se ocitá v cizím prostředí, čeká jej náročná životní situace a nedostatečnou informovaností a nezájmem sester může docházet ke zvýšení strachu. Neefektivní edukací a nedostatečnou informovaností dochází dle sester S3, S5, S6 a S8 ke ztrátě důvěry v ošetřovatelský personál. Všichni oslovení pacienti P1-P9 očekávali poskytnutí zdravotní péče na odborné úrovni a ztráta důvěry v ošetřovatelský personál vede dle nich k umocnění negativních pocitů zvyšujících strach a obavy o vlastní život.

Dle Kyselové (2016) pociťují pacienti strach nejen z hospitalizace a samotného výkonu, ale také z podání anestezie, bolesti, ztráty soběstačnosti a o členy rodiny. Ke stejným závěrům jsme dospěli i my během výzkumného šetření. I Janíková a Zeleníková (2013) představily, že Kindrer se svým týmem na základě výzkumu u pacientů před operací stanovili dimenze strachu a úzkosti mezi něž řadí strach ze smrti. Participanti P1 P4, P7 a P9 vyjádřili strach ze smrti. Pacient P7 vyjádřil strach ze smrti, protože by se neměl kdo postarat o jeho děti. Obavy z nedostatečné soběstačnosti a potřeby pomoci ze strany ošetřovatelského týmu vyjádřili pacienti P2 a P4 a dále uvedli,

že očekávají pomoc a vstřícnost ze strany sester. V případě poruchy soběstačnosti, hovoříme o závislosti, jenž může negativně ovlivňovat kvalitu života jedince ve fyzické, psychické a dlouhodobá porucha také v ekonomické a sociální oblasti (Pokorná et al., 2013). Dlouhodobých následků na soběstačnost po operaci se obával pacient P9. S porušenou soběstačností vyvstávají další rizika, konkrétně riziko pádu. Pád představuje další strach z prodloužení hospitalizace a rekonvalescence či jiných následků na zdraví. Dle Šrámkové (2007) je předoperační strach přirozeným jevem při chirurgických zákrocích. Ten vyplývá z obav z možných komplikací nebo neúspěšné operace. Tyto obavy vyjádřili pacienti P1, P6, P7 a P8.

Strach z anestezie vyjádřili pacienti P1, P2, P3, P5, P6, P7 a P9. Tyto negativní emoce u pacientů vnímá sestra S2. Pacienti dále uvedli, že ke zmírnění strachu očekávali dostatečnou informovanost anesteziologem. I přesto, že naším cílem bylo zjistit očekávání pacientů od sester nelze informovanost a edukaci ze strany lékařů z této studie zcela vyloučit, protože kompetence k podávání těchto informací mají lékaři. Avšak sestra s pacienty tráví mnohem více času a je-li vnímavá a má patřičné komunikační dovednosti je schopna pomocí zpětné vazby zjistit, zda má pacient stále obavy a z čeho obavy plynou. Následně může na tyto skutečnosti upozornit lékaře, který poskytne pacientům další informace a tím přispět ke zmírnění strachu. Příčinou strachu pacientů je dle sester S3 a S8 pooperační bolest. Strach z bolesti uvedli pacienti P2, P3, P5 a P8. Bolest je nepříjemný subjektivní prožitek, který je vyvolán samotným onemocněním, ale také poškozením celistvosti tkání organismu spojeným s operačním výkonem. V současnosti již známe mnoho farmakologických a nefarmakologických možností tlumení bolesti. Křivohlavý (2002) rozděluje druhy terapie do dvou skupin, a to do lékařské formy tlumení bolesti a psychologické. V praxi však sestra uplatňuje také fyzikální metody k tlumení bolesti jako je užívání tepla a chladu nebo úlevové polohy. Pacienti sami očekávají, že jim ve zdravotnictví od bolesti pomůžeme zkušená sestra, která využívá veškeré možné kombinace terapie. Domnívám se, že sestra, která nabídne pacientovi různé kombinace technik pro tlumení bolesti, přispívá ke zklidnění a zmírnění strachu pacienta z bolesti.

Nejen informovanost, ale také prostředí, ve kterém pacienti čekají na operaci ovlivňuje jejich emoce. Dnes má každý pacient právo zvolit si zdravotnické zařízení, ve kterém bude ošetřen či operován. Zajímali nás důvody vedoucí k výběru zdravotnického zařízení. Doporučení jinou osobou zohlednili při výběru nemocnice pacienti P2, P3, P8 a P9. Na základě předešlých zkušeností volili zdravotnické zařízení

pacienti P1 a P3. Toto považujeme za vhodné faktory vedoucí ke zmírnění strachu. Dle našeho názoru vede klidné a přátelské prostředí k eliminaci strachu. Obavy z nedostatku klidu, vlastního prostoru a spolu pacientů měli pacienti P1, P3 a P5. Také ostatní participanti hovořili o nepříjemných pocitech spjatých s nemocničním prostředím. Pacienti popisovali nemocniční prostředí jako čisté, avšak neosobní a hovořili o nedostatku osobního prostoru z důvodu malých pokojů nebo spolupacientů. Je potřeba upozornit, že výpovědi participantů se ne úplně shodují s Wirthovou (2011), která uvádí, že čekání v klidném, příjemném prostředí a profesionální přístup zdravotníků je základem pro dobrou adaptaci nemocného na hospitalizaci.

Všichni poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni zavádět systém hodnocení kvality a bezpečí za účelem zajištění kvality procesů ve zdravotnictví (Zákon č. 372/2011 Sb.). Bezpečí pacientů nelze opomíjet, a zvláště v současné pandemické situaci je nezbytné zavádět a dodržovat veškerá proti epidemiologická opatření vedoucí k zabránění šíření onemocnění COVID-19. Obavy z nákazy onemocnění uvedli pacienti P1, P3, P6 a P9. Během rozhovorů se však participanti P1-P9 a sestry S1-S8 vyjádřili, že veškerá opatření jsou ve zdravotnických zařízeních dodržována, čímž by mělo docházet k eliminaci strachu z nákazy.

Na základě uvedených výsledků lze uvést odpověď na výzkumnou otázku 1: Jaké očekávání pacienti mají od sester vzhledem ke zvládnutí strachu před operačním výkonem? Pacienti od sester očekávají informace týkající se předoperační a pooperační péče, seznámení s omezením týkajícím se léčebného režimu, profesionální, vstřícný a empatický přístup.

Opора rodiny před operací byla důležitá pro všechny oslovené pacienty. Podporu jim rodina vyjádřila před plánovaným výkonem a kontakt s ní vzhledem k probíhající pandemii udržovali pacienti telefonicky. Naše zjištění se shodují s Vondálovou (2014), která ve své práci došla k závěru, že poskytnutím sociální opory svým nejbližším lze eliminovat negativní vliv náročné životní situace. Dle Mandincové (2011) zjistilo mnoho autorů ve svých studiích, avšak názvy jednotlivých studií Mandincová neuvádí, že dobrá kvalita sociální opory se projevuje rychlejší úzvavou pacienta, snížením spotřeby léků v průběhu terapie a jejich lepším celkovým zdravotním stavem. Domnívám se, že je nezbytné, aby i v tak tíživé době, byli pacienti v kontaktu s rodinou a neopomíjela se důležitost role nejbližších v psychické podpoře pacientů před operací. Vzhledem k restriktivním opatřením byly návštěvy ve zdravotnických zařízeních zakázány. Nabízí

se, aby sestry a ostatní ošetrovatelský personál pomohl pacientům zajistit alespoň telefonický kontakt. Jednou z možností sociální opory dle dotazovaných pacientů P4, P6 a P7 byli pacienti, kteří byli hospitalizováni na stejném pokoji.

Pacientům P1, P5 a P6 v náročných situacích pomáhá víra ke snížení strachu. Zatímco pacienti P1 a P5 uvedli víru v Boha a potřebu modlitby v uzdravení a překonání náročné situace, pacient P6 vyslovil víru ve vyšší moc, která mu dává sílu překonat těžké chvíle. V rámci moderního ošetrovatelství je poskytována péče holisticky a nelze tedy ani opomíjet pacientovu víru. Dle našeho mínění je to právě sestra, která je prostředníkem nabídky dostupných možností k podpoře spirituální snahy ke snížení míry strachu před operací.

Faktory vedoucí ke snížení strachu představují vedle informovanosti pacienta a prostředí, vhodná a vstřícná komunikace a přístup ošetrojícího týmu. Participanti P1-P9 před nástupem do zdravotnického zařízení k plánovanému operačnímu výkonu očekávali od sester dobrý přístup. Především dostatečnou informovanost, komunikaci, empatii, vstřícnost a pomoc v oblastech, které nebudou moci zvládat sami. Z výsledků šetření vyplynulo, že o negativní zkušenost s přístupem sester měli pacienti P6, P8 a P9. Avšak potěšující je, že dobrou zkušenost uváděli pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7. Pacientka P1 v rozhovoru uvedla: „*Musím říct, že i tentokrát se mi lékař i sestřičky dostatečně věnují.*“ a pacient P7 hovořil o profesionálním přístupu zdravotnického personálu a vyjádřil spokojenost s péčí. V současném ošetrovatelství by sestra měla aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby nemocných. Být jim oporou a pomoci při zvládnání tíživé situace. Zvláště ve chvílích, kdy pacient prožívá strach a není schopen plné soběstačnosti.

Na základě analýzy výsledků lze uvést odpověď na výzkumnou otázku 2: Jaké faktory ovlivňují pacienta pro správné zvládnutí strachu před operačním výkonem? Mezi faktory, ovlivňující zvládnutí předoperačního strachu pacienta patří komunikace a přístup sester, informovanost, opora rodiny, víra pacienta a působení nemocničního prostředí.

Dobré komunikační schopnosti jsou stěžejními dovednostmi každého zdravotníka. Domnívám se, že kvalitní a individuální ošetrovatelská péče není možná bez komunikace mezi sestrou, pacientem a jeho blízkými a ostatními členy ošetrojícího týmu. Sestry tvoří skupinu ošetrovatelského týmu v nejužším kontaktu s pacientem a jejich schopnosti komunikace jim umožňují dojít k poznání pacienta, jeho obav a komunikací

také tyto obavy zmírnit či na ně upozornit. Také Riegrová (2019) ve své studii došla ke zjištění, že k eliminaci strachu pacientům pomáhá komunikace se sestrou či jiným odborným zdravotnickým pracovníkem. Nelze opomíjet ani empatii a vstřícnost díky níž lze u pacienta navodit pozitivní psychické ladění a klid, čímž lze dosáhnout zmírnění strachu před výkonem.

S komunikačními schopnostmi a dovednostmi sester souvisel třetí stanovený cíl: ***Zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají v podpoře zvládnutí strachu u pacienta před operačním výkonem.*** Jak jsme se již výše v textu zmiňovali, komunikace je stěžejní dovedností zdravotníků v rámci psychoterapeutického přístupu. Domnívám se, že vhodně zvolená verbální a neverbální komunikace je nejdůležitějším nástrojem sester při pomoci zvládnutí strachu pacientů. Stejného názoru jsou sestry S1-S8, a to rozhovor intervencí vedoucí ke snížení míry předoperačního strachu. Dle Zacharové a Šimíčkové – Čížkové (2011) jsou v ošetrovatelské praxi využívány různé druhy rozhovorů, jež jsou závislé na sledovaném cíli. Příkladem jsou rozhovory informační představující získávání a předávání informací, motivační sloužící ke stimulaci ke spolupráci a změně návyků, ventilační vedoucí k uvolnění a odreagování, hodnotící ke zhodnocení úrovně spolupráce a aktivity nebo pervazivní využívaný při přesvědčování o účelnosti a potřebě jednotlivých výkonů. Dále uvádějí rozhovory edukační, terapeutické a diagnostické (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Především rozhovory edukační a informační považují sestry S1-S8 za přínosné při zvládnutí předoperačního strachu. Hodnota edukace a poskytování důležitých informací pacientům tkví především v uklidnění pacienta a předcházení následných rizik, při jejichž výskytu by docházelo k dalšímu strachu o vlastní zdraví či prodloužení hospitalizace a tím odloučení od rodiny. Je nutné podotknout, že i toto byly obavy, které nám pacienti P1-P9 sdělili. Navíc řádnou edukací projevuje zdravotník svou profesionalitu a tím si získává důvěru pacientů. Získávání důvěry v ošetrovatelský tým a jejich profesní přístup je dle všech oslovených sester, ale také pacientů nedílnou součástí intervencí vedoucích ke zmírnění strachu a dosáhnout jich lze pomocí komunikačních schopností a dovedností. Individuální přístup k pacientům v souvislosti se zvládnutím strachu vyzdvihly sestry S1, S3, S5, S6, S7 a S8. Toto považujeme za velmi pozitivní zjištění v souvislosti s holistickou ideologií ošetrovatelství. Také Šrámková (2007) pokládá individuální přístup při komunikaci zdravotníka s pacientem za významný, především proto, že zdravotník musí počítat s různými zvláštnostmi

nemocných a respektovat je. Není-li sestra schopna přistupovat k pacientům individuálně může docházet k opomenutí jeho potřeb a tím zvyšovat jeho obavy. Také Pavlíková (2009) ve své práci dospěla k závěru, že by sestra měla v pacientovi vzbuzovat důvěru. Zvláště ve své odborné znalosti a projevit trpělivost, jakož i takt a porozumění. Pozitivně hodnotíme vyjádření sestry S7, že projevy zájmu o pacientův zdravotní stav, psychickou pohodu a jeho komfort při hospitalizaci jsou neopomenutelné v souvislosti se zvládnutím strachu a s tímto názorem se ztotožňujeme. Kladné zjištění pro nás bylo používání zpětné vazby sestrami S1, S2, S4, S5, S7 a S8 při edukaci pacientů. Neboť zpětná vazba umožňuje zjistit nedostatky v podaných informacích či porozumění podaných informací pacientům. Potřeba aktivního podporování rozhovoru spočívá v povzbuzení pacienta ke sdílnosti, kdy mu sestra nabízí svou účast bez projevování vlastních názorů (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011). Aby docházelo k efektivní zpětné vazbě v rámci komunikace sestra – pacient, vede svou snahu sestra S7 k navození pocitu u pacientů, že se nemusí bát zeptat se na cokoli a kohokoliv. Dle našeho mínění je podpora pacientů ke komunikaci klíčovou pro zvládnutí strachu.

Nejen verbální komunikace, ale také neverbální projevy při komunikaci hrají podstatnou roli pro zvládnutí předoperačního strachu. Z paralingvistických prostředků verbální komunikace využívají sestry barvu hlasu (S1, S3, S4, S5, S6, S7), hlasitost hlasu (S2, S7, S8) a rychlost řeči (S1, S2, S3, S7, S8). Z extralingvistických prostředků pak sestry využívají mimiku (S6), pohled (S6, S7, S8), gestikulaci (S3, S4, S6, S8), haptiku (S1, S2, S5, S7) a proxemiku (S1, S2). Projevy neverbální komunikace dle Šrámkové (2007) často zprostředkují pocity člověka lépe než slova. Lze uvést, že sestry mohou svou podporu a empatii pacientům během komunikace projevovat jinak než slovy. V době realizace našeho výzkumného šetření bylo povinností ve zdravotnických zařízeních nosit roušky. Toto omezení díky pandemické situaci přetrvává do současnosti, čímž byl značně omezen mimický projev. Mimika a úsměv sester, který pacientům napomáhá k pozitivnímu ladění chyběl pacientům P4, P5, P8. Pak je na sestrách hledat a využívat jiné paralingvistické prostředky v rámci psychické podpory.

Je však nutné také podotknout, že neverbální vyjádření komunikace nejsou zásadní jen u sester, ale také u pacientů. Sestra může vyčíst mnoho z neverbálního projevu pacienta, tedy i strach a následně vhodně reagovat. Zásadní aktivní složkou rozhovoru je naslouchání (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011). Překvapilo nás, že ani jedna

z oslovených sester o naslouchání v rámci aktivit ke snížení strachu nehovořila. Naopak pozitivním zjištěním pro nás bylo, že pervazivní rozhovor využívaný při přesvědčování o účelnosti a potřebě jednotlivých výkonů používá ve své praxi sestra S6, která má snahu vysvětlit pacientům přínos operace a tím eliminovat jejich strach.

Za vhodnou intervenci ve spojitosti s komunikačními technikami považujeme skupinovou edukaci, o níž hovořila sestra S7. V rozhovoru vyzdvihla možnost zapojit další pacienty nejen do edukace, ale také ke vzájemnému sdílení obav u pacientů podstupujících stejný operační výkon. Dle našeho mínění je pocit toho, že stejnou náročnou situaci prožívá či prožil i jiný člověk a podělí se o své pocity je pomocí při minimalizaci strachu. V souvislosti se vzájemnou komunikací mezi pacienty se nabízí možnost, aby sestra skrze rozhovory a individuální přístup poznala své pacienty a následně volila uložení pacientů na pokoje. Považujeme vliv spolupacientů a jejich vzájemnou komunikaci za nedílnou součást intervencí ke zmírnění předoperačního strachu. Tím dochází mezi pacienty k ventilačním rozhovorům, do nichž může sestra vstupovat a dále rozvíjet komunikaci vedoucí k odreagování pacienta.

Jestliže chce sestra provádět intervence ke zmírnění strachu, měla by znát míru strachu u pacienta před výkonem. K hodnocení strachu lze využívat měřicí škály strachu, které však žádná z námi oslovených sester nevyužívá. Výhodou měřících nástrojů je jejich rychlé zpracování a získání přehledu o tom, jak velké má pacient obavy. Z našeho pohledu je spíše k neprospěchu, že tyto nástroje nejsou v praxi u pacientů před operací využívány, my v nich vidíme velkou hodnotu stejně jako sestry S4 a S5, jenž s nimi již v minulosti pracovaly.

Na základě analýzy výsledků lze uvést odpověď na výzkumnou otázku 3: Jaké komunikační techniky využívají sestry u pacientů před operačním výkonem? Z verbálních komunikačních technik sestry při komunikaci s pacienty před operačním výkonem využívají rychlost řeči, hlasitost a zabarvení hlasu. Z neverbálních technik sestry při komunikaci s pacienty využívají před operačním výkonem úsměv, mimiku, haptiku. Současně využívají zpětnou vazbu, individuální přístup a empatii.

Čtvrtý cílem bylo ***zjistit, jaké informace poskytují sestry pacientovi před operačním výkonem.*** Samozřejmostí před operačním výkonem je podávání informací o předoperační přípravě, pooperační péči a edukace pacienta, kterou by měla sestra provádět důkladně. Zatímco všechny oslovené sestry uvedly, že informují a edukují pacienty o předoperační přípravě, pacienti P6 a P7 toto tvrzení popírají. Pacientka P6 vypověděla:

„Co se týká předoperační přípravy, tak mi bylo řečeno, že musím jít na operaci a nesmím jíst, pít a kouřit.“ Domnívám se, že v současné ošetrovatelské praxi nelze předoperační přípravu odbýt pouze upozorněním pacienta na nutnost lačnění, ale sestra by měla vysvětlit také přípravu operačního pole, veškerá možná rizika plynoucí z podání premedikace a také pooperační péči a možné komplikace. Dle Gulášové (2004) je příprava pacientů na operaci velmi důležitá, obzvláště pak podávání informací. Nejvhodnějším způsobem je informovat pacienta verbálně a poskytnout mu informační letáky, brožury či jiný edukační prostředek s důležitými informacemi. Má-li pacient dostatek informací, ví, co má očekávat a na co se má připravit, což následně vede k pocitu uklidnění. Nezvládnutí strachu a stresu před výkonem má často negativní dopad na pooperační období a může narušit i klidný spánek nemocného (Gulášová, 2004). Strach, který pacienti pociťují před operačním výkonem je spjat nejen se samotným výkonem, ale také s hospitalizací a možnými komplikacemi či riziky.

Prevalence pádů patří mezi národní indikátory kvality péče (Věstník MZ č.16/2015). S pádem se pojí také prodloužení hospitalizace a další poškození zdraví pacientů. To si velmi dobře uvědomují všechny oslovené sestry, tudíž o riziku pádu pacienty edukují a opakovaně je nabádají k používání signalizace. Edukaci sestrou o riziku pádu nám potvrdili pacienti P1, P2, P3, P5 a P9. V souvislosti s rizikem pádu a užití premedikace k navození uklidnění a klidného spánku před výkonem podávají informace sestry S2, S7 a S8. Před každým operačním výkonem je pacientovi zajištěn invazivní vstup, o nichž edukaci uvedly sestry S4, S7 a S8. Nezbytné je uvědomit si, že strach může plynout i z malých ošetrovatelských výkonů, který právě invazivní vstup představuje. Je vhodné pacienta uklidnit a edukací zabránit možným rizikům spojených s infekcí. Podle Sedlářové et al. (2017) řádně edukovaný a spolupracující pacient může včas upozornit na možné komplikace invazivních vstupů. Přikláníme se k tvrzení Sedlářové et al. (2017) a dále bychom jej rozšířili na další možné komplikace. Sestry S1-S8 s pacienty hovoří o pooperačních komplikacích, v této oblasti jim předávají informace a edukují je v rámci prevence a včasného záchytu, což může strach z pooperačních komplikací zmírnit. Bolest je nepříjemný prožitek navozující negativní pocit strachu. Obavy z bolesti nám sdělili pacienti P2, P3, P5 a P8 a pozitivním zjištěním pro nás bylo, že sestry S3, S5, S6 a S7 s pacienty hovoří o možnostech tlumení bolesti.

Při příchodu pacienta do zdravotnického zařízení nelze opomíjet ani vliv prostředí. Všichni oslovení pacienti uvedli negativní pocity spojené s příchodem do nemocnice.

Je na sestře seznámit pacienty s oddělením a jeho řádem, neboť strach z neznáma a neznámého prostředí umocňuje strach z operačního výkonu, jeho výsledku a následné rekonvalescence. V současné praxi to můžeme považovat za samozřejmost. Oslovené sestry S1-S8 uvedly, že pacienty s oddělením seznamují, avšak výsledky šetření dále ukázaly, že pacienti P2, P6 a P8 ošetrovatelskou jednotkou provedeni nebyli.

Na základě analýzy výsledků lze uvést odpověď na výzkumné otázky 4, 5, 6. Výzkumná otázka 4: Jaké informace poskytují sestry pacientům před operačním výkonem? Sestry se u pacientů v rámci předoperační přípravy zaměřují na edukaci týkající se předoperační přípravy, konkrétně premedikaci, její rizika, lačnění, zákaz kouření a přípravu operačního pole. Současně seznamují pacienty s kompenzačními pomůckami a možnostmi tlášení bolesti.

Výzkumná otázka 5: Jakým způsobem sestry pracují s informovaností u pacientů před operačním výkonem? Sestry získávají přehled o informovanosti pacientů pomocí zpětné vazby, poté v rámci svých kompetencí předají chybějící informace nebo informují lékaře o nedostatečné informovanosti pacienta. K zjištění míry strachu lze využít také měřicí škály.

Výzkumná otázka 6: Jaké konkrétní problémy spatřují sestry u pacientů, kteří jsou před operačním výkonem nedostatečně edukováni? Konkrétní problémy v nedostatečné edukaci pacientů před operačním výkonem sestry spatřují v nedodržení předoperační přípravy, ale také možnou ztrátu důvěry v kvalifikovaný personál.

Posledním cílem předkládané práce bylo ***zjistit, jaký postoj zaujímají pacienti ve vztahu k intervencím, které sestry využívají v podpoře zvládnání strachu před operačním výkonem.*** Výsledky šetření ukazují, že sestry využívají techniky k eliminaci strachu. Jde především o kombinace metod jako je komunikace, různé druhy rozhovorů či přístup k pacientům. Toto podpořily výsledky rozhovorů s pacienty, kteří vyjádřili především pocity uklidnění a zmírnění strachu po intervencích sester. Dle Zacharové (2017) není jednoduchý způsob jednání s nemocným prožívající strach a úzkost. Základem je psychologická péče o pacienty a profesionální jednání týkající se rozptýlení strachu a úzkosti. Lze jej dosáhnout osobní přítomností sestry, vlídností, empatií, trpělivostí, klidem a jednáním, kterým si sestra získává důvěru (Zacharová, 2017). Důvěra ve zdravotníky a jejich profesionalitu sama o sobě představuje nástroj k eliminaci strachu, což nám potvrdili všichni oslovení pacienti. Tyto fakta si také dobře uvědomují námi oslovené sestry (S1-S8). Laskavý přístup sester uklidnil

před výkonem pacienty P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7 a vlídná slova a empatie pacientům P1, P2, P4, P5, P7. Ptáček et al. (2014) ve své publikaci uvádí, že C.R. Rogers vykládá slovo empatie jako terapii zaměřenou na člověka, tedy proces vstupování do světa druhého a vzdání se vlastních hodnot. Domnívám se, že empatický přístup sester v rozhovoru s pacientem má významnou hodnotu při zvládnání předoperačního strachu.

Pozitivně vnímají pacienti vstřícnou komunikaci sester, která jim pomohla eliminovat strach pacientům P1, P2, P4, P5, P7, P8 a P9. Rozhovor sester s pacienty P2, P3, P5 a P8 o strachu z bolesti a seznámení s možnostmi tlumení bolesti vedl k jejich uklidnění. Zájem a snaha udělat si čas na popovídání ze strany sester ocenili pacienti P2, P5 a P8. Oceňujeme, že si sestry při své náročné práci najdou čas na pacienty a komunikují s nimi. Dobře vedený rozhovor, kdy je dáno najevo pochopení bez povyšování se nad nemocné a bez pohrdání, umožňuje pacientům mluvit o svém strachu, a tak dojít k uvolnění (Zacharová, 2017). Z našich výsledků vyplynulo, že pacienti komunikaci ve vztahu se zvládnáním strachu vnímají kladně a vyjádřili spokojenost s podanými informacemi ze strany lékaře i sester, i přesto, že pacienti P6 a P7 nebyli sestrou obeznámeni o předoperační přípravě.

Prostředí samo o sobě nepředstavuje jen prostor, ve kterém jsou pacienti hospitalizováni, ale také lidé v něm působící. Zatímco nemocniční prostředí vzbuzuje v pacientech P1-P9 negativní pocity, jsou to dle jejich tvrzení právě zdravotníci a jejich jednání, které tyto nedostatky ve zdravotnictví kompenzují. Vytváření přátelského, vstřícného, empatického a laskavého prostředí zajišťují sestry s lékaři a ostatní členové ošetrovatelského týmu svým chováním, jednáním, spoluprací, využíváním znalostí, dovedností a schopností vedoucích k psychické opoře pacientů v předoperační, pooperační péči a zvládnání předoperačního strachu.

Na základě analýzy výsledků lze uvést odpověď na výzkumnou otázku 7: Jak vnímají pacienti intervence sestry pro zvládnání strachu před operačním výkonem? Pacienti pro zvládnání strachu před operačním výkonem vnímají pozitivně přístup sester, profesionalitu, důvěru ve zdravotnický personál.

6 ZÁVĚR

Strach je pocit úzkosti, jehož příčina je člověku známa. Strach a úzkost provází člověka v každé náročné životní situaci. Operační výkon je jednou z nich. Předkládaná diplomová práce se zabývá předoperačním strachem a strategiemi, které sestry ve své praxi využívají k jeho zmírnění. Cílem práce bylo zjistit faktory ovlivňující pacientův strach při jeho zvládnutí, očekávání pacientů od sester a jejich postoj k sesterským intervencím ke zvládnutí strachu a jaké komunikační techniky sestry využívají v podpoře zvládnutí strachu u pacienta před operačním výkonem. Výzkumná část byla realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, technikou polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data byla následně analyzována technikou otevřeného kódování a rozdělena do kategorií a podkategorií. Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny dotazovaných. Prvním výzkumným vzorkem byly všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení. Druhý výzkumný vzorek tvořili pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení z důvodu operačního výkonu.

Na začátku výzkumného šetření bylo stanoveno pět cílů a k nim položeny otázky. Prvním cílem bylo zjistit očekávání pacientů od sester vzhledem ke zvládnutí strachu před operačním výkonem. Výzkumná otázka byla položena: Jaké očekávání pacienti mají od sester vzhledem ke zvládnutí strachu před operačním výkonem? Pacienti od sester očekávají informace týkající se předoperační a pooperační péče, seznámení s omezením týkajícím se léčebného režimu, profesionální, vstřícný a empatický přístup.

Druhým cílem bylo zjistit jaké faktory ovlivňují pacienta ve zvládnutí strachu před operačním výkonem. Výzkumná otázka zněla: Jaké faktory ovlivňují pacienta pro správné zvládnutí strachu před operačním výkonem? Mezi faktory, ovlivňující zvládnutí předoperačního strachu pacienta patří komunikace a přístup sester, informovanost, opora rodiny, víra pacienta a působení nemocničního prostředí.

Dalším stanoveným cílem bylo zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají v podpoře zvládnutí strachu u pacienta před operačním výkonem. Otázka položená ke třetímu výzkumnému cíli zněla: Jaké komunikační techniky využívají sestry u pacientů před operačním výkonem? Z verbálních komunikačních technik sestry při komunikaci s pacienty před operačním výkonem využívají rychlost řeči, hlasitost a zabarvení hlasu. Z neverbálních technik sestry při komunikaci s pacienty využívají před operačním

výkonem úsměv, mimiku, haptiku. Současně využívají zpětnou vazbu, individuální přístup a empatii.

Čtvrtý stanovený cíl zněl: Zjistit, jaké informace poskytují sestry pacientovi před operačním výkonem. K tomuto cíli byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: Jaké informace poskytují sestry pacientům před operačním výkonem? Sestry se u pacientů v rámci předoperační přípravy zaměřují na edukaci týkající se předoperační přípravy, konkrétně premedikaci, její rizika, lačnění, zákaz kouření a přípravu operačního pole. Současně seznamují pacienty s kompenzačními pomůckami a možnostmi tišení bolesti.

Druhá výzkumná otázka k cíli čtyři zněla: Jakým způsobem sestry pracují informovaností u pacientů před operačním výkonem? Sestry získávají přehled o informovanosti pacientů pomocí zpětné vazby, poté v rámci svých kompetencí předají chybějící informace nebo informují lékaře o nedostatečné informovanosti pacienta. K zjištění míry strachu lze využít také měřicí škály. Třetí výzkumná otázka k cíli čtyři zněla: Jaké konkrétní problémy spatřují sestry u pacientů, kteří jsou před operačním výkonem nedostatečně edukováni? Konkrétní problémy v nedostatečné edukaci pacientů před operačním výkonem sestry spatřují v nedodržení předoperační přípravy, ale také možnou ztrátu důvěry v kvalifikovaný personál.

Posledním cílem bylo zjistit, jaký postoj zaujímají pacienti ve vztahu k intervencím, které sestry využívají v podpoře zvládnání strachu před operačním výkonem. Stanovená otázka zněla: Jak vnímají pacienti intervence sester pro zvládnání strachu před operačním výkonem? Pacienti pro zvládnání strachu před operačním výkonem vnímají pozitivně přístup sester, profesionalitu, důvěru ve zdravotnický personál.

V praxi nejsou měřicí nástroje ke zjištění míry strachu využívány dle názoru sester z důvodu jejich časově náročného zpracování. Výstupem práce je vytvoření nové škály (Příloha 6), která by měla velmi rychle a jednoduše zjistit, jak velký strach před operačním výkonem pacient prožívá.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAM, Z., et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres – příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada. 208s. ISBN 978-80-271-2539-5.
2. ADAMOVIČ, Z., 2019. Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 16(4), 277-279. ISSN 1803-5310.
3. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
4. ÁLVAREZ-GARCÍA, C., YABAN, Z., Ş., 2020. The effects of preoperative guided imagery interventions on preoperative anxiety and postoperative pain: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 38(1), 1-12. ISSN 1744-3881.
5. ATKINSON, A., PUDNER, R., 2010. Altered body image and the surgical patient. In: PUDNER, R. *Nursing the surgical patient*. 3rd ed. Edinburg: Elsevier. 91-102 p. 978-0-7020-3062-8.
6. AUST, H., et al., 2016. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC health services research*. 16(250), 1-10. DOI: doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5.
7. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
8. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
9. BEHMANESHPOUR, F., et al., 2019. Relationship between the nurses' observance of professional ethics and quality of nursing care from the patients' point of view. *Drug Invention Today*. 12(12), 2876-2880. ISSN 09757619.
10. BLAŽEK, M., et al., 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi*. 14(11), 422-428. ISSN 1803-5256.
11. ÇAKIRPALOĞLU, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
12. CELIK, F., EDIPOĞLU, I., S., 2018. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European journal of medical research*. 23(1), 41. ISSN 2047783X. DOI: 10.1186/s40001-018-0339-4.

13. DAVEY, A., et al., 2019. Is work-associated stress converted into psychological distress among the staff nurses: A hospital-based study. *Journal of Family Medicine*. 8(2), 511-516. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_419_16. ISSN 22494863.
14. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
15. FERKO, A., et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
16. FELDMAN, S. L., et al., 2015. *The SAGES/ERAS® Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery*. Springer International Publishing. 386 s. ISBN 978-3-319-20363-8.
17. GARZÓN, M., M., 2019. Effectiveness of a Nursing Intervention to Diminish Preoperative Anxiety in Patients Programmed for Knee Replacement Surgery: Preventive Controlled and Randomized Clinical Trial. *Investigacion*. 37(2), 1-12. ISSN 01205307. DOI: 10.17533/udea.iee.v37n2e07.
18. GULÁŠOVÁ, I., 2004. Psychologický přístup k psychiatricky chorému pacientovi s agresivním správáním. *Speculum nostrum*. 5(5), s. 22-23, ISSN 1335-7654.
19. GULÁŠOVÁ, I. et al., 2014. *Strach pacienta před operací*. [online]. Zdraví.euro.cz [cit. 2021-05-11] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/strach-pacienta-pred-operaci-474169>
20. HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.
21. HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4675-3.
22. HLAVÁČEK, L., 2020. *Vnímání pacientů před a po operačním výkomu*. Diplomová práce. Masarykova Univerzita lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. 64 s.
23. HLINOVSKÁ, J., 2008. Proč vlastně chci být sestrou? *Sestra*. 18(6), 24-25. ISSN 1210-0404.
24. HOLGATE, M., 2018. *Porazte strach. Jak překonat negativní postoj a zvítězit v životě*. Edice Knihy Omega. 248 s. ISBN 978-80-739-0770-9.
25. HONZÁK, R., 2011. Pacient s funkčními obtížemi v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi*. 8(12), 537-539. ISSN 1803-5310.

26. HONZÁK, R., 2020. *Jak přežít léčení. Veselé čtení o bolestech*. Mladá fronda a.s. 296 s. ISBN 978-80-204-5611-3.
27. HÖSCHL, C., 2020. *Roušky ovlivňují práci psychiatrů, komplikují některé terapie, říká Höschl* [online]. Lidovky.cz [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/rousky-ovlivnuji-praci-psychiatru-komplikuji-nektere-terapie.A200910_153311_ln-zdravi_ape
28. HRONOVÁ KŘÍŽKOVÁ, M., 2020. *Roušky versus změny ve vnímání řeči* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://www.upol.cz/nc/zpravy/zprava/clanek/rousky-versus-zmeny-ve-vnimani-rci/>
29. CHVAL, J., CHVALOVÁ, V., 2007. Panická porucha v ambulanci internisty. *Interní medicína pro praxi*. 9(7-8), 338-342. ISSN 1803-5310.
30. IQBAL, U., et al., 2019. Preoperative patient preparation in enhanced recovery pathways. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 35(1), 14-23. DOI: 10.4103/joacp.JOACP_54_18.
31. IRMIŠ, F., 2016. Stres pacienta v nemocnici, dispozice, empatie. *Praktický lékař*. 96(1), 5-8. ISSN 00326739.
32. IVANOVÁ, K., et al., 2012. Pracovní satisfakce všeobecných sester v ČR podle hodnotových distancí. *Pracovní lékařství*. 64(4), 156-163. ISSN 00326291.
33. JAMARIM, M., F., F., et al., 2019. Nonverbal Communication through Touch: Meanings for Physical Therapists Working in a Hospital Environment. *Aquichan*. 19(4), 1-11. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.4.2.
34. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-736-477-9.
35. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
36. JANOUŠEK, J., 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-1594-0.
37. JANOUŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-4295-3.
38. JINDROVÁ, B., et al., 2016. *Praktické postupy v anestézii*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5612-7.

39. JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1708-1.
40. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3.vydání. Praha: Grada. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
41. KAMARÁDOVÁ, D., et al., 2016. *Panická porucha*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5218-1.
42. KINDLER, CH., H., et al., 2000. The Visual Analog Scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia and Analgesia*. 90(3), 706-712. DOI: 10.1097/00000539-200003000-00036.
43. KITTNAR, O., et al., 2020. *Lékařská fyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-1963-4.
44. KNOTEK, P., et al., 2015. Chronická bolest a strach. *Československá psychologie*. 59(1), 71-80. ISSN 0009-062X.
45. KOTÍK, L., 2002. Předoperační vyšetření u nemocných před nekardiálním chirurgickým výkonem. *Interní medicína pro praxi*. 4(7), 318-323. ISSN 1803-5256.
46. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
47. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
48. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
49. KVAAL, K., et al., 2005. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(7), 629-634. ISSN 08856230. DOI: doi:10.1002/gps.1330.
50. KYSELOVÁ, J., 2016. *Strach v souvislosti se zlomeninou proximálního femuru, operací, následnou péčí a dalším životem*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství oddělení ošetrovatelství. 86 s.

51. LASHGARI, E., et al., 2018. The effect of context- based learning in psychiatric nursing internship on empathy skills with the patient of nursing students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 20(5), 349-355. ISSN 10286918.
52. MALÁ, E., 2011. Sociální fobie v dětství. *Pediatric pro praxi*. 12(2), 76-78. ISSN 1803-5264.
53. MÁLEK, J., et al., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.
54. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocné*. Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
55. MAREŠ, J., 2017. Péče zaměřená na pacienta: obecné aspekty a terminologické problémy. *Praktický lékař*. 97(3), 99-108. ISSN 00326739.
56. MATOUŠKOVÁ, I., 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-4580-0.
57. MCDOWELL, I., 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scale and Questionnaires*. Oxford University Press, Inc. ISBN 0-19-516567-5.
58. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
59. MOERMAN, N., et al., 1996. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APIS). *Anesthesia & Analgesia*. 82(3), 445-451. doi: 10.1097/00000539-199603000-00002.
60. MOTSCHNIG, R., NYKL, L., 2011. *Komunikace zaměřená na člověka – rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
61. NOVÁKOVÁ, K., et al., 2016. Principy zdravotní péče zaměřené na člověka – person-centred health care. *Praktický lékař*. 96(1), 14-17. ISSN 00326739.
62. PAVLÍKOVÁ, M., 2009. *Výskyt a míra stresu u klienta hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon*. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci Ústav zdravotnických studií. 80 s.
63. PILNÝ, J., et al., 2017. *Chirurgie ruky*. 2. vydání. Praha: Grada. 504 s. ISBN 978-80-271-0180-1.
64. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
65. POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-8769-5.

66. POSSEHL, G., KITTEL, F., 2008. *Jak se prosadit a přesvědčit ostatní. Prosaďte své návrhy, nápady a projekty*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2677-9.
67. PRAŠKO, J., 2005. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-997-6.
68. PRAŠKO, J., et al., 2001. Hypochondrická porucha a její léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2001(3), 102-108. ISSN 1803-5272.
69. PRAŠKO, J., et al., 2006. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-079-8.
70. PRAŠKO, J., et al., 2012. Agorafobie a její léčba. *Medicína pro praxi*. 9(3), 113-117. ISSN 1803-5310.
71. PRAŠKO, J., HOLUBOVÁ, M., 2017. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5841-1. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_177_18.
72. PRITCHARD, M. J., 2009. Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*. 18(7), 416-419, doi: 10.12968/bjon.2009.18.7.41655.
73. PRITCHARD, M., J., 2011. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale in surgical patients. *Nursing Standard*. 25(34), 35-41. DOI: 10.7748/ns2011.04.25.34.35.c8469
74. PROKOPOVÁ, B., JEŽOVÁ, D., 2013. Stres a možnosti jeho farmakologického ovplyvnenia-vieme merať stresovú záťaž? *Psychiatrie pro praxi*. 14(4), 150-154. ISSN 1803-5272.
75. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-9597-3.
76. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. Strach ze smrti u dospělých umírajících pacientů v terminální fázi onkologického onemocnění. *Sociální studia*. 8(2), 121-133. ISSN 1214813X.
77. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
78. RIEGEROVÁ, M., 2019. Strach a úzkost pacienta před operací. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. 72 s.
79. RIEMANN, F., 1999. *Základní formy strachu: typy lidské osobnosti, jejich vznik, charakteristiky a formy vztahů*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7178-313-7.
80. ROKYTA, R., et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.

81. SAMLÍK, J., BRÁT, R., 2008. Předoperační příprava a vyšetření pacienta před plánovaným kardiochirurgickým výkonem. *Časopis lékařů českých*. 08(1), 3-6. ISSN 1805-4420.
82. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2017. Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry. *Medicína pro praxi*. 14(2), 94–97. ISSN 1214-8687.
83. SKALICKÁ, H., 2007. *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
84. SKORUNKA, D., 2018. Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. *Praktický lékař*. 98(1), 18-25. ISSN 00326739.
85. STERN, F., A., 2014. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*. 64(5), 393-394. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu024>
86. ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
87. ŠVAŘÍČEK, R., et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
88. TOMOVÁ, Š., et al., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
89. TONDL, L., 2015. Jazyková komunikace a hodnotová atmosféra. *Teorie vědy*. 37(4), 389-397. ISSN 12100250.
90. TRACHTOVÁ, E., et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
91. ULRICH, R., S., et al., 2008. A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal*. 1 (3), 61-125. DOI: <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
92. VANEČKOVÁ, J., VÖRÖSOVÁ, G., 2011. *Diagnostika perioperačnej úzkosti založená na dôkazoch*. Martin: Ústav ošetrovatelstva JLF UK. 492 s. ISBN 978-80-89544-00-4.
93. VAVŘÍNOVÁ, K., 2020. *Lidé jsou kvůli rouškám více asociální, říká lektor prezentačních dovedností. Zakrytý obličej vyvolává strach* [online]. Lidovky.cz [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://www.lidovky.cz/relax/zajimavosti/lide->

- jsou-kvuli-rouskam-vice-asocialni-rika-lektor-prezentacnich-dovednosti-zakryty-oblicej-vyvolava.A200611_191117_In-zajimavosti_ele
94. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., HONZÁK, R., 2008. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*. 10(4), 188-192. ISSN 1803-5256.
 95. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
 96. VENGLÁŘOVÁ, M., et al., 2011. *Sestry v nouzi – syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
 97. Věstník MZ č. 16/2015. *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*. [online]. MZČR. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnikc16/2015_10927_3242_11.html
 98. VONDÁLOVÁ, M., 2014. *Vliv sociální opory na zvládání náročných životních situací*. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. 75 s.
 99. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
 100. VYMĚTAL, J., et al., 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
 101. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
 102. WALKER, J., A., 2002. Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British Journal of Nursing*. 11(8), 567-575. ISSN 09660461.
 103. WANKO K., E., L., et al., 2020. Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review. *BMC Nursing*. 19(1), 1-13. DOI: doi:10.1186/s12912-020-00443-9.
 104. WIRTHOVÁ, V., 2011. Příjem nemocného k hospitalizaci, přeložení a propuštění. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 37-48 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
 105. WOLF, D., 2018. *Jak překonat strach, úzkost, paniku a fobie*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0618-9.

106. WU, Y., 2021. Empathy in nurse-patient interaction: a conversation analysis. *BMC Nursing*. 20(1), 1-6. DOI: 10.1186/s12912-021-00535-0
107. ZACHAROVÁ, E., 2008a. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi*. 10(12), 588-589. ISSN 1803-5256.
108. ZACHAROVÁ, E., 2008b. Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. *Interní medicína pro praxi*. 10(5), 251-252. ISSN 1803-5256.
109. ZACHAROVÁ, E., 2009. Sociální komunikace – součást odborné erudice sestry. *Zdravotnické noviny*. 58(35-36), 28 s. ISSN 0044-1996.
110. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
111. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
112. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

8 SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH

Příloha 1 Spielbergers State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Příloha 2 The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

Příloha 3 The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Příloha 4 Struktura otázek pro rozhovory se všeobecnými sestrami

Příloha 5 Struktura otázek pro rozhovory s pacienty

Příloha 6 Měřicí škála strachu

Příloha 1 Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Exhibit 6.8 Examples of Items from the State-Trait Anxiety Inventory

The S-Anxiety scale consists of twenty statements that evaluate how respondents feel "right now, at this moment"

1=NOT AT ALL 2=SOMEWHAT 3=MODERATELY SO 4=VERY MUCH SO

A. I feel at ease. 1 2 3 4

B. I feel upset 1 2 3 4

The T-Anxiety scale consists of twenty statements that evaluate how respondents feel "generally"

1=ALMOST NEVER 2=SOMETIMES 3=OFTEN 4=ALMOST ALWAYS

A. I am a steady person 1 2 3 4

B. I lack self-confidence. 1 2 3 4

..

Zdroj: MCDOWELL, I., 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scale and Questionnaires*. Oxford University Press, Inc. ISBN 0-19-516567-5.

Příloha 2 The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

1. I am worried about the anesthetic.
2. The anesthetic is on my mind continually.
3. I would like to know as much as possible about the anesthetic.
4. I am worried about the procedure.
5. The procedure is on my mind continually.
6. I would like to know as much as possible about the procedure.

The measure of agreement with these statements should be graded on a five-point Likert scale from 1 = not at all to 5 = extremely.

Zdroj: MOERMAN, N., et al., 1996. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APIS). *Anesthesia & Analgesia*. 82(3), 445-451. doi: 10.1097/00000539-199603000-00002.

Příloha 3 The Hospital Anxiety and Depression Scale

Exhibit 6.4 The Hospital Anxiety and Depression Scale

Note: the right-hand column is not shown to the respondent. It indicates the sub-scale to which each item belongs and the score for each response

Doctors are aware that emotions play an important part in most illnesses. If your doctor knows about these feelings he will be able to help you more.

This questionnaire is designed to help your doctor to know how you feel. Read each item and *underline* the reply which comes closest to how you have been feeling in the past week.

Don't take too long over your replies; your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long thought out response.

1 I feel tense or 'wound up':	A	8 I feel as if I am slowed down:	D
Most of the time	3	Nearly all the time	3
A lot of the time	2	Very often	2
From time to time, occasionally	1	Sometimes	1
Not at all	0	Not at all	0
2 I still enjoy the things I used to enjoy:	D	9 I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:	A
Definitely as much	0	Not at all	0
Nor quite so much	1	Occasionally	1
Only a little	2	Quite often	2
Hardly at all	3	Very often	3
3 I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:	A	10 I have lost interest in my appearance:	D
Very definitely and quite badly	3	Definitely	3
Yes, but not too badly	2	I don't take so much care as I should	2
A little, but it doesn't worry me	1	I may not take quite as much care	1
Not at all	0	I take just as much care as ever	0
4 I can laugh and see the funny side of things:	D	11 I feel restless as if I have to be on the move:	A
As much as I always could	0	Very much indeed	3
Not quite so much now	1	Quite a lot	2
Definitely <i>not</i> so much now	2	Not very much	1
Not at all	3	Not at all	0
5 Worrying thoughts go through my mind:	A	12 I look forward with enjoyment to things:	D
A great deal of the time	3	As much as I ever did	0
A lot of the time	2	Rather less than I used to	1
From time to time but not too often	1	Definitely less than I used to	2
Only occasionally	0	Hardly at all	3
6 I feel cheerful:	D	13 I get sudden feelings of panic:	A
Not at all	3	Very often indeed	3
Not often	2	Quite often	2
Sometimes	1	Not very often	1
Most of the time	0	Not at all	0
7 I can sit at ease and feel relaxed:	A	14 I can enjoy a good book or radio or TV programme:	D
Definitely	0	Often	0
Usually	1	Sometimes	1
Not often	2	Not often	2
Not at all	3	Very seldom	3

Zdroj: MCDOWELL, I., 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scale and Questionnaires*. Oxford University Press, Inc. ISBN 0-19-516567-5.

Příloha 4 Struktura otázek pro rozhovory se všeobecnými sestrami

Základní informace o všeobecné sestře

- Věk
- Pohlaví
- Vzdělání

- Kdo na oddělení provádí edukaci?
- Máte daný postup podle kterého edukujete pacienta?
- Ověřujete si, zda pacient všemu porozuměl?
- Stalo se Vám, že pacient přišel na oddělení a nebyl řádně edukovaný?
- Jak k tomuto pacientovi přistupujete?
- Máte pro pacienty na oddělení připravené brožurky nebo informační letáky, kde se mohou znovu seznámit s výkonem?
- Je na oddělení informační tabule pro pacienty?
- Předávají sestry informace na pokoji nebo na sesterně?
- Jaké informace předáváte pacientovi o předoperačním období?
- Jaké informace předáváte pacientovi o pooperačním období?
- Změnila se předoperační příprava pacientů, kvůli opatření spojené s COVID 19?
- Zaměřujete se u verbální komunikace na výšku a rychlost hlasu?
- Ověřujete si zda pacient všemu porozuměl?
- Při předávání informací, jak pracujete s rušivými elementy?
- Mají pacienti problém, že přes nasazenou roušku Vám nerozumí?
- Užíváte neverbální komunikaci pro lepší porozumění?
- Před operačním výkonem vnímáte u pacienta strach?
- Jaké intervence užíváte ke zmírnění strachu u pacienta?
- Používáte měřicí nástroje (dotazník) pro redukci předoperační úzkosti a strachu?
- Jakou v nich vidíte výhodu?
- Pokud ne, myslíte že by tato měřicí technika našla uplatnění na oddělení?

Zdroj: vlastní

Příloha 5 Struktura otázek pro rozhovory s pacienty

Základní informace o pacientovi

- Věk
- Pohlaví

- Máte předchozí zkušenost z hospitalizací v nemocnici?
- Vybral jste si nemocnici cíleně, nebo jste byl sem odeslán spádově.
- Jak hodnotíte komunikaci a přístup sestry, která si Vás převzala na oddělení?
- Jak na Vás působí personál na oddělení?
- Seznámila Vás sestra dostatečně s oddělení a vysvětlila Vám chod oddělení?
- Seznámila Vás sestra předoperační přípravou na oddělení?
- Vysvětlila Vám sestra jak se budete pohybovat a jíst po operačním výkonu?
- Jak na Vás působí nemocniční prostředí?
- Jak na Vás působí vybavení pokoje a sociální zázemí?
- Měl jste možnost být sám na pokoji?
- Jak na Vás působí přítomnost jiných pacientů?
- Komunikujete s pacienty na pokoji?
- Máte obavy z operačního výkonu?
- Bojíte se bolesti po operačním výkonu?
- Jste ve spojení s rodinou?
- Jak reaguje rodina na operační výkon, na který se chystáte?
- Pomáhá Vám rodina ke zvládnání strachu před operačním výkonem?
- Pomáhá Vám víra ke zvládnutí strachu z operačního výkonu?
- Jak vnímáte opatření spojená s COVID-19 na oddělení?
- Jak na Vás působí nošení roušek u sester na oddělení?
- Bojíte se vzniku možných komplikací spojené s pobytem v nemocnici?
- Byl jste seznámen s léky, které dostanete před operačním výkonem?
- Jak vnímáte informace, které jste získal od sestry, cítíte, že jste dost informovaný o operačním výkonu?

Zdroj: vlastní

Příloha 6 Měřicí škála strachu

Měřicí škála strachu

Zakroužkujte pouze jednu správnou odpověď.

Cítím se uvolněně.	vůbec (2)	trochu (1)	velmi (0)
Cítím se napjatě.	vůbec (0)	trochu (1)	velmi (2)
Mám strach z operačního výkonu.	vůbec (0)	trochu (1)	velmi (2)
Bojím se narózy a neustále na ni musím myslet.	vůbec (0)	trochu (1)	velmi (2)
Bojím se komplikací po operaci.	vůbec (0)	trochu (1)	velmi (2)
Mám strach, že se nakazím.	vůbec (0)	trochu (1)	velmi (2)

O operačním výkonu bych chtěl/a být víc informován/a. ano ne

Vyhodnocení škály

0 – 4 nízký strach

4 – 8 střední strach

8 – 12 vysoký strach

Poznámka: Měřicí škála vychází ze škál HADS, APAIS a STAI.

Zdroj:

1. MCDOWELL, I., 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scale and Questionnaires*. Oxford University Press, Inc. ISBN 0-19-516567-5.
2. MOERMAN, N., et al., 1996. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APIS). *Anesthesia & Analgesia*. 82(3), 445-451. doi: 10.1097/00000539-199603000-00002.

9 SEZNAM ZKRATEK

- APAIS – The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (Amstrdamská předoperační úzkostná a informační škála)
- ASA – American Society of Anesthesiologists (Americká anesteziologická společnost)
- ERAS – Enhanced recovery after surgery (Zrychlené zotavení po operaci)
- HADS – The Hospital Anxiety and Depression Scale (Škála hodnotící úzkost a depresi při hospitalizaci)
- HADS-A – The Hospital Anxiety and Depression Scale - anxiety (Škála hodnotící úzkost a depresi při hospitalizaci – měří úzkost)
- HADS-D – The Hospital Anxiety and Depression Scale – depression (Škála hodnotící úzkost a depresi při hospitalizaci – měří depresi)
- i.v. – intravenózní (nitrožilní) podání léku
- mg – miligram
- p.o. – perorální (ústí podávaný) lék
- STAI – Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (Spielbergerův inventář stavů úzkosti)
- STAI-T – Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory – trait anxiety (Spielbergerův inventář stavů-vlastností úzkosti – vlastnost úzkosti)
- STAI-S – Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory – states anxiety (Spielbergerův inventář stavů-vlastností úzkosti – stav úzkosti)