



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Vnímání bezpečí v ošetrovatelské praxi

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lucie Barnášová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Vnímání bezpečí v ošetrovatelské praxi“ 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 12. 8. 2020

.....

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce doc. PhDr. Marie Trešlová Ph.D. za její trpělivost a vedení. Také bych ráda poděkovala všem lidem, kteří mě při psaní této práce podporovali – své rodině a svým přátelům.

Vnímání bezpečí v ošetrovatelské praxi

Abstrakt

Tématem této diplomové práce je „Vnímání bezpečí v ošetrovatelské praxi“. Zatímco většina literatury je zaměřena na fyzické aspekty bezpečí, tato práce je zaměřena na ty psychické. Tato práce má dohromady dva cíle. Jejím prvním cílem je zjistit, jaké jsou možnosti zajištění pocitu bezpečí pacienta a sestry z pohledu sester. Druhý cíl je zjistit, jak vnímají sestry vlastní pocit bezpečí při vykonávání své profese. Výzkumné otázky jsou 1) Jak pacienti vnímají své bezpečí během jim poskytované ošetrovatelské péče? 2) Co pro sestry znamená pacientovo bezpečí? 3) Jak je personálem vnímáno jejich vlastní bezpečí během výkonu práce?

Teoretická část popisuje bezpečí, potřeby, komunikaci, důvěru a možnosti zajištění fyzického a psychického bezpečí jak pacientů, tak sester. Praktická část sestává z rozhovorů se sestrami a pacienty o bezpečí a faktorech, které by ho mohly ovlivnit.

Data byla sbírána skrz polostrukturovaný rozhovor se sestrami a pacienty nacházejícími se v nemocnicích v jižních a západních Čechách. Výzkum zahrnoval 20 respondentů, 10 z řad sester a 10 z řad pacientů, záměrně vybraných i s pomocí techniky sněhové koule. Data byla sbírána od května do července 2019 a výzkum byl ukončen ve chvíli teoretického nasycení. Rozhovory pokrývaly témata jako bezpečí, komunikace, důvěra, kvalita péče, EBN, týmová práce a co sestram chybí při zajišťování bezpečí svého a svých pacientů.

Výsledky ukazují, že každý člověk vnímá své bezpečí jinak a je nutné péči přizpůsobit specifickým potřebám pacienta. Respondenti se shodli na důležitosti správné komunikace, důvěry mezi sestrou a pacientem, stejně jako mezi personálem, a informovanosti. Většina sester také odpověděla, že jim schází více času, který by strávily se svým pacientem k vybudování vzájemné důvěry a rozvinutí jejich pocitu bezpečí. Na vině bývá nedostatek personálu na oddělení.

Tato diplomová práce zmapovala vnímání bezpečí sester a pacientů, včetně některých nedostatků zapojených v aktuální ošetrovatelské praxi. Může sloužit jako odkazový materiál při výuce.

Klíčová slova: sestra; pacient; bezpečí; psychické potřeby.

The Perception of Safety in Nursing Practice

Abstract

The theme of this thesis is „The Perception of Safety in Nursing Practice“. While most of literature of focused on the psyhical aspects of safety, this thesis is focused on the psychological ones. This thesis has two goals altogether. Its firt goal is to find out the possibilities of securing patient's and nurse's feeling of safety from nurse's outlook. The second goal is to find out nurses's perception of their own feeling of safety while at work. The research questions are 1) How do patients perceive their safety during nursing care? 2) What does patient's safety mean to nurses? 3) How does the personnel perceive their own safety during nursing care?

The theoretical part describes safety, needs, communicaton, trust and the possibilities of securing psyhical and psychological safety of patients and nurses alike. The practical part consists of nurses and patient interviews about safety and factors, that may influence it.

The data were collected by semi-structured interviews with nurses and patients located in hospitals of south and west Bohemia. The research involved 20 respondents, 10 nurses and 10 patients, of deliberate choosing and by the form of snowball sampling. The data were collected since May through to July 2019 and the collection was concluded at the moment of theoretical saturation. The interviews covered themes like safety, communication, trust, quality of care, EBN, teamwork and what do nurses find lacking while ensuring safety of their patients and their own.

The results show that each person perceives their safety differently and it is necessary to fit the care to patient's specific needs. The respondents agree on the importance of proper communication, of trust between patient and nurse and between personnel alike, and of informedness. Most of the nurses also responded that they miss more time to spend with their patients to build mutual trust and to develop their feeling of safety. Usually the blame lies on their ward being understaffed.

This thesis mapped out the perception of safety of nurses and patients including some of the shortcomings involved in the current nursing practice. It can serve as a reference material for studying.

Key words: nurse; patient; safety; psychological needs.

Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav.....	12
1.1 Bezpečí.....	12
1.2 Potřeby.....	15
1.2.1 Potřeby člověka.....	15
1.2.2 Faktory ovlivňující naplňování potřeb.....	17
1.2.3 Maslowova hierarchie potřeb.....	17
1.3 Motivace.....	19
1.4 Management bezpečí.....	20
1.5 Informovanost.....	23
1.6 Důvěra.....	25
1.7 Komunikace.....	27
1.7.1 Faktory ovlivňující komunikaci.....	28
1.7.2 Úrovně komunikace.....	28
1.7.3 Typy komunikace.....	29
1.7.4 Zásady správné komunikace s pacientem.....	29
1.7.5 Zásady správné komunikace mezi personálem.....	35
1.7.6 Terapeutická komunikace.....	36
1.8 Možnosti zajištění bezpečí pacienta.....	38
1.8.1 Možnosti zajištění fyzického bezpečí pacienta.....	38
1.8.2 Možnosti zajištění psychického bezpečí pacienta.....	40
1.9 Možnosti zajištění bezpečí sestry.....	41

1.9.1	Možnosti zajištění fyzického bezpečí sestry	41
1.9.2	Možnosti zajištění psychického bezpečí sestry	41
2	Cíle práce.....	44
3	Metodika	45
3.1	Metody a techniky sběru dat	45
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	45
4	Výsledky	46
4.1	Identifikační údaje sester a pacientů v rozhovoru.....	46
4.2	Kategorizace výsledků rozhovoru se sestrami	47
4.2.1	Kategorie č. 1 Význam bezpečí.....	47
4.2.2	Kategorie č. 2 Vnímání pracovního prostředí	49
4.2.3	Kategorie č. 3 Možnosti zajištění bezpečí	50
4.2.4	Nedostatky pro naplnění potřeby bezpečí	52
4.2.5	Souvislost potřeby bezpečí s kvalitou péče	54
4.2.6	Vliv	55
4.2.7	Zlepšování péče na podkladě pocitu bezpečí	60
4.3	Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty.....	62
4.3.1	Význam bezpečí	62
4.3.2	Zajištění pocitu bezpečí.....	63
4.3.3	Komunikace.....	64
4.3.4	Vliv	65
4.3.5	Souvislost s kvalitou péče	67
5	Diskuze	68

6 Závěr	76
7 Literatura a prameny	79

Úvod

Potřeby provází člověka už od počátku jeho existence. S přibývajícím věkem se rozvíjí a mění a my hledáme nové způsoby jejich naplnění. Jedná se o téma, které v minulosti bylo a stále je hojně diskutováno.

V polovině 20. století Abraham Maslow vytvořil takzvanou pyramidu potřeb člověka, kterou rozdělil na potřeby vyšší a nižší. A právě mezi potřeby nižší, které je zapotřebí naplnit, aby se na nich mohly stavět potřeby vyšší, patří potřeba jistoty a bezpečí.

V současnosti je možné nalézt hojnost nejrůznějších prací, zabývajících se bezpečím pacientů a zdravotnických pracovníků. Nicméně velká většina z nich se zabývá jeho fyzickými aspekty, které – i když jistě důležité a nezanedbatelné – nedokáží potřebu bezpečí naplnit celou a beze zbytku. Není snad lidská psychika také důležitým faktorem?

Je proto zapotřebí kromě dodržování fyzických aspektů zajištění bezpečí taktéž zajistit, aby se člověk – ať už pacient či zdravotník – v bezpečí i cítil. Jen tak může dojít tak zajištění pravé holistické péče.

Tato práce se proto bude zabývat aspekty bezpečí spíše psychickými, než-li jen fyzickými.

1 Současný stav

1.1 Bezpečí

Potřeba bezpečí je něco, co každý z nás bez výjimky pociťuje od doby, kdy se narodíme, až po naši smrt. Zajistit bezpečí, ať už sobě, či jinému, ale není jednoduché. Bezpečí můžeme zajišťovat fyzické, ale i psychické či emocionální. Nesmíme ani zapomínat, že s měnícím se věkem se mění i naše potřeba bezpečí a tím i způsoby jejího naplnění. Tato potřeba nás samozřejmě provází i při nástupu do zdravotnického zařízení vzhledem k přirozené obavě z nemoci a nervozitě z léčby, bývá v něm oproti běžné situaci daleko prominentnější. Je tedy nasnadě, že zdravotničtí pracovníci se touto problematikou zabývají, aby byli schopni potřeby svých pacientů naplnit co nejlépe a dosáhnout tak kvalitní ošetrovatelské péče.

V důsledku zaměření se na bezpečí proto vzniká proud zvaný kultura bezpečí (Fisher a Scott, 2013). Otázkou je však to, jak je definice bezpečí vnímána. Smith et al. (2015) popisují bezpečí jako nezbytný výsledek ošetrovatelské péče. Cherry a Jacob (2015) ho pak definují jako minimalizaci rizika zranění pacientů a poskytovatelů péče skrze efektivitu systému a individuální výkon poskytovaný zdravotníkem pacientovi. Jelikož každý z nás ale vnímá bezpečí svým vlastním specifickým způsobem, není možno kulturu bezpečí efektivně široce prosazovat. Bylo rozhodnuto, že musí být pro účel jejího dosažení ve zdravotnických zařízeních stanovena univerzální definice. Nejblíže je zatím popisována definice, že kultura bezpečí je svoboda od nepřijatelného rizika (Roughton a Crutchfield, 2013). Další možnou definicí pak je, že kultura bezpečí dané organizace je produktem jak individuálních, tak skupinových hodnot, postojů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které určují závazek a styl a dovednosti managementu zdraví a bezpečí dané organizace (Carayon, 2016). Neopomíná zdůraznit, že organizace, které se vyznačují pozitivní kulturou bezpečí, jsou charakterizovány komunikací založenou na vzájemné důvěře, stejně jako sdíleným pohledem na důležitost bezpečí a důvěrou v efektivitu preventivních opatření. Jelikož komunikace a důvěra s bezpečím jedna s druhou úzce souvisí, bude jim nadále v této práci věnováno více prostoru.

Šance na udržení silné kultury bezpečí se zvyšují, pokud je vestavěna do základů organizace a stanovena na pozitivním vnímání. Pokud je systém zvládnutí bezpečí silný,

dobře navržený a flexibilní, nejen že vylepší kulturu bezpečí, ale bude odolný a vytrvá i v krizové situaci organizace (Rouhton a Crutchfield, 2013). S tím souvisí také názor Glendona et al. (2016), kteří tvrdí že je nutné se zaměřit nejen na postoje pracovníků, ale na vyjádření bezpečnostní kultury jejich chováním při pracovních aktivitách. V tomto případě se kultura bezpečí chová jako rámec reference pro chování v práci a určuje, jaké chování je přijatelné či bude organizací odměněno. Tím pak pomáhá tvarovat chování, které pracovníci rutinně dodržují.

A jelikož bezpečí jde ruku v ruce s kvalitou, byl za účelem jeho dosažení vyvinut QSEN, tedy Quality and Safety Education for Nurses (Edukace pro sestry o kvalitě a bezpečí), jehož účelem je zajistit, aby všechny sestry měly znalost, schopnosti a postoj ke stálému zlepšování kvality a bezpečí zdravotnických systémů, ve kterých pracují (Smith et al., 2015). V tomto případě bylo odvozeno, že čím lepší je kvalita péče, tím lepší je bezpečí a naopak. QSEN bývá označován i jako projekt, který pomohl inspirovat renesanci v ošetrovatelském vzdělávání, stejně jako jedno z nevlivnějších a nejrozšířenějších národních hnutí v ošetrovatelské historii (Barnsteiner, Disch, 2012).

Dále je popisováno 6 kompetencí, které by měli ovládat všichni zdravotničtí profesionálové, aby byli schopni zlepšovat systém zdravotnické péče. Konkrétně se jedná o péči zaměřenou na pacienta; týmovou práci a kolaboraci; praxi založenou na důkazech; zlepšení kvality; bezpečí a jako poslední informovanost. V péči zaměřené na pacienta je důraz kladen především na to, aby byl v průběhu plánování a rozhodování se brán co největší zřetel na pacienta, aby byl poskytován soucit založený na respektu pro pacientovi preference, hodnoty a potřeby. V týmové práci a kolaboraci je kladen důraz na efektivní práci napříč sesterskými a zdravotnickými disciplínami, abychom byli schopni týmové práce s otevřenou komunikací, vzájemným respektem a sdíleného rozhodování se, díky kterým je pak dosaženo kvalitní péče o pacienta. Co se praxe založené na důkazech týče, je zdůrazňována integrace nejlepších současných důkazů s klinickou zkušeností a preferencemi a hodnotami pacienta či jeho rodiny, aby byla poskytnuta optimální zdravotní péče. Zlepšení kvality doporučuje měření a používání dat, aby byly monitorovány výsledky procesů a designů péče, aby byla kontinuálně zlepšována kvalita a bezpečí systémů zdravotní péče. Co se bezpečí týče, je snaha o minimalizaci rizika poranění jak pacientů, tak poskytovatelů zdravotnické péče, a to

sice skrze efektivitu systému a výkon jednotlivce. Informovanost pak poukazuje na používání informací a technologie, abychom komunikovali, pracovali s vědomostmi, mírnili chyby a podporovali rozhodování se (Sherwood, Horton-Deutsch, 2015).

Používání QSEN bylo nejprve začleněno při poskytování akutní péče, postupně se ale propracoval i do péče ambulantní (Barnsteiner, Disch, 2012).

1.2 Potřeby

1.2.1 Potřeby člověka

Člověk je holistická bytost, která má určité potřeby a snaží se dojít k jejich naplnění. Nemoc nicméně situaci komplikuje - často jeho potřeby pozměňuje, či mění schopnost člověka samostatně vzniklé potřeby naplnit.

Ošetrovatelství může být vnímáno jako vědní disciplína, jejíž hlavní poslání je vhodnými metodami uspokojit individuální potřeby člověka – ať už vznikly kvůli nemoci, či ne – a dále napomáhat těm, kdo sami péči o sebe nezvládnou nebo neumějí, či nechťejí (Vytejková et al., 2009). S tímto prohlášením souhlasí i Mastiliáková (2014), která dodává, že sestra musí identifikovat reakce pacienta na neuspokojené potřeby v rámci ošetrovatelského procesu. Cílem je uspokojovat potřeby pacienta ať už naše snaha vede k udržení či navrácení jeho zdraví, ale i ke snížení fyzické či psychické bolesti, kterou nemocný zažívá v průběhu umírání (Plevová et al., 2012). Nesmíme opomenout, že veškeré činnosti musí být prováděny s respektem k individuální kvalitě žití pacienta (Kutnohorská, 2010).

Lidské potřeby od sebe nejsou kompletně oddělené, ale namísto toho se spolu prolínají, na což upozorňuje i Křivohlavý (2010). Poukazuje například na potřeby ekonomické. Zdánlivě by se mohlo stát, že s tématem bezpečí moc nesouvisí. Nicméně člověk potřebuje jíst, pít, místo kde by mohl spát apod. K zajištění těchto věcí ale potřebuje peníze – a zde se právě ukazuje důležitost potřeby ekonomické. Jestliže není naplněna, je v ohrožení naplnění ostatních potřeb a tím je i narušena potřeba jistoty a bezpečí. Jestliže tedy chceme co nejlépe pomoci uspokojit potřeby pacienta, nesmíme se na ně dívat jen odděleně, ale musíme sledovat způsob, jakým se navzájem ovlivňují.

K situaci, kdy nejsou potřeby uspokojeny, dochází při určitém nedostatku nebo nadbytku (Mlýnková, 2010). Během života člověka se potřeby mění – kvalitativně i kvantitativně. V souvislosti s naplňováním potřeb pak mluvíme o motivaci – tedy rozporu mezi tím, co člověk aktuálně prožívá a tím, co prožívat touží. Plevová et al. (2011) uvádějí třídění, ke kterým může docházet. Jedná se o třídění genetické, kdy rozlišujeme primární a sekundární motivy – kde primární jsou na základě aktivace již vrozených tělesných mechanismů, zatímco sekundární vychází z návyku – tedy procesu

učení. Každý z nás pochází z jiného prostředí se svou vlastní kulturou a každý z nás je během růstu učen jiným způsobem naplňování svých potřeb. Tyto způsoby, které se jedinec naučil, pak ovlivňují i naplňování jeho potřeb v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Sestra musí s takovouto situací počítat, pozorovat pacientovi návyky a přímo s ním komunikovat a domluvit se na společném řešení, jak by pacient tyto potřeby rád naplnil. Nadále jsou pak děleny na sekundární potřeby a zájmy (zaměřenost myšlenek, pozornosti, úmyslů, přání atd.), uspokojené ani ne tak výsledkem, jakožto spíše procesem vedoucím k jejich dosažení. Dále Plevová et al. (2011) mluví o hledisku aktuálnosti, kde se setkáváme s pojmy motiv aktualizovaný – tedy ten, který aktuálně v danou chvíli působí – a motiv potenciální – čili který může za určité situace přijít v platnost a začít ovlivňovat jednání člověka. Jako příklad můžeme uvést přípravu na příjezd pacienta z operačního sálu. Sestra kromě běžných činností musí počítat s tím, že pacient může být po příjezdu zmatený kvůli odeznívání anestetik. V tuto chvíli se jedná o motiv potenciální, který může nastat. Pokud pacient přijede opravdu zmatený a potřebuje vysvětlit, kde se nachází a proč, jedná se již o motiv aktualizovaný.

Dělení motivů v plnění potřeb zpracovali ale i Berelson a Steiner (1968). Ti svou teorii založili na biologických funkcích. Jako první v ní popisují funkci pozitivní či zaopatřovací, při které deficit vede k vyhledání a konzumaci potřebného. Druhou je negativní funkce, či vyhýbání se něčemu – ta je vyvolána možností poranění či poškození, čímž je dán impulz k vyhnutí se a útěku. Třetí funkcí je udržování druhu. Ta je spojena s funkcemi reproduktivního systému a může vyvolat péči o děti a jejich ochraňování, nebo může vyvolat sex.

Zapomenout nesmíme ani na dělení potřeb dle Bártlové (2005). Upozorňuje na vliv nemoci na potřeby člověka a potřeby dělí do tří kategorií. Jsou potřeby, které se nemocí nezmění, tedy například spánek a výživa. Dále jsou potřeby, které se vlivem nemoci modifikovaly a které jsou ovlivněny samotnou chorobou. Zvýšená pozornost by v této oblasti měla být věnována zejména potřebám sociálním, které se vlivem nemoci sice nejdříve redukuje, ale postupem času opět nabývají na síle. Poslední kategorií jsou pak potřeby, které nemocí nově vznikly a které jsou pokrývány během léčebného procesu.

1.2.2 Faktory ovlivňující naplňování potřeb

Tak jako existují nejrůznější potřeby, existují i nejrůznější situace a faktory, které jejich naplnění ovlivňují. Nesmí se na ně proto zapomenout a během naplňování potřeb pacienta s nimi tudíž pracovat.

Může se jednat o věk, nemoc, osobnost jedince, kvalitu mezilidských vazeb a vztahů a taktéž o okolnosti, za nichž došlo ke vzniku potřeby (Mlýnková, 2010). Faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb jedince, jsou také individualita jedince a sice jeho osobnostní charakteristiky, vývojové stádium člověka, kdy jsme jako děti v naplňování téměř všech svých potřeb závislí na pomoci dospělých a pak se se zvyšujícím se věkem postupně vymaňujeme a stáváme se více autonomními a na druhých osobách nezávislími. Dalším faktorem, který má značný vliv, se stává kultura. Ta jedinci některé vzorce uspokojování potřeb vtiskává, zatímco jiné v něm potlačuje. V plnění potřeb nás rovněž ovlivňuje rodina. Ta zabezpečuje potřeby dítěte už od narození, proto jsou spolu s vlivem kultury zvyky, které nám vtiskne rodina, jedny z nejsilnějších faktorů (Plevová et al., 2011).

1.2.3 Maslowova hierarchie potřeb

Dělení potřeb bylo zpracováno nejednou, ale jedním z nejznámějších je dělení dle Abrahama Maslowa. Ten se specializoval na problematiku motivace a dle svých klinických pozorování vypracoval právě pyramidový systém potřeb člověka. Pokud nenastane uspokojení potřeby člověka v patřičné míře, nemůže se podle něj posunout dál k uspokojování následující potřeby (Mastiliáková, 2014).

Jako základna zde byly stanoveny potřeby fyziologické, taktéž nazývány jako homeostatické – tedy jídla, pití, spánku a odpočinku, dýchání a potřeba sexuální. Mlýnková (2010) doplňuje nejen potřebu vyprazdňování moči a stolice, ale i potřebu tepla a pohodlí a potřebu být bez bolesti. Dalším krokem, je potřeba jistoty a bezpečí (Mastiliáková, 2014). Mlýnková (2010) tuto potřebu konkretizuje jakožto touhu po navázání důvěry, po spolehlivosti, stabilním okolí (včetně ekonomického zajištění), stejně jako nezapomíná na soběstačnost, klid aj. Do této chvíle byly popisovány potřeby vývojově nižší – tedy vystupující do popředí jako první již od chvíle narození člověka, o

kterých Plevová et al. (2011) píší jako o nedostatkových, tedy založených na vzniku deficitu.

Mastiliáková (2014) pak pokračuje potřebou lásky a sounáležitosti – tedy náležitost k nějaké skupině, obdržení něčí lásky. Mlýnková (2010) ji nazývá potřebou afiliační (navázání těsného osobního kontaktu) a mluví taktéž o touze po sociální integraci a někoho milovat. Následuje potřeba úcty, či uznání a ocenění. Ta pojednává o statutu člověka uvnitř skupiny (Mlýnková, 2010). Člověk zde usiluje o její respekt, snaží se být kompetentní, aby si ho vysloužil a tím i dosáhl na vysokou prestiž. Jedná se o potřebu sebeúcty a obdržení úcty od druhých (Mastiliáková, 2014). A poslední, pátou, potřebou, je potřeba seberealizace, někdy také nazývána sebeaktualizace. Jedinec projevuje snahu o vyjádření vlastní individuality, svých schopností, o realizaci svých záměrů (Mastiliáková, 2014). Mlýnková (2010) sem zahrnuje i potřebu estetiky, smysluplného trávení volného času a realizace svých schopností. V Plevové et al. (2011) jsou popsány jako rozvojové – jedinci napomáhají v jeho dalším rozvoji. Těmito třemi potřebami – láskou a sounáležitostí; úctou a uznáním; seberealizací - Maslow vyjádřil potřeby vyšší, postupně se projevující s rostoucím věkem. Pakliže nedojde k uspokojení potřeb člověka jím samým, nastává ošetrovatelský problém.

Cakirpaloglo (2012) pak udává, že potřeby vyšší a nižší jsou založeny na rozdílných procesech. Potřeby nižší – tedy biologické a jistota a bezpečí – jsou ovlivňovány homeostatickým mechanismem uspokojení a následného návratu ke klidu. Zato potřeby vyšší jsou podle něj založeny na principu růstu – čím více je potřeba uspokojena, tím více směřujeme k jejímu dalšímu naplňování. Ve své práci však oponuje tvrzení jiných autorů, že neuspokojení potřeb nižších brání naplnění potřeb vyšších. Člověk je schopen nadřadit ideály základním potřebám – například protestním držením hladovky. Tím, že takto vědomě nadřadí potřeby vyšší potřebám nižším, se vědomě uvádí do nebezpečí, kdy by mohlo dojít k jeho poškození.

1.3 Motivace

Motivace je slovo odvozené z latinského *moveo* – tedy hýbatí (Plevová et al., 2011). Je popsána jako rozpor mezi tím, co člověk právě prožívá a po čem touží. Jedná se o hybnou sílu stojící za naším jednáním a chováním, přičemž síla motivace je přímo úměrná k naplnění potřeb. Celkově se podle nich jedná o psychický proces, který ústí energizací bytosti. Aktivizuje naše chování tím, že mu dává určitý účel, či směr – ať už pomáhá něco začít, nebo ukončit určité chování. Je úzce spojena s dalším pojmem a to sice motivy, které na jejím podkladě vznikají. Za jejich základní formu Šamánková et al. (2011) považují právě potřeby. Touha k uspokojení potřeby, tedy motivu, následně způsobuje aktivizaci a uvádí člověka v akci. Cakirpaloglu (2012) popisuje motivaci jako proces, při kterém dochází ke spuštění, zaměření se a k regulaci aktivit člověka na objekty či cíle. Neopomíná ale říci, že jak motivace, tak motivy jsou povahy čistě individuální a žádní dva lidé nemají motivační sestavu naprosto totožnou.

Motivaci ovlivňuje hned několik faktorů. Jedná se o vnitřní a vnější situace. Z hlediska vnitřních uvádějí například hladovění, ale i vnitřní stavy vyvolané z vnějšku – tedy vnější ohrožení, nebo získání prestiže. Co se vnějších stimulů týče, nemusí nezbytně nutně motivovat určité chování, ale mohou se stát incentivami. Dalším faktorem je podle nich očekávání – tedy síla očekávaného uspokojení v budoucnosti s tím, že chování jedince je ovlivněno i morální flexí. Nezapomínají samozřejmě ani na faktory fyziologické, stejně jako sociální a kulturní. Co se kulturních faktorů týče, ty působí zejména na způsob chování (výběr pokrmu a jeho konzumace), stejně jako na potlačení určitých impulzů (agresivita, sexualita). V sociálních faktorech pak uvádějí zkušenosti nabyté v jejich kultuře, na základě kterých se vytvoří návyky postrádající původní biologické vazby. Určitý faktor podle nich taktéž tvoří vnitřní odměny jedince (Plevová et al., 2011).

1.4 Management bezpečí

Zajištění bezpečí pacienta je jeden z velkých cílů v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. Není proto divu, že za účelem jeho dosažení vzniklo hned několik nástrojů. Jedním z nich jsou kupříkladu standardy.

Jejich ucelený soubor má vést k dokonalosti poskytnuté péče. Jejich dalším úkolem je vytvořit profesionální a zároveň příznivé prostředí. Slouží nám jako obecný návod, soustředící se na důležité úkoly svěřené sestřám. Standardy se samozřejmě liší ohledně svého zaměření a vliv na ně má i zaměření oddělení, na kterém jsou v platnosti. Rozvíjí se nadále s tím, jak se rozvíjí postupy péče o pacienta. Kromě detailního návodu pro zdravotnické pracovníky ale poskytují i důležitou pomůcku manažerkám, které skrz ně mohou lépe ohodnotit kvalitu poskytované péče (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Standardy se chovají jako odborný základ pro zajištění kvalitní – a tedy bezpečné – péče. Mohou být definovány jako dohodnutá úroveň kvality, nebo zavedená norma. Spolu se standardy jsou také stanovena kritéria hodnocení, což jsou prvky, charakteristiky nebo vlastnosti, skrze které měříme, do jaké úrovně byl standard dodržen. Pokud není jejich sepsání možné, používají se místo nich ukazatele, což jsou aspekty zdravotnického procesu nebo výsledky prokazující zvolení správných intervencí. Vytvoření standardů ovlivňuje hned několik faktorů. Jedná se o faktor společnosti, profese, etiky, ale i faktor vládní, státní a právní. Všechny tyto faktory přispívají k vytvoření takových standardů, které nejlépe zaručují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (Škrlová, 2008).

Management ke kontrole dodržování standardů zajišťujících kvalitu poskytované péče využívá kritéria hodnocení, což jsou předem stanovené prvky, ale i charakteristiky či vlastnosti, které používáme k měření míry, do jaké bylo dosaženo dodržení standardu. Bez nich standardy nejsou měřitelné. Pokud dojde k situaci, kdy standardy měřit nelze, musíme sestavit konkrétní kritéria a ukazatele – v tomto případě aspekty nebo výsledky ošetrovatelského procesu, které prokáží použití správných intervencí (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Standardy můžeme klasifikovat třemi způsoby – jako standardy strukturní, standardy procesní a standardy výsledků. Strukturní standardy v sobě zahrnují například prostředí,

přístrojové vybavení, kvalifikace zaměstnanců, ale i strukturu komisí instituce. Zahrnuta je do nich i certifikace, která ovšem mluví spíše o kvalifikaci jedince a ne celého zařízení. Procesní standardy se zabývají ošetrovatelskými činnostmi, jako je posouzení stavu, stanovování ošetrovatelských diagnóz, intervencí a jejich hodnocením. Konkrétně standardy ošetrovatelské praxe mají základ v potřebách pacientů. Co se standardů výsledků týče, zahrnují konečné výsledky péče o pacienty. Jejich orientace je zaměřená na pacienta a jsou určovány s procesními standardy. Standardy péče o pacienta jsou často popsány jako požadované chování nebo stav pacientů (Škrála, Škrlová, 2008).

Dalším důležitým nástrojem jsou směrnice. Ty jsou vnímány jako pravidla a nařízení upravující jak širší, tak specifické aspekty práce pracovníků. Směrnice, obsahující konkrétní požadavky na práci sester, jsou odvozeny od profesních standardů, stejně tak jako od zákona o ošetrovatelské praxi. Zákony, standardy a směrnice spolu vytvářejí základ pro popis práce a systém pracovního ohodnocení. Pokud se pracovník odchýlí od požadovaného chování, je díky nim manažer upozorněn na vzniklý problém (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Vzorem při zajišťování bezpečné a kvalitní péče bývají zdravotnická zařízení pyšící se akreditací – kterou získají při prokázání toho, že dodržují akreditační standardy, které jsou pro dané zařízení závazné. Stručně řečeno mluvíme o souboru minimálních požadavků zajišťujících kvalitní a bezpečnou péči. Vztahují se nejen na péči přímo a nepřímo poskytující personál, ale i na externisty a dodavatelské organizace. Většina těchto standardů odráží národní legislativní normy, které jsou v dané zemi v platnosti. První společnost, která se v ČR zabývala kvalitou péče a navázala bezpečím pacienta, zaměstnanců, ale i prostředí, je SAK – tedy Spojená akreditační komise (Škrlová, 2008).

Kromě standardů a směrnic musíme ale zohlednit i koncepci problémů, nebo rizik, jejichž řešení má na starost management rizik. V tom je zahrnuto plánování, organizace a také řízení komplexního programu aktivit, díky kterým je pak možná identifikace, vyhodnocení a napravení rizik, které by jinak mohly vyústit zraněním ať už pacientů nebo zaměstnanců, ztrátou a poškozením majetku a finančními ztrátami. Zabývá se zanedbáním povinné lékařské a ošetrovatelské péče, tedy non lege artis, nedbalostí a profesionální zodpovědností. Do kompetencí managementu rizik patří i management

žalob kvůli zanedbání péče, nedbalosti, ale i odškodnění pracovníků a odpovědnost ředitele a úředníků zařízení (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

K vysvětlení managementu rizik můžeme použít model identifikující celkem šest základních částí. Jedná se o finanční management, přenos rizik, identifikaci rizik, analýzu rizik a vyhodnocení rizik. Finanční management v sobě zahrnuje složky od opatření řešení finančních ztrát v obě krize, přes žaloby a přírodní katastrofy, k zajištění pojištění. Identifikace rizik pomocí překontrolování dokumentace, hlášení mimořádných událostí a rozhovorů s personálem zjišťuje problémy, které by mohly pro zařízení představovat finanční nebo právní riziko. Analýza rizik je z velké části matematickým či statistickým úkonem. Jejím účelem je projít informace, díky kterým určují pravděpodobnost nastání konkrétní události v konkrétní situaci a vypočítání rizika, které taková událost pro zařízení představuje. Více rizik sebou samozřejmě nese například experimentální léčba nebo těžce nemocní pacienti. Je u nich tedy větší prostor k pochybení nebo špatnému zvládnutí péče. Proces analýzy provádí identifikaci a poskytuje údaje, díky kterým lze vytvořit plán pro zvládnutí takovýchto situací. Řešení rizik vede k vyřešení situace takovým způsobem, který snižuje riziko pro zdroje organizace, ať už finanční, nehmotné, ale i lidské. Způsob, jakým riziko snížíme, se dovíjí od konkrétního problému. Příkladem může být program, který instruuje personál, jak zabránit pádu pacientů. Vyhodnocení rizik zahrnuje hodnocení efektivity intervencí a metod používaných k získání informací o problému, který by potenciálně mohl nastat. Základní tři otázky zahrnují vliv problému na majetek organizace, budoucí kredit organizace a její kapitálová hodnota a vztah s komunitou (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

1.5 Informovanost

Na informovanost pacienta je v současném ošetrovatelství pokládán velký důraz. Vše začíná již při příjmu do nemocnice. Pacienti musí podepsat souhlas s hospitalizací, abychom je vůbec mohli přijmout a následně informované souhlasy, abychom mohli vykonávat léčebné výkony.

Každá situace má samozřejmě své výjimky. Pokud má pacient poruchu vědomí nebo se nachází celkově ve špatném zdravotním stavu, který mu nedovoluje informovaný souhlas udělit, následuje vyplnění patřičného formuláře, který je nejlépe do 24 hodin nebo prvního následujícího pracovního dne odeslán na příslušný obvodní soud. Tento formulář je následně zahrnut v dokumentaci pacienta (Kapounová, 2007).

Při příjmu na oddělení stále máme povinnost pacienta upozornit na práva pacientů a popřípadě mu je vysvětlit, včetně toho, jak se svých práv dožadovat. Současně i pracovníci zařízení vedeni, aby se snažili pochopit a respektovat hodnoty pacientů a vytvořili na jejich základě podmínky, ve kterých jim mohou poskytnout ohleduplnou a taktní péči (Joint Commission International, 2008).

Mezi práva pacienta patří například ohleduplná péče prováděná s porozuměním kvalifikovanými zdravotníky, nebo právo na získání od svého lékaře údajů potřebných k zasvěcenému rozhodnutí a souhlasu před začátkem každého diagnostického nebo terapeutického postupu. Má také právo na seznámení s alternativními léčebnými postupy, pokud existují. V případě odmítnutí léčby má právo být informován o zdravotních důsledcích, které z jeho volby vyplývají. Pokud se lékař rozhodl k použití nestandardního postupu nebo i experimentu, má pacient právo, aby mu bylo podáno podrobné a srozumitelné vysvětlení, na jeho základě se dokáže zasvěceně rozhodnout (Plevová et al., 2011).

Je nutno upozornit na to, že na edukaci pacienta před podepsáním souhlasu s hospitalizací, informovaných souhlasů s výkony, seznámení s průběhem výkonů, výsledky testů a na komunikaci s rodinou pacienta, co se léčebného hlediska týče, má mandát výhradně lékař. V kompetencích sestry je pacienta informovat o tom, jaký ošetrovatelský výkon u něj bude vykonávat, jak bude probíhat a na co se pacient může připravit (Ondrušová, Krahulcová, 2020). Nedostatečná informovanost pacienta

lékařem, nevyřešené obavy, které pacienti pocítují a nízká empatie personálu značně komplikuje situaci při péči o pacienta. Pacient má problém s vytvořením důvěry, komunikací a následně i se spoluprací s personálem (Ptáček, Bartůněk et al., 2015).

Dostatečná informovanost má ale své místo i v řadách zdravotnického personálu. Jedná se o jednu z hlavních příčin pochybení a omylů, které personál může způsobit, spolu s nedostatečnou orientací, nedostatečnou či nevhodnou komunikací, nedostatečným dohledem, nezajištěním bezpečí pacienta a nepozornosti kvůli narušení soustředění (Škrla, Škrlová, 2008).

1.6 Důvěra

Nemoc a pobyt ve zdravotnickém zařízení se bez pochyby řadí mezi náročné životní situace, při kterých je potřeba jistoty a bezpečí velmi zatížena. Jedním z faktorů, které se tak s touto problematikou pojí, je důvěra pacienta. Jedná se o důvěru ve zdravotnické zařízení, stejně jako o důvěru v jeho personál – ať už se jedná o lékaře, či sestru (Zacharová et al., 2007). Poskytovat ošetrovatelskou péči, aniž by mezi pacientem, lékařem i sestrou existovala vzájemná důvěra, je nemyslitelné (Vondráček, Wirthová, 2009).

Pokud je ošetrovatelský proces založený na aktivním kontaktu sestry a pacienta, je nutné, aby P/K a jeho rodina k sestře chovali co největší důvěru. Ta umožňuje jejich užší spolupráci a mnohdy urychluje nejen edukační, ale i léčebný efekt ošetrovatelského procesu. Dalším krokem je problematika diagnostiky potřeb. Příznaky nedostatku či nadbytku mohou být subjektivní, či objektivní. Pacient může mít subjektivně pocit žízně, ale zdravotník si sám může povšimnout například jeho okoralých rtů (Ptáček et al., 2011). Je proto velice důležité, abychom při interakci s pacienty využívali své pozorovací schopnosti a ne jen slepě plnili ordinace (Mlýnková, 2010). Užší kontakt sestry a pacienta při aplikaci skupinového pečovatelského systému zlepšuje přehlednost poskytované péče, čímž nadále vzrůstá důvěra pacientů v o ně se starající tým (Marková et al., 2006).

Aby pacient k sestře získal důvěru, musí na něj působit důvěryhodně. Mezi základní projevy důvěryhodnosti sestry se řadí vztah k povolání, kultivovanost projevu při vystupování, stejně jako odborné znalosti sestry a její vzhled. Ten poukazuje na osobnostní vlastnosti a stejně tak svědčí o tom, jak moc si sestra pacientů, o které pečuje, váží. Naopak nevhodné jednání jedné sestry může v konečném důsledku sesterskou profesi v pohledu daného pacienta velmi poškodit (Ptáček et al., 2011). Základním kamenem léčby pacienta se stává důvěra pacienta v lékaře a jím vybrané metody (Janíková a Zeleníková, 2013). Petr et al. (2014) tuto skutečnost zdůrazňují s tím, že pacient často není schopen pochopit všechny skutečnosti s léčbou spojené a je proto nutné, aby se spolehl na názor a doporučení svého ošetřujícího lékaře. Na druhou stranu pro hladký chod ošetrovatelského týmu je zapotřebí i důvěra skupiny ve stejný cíl (Plevová et al., 2012).

Zacharová (2016), pak popisuje provázanost komunikace a důvěry, která je dle ní základním kamenem ošetrovatelské praxe a zdravotníci by proto měli ovládat umění si ji od pacienta a jeho rodiny získat.

Tématem důvěry se taktéž široce zabývá Halmo (2015). Ta popisuje důvěru jakožto pacientem velice intenzivně vnímanou. Pokud tedy dojde k přesvědčení, že jeho situace je brána vážně a se zájmem, dojde následně k upevnění důvěry pacienta k sestře nejen jako k profesionálovi s odbornými schopnostmi, ale i jako k lidské bytosti.

Perkinson (2008) radí, že k ustanovení důvěry musíme být stálí, pacientům zas a znovu dokazovat, že s nimi budeme aktivně zapojení, pokud řekneme, že něco uděláme, musíme dostát svému slovu. S pacienty nemanipulujeme ani se nesnažíme něčeho dosáhnout za vynechání pravdy nebo až lži.

Pravdou zůstává, že důvěra spolu s dalšími faktory úzce souvisí s naplněním potřeby bezpečí.

1.7 Komunikace

Mnoho práce sester zahrnuje komunikaci – na denních bázích je komunikace s pacienty, ostatními sestrami, ostatními pracovníky zařízení i příbuznými pacientů (Burnard, Gill, 2014).

Komunikace je definována i jako organizovaný, vzorovaný systém chování, který reguluje a umožňuje interakci mezi pacientem a sestrou (Andrewsová a Boylová, 2008). Špirudová et al. (2006) vidí komunikaci jako hodnotu, která je v kultuře přenášena a ochraňována, a skrze kterou je kultura sama vyučována.

Komunikace je základ aktivit, které sestry provádějí. Je jí používáno k empatickému naslouchání, porozumění jak verbálním, tak i neverbálním projevům, získávání informací, motivování, edukaci, navozování důvěry, vztahu sestry-pacienta i rozvoji vztahů v ošetrovatelském týmu. Zapomenout nesmíme ani na terapeutické interakce, zhodnocení potřeb pacientů a vykonávání intervencí umožněné pomocí efektivní komunikace. Díky ní tak máme možnost co nejvíce se pacientovi přiblížit a napomoci mu ať už na cestě k uzdravení, či při jeho prožívání nemoci (Plevová et al., 2011).

Efektivní komunikace je zkrátka zásadní pro efektivní zdravotnickou péči. Pokud dojde ke správné komunikaci, stane se tak motivací jak pro sestru, tak i pro pacienta, který je tak lépe informovaný a schopný se více zapojit, což na oplátku vede ke zlepšení jeho zdravotního stavu (Dayer-Berensonová, 2014). Je důležité navázat důvěru mezi zdravotníkem a pacientem, zatímco komunikují. Při navázání takového vztahu je větší pravděpodobnost, že se pacient otevře v ohledu ke svým osobním informacím, hodnotám, kulturním zvyklostem, což nám pak pomůže při péči o něj (Swotová, 2008).

Dostálová (2007) kromě toho upozorňuje na sociokulturní a osobní aspekty komunikace s pacientem – na jeho hlas, rytmus a rychlost řeči, stejně jako na výslovnost, možný význam ticha a význam použitých dotyků. Pokud mezi zdravotníkem a pacientem panuje komunikační bariéra, může vést až k frustraci, strachu, úzkosti, hněvu, smutku a mnoha dalším záporným emočním stavům, které jsou takto projevy neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí (Kutnohorská, 2010).

1.7.1 Faktory ovlivňující komunikaci

Z vnitřních faktorů, ovlivňujících komunikaci, je jako první psychofyzilogický kontext. Konkrétně se zde jedná o fyzický a emocionální stav, kdy se pacient či sestra nemusí cítit dobře a nejsou tudíž přístupni smysluplné a nápomocné komunikaci; růst a vývoj, kde se může jednat o věk pacienta, ale i o úroveň komunikace sestry; nenaplněné potřeby, přičemž pacient se soustředí zejména na jejich naplnění a ne na efektivní otevřenou komunikaci se sestrou; postoje, na které mohou mít vliv předchozí negativní zkušenosti účastníků konverzace; hodnoty spolu s přesvědčeními; vnímání; osobnost a v neposlední řadě i sebepojetí a sebeúcta (Plevová et al., 2011). Důležitá je i komunikační úroveň jednotlivých participantů komunikačního procesu. Zdravotničtí pracovníci se účastní lekcí komunikace, proto se u nich předpokládá vyšší úroveň, která by při komunikaci s pacientem měla být nápomocna (Juřeníková, 2010). U vztahového kontextu pak Plevová et al. (2011) uvádí charaktery vztahů, které mezi účastníky komunikace panují. Mohou to být vztahy čistě společenské, ale i přátelské či pracovní. Mluví dále i o úrovních důvěry a otevřenosti mezi účastníky komunikaci, stejně jako o jejich společné minulosti, či rovnováze moci a vlivu. Na řadě je pak kontext situační. Ten vykresluje důvod ke komunikaci – k výměně informací, za dosažením cílů, k vyřešení problémů či i vyjádření emocí. V environmentálním kontextu je zahrnuto prostředí, kde ke komunikaci dochází. Vnímáme míru soukromí, pohodlí a bezpečí, stejně jako přítomnost hluku a jiných rozptylujících faktorů. Nesmíme zapomenout zmínit ani kulturní kontext, kde jsou zahrnuty socio-kulturní prvky, jako úroveň dosaženého vzdělání, jazyk, způsob, jakým je účastníci vyjadřují, jejich zvyky a očekávání.

1.7.2 Úrovně komunikace

Komunikace může probíhat na různých úrovních. Plevová et al. (2011) ji dělí na intrapersonální, interpersonální a skupinovou. V intrapersonální komunikaci mluví člověk takřkajíc sám se sebou. Tato forma komunikace vyjadřuje jeho nevyslovené myšlenky a úvahy na situaci probíhající okolo něj. Tím dochází k jedinečnému vnímání každého člověka. Tato vnitřní samomluva, také označována jako self-talk člověku v situaci určuje například jeho postoj, stejně jako to, co vidí, slyší, či čemu věnuje pozornost, ale také jeho interpretaci toho, co přijímá. Rovněž ovlivňuje i to, co si člověk myslí o výsledku, či jak jedná a jak pak vyhodnocuje následky svého chování.

Interpersonální komunikaci pak Plevová et al. (2011) popisují jako komunikaci mezi dvěma osobami majícími určitý vztah a svými sděleními se navzájem ovlivňujícími. Podstatným výsledkem tohoto typu komunikace je vznik a rozvoj interpersonálních vztahů. Co se skupinové komunikace týče, jde o soubor jedinců v tak nízkém počtu, aby navzájem mohli komunikovat s relativní lehkostí. Jedná se o ní v případě, kdy jsou účastníky 3 či více lidí, ať už osobně či prostřednictvím pomůcek (Plevová et al., 2011).

Jiné dělení úrovní komunikace má pak Pokorná (2010). Ta popisuje konverzační kliše – tedy pouhé zdvořilosti, které jsou využívány u všech lidí během mezilidských kontaktů. Další úrovní je předávání informací. Zde už sice sdělujeme jisté informace, ale stále pro nás nemají emocionální hodnotu. Jako další v pořadí následuje vyjádření názorů, kterým vyjadřujeme svůj postoj k dané věci, následovaný vyjádřením emocí, kdy vyjadřujeme své pocity a to pouze lidem, kteří jsou pro nás důvěryhodní. A jako poslední je otevřená a důvěryhodná komunikace.

1.7.3 Typy komunikace

Komunikaci můžeme rozdělit na tři typy – suplementární, komplementární a metakomplementární. V prvním typu se jedná o kontinuální vzájemné vyrovnávání v informační, emocionální a prožitkové úrovni navzájem vyměňovaných informací. V komplementární typu je jeden z komunikujících dominantnější, než ten druhý, s tím, že rozdělení rolí je komunikanty respektováno a neprobíhá snaha konkurovat. Třetí typ, metakomplementární, je typem využívaným ve zdravotnických zařízeních. Jedinec v dominantní pozici ji úmyslně přenechává druhému účastníkovi – jde tak o umění naslouchání druhému, o lepší vniknutí do jádra problému a následně společnému nalezení řešení (Plevová et al., 2011). Jedička et al. (2018) však upozorňují, že jsou možné i situace, kdy jedinec vyzařuje navenek bezmocnost a očividně podřízené postavení, ale ve skutečnosti vztahy mezi lidmi ovlivňuje, až ovládá, s kterýmžto prohlášením souhlasí i Plháková (2006). V komunikaci pak existuje další důležité rozdělení a to sice komunikace verbální a neverbální (Plevová et al., 2011).

1.7.4 Zásady správné komunikace s pacientem

Důležitost správné komunikace je nesmírná. Ačkoliv existují doporučované způsoby, držení se zaběhnutých způsobů aniž bychom věděli, zda jsou správné a účinné, je ale

špatně. Způsob, jakým s pacientem komunikujeme, má vliv na vznik důvěry, na vnímání a zapamatování si informací, které pacient obdrží.

Při komunikaci je také důležité dbát nejen na rovinu verbální, ale také paraverbální a nonverbální. Neméně důležité je i aktivní naslouchání pacientovi, které lze provést hned několika technikami – povzbuzením, přeformulováním hlavních myšlenek pacienta, vyjasněním, shrnutím a oceněním (Ptáček et al., 2011). Při komunikaci bychom se měli vyvarovat zejména skákání do řeči, otevřenému nesouhlasu, odchodu během konzultace, viditelným projevů netrpělivosti, dávání direktivních rad a v neposlední řadě uhýbání očima (Venglářová a Mahrová, 2006).

Při aktivním naslouchání pacientovi můžeme pozorovat hned několik fází. Jedná se o identifikaci emocí, následně vyslechnutí faktů a nakonec řešení problému. V jakékoliv komunikaci s pacientem je platných hned několik doporučení. Jde o nepřenášení svých starostí na pacienta, oslovování s úctou tradičně příjmením, co nejvíce navazovat oční kontakt, projevovat dostatek trpělivosti, přizpůsobení se komunikaci pacienta, vyčlenění si dostatečného času na rozhovor a pokud možno se během rozhovoru vyhnout rušivým elementům (Tomová a Krivková, 2016).

S pacienty bychom měli jednat důstojně, měli bychom jim umožnit získat pocit spolupráce, podávat jim úplné informace a praktikovat partnerský přístup, s čímž souvisí ponechání jim možnosti rozhodovat spolu s informovaností o dalších krocích. Pokud pacientovi nemůžeme v danou chvíli věnovat pozornost, na tuto skutečnost ho upozorníme, ale zároveň zdůrazníme, že o jeho přítomnosti víme, načež mu při komunikaci dáme najevo, že je pro nás středem zájmu. Při případném konfliktu bychom měli nabídnout krátkou, ale profesionální, omluvu (Venglářová a Mahrová, 2006).

Zacharová (2016) považuje verbální komunikaci za jeden z nástrojů profesionální práce zdravotníků. Abychom dosáhli kvalitní komunikace, je zapotřebí dodržování jistých požadavků. Jedná se o individuální přístup, úctu k pacientovi, stejně jako pozitivní vztah k P/K a empatii.

Vengářová a Mahrová (2006) také popisují kritéria k úspěšné verbální komunikaci. Konkrétně se jedná o jednoduchost, stručnost, zřetelnost, o vhodné načasování a adaptabilitu. Taktéž mají jiné doporučení stran naslouchání. Dle nich nenasloucháme

pouze ušima, ale taktéž očima a srdcem. V jejich knize jsou popsány zásady verbální komunikace. Konkrétně úcta, důvěryhodnost, ochota dávat, ochota odložit masku, připravenost ke změnám a k revizi postojů, dále citlivé odkrývání překážek v rozhovoru a jako poslední přátelská atmosféra. Vyjmenovávají taktéž překážky ke správnému vedení konverzace. Jedná se o strach z různých názorů, namyšlenost, pochyby jak o sobě, tak o druhých, úsilí ovládnout druhého, ztuhlost a rigidita, různé pochopení významu použitých slov, nadměrná očekávání, přílišný spěch, nadměrná touha se lišit, nebo i nezralost osobnosti.

Při komunikaci ale musíme také brát ohled na celkový stav pacienta a zda se nejedná o člověka s nějakým druhem zdravotního postižení. Nejprve bychom se měli ujistit, zda pacient nějaké postižení nemá a pokud ano, tak v jakém rozsahu. Například u lidí s poruchou sluchu bychom nejprve pátrali po sluchadlech. Pokud je sluch zhoršený, mluvíme dostatečně nahlas, pomalu a zřetelně, aby mohl pacient zároveň i odezírat, co mu sdělujeme (Ptáček, 2011). Je třeba být k němu čelem a s prázdnými ústy – tedy nejíst, nepít, nekouřit, žvýkat, či si podpírat bradu nebo dávat ruce před ústa (Kalvach, 2008). Můžeme svou řeč doplnit i gesty, nákresy (Ptáček, 2011) nebo ke zdůraznění využít i mimiky. Pokud není důvod zvyšovat hlas, měli bychom se tomu vyvarovat. Pomoci si můžeme i prostředím, které by mělo být bez zbytečných rušivých zvuků, které by pacientovi ztěžovaly nám porozumět (Kalvach, 2008). Pokud mají ovšem pacienti závažnější poruchu sluchu a neuslyší, že klepeme na dveře pokoje, ani že k nim přicházíme, velice snadno se následně polekají. Nejen to ale slouží k narušení pocitu bezpečí. Problémové situace také mohou vyvstat, pokud je zapotřebí pacientovi něco vysvětlit ohledně dalšího postupu léčby, i stran provádění ošetrovatelských intervencí. Jistě, dá se domluvit schůzka s překladatelem, ale ten do zajista není k dispozici čtyřicet hodin denně, sedm dní v týdnu. Jaké jsou tedy nejlepší postupy komunikace s nimi?

Jedním z nich je už dříve zmíněný překladatel. Pokud není k dispozici, můžeme se s pacientem pokusit domluvit písemně, ale tato forma je účinná pouze u pacientů, kteří sluch ztratili až v pozdějším věku. Ke komfortu jim jistě přidá, pokud ošetřující personál bude znát alespoň některé znaky znakové řeči a pacientovi se s jejich pomocí pokusí vyjít vstříc (Kalvach, 2008). Zároveň neopomíjíme i zřetelnou výslovnost a

neuspěchanost při rozmluvě s pacientem, aby mu bylo umožněno odezírat, ale i to je pro neslyšící zřetelné pouze ze 30-40 %. Pokud neslyšícímu nerozumíme, požádáme jej, aby zpomalil a větu popřípadě zopakoval. Taktéž mu při skupinové konverzaci sdělíme téma hovoru, neboť pokud tak neučiníme, může se naším chováním cítit vyčleněný. Neslyšícího bychom se neměli ptát na to, jestli rozuměl, ale zeptat, co všechno rozuměl.

Kapitolou sami o sobě jsou taktéž lidé s poruchou zraku, nebo po právě prodělané operaci očí. Ptáček (2011) opět radí, abychom nejdřív zjistili, jak vážné pacientovi obtíže jsou a zda má sebou pacient příslušné kompenzační pomůcky. Pokud pacient pouze hůře vidí, zajistíme mu dostatečné osvětlení, které ho nicméně nebude oslňovat. U tištěných informací je zapotřebí se informovat, zda je tato velikost pro pacienta čitelná, či zda sebou má kompenzační pomůcku, která mu zhoršený zrak vynahradí či mu dokumenty přečíst. Nutnost porozumění informacím je důležitá zejména u poučení a písemném informovaném souhlasu. V případě, že z nějakého důvodu nevidí, přichází o smysl, který k orientaci v okolí používáme nejvíce, čímž následně trpí i jeho pocit bezpečí. V tomto ohledu je velice důležité profesionální chování personálu.

Pokud jednáme s nevidomým, zdravíme jako první a zároveň bychom se měli představit, aby nevidomý věděl, s kým jedná. Velice důležité je, abychom pozdrav nezapomněli spojit s oslovením pacienta, aby věděl, že jej adresujeme jemu. Je zapotřebí pacienta upozorňovat při příchodu a odchodu z pokoje a je nanejvýše vhodné mu vysvětlit, co na pokoji děláme. Naprostou samozřejmostí by mělo být pacientovi vysvětlit, co se bude dít konkrétně s ním, jakou intervenci potřebujeme provést, jak se jeho bude dotýkat a jakým způsobem s námi on může spolupracovat. Tím nejen odejmeme strach z neznámého, ale rovněž dáme pacientovi pocit, že má do určité míry situaci pod kontrolou a tím pádem by se měl – i bez použití zraku – cítit více v bezpečí (Kalvach, 2008). Při komunikaci s ním bychom měli udržovat oční kontakt – nevidomí nás sice nevidí, většina ale pozná, když tvář odvrátíme. Rovněž radí, že věci pacienta by měly zůstat na svém místě a bez jeho vědomí bychom s nimi neměli manipulovat. Dveře na pokoj by dle Kalvacha (2008) pak měly zůstat buďto zcela otevřeny, nebo zavřeny. Velký pozor je třeba si dát, pokud jednáme s nevidomým a jeho průvodcem. Oslovujeme v tomto případě přímo svého pacienta! Jistá pravidla má i kontakt s vodícím psem. Ten má samozřejmě do zdravotnického zařízení přístup a personál by

se měl vyvarovat mlaskání, hvízdání, hlazení, krmení nebo i mluvení na něj bez vědomí majitele. Kalvach (2008) neopomíná ani na důležité zásady komunikace, pokud doprovázíme nevidomého pacienta. Začíná tím, že pakliže mu nabídneme doprovod, jdeme vždy před ním, netlačíme ho před sebou. Při vstupu do místnosti otevírá dveře průvodce a nevidomý je za nimi zavírá, nevidomý by zároveň měl procházet na straně pantů. Nesmíme nevidomého zapomenout upozornit před vstupem na schodiště. Zde upozorňujeme, jestli schody vedou směrem nahoru, či směrem dolů a dále upozorňujeme, že začíná první a poslední schod. Co se nástupu do sanitky týče, dáme ruku nemocného na horní stranu dveří, aby se při nástupu neuhodil do hlavy. Pokud procházíme úzkým místem, jde průvodce jako první a nevidomý se ho drží za ruku v zákrytu. Pokud se nevidomý bude chtít posadit, položíme mu ruku na opěradlo a následně mu to sdělíme. Pomoci je zapotřebí i na toaletě. Nevidomému sdělíme její umístění, kde a jak funguje splachovací systém, kde je toaletní papír a zároveň se ujistíme o čistotě WC. Při chůzi také nevidomého musíme upozorňovat na jakékoliv zábrany a překážky. Důležité je, že své služby jako průvodce nabízíme, ale nevnucujeme.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) uvádějí několik pravidel v psychologickém přístupu k péči o handicapované nemocné. Radí, že bychom měly poznat osobnost našeho pacienta, vytvořit mezi námi pozitivní vztah, přistupovat k němu individuálně, zahrnout do péče i rodinu, která by od nás měla obdržet dostatek informací a odborné pomoci. Také doporučují, abychom se k pacientovi chovali profesionálně, taktně, tolerantně a projevovali porozumění a úctu. Komunikace by pak podle nich měla vést k získání důvěry a vytvořit příznivé emoční klima, neměla by se ale vyhýbat nepříjemným tématům. Pacienta taktéž oslovujeme jménem, trpělivě si ho vyslechneme, vynasnažíme se dát najevo pochopení a porozumění, nicméně bez litování a rozhovor se vynasnažíme vést s adekvátní mírou optimismu. Zdůrazňují taktéž, abychom si zachovali nedirektivní přístup a zavedli přátelský vztah spolu s empatií. Dále se snažíme vytvořit vhodné podmínky, aby mohlo dojít k rozvoji osobnosti pacienta. Dbáme taktéž na spolupráci se speciálně-pedagogickými centry a speciálních škol s rodinou pacienta. Snažíme se také podpořit aktivitu nemocného s pomocí vhodné motivace, s důrazem kladeným na sebeobsluhu, zájmové činnosti a jeho soběstačnost. Rovněž zmiňují, abychom dle rozsahu a druhu postižení používali verbální i neverbální komunikaci

(znakovou řeč, Braillovo písmo, tabulky, nápisy apod.). A nakonec neopomínají dodat, abychom dodržovali zásady komunikace pro handicapované pacienty.

Dalším důležitým tématem je komunikace s agresivním pacientem. Nejprve se musíme dopátrat příčiny agresivní reakce. Linhartová (2007) popisuje několik možných důvodů. Jedním může být reakce díky nízké toleranci psychické zátěže nebo bolesti. Dalším je podle ní dlouhodobě trvající obava z bolestivého zákroku, či fatálního pokračování nemoci, nebo také ze znevýhodnění a omezení, která s sebou onemocnění nese a nadále rostoucí úzkost. V některých případech se stává, že se pacient necítí v zařízení, nebo v souvislosti s výkonem bezpečně, a v reakci na svůj strach přechází na svou obranu do agrese. Popisuje dále, jak se potenciálně agresivní pacient projevuje. U těchto lidí je typický zvýšený neklid. Můžeme tedy díky neverbální komunikaci pozorovat trhavé podupávání nohama, nervózní popocházení, kopání (ať už do prostoru či do předmětů okolo), bouchání o stůl s předměty či čímkoliv po ruce, dále silnou gestikulaci, často i celými pažemi, rostoucí rozrušení ve výrazu tváře spojené se silícím hlasem, nepravidelný a hlasitý dech, vulgarizmy, urážky a výhrůžky v řeči. Časté je narušení osobní zóny a naklánění se druhému do obličeje (Linhartová, 2007). Toto popisuje i Petr et al. (2014), který dále dodává, že agrese je většinou spojena se stavy alkoholickými, toxikomanickými, s osobnostními poruchami, psychózami a organickými stavy – tedy akutní zmateností, mozkovou afekcí, epilepsií apod.

Co se reakcí týče, existují protichůdné názory. Nicméně první věcí, kterou by pracovník měl udělat, je zjistit příčinu agresivního chování pacienta vhodně zvolenými otázkami. Od jeho odpovědí by se měla odvíjet patřičná reakce. Z jedné strany jsou pracovníci nabádáni ke klidu a profesionálnímu jednání. Snažíme se o neutrální výraz obličeje, klidný a vlídný tón hlasu, který by měl být níže položený a tišší. Myslet musíme i na spíše pomalé pohyby a gesta, případně opatrné nakročení směrem k pacientovi. Druhým argumentovaným přístupem je zrcadlení, kdy napodobujeme pacientova gesta a tón hlasu. Tím bychom měli prosadit svou autoritu a dále gesta a tón mírnit, na což by měl zmírněním reagovat i pacient (Linhartová, 2007). Existují i další zásady pro komunikaci s agresivním pacientem. Je to například poplašné či signalizační zařízení, zajištění volného průchodu personálu k únikovým dveřím, mít předem domluvenou osobu pro tyto případy a mít domluveno kdo a jak bude upozorněn v případě, že bychom

s problémovým pacientem pracovali (Linhartová, 2007). Ptáček (2011) dále dodává, že pokud se tomu můžeme vyhnout, neměli být s pacientem sami v uzavřené místnosti, aniž bychom měli možnost přivolání pomoci. Zároveň bychom měli být blíže u dveří a rozhodně se nenechat zahnat zády ke zdi nebo do kouta. Za bezpečnou vzdálenost považuje delší, než by byla délka natažené paže. Pokud se pacient přece jen dostává blíže a my máme v ruce nějaké desky, doporučuje se i získat nenápadně trochu prostoru oddálením horního okraje od trupu, zatímco spodní o sebe zapíráme. V některých případech se snažíme citlivě dát najevo převahu množství personálu, aby došlo ke zklidnění pacienta. Petr et al. (2014) doporučují používat krátké a srozumitelné věty. V jedné větě by podle nich měla být obsažena jedna informace a tu popřípadě několikrát zopakovat. Doporučují taktéž nepodléhat nedočkavosti a nenaléhat. Pacientovi by mělo být dopřáno dost času na rozmyšlenou. Radí taktéž pacientovi nelhat a to ani za účelem zklidnění situace. Důraz kladou na oslovování pacienta jménem, sdělení mu svých pocitů, vyjádřit souhlas s chováním pacienta, ale ne s ním jakožto osobou. Komunikovat s pacientem by měl jen jeden člen týmu, a sice ten, na kterého nejlépe reaguje. Ostatní by měli zachovat ticho. Navrhuje též nabídnout pacientovi tzv. time-out – tedy tiché klidné místo, kde by se pacient mohl posadit a uklidnit se. Pokud pacient nereaguje pozitivně na nás, snažíme se situaci zvládnout s pomocí jiného kolegy.

1.7.5 Zásady správné komunikace mezi personálem

Je třeba si uvědomit, že v ošetrovatelském týmu se schází lidé různé povahy, bez možnosti výběru toho, s kým budou kdy sloužit. Ne všichni si samozřejmě padnou do oka – konflikty jsou tudíž nevyhnutelné. Je proto nezbytné snažit se jim co nejvíce předejít, a jestliže to nejde, naučit se je efektivně zvládat. Jestliže nefunguje komunikace mezi ošetřujícími personálem, znamená to, že správně nefunguje ani péče o pacienta, což by potenciálně mohlo vést i k jeho poškození.

Tomová a Křivková (2016) zdůrazňují důležitost účinné a efektivní komunikace stejně jako multidisciplinární spolupráce v rámci zdravotnického týmu, neboť ta ovlivňuje jak celkové klima v organizaci, ale stejně tak tok informací v péči o pacienty. Bach a Grant (2015) také mluví o důležitosti efektivní komunikace jak při praxi, tak při zlepšování interpersonálních vztahů na pracovišti. Popisují rovněž základní techniky, díky kterým

je úspěšná komunikace možná a to konkrétně otevřené otázky, naslouchání, empatii a asertivitu. Vyjmenovávají taktéž faktory ovlivňující úspěšně interpersonální vztahy. Jedná se o to, čemu profesionálové věří o statusu a důležitosti v jejich profesi, o pohlaví, generaci, kontextu prostředí a kolegiálnosti a jakou mají víru v kooperaci, sebepoznání a vzájemnost. Tyto faktory podle nich mohou buďto překážet nebo zlepšit výslednou kvalitu komunikace.

Pracovníci by se měli i přes vzájemné antipatie snažit zachovat profesionalitu a ohledně péče o pacienty spolu mluvit narovinu, bez urážek či skrytých významů.

1.7.6 Terapeutická komunikace

Tento termín začal používat v roce 1961 Reusch (Plevová et al., 2011). O'Connor a Sanchia (2005) ji pak označují za záměrnou intervenci použitou za účelem zhodnocení a identifikace problémů, které pacient má a která se bez odborných praktických dovedností neobejde. Dle Venglářové a Mahrové (2006) se jedná o rozhovor, kdy je nutné druhého člověka akceptovat se všemi jeho názory a pocity a vyjádřit mu podporu. V žádném případě nesmíme hodnotit pocity druhých, bagatelizovat to, co právě prožívají a na místě nebývá ani chlácholení a udělování rad. To může vést k uzavření se pacienta a následné stagnaci. Naopak pokud komunikaci povedeme správně, bude pacient své pocity nadále ventilovat, čímž se sníží jeho napětí, zmírní se jeho úzkost a naváže s námi důvěru. Bužgová (2015) popisuje její účel především jako identifikaci a uznání obav pacienta. Radí, abychom nejprve připravili prostředí, zajistili soukromí a dostatek času, vyjasnili pacientovi účel hovoru, navodili důvěru, využili schopnosti získávání informací, stejně jako aktivního naslouchání. Dále radí analyzovat verbální a neverbální projevy pacienta, být empatičtí, objasnit problémy a na základě získaných informací zajistit výsledky – například doporučit pacienta ke specialistovi. Jako součást terapeutického vztahu popisuje také usnadňující intervence, pomáhající pacientovi, aby byl více sám sebou. Dále je člení na „očisťující“, kdy dojde k uvolnění bolestivých emocí, například strachu. Další je „katalytická“, kdy pacientovi pomáháme k sebepoznání a tím i k řešení problémů. A jako poslední je „podporující“, kdy pacientovi potvrzujeme hodnotu jeho postojů a jednání. Abychom se ale dostali k terapeutické komunikaci, musíme nejprve vytvořit terapeutický vztah. K tomu doporučuje využití například takzvané narativní terapie. Ta se provádí převyprávěním

osobního příběhu pacienta, při čemž hledáme nové významy původních událostí. Šrámková (2007) ji pak definuje jako proces, při kterém pomáháme překonat přechodný stres, dobře vycházet s ostatními, přizpůsobovat se neměnným skutečnostem a zároveň k překonání psychických překážek v cestě za seberealizací. Uskutečňujeme ji pomocí kvalitní oboustranné komunikace. K té je ale zapotřebí splnění několika požadavků a to sice schopnosti empatie, individuálního přístupu, úcty k člověku a pozitivního vztahu k nemocnému. Popisuje rovněž důležité dovednosti pro efektivní komunikaci. Jedná se o naslouchání, kde zdůrazňuje, že nejde pouze o to slyšet, ale i plně chápat a rozumět. Rozděluje ho dále na pasivní – kde jen slyšíme, ale nesnažíme se pochopit – a aktivní, kdy se snažíme také porozumět pocitům pacienta. Další dovedností je podněcování, či simulace hovoru. Používáme je k rozšíření tématu, nebo u pacientů, kteří odbíhají od tématu. Neméně významné je zrcadlení, taktéž reflexe, což je součást zpětné vazby, kterou ujišťujeme jak pacienta, tak sebe, že jsme vše pochopili, jak bylo myšleno. Sumarizací pak částečně shrnujeme, co nám pacient prozatím řekl. Zdůrazňuje, že by měla končit podněcující či zaměřenou otázkou čímž pacientovi dáme možnost pokračovat. A jako poslední metoda je uvedeno mlčení. To je označeno za jednu ze základních technik komunikace sestry.

Plevová et al. (2011) pak dodávají, že při této formě komunikace je zapotřebí srdečnost, důvěra, empatie a vzájemný respekt. K technikám pak kromě výše zmíněných dodává asertivitu, řešení konfliktu, konfrontaci, humor a vyjednávání.

1.8 Možnosti zajištění bezpečí pacienta

Bezpečí pacienta je disciplínou sektoru zdravotní péče, která aplikuje metody bezpečnostní vědy za účelem dosažení důvěryhodného systému podání zdravotní péče (Jayaram, 2015).

1.8.1 Možnosti zajištění fyzického bezpečí pacienta

Z hlediska lidského faktoru je největším zdrojem risku ne jednotlivý pracovník, ale systém zdravotníka obklopující. Konkrétně organizace, administrace, design, zdroje a technologie zdravotní péče. Kdekoliv v těchto procesech může dojít chybě, kterou je ohroženo bezpečí pacienta (Dekker, 2016).

V ošetrovatelské praxi tedy aplikujeme nejrůznější opatření za účelem zabránit ohrožení bezpečí ať už sestry, či pacienta. Jedním z nich je zajištění co nejbezpečnějšího prostředí pro pacienta – ať už je toho docíleno při samotné stavbě budovy nemocnice (únikové východy, požární schodiště apod.), bariérovou péčí a prevencí přenosu nozokomiálních nákaz (pravidelné dezinfekce povrchů, vytírání podlah několikrát denně jako prevence nozokomiálních nákaz), personál nosící rukavice (jako prevence přenosu infekce jak z pacienta na pacienta, tak ze sestry na pacienta a naopak) či i několikrát překontrolování dokumentace před provedením výkonu u pacienta. Jako příklad zde můžeme uvést trojkontrolu před podáním léku – nejprve zkontrolovat, zda máme správnou dokumentaci a jsme u správného pacienta, pak porovnat krabičku léku s dokumentací a nakonec porovnat, zda souhlasí i název na plátíčku. Nezapomínáme při tom zkontrolovat nejen název, ale i gramáž a kolik léku máme přesně dát. Důležité rovněž ale je slepě nenásledovat ordinace lékaře a před podáním léku skutečně přemýšlet (Fisher a Scott, 2013).

Najdou se ovšem situace, kdy je ku zajištění bezpečí pacienta zapotřebí zajít ještě dále a fyzicky ho omezit v pohybu. Jedná se o situace zmatenosti – ať už v důsledku léků, operace, či onemocnění pacienta – nebo případy agrese. Každopádně se jedná o případy, kdy pacient ohrožuje na zdraví sebe či své okolí. Možností fyzického omezení pacienta je hned několik. Hosák et al. (2015) vyjmenovávají úchop, kurty, síťové lůžko, izolovanou místnost ochranný kabátek a parenterálně podávaná léčiva. Fyzická omezení pacienta jsou nadále ošetřena zákonem č.372/2011 Sb., o zdravotních službách (Petr et

al., 2014). Nutno poznamenat, že o omezení pohybu pacienta zpravidla nerozhoduje sestra, ale lékař. Jediná doba, kdy tak sestra může učinit je, pokud se pacient začne projevovat nebezpečně vůči svému okolí či vůči sobě a dojde k tomu za nepřítomnosti lékaře na oddělení. V tom případě je na prvním místě zajištění bezpečnosti, načež je potřeba o situaci neprodleně zpravit lékaře, sepiše se záznam o omezení pohybu pacienta a indikaci, proč k tomu došlo a lékař musí o dané situaci uvědomit nejbližší soud, aby nedošlo k porušení práv pacienta (Petr et al., 2014). Některá oddělení, kde je pooperační zmatenost pacientů poměrně častá a proto situaci řeší tak, že pacienta na tuto možnost předem upozorňují a dávají mu podepsat souhlas s případným omezením pohybu. Pakliže takováto situace nastane, zavádí se již výše zmiňovaný záznam, kde jsou pravidelně zaznamenávány kontroly pacienta lékařem a jeho rozhodnutí, zda je stále ještě nezbytné pacienta na pohybu omezovat. Kvůli bezpečnosti pacienta je pak stanoveno, že byť kurty musí být pevné, aby pacienta udržely, musejí být zároveň na vnitřní straně měkké, popřípadě se něčím obložit, aby si o ně pacient sám neublížil. Tato situace je navíc poněkud zkomplikována tím, že pokud je pacient kvůli bezpečí svému a bezpečí svého okolí znehybněn, může se stát, že jak se pacient postupně zklidňuje a vrací se zpátky do původního stavu, začne se podívat, proč je znehybněn a personál – na pochybách, zda je pacient skutečně již v klidu – ho takto může ještě nějakou dobu zanechat. Tím ale pak dojde k poškození důvěry pacienta právě v onen personál, který to mínil jen pro všeobecné bezpečí. Ptáček et al. (2014) proto doporučují pacientovi již na začátku omezení pohybu dle jeho aktuálních možností vysvětlit, proč toto opatření bylo nutné a činit tak nadále během kontrol a po zklidnění situace a navrácení se pacienta do normálního stavu.

Každopádně veškeré souvislosti s použitím omezovacích prostředků musí být zaneseny do dokumentace a musejí být popisné a konkrétní, přehledné a srozumitelné. Konkrétně by se v ní měl nacházet záznam o indikaci, konkrétní druh omezení, jeho účel a měly by se v ní stanovit intervaly kontrol a jejich rozsah. Další nutnou informací je čas zahájení a ukončení omezení pohybu pacienta. Taktéž bychom v ní měli najít záznamy z průběžného hodnocení stavu pacienta a důvodů jeho omezení. Zapomenout nesmíme ani na popis případných komplikací. Uvedeno musí být i jméno a příjmení pracovníka, který indikoval použití omezovacích prostředků a v případě, že jím nebyl lékař, uvádíme jméno lékaře, který byl o použití omezovacích prostředků dodatečně spraven

a který pak musí vyhodnotit, zda bylo jejich použití odůvodněno a tento záznam taktéž zanechat spolu s časem, kdy jejich použití potvrdil. Tento aspekt je ošetřen vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (Petr et al., 2014).

Balan (2017) neopomíná zmínit, že při příjmu na psychiatrické oddělení se nejprve odebírají osobní předměty pacienta a převlékají se do nemocničního úboru – tím se odstraní riziko zbraně na oddělení, stejně jako možnost, že pacient pozře látky, které s sebou mohl do nemocnice přinést.

1.8.2 Možnosti zajištění psychického bezpečí pacienta

Je samozřejmé, že pacient při příchodu do zdravotnického zařízení pociťuje obavy a strach. V některých případech ho čeká konzervativní terapie, v některých až operační zákrok. Je proto zapotřebí se vynasnažit v pacientovi navodit pocit bezpečí.

Bach a Grant (2015) popisují, že interpersonální vztah mezi sestrou a pacientem byl naprosto nezbytný v poskytování psychologické péče. Co tedy můžeme udělat, aby tento vztah vznikl? Vhodné je se mu už při příchodu představit – zná pak svou ošetřující sestru a ví, na koho přesně se v případě nouze obrátit. Nadále je dobré pacienta obeznámit s jeho novým prostředím. Svou roli také hraje působení lékaře, řádné vysvětlení nadcházející terapie a ujištění, že pokud pacienta napadnou dodatečné otázky, může se kdykoliv zeptat. Důraz je zde kladen také na komunikaci zprostředkovanou postojí, mimikou a slovem. Pokud sestra říká správná slova, ale mimika či postoj říkají něco jiného, bude pacientovi připadat neupřímná, čímž dosáhne jeho uzavření se a následně není péče natolik efektivní. Balzer Riley (2015) udává, že jedním z faktorů je celkové vzezření sestry – její oblečení, její upravenost apod. Nicméně je nutno dodat, že sestra by měla být nejen upravená, ale i výkonná. Pokud k pacientovi přijde sice upravená sestra, které ale nejde provést výkon, postupně se tím snižuje k ní chovaná důvěra a tím i pocit bezpečí pacienta. Nadále však popisuje, že veselé, šťastné a usmívající se sestry vytvářely dojem, že jsou zručné, čímž k nim pacient získával důvěru.

1.9 Možnosti zajištění bezpečí sestry

1.9.1 Možnosti zajištění fyzického bezpečí sestry

Young et al. (2003) udávají, že bezpečí neznamena jen bezpečné prostředí pro pacienty, ale též bezpečné pracovní prostředí pro sestry. Tweedy (2014) píše o pěti kategoriích, ve kterých jsou klasifikována bezpečnostní rizika. Konkrétně se jedná o rizika biologická, chemická, fyzická, ergonomicky-environmentální a psychická. Cristian (2012) uvádí, že žádná diskuze týkající se bezpečí není úplná, dokud nedojde na projednávání bezpečí sester. Ačkoliv se podmínky práce sester sice zlepšily, zůstává stále několik oblastí, které způsobují obavy. Vyjmenovává například zranění kosterně-svalového aparátu, stres, přepracování a útoky při výkonu práce. Polifko-Harris (2009) poukazuje na užitečnost závěsného aparátu při přesouvání pacientů, čímž je zajištěno jak bezpečí pacienta, tak i fyzické bezpečí sestry stran úrazu. Dunham-Taylor a Pinczuk (2006) poukazují na důležitost počtu personálu. Jestliže je personálu dostatek, snižuje se tím stres a zátěž sloužících sester, čímž se zvyšuje bezpečí nejen jejich, ale i jejich pacientů. Nelson et al. (2009) podotýkají důležitost používání a znalosti technik pro bezpečí a jejich kritičnost při bezpečném výkonu služby. Může se jednat o řadu věcí. Například BOZP směrnice, standardy oddělení dle kterých ošetřujeme pacienty, již dříve psané zásady komunikace, znalost správného používání přístrojů a materiálů, ale i vybavení poskytnuté přímo sestře nemocničním zařízením. Některá oddělení – například oddělení psychiatrie – svým sestřám poskytuje speciální náramky s tlačítkem volání o pomoc. Některá nemocniční zařízení při jednání s agresivním pacientem doporučují zavolat policii – která se ovšem na místo často dostane až po odeznění situace – zatímco jiná mají přímo v areálu svou vlastní bezpečnostní službu, kterou mohou sestry při jednání s agresivním pacientem přivolat.

1.9.2 Možnosti zajištění psychického bezpečí sestry

V předchozí kapitole bylo popsáno fyzické bezpečí sestry. Ovšem co se bezpečí psychického týče, je situace poněkud komplikovanější. V podstatě zde mluvíme o zajištění pocitu, což – byť neméně důležité, než bezpečí fyzické – je složitější zajistit. Můžeme sestru pouze vybavit potřebnými pomůckami a potřebnými znalostmi. Částečně se pocit bezpečí odvíjí od aktuálního bezpečí fyzického. Sestra si je vědoma, že je zabezpečena z materiální stránky a může tedy přesunout pozornost k psychické

rovině. Tady se nejvíce uplatňují, stejně jako u pacientů, důvěra a komunikace. Sestra během výkonu svého povolání přijde do styku s řadou lidí, ale stálíci tvoří tým pracovníků na oddělení. Sestra by měla mít možnost v případě potřeby obdržet pomoc ať už přímo od svých kolegů, ale i od nadřízených, ať už se jedná o staniční a vrchní oddělení, nebo i hlavní sestru nemocnice. Ty by jí měly zajistit dostatečný adaptační proces a navázat s ní vztah založený na důvěře, aby se neostýchala v případě nouze ozvat. Pak už je na sestře, aby je zužitkovala a použila v praxi. Na ní záleží, zda si s jejich pomocí připadá v bezpečí, či zda cítí, že je nutné je nadále expandovat. Chilton et al. (2017) sestry vybízí, aby se ujistily, že jsou v zájmu jejich bezpečí podniknuty praktické a rozumné kroky.

To zahrnuje kromě výše zmíněného i stav sestry. Velmi rizikovým faktorem se tak stává například dlouhodobá nevyspělost. Nejen že v tomto stavu je možnost, že dojde k narušení fyzického bezpečí, ale může dojít i k ohrožení sestry syndromem vyhoření, což je stav, ze kterého se lidé vzpamatovávají těžce a dlouho. Syndrom vyhoření je nenápadný, člověk si svůj stav uvědomí, až když je pozdě. Jednotlivé fáze, kterých je celkem pět, na sebe plynule navazují. Jedná se o prvotní nadšení, kdy pracovník srší elánem a práce ho naplňuje, přecházející do stagnace, při které nadšení opadá. Ta přechází ve frustraci, ve které zpochybňuje smysl své práce. Následuje apatie, která se vyvíjí po dlouhodobé frustraci. Je to díky tomu, že dotyčný svou situaci nemůže ovlivnit. A jako poslední fáze – vyhoření, kde už se jedná o úplně emocionální vyčerpání, kde je člověk vůči svému okolí odosobněný až lhostejný (Priess, 2015). Pokud syndrom vyhoření již probíhá, existuje několik způsobů, jak se mu posupně vymanit. Prvním z nich získat odstup od situace, ve které je člověk zahlcen. Neméně důležité je přiznat si své slabiny a procvičovat strategie získání nadhledu. Doporučována jsou také pravidla duševní hygieny, která, i když syndrom vyhoření možná zcela nezastaví – jistě pozdrží jeho příchod (Stock, 2010).

V tomto ohledu jsou tak v některých nemocnicích dostupné služby – například kaplanství, nebo psycholog – které mají za účel této situaci zabránit. Kaplanství není v ČR zatím moc rozvinuto. Jedná se o osobu, která má dovednosti jak duchovního, tak i psychologa a sociálního pracovníka. Jeho účelem není zasahovat do práce farářů nebo

psychologů, ale řešit problémy spadající do běžného života, v případě krizového stavu umožnit kontaktovat odborníka (Kalvach et al., 2011).

2 Cíle práce

1. Zjistit, jaké jsou možnosti zajištění pocitu bezpečí pacienta a sestry z pohledu sester
2. Zjistit, jak vnímají sestry vlastní pocit bezpečí při vykonávání své profese

Výzkumné otázky:

1. Jak pacienti vnímají své bezpečí během jim poskytované ošetrovatelské péče?
2. Co pro sestry znamená pacientovo bezpečí?
3. Jak je personálem vnímáno jejich vlastní bezpečí během výkonu práce?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Ke zpracování výzkumné části diplomové práce a získání informací potřebných pro výzkum bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sbíráni dat proběhlo metodou dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl proveden se sestrami a pacienty v nemocnicích jihočeského a západočeského kraje.

Rozhovor byl prováděn mimo nemocnici na místech vybraných respondenty během května až července 2019. Sestry i pacienti byli seznámeni o anonymitě dat a s využitím získaných informací k výzkumu do diplomové práce.

Kritériem pro výběr výzkumného souboru byla práce sestry na nemocničním oddělení a hospitalizace pacienta na nemocničním oddělení.

Rozhovory byly nahrávány a později přepsány. Byly rozděleny do 2 základních okruhů – jeden pro sestry a jeden pro pacienty. Sesterský okruh obsahuje celkem do 15 otázek, zatímco okruh pro pacienty byl rozdělen na otázek 8. Během rozhovorů jsem se těmito otázkami řídila a držela se jich, aby bylo dosaženo odpovědí vycházejících pouze od respondenta bez jeho ovlivňování mými osobními názory. Některým otázkám měli respondenti problém porozumět, bylo tedy nutné jim je vysvětlit.

Pro zpracování výsledků byla použita metoda otevřeného kódování formou tužka a papír.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen celkem 10 sestrami pracujícími na oddělení chirurgických oborů v nemocnicích jihočeského a západočeského kraje a 10 pacienty, kteří byli hospitalizováni také na odděleních chirurgických oborů jihočeského i západočeského kraje.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester a pacientů v rozhovoru

Tbl. č. 1 – Identifikační údaje sester

Identifikační údaje sester		
Sestry	Oddělení	Kraj
S1	Chirurgické	Jihočeský
S2	Chirurgické	Jihočeský
S3	Chirurgické	Západočeský
S4	Traumatologická JIP	Jihočeský
S5	Chirurgické	Jihočeský
S6	Traumatologická JIP	Jihočeský
S7	Chirurgické	Západočeský
S8	Chirurgické	Západočeský
S9	Chirurgické	Západočeský
S10	Chirurgické	Západočeský

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Tbl. č. 2 – Identifikační údaje pacientů

Identifikační údaje pacientů		
Pacient	Oddělení	Kraj
P1	Chirurgické	Západočeský
P2	Chirurgické	Jihočeský
P3	Chirurgické	Jihočeský
P4	Chirurgické	Jihočeský
P5	Chirurgické	Západočeský
P6	Chirurgické	Západočeský
P7	Chirurgické	Západočeský
P8	Traumatologické	Jihočeský
P9	Chirurgické	Jihočeský
P10	Chirurgické	Západočeský

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

4.2 Kategorizace výsledků rozhovoru se sestrami

Tbl. č. 3 – Kategorizace rozhovorů sester

Kategorizace rozhovorů sester	
Kategorie	Podkategorie
1) Význam bezpečí	A) Všeobecně
	B) Při poskytování péče
2) Vnímání pracovního prostředí	-----
3) Možnosti zajištění bezpečí	A) Fyzické
	B) Psychické
4) Nedostatky pro naplnění potřeby bezpečí	A) Pro pacienta
	B) Pro sebe
5) Souvislost pocitu bezpečí s kvalitou péče	-----
6) Vliv	A) Péče zaměřené na pacienta
	B) Týmové práce
	C) EBN
	D) Informovanosti
	E) Komunikace
	F) Důvěry
7) Zlepšování péče na podkladě potřeby bezpečí	-----

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

4.2.1 Kategorie č. 1 Význam bezpečí

Podkategorie: A) Všeobecné

B) Při poskytování ošetrovatelské péče

V první kategorii jsme se respondentů ptali, jak oni konkrétně vnímají své bezpečí. První podkategorie se tak zabývá jejich všeobecným vnímáním v každodenním životě. Každý jsme jiný a proto i odpovědi respondentů se liší v závislosti na jejich osobních zkušenostech v životě. S1 na otázku odpověděla: „Úplně si nedokážu představit, co to znamená. Nebát se? Je to základní lidská potřeba, kterou si uvědomujeme, až když ji nemáme. Znat, vědět, co se se mnou bude dít.“ S4 se shoduje s odpovědí S1: „Znamená pro mě základní potřebu, kterou má každý člověk a která by měla být uspokojená.“ R6 se s nimi částečně shoduje konstatováním: „Je to jedna ze základních potřeb.“ Dodává pak, že pocit bezpečí pro ni: „Znamená to určit zázemí a možnost se na někoho spolehnout.“ S5 se pak shoduje s S6: „Mít své vlastní zázemí, partnera, na kterého se

můžu spolehnout.“ S2 k otázce přistupovala spíše z psychologického hlediska: „Znamená to pro mě jednu z vyšších hodnot, důležitost každého dne.“ S3 pak spíše přemýšlela, co díky naplnění této potřeby získá: „Díky naplnění této potřeby mohu žít klidný a spokojený život.“ „Pro mě znamená, že vím, co se bude dít, kam bude můj život směřovat a také potřeba vědět, jak se mají blízcí.“ vyjadřuje se pak respondentka S7. S8 stanoví své hledisko jako: „Být si jistá v životních situacích a být vyrovnaná.“ S9 svou odpověď rozšiřuje i o další lidi: „Potřeba bezpečí pro mne znamená to, že se budu cítit dobře v situacích, ve kterých se zrovna nacházím. Při ošetřování nemocných chci, aby tato potřeba byla vzájemná, abychom se cítili dobře všichni, já i pacienti.“ S10 pak bere v úvahu i přidružené souvislosti, které mohou potřebu bezpečí ovlivnit: „Mluvíme-li o obecném pocitu bezpečí, znamená to pro mě zajištění jiných potřeb – konkrétně zajištění jídla, místa na spaní, finančních zdrojů a samozřejmě zázemí poskytovaného rodinou. Bez zajištění těchto potřeb by byla narušena i má potřeba bezpečí.“

Ve druhé podkategorii jsme dále zjišťovali, co konkrétně pro sestry znamená bezpečí při poskytování ošetrovatelské péče. S1: *„Při poskytování ošetrovatelské péče se tuto základní lidskou potřebu snažíme udržovat. Aby pacient věděl, kdo se o něj bude starat, kdo jsme – sestra, lékař apod. Když jdeme provádět u pacienta nějaký výkon, vysvětlíme, co budeme dělat a proč“.* S touto odpovědí se ztotožňuje i S5, která vypovídá: *„Vždy dopředu sdělit pacientovi, co s ním budu dělat, snažím se zmírnit jeho strach a obavy. Důležitá je komunikace.“* S2 stanovila své priority: *„Pro poskytování ošetrovatelské péče je pocit bezpečí to nejdůležitější, co pacient na lůžku může mít. Sestra by měla takové prostředí pacientovi umožnit, aby se cítil v bezpečí.“* S3 bere svou odpověď spíše obecně: *„Hlavně klid, že se mi nic nestane a budu zde pro ty, které mám ráda.“* S4 se řídí spíše svými odbornými znalostmi: *„Jedna z potřeb pacientů, která je mi při poskytování ošetrovatelské péče stejně tak důležitá, jako biologické potřeby.“* S6 se zamyslela nad každodenní situací: *„Jistotu a bezpečí se snažíme poskytovat hlavně pacientům a na sebe jako sestry příliš nemyslíme. Neuvědomujeme si, že je to pro nás taky důležité.“* S7 svou potřebu rozvádí takto: *„Znamená to, že vím, jak ošetrovatelskou péči poskytovat, aby byla bezpečná a jsem si při všech výkonech ve všem jista. Znamená to také spolupráci s celým týmem.“* S8 odpovídá podobně, mluví o péči, při které je naprostá jistota, ale jejímž konečným cílem je spokojenost pacienta: *„Být si stoprocentně jistá, že poskytuji ošetrovatelskou péči, takovou jaká má být, aniž*

bych poškodila pacienta a naopak mu pomohla a on byl v pohodě a s péčí spokojen.“ S9 upozorňuje na důležitost důvěry při interakcích: „Při ošetrovatelské péči je tato potřeba velice důležitá pro vzájemnou důvěru. Pokud bude mít pacient, nebo já, strach, nebude ošetrovatelská péče kvalitní.“ S10 se snaží na situaci nahlížet ze všech stran: „Na tento problém se dívám ze dvou úhlů. Jedním z nich je zajištění této potřeby u mých pacientů. Ti jsou vytrženi ze svých každodenních životů do neznámého prostředí a navíc se mohou cítit ještě více ohroženi díky svému onemocnění. Na druhou stranu i já jako zdravotnický pracovník mám potřebu bezpečí, i když jsem na sebe při vstupu do zdravotnictví brala na vědomí, že při péči o mé pacienty může dojít k jejímu ohrožení. Tyto dva úhly jsou podle mě ale propojené – tím, že budu dávat pozor na sebe – například používáním rukavic při odběrech, dezinfekcí rukou atd. – dbám i na bezpečnost svých pacientů.“

4.2.2 Kategorie č. 2 Vnímání pracovního prostředí

R1 zhodnotila, jak by se cítila při hospitalizaci díky své znalosti momentální situace na oddělení: „Já bych se tu bezpečně cítila. Moje kolegyně na tuto potřebu dbají a snaží se ji dodržovat. Jako pacientka bych byla spokojená.“ S7 uvažuje: „Musí být rozhodně bezpečné, musím pociťovat, že se zde cítím dobře, že nic nehrozí mně a tím ani pacientům a ostatním v týmu.“ S8 pak dodává: „Myslím, že jej dělá hlavně kolektiv. Pokud je dobrý kolektiv, dá se pracovat i v horších nepříliš moderních podmínkách. Pokud budu pracovat ve špičkovém prostředí, ale s otrávenými kolegyněmi, bude to úplně o ničem.“ S čímž souhlasí i S5, která vytyká hlavně kolegy: „Mohlo by být lepší co se kolektivu týče.“ S2 nezapomíná zmínit možnosti využití ochranných pomůcek: „Naprostě bezpečně. Na svém pracovišti mám dostatečný počet ochranných pomůcek, které hojně využívám a chovám se tak, abych se maximálně chránila.“ Na což navazuje i odpověď S3, která udává: „Je velice důležité cítit se bezpečně a to hlavně při práci s nemocnými, kde je riziko vyšší, než jinde. Hlavně jde o nepřenášení nemocí, protože to je z pohledu běžného žití velká komplikace.“ Na tuto problematiku naráží i S9 „Pracovní prostředí je pro mě bezpečné. Ať už se jedná o různé pracovní ochranné pomůcky, které mi bezpečí zajišťují, tak se cítím dobře i po psychické stránce.“ Nesmíme ale zapomínat ani na lidský faktor, jak vypovídá S4: „Při práci se cítím poměrně bezpečně, nicméně při práci s lidmi obecně se člověk může dostat do situace ohrožující jeho bezpečnost. V ošetrovatelství potom především, pokud je pacient

z důvodu bolesti, strachu či vlivu látek agresivní či neklidný. S určitým nebezpečím a ohrožením tedy do určité míry počítám.“ S touto odpovědí se shoduje i výpověď S6, která uvádí: „Pracuji na traumatologické JIP, takže máme hodně pacientů, kteří jsou často agresivní. Svoje pracovní prostředí nepovažuji na úplně nebezpečné, ale vím, že jsou tam určitá rizika, se kterými musím počítat.“ S10 k otázce rozvedla: „K této otázce přistupuji také z více stran. Mé pracovní prostředí mohou tvořit jak fyzické věci, se kterými pracuji, tak mí spolupracovníci a moji pacienti. Všechny tyto faktory ovlivňují, jak moc je má potřeba bezpečí právě zajištěna. Potřebuji mít při práci pocit, že se na své spolupracovníky můžu spolehnout a otevřeně s nimi komunikovat. Stejně tak potřebuju cítit jistotu při provádění ošetrovatelské péče. Pokud pracuju s pro mě novými přístroji, novými materiály nebo provádím postup podle nové metody, není můj pocit jistoty na plné výši. A samozřejmě nesmím zapomenout na pacienty. Výrazný pokles mého pocitu bezpečí zaznamenávám samozřejmě u pacientů, kteří jsou agresivní, ale i u pacientů, kteří se mě lidově řečeno pokoušejí „sbalit“. Část pozornosti musím věnovat na odmítání jejich návrhů, čímž může utrpět poskytovaná péče.“

4.2.3 Kategorie č. 3 Možnosti zajištění bezpečí

Podkategorie: A) Fyzické

B) Psychické

První podkategorie se zabývá fyzickými možnostmi zajištění bezpečí pacientů. S1 odpovídá: „Pokud je pacient nějak fyzicky omezený, snažíme se ho vést k samostatnosti, pokud je to možné. Člověk se cítit lépe, pokud danou činnost zvládne sám. Samozřejmě se snažíme o to, aby nevznikla situace, která by člověka odradila, např. aby pacient nespádl. Pokud si není při chůzi jistý, vypomůžeme nebo půjčíme kompenzační pomůcky, aby se pacient cítil bezpečně.“ Na což navazuje i odpověď S2: „Možností je dost, jen je třeba je využívat. Je třeba chránit nejen pacienta, ale i sebe. Pro pacienta bych navrhovala například přídavné postranice.“ S touto odpovědí se částečně shoduje S5: „Vhodné lůžko, postranice z obou stran...“ Dodává ale také „... signalizace na dosah ruky, vhodná obuv, protiskluzové ponožky, chodítka, hůl.“ S jejich odpověďmi se částečně shoduje i S9: „Potřebu bezpečí u pacientů zajišťují ochranné pomůcky. Jedná se například o lůžka, která mají ochranné zábrany proti pádu. V neposlední řadě je možnost podání uklidňujících léků, které mohou předejít ublížení samotnému pacientovi,

ale i personálu.“ Ve stejné oblasti se pohybuje i odpověď S6: „*Poučení pacienta, že nemá sám vstávat, ukázat mu co kde je, že se vždy může na cokoliv zeptat, vše mu vysvětlit, postranice, zvoneček, nácvik chůze o berličích.*“ S7 odpovídá taktéž obdobně: „*Signalizační zařízení, pocit důvěry vůči zdravotnickému personálu – že mu mohou říci nedostatky, které pociťují, nebo že potřebují pomoc.*“ S8 přidává: „*Fyzický kontakt – dotek, vlídná komunikace, navození pohodové atmosféry, přiměřený smysl pro humor a tolerance.*“ Odpověď S3 nám pak v porovnání s odpovědí S8 poskytuje další perspektivu: „*Dodržování osobních zón a vnímání lidí kolem sebe, aby neútočili.*“ S tím souvisí i odpověď S4: „*Fyzické bezpečí pacienta musíme nejčastěji řešit, pokud ho on sám, nebo někdo jiný, ohrožuje. V případě, že je neklidný, či agresivní, je pak za určitých podmínek možné omezit ho například v pohybu, aby tak neublížil sobě nebo někomu jinému. Na našem oddělení se vzhledem k těmto okolnostem využívá kurtování či léky na zklidnění pacienta. Na psychiatrických odděleních je pak využíváno více alternativ jako například izolační pokoj.*“ S10 bere svou odpovědí v potaz možné vlivy: „*Řešení může být různé v závislosti na povaze a situaci daného pacienta. Někdy může být řešením jednoduše zvednutí postranic, protože lůžko pacientovi připadá moc vysoké a bojí se, že v noci spadne. Pak jsou tu samozřejmě činnosti vztahující se k ošetrovatelské péči – například zachovávání aseptických postupů a správné provádění ošetrovatelských činností. Nesmím zapomenout ani na časy, kdy je pro bezpečí pacienta či ostatních nutné pacienta omezit na pohybu.*“

Druhá podkategorie se zabývá psychickými možnostmi zajištění bezpečí pacienta. S1 odpovídá: „*Psychika jde ruku v ruce s fyzickým stavem. Proto si myslím, že aby se pacient cítil dobře psychicky, je potřeba dbát i na fyzický pocit bezpečí a naopak. S pacientem se snažíme komunikovat, vysvětlovat mu a hlavně se ho ptáme. Je potřeba zjistit, jaké má problémy, abychom je mohli řešit.*“ Odpověď S3 pak rozvádí: „*Hlavní je při práci s pacientem mu dát najevo, že jsem zde pro něj a ukázat mu, že personálu může věřit. Pokud věří lidem kolem sebe, je jistější a klidnější a díky tomu přistupuje k samotné léčbě klidněji a s jistotou. Pokud je člověk nemocný, má oslabenou víru v sebe sama a proto je velice důležité nechávat pacienta, aby sám zkoušel a učil se a podporovat tak jeho soběstačnost.*“ S4 nezapomíná na podporu pacienta pomocí jeho zázemí: „*Jednou z možností je například umožnění návštěv rodiny a přátel v nemocnici, samozřejmě s ohledem na typ oddělení a jeho režim – je jasné, že na ARO či JIP*

nebudou mít návštěvy takový přístup, jako na standardní oddělení. Dále pak pocit bezpečí u pacienta podpoří také to, že bude mít dostatek informací o svém zdravotním stavu a bude mít možnost se lékaře zeptat, nač potřebuje. Kontakt sestry s pacientem je pak podle mého názoru v nemocnici pro pocit bezpečí pacienta velice důležitý, protože jsme s nimi nejvíce v kontaktu a často stačí i úsměv, či běžná komunikace k lepšímu pocitu v cizím nemocničním prostředí. “ S touto odpovědí se částečně shoduje i odpověď S7: „Také rozhodně důvěra vůči personálu, možnost být v kontaktu s rodinou, vědět, jak se bude postupovat při léčbě, kdy se dostane domů, jak bude jeho život vypadat.“ S2 se pak na situaci dívá i z další strany: „Opět je zde mnoho možností. Zvolila bych třeba psychofarmaka.“ S6 se svou odpovědí poměrně liší: „Edukace, reedukace, zájem o pacienta, psycholog.“ S9 možnost péče ještě rozšířila: „Lidem je umožňována konzultace s duchovním, který jim poskytne potřebné informace, pokud o to stojí. Dále mají lidé možnost mluvit o svých problémech se sloužícími sestrami, které je mohou vyslechnout a na potřebné problémy reagovat.“ S8 svou odpověď spojuje s možnostmi zajištění fyzického bezpečí, protože jsou podle ní provázané: „Jak už jsem řekla – vlnidná komunikace s pohodovou atmosférou spolu s tolerancí.“ Odpověď S5 je v souladu s odpovědí S8: „Komunikace, naslouchání, aktivně si všimát jeho potřeb. Mnohdy pacient ani neřekne, co ho trápí.“ S10 se na problematiku zajištění psychického bezpečí dívá v souvislostech: „Osobně si myslím, že v této problematice je zapojen jak komponent fyzický, tak psychický. Pacient potřebuje mít pocit, že se má na koho obrátit, že je podporován, že personál dobře zná svou práci a on je tak ve schopných rukou. S tím souvisí i komponent fyzický, kdy demonstrujeme, jak moc jsme ve své práci schopní. Důležitou součástí zajištění psychického pocitu bezpečí pacienta je ale i podpora jeho rodiny. Pacient je během hospitalizace vytržen ze známého prostředí, které mu samo o sobě dodává pocit bezpečí, i ze společnosti lidí sobě blízkých, kteří tvoří jeho zázemí a „záchrannou síť“. Je vhodné snažit se návštěvám co nejvíc vycházet vstříc a podporovat tak psychiku našeho pacienta.“

4.2.4 Nedostatky pro naplnění potřeby bezpečí

Podkategorie A) pro pacienta

B) pro sebe

V první kategorii jsme se ptali na nedostatky v zajištění bezpečí pro pacienta. S1 odpověděla stručně: „*Neuvědomuji si nic.*“ Ostatní ale její náhled nesdílely. S3 jako první zmiňuje nedostatek času: „*Čas a klid pro navázání důvěry mezi ošetřujícími a pacientem.*“ S její odpovědí se shoduje i S4: „*Asi nejvíc postrádám dostatek času a prostoru na komunikaci s pacientem a práci přímo u lůžka. Vzhledem k tomu, že personálu je všude většinou nedostatek a administrativy a povinností sestry velké množství, na kontakt s pacientem bohužel nezbyvá tolik času, kolik bych chtěla. Dále pak není na většině oddělení možnost přizpůsobit pacientům prostředí. Tato možnost na odděleních chirurgického typu, kde se pacienti rychle střídají, není příliš reálná, ale alespoň na odděleních, kde pacienti pobývají déle, by uzpůsobení prostředí pomocí jejich osobních věcí, mohlo výrazně pomoci pocitu bezpečí.*“ Na tento faktor mimo jiné poukazuje i S5: „*Dostatek času. Například při příjmu, kdy musím obstarat velké množství papírů, do toho vyřizovat telefony, ordinace lékaře apod., nebo se starám o jednoho náročného pacienta, nemůžu dát stejnou dávku péče i druhému již stabilnímu zajištěnému pacientovi.*“ Výjimkou není ani odpověď S7: „*Více času během dne se něčím takovým zabývat. Otevřenost vůči vedení postrádám.*“ S9 se svou odpovědí přidává: „*Celkový kontakt mezi nemocnými a sestrami. V dnešní uspěchané době nemají sestry dostatek času s nemocnými mluvit. Někdy totiž stačí nemocného vyslechnout a snažit se mu pomoci jinak, než mu hned dávat jakékoliv léky.*“ S nedostatkem času pak souvisí i odpověď S8: „*Dostatek kvalifikovaných sester, které jsou právě zdrojem poskytování potřeby bezpečí, snahu pacientů a podporu rodiny. Nová doba vše kazí – dříve o sebe měli lidé větší zájem a více času, nehledě na dnešní přehřel papírování.*“ R6 pak nachází shodný názor s S8: „*Větší zájem o pacienta. Někdy mám pocit, že si my jako sestry myslíme, že pacient všechno ví a zná, protože pro nás je to samozřejmost. V tomto ohledu by mohla pomoci lepší komunikace, ale na tu bohužel nebývá příliš čas.*“ S touto odpovědí souvisí i odpověď S2, která postrádá: „*Větší ohleduplnost.*“ S10 svou odpovědí také souvisí: „*Místo pro větší soukromí při návštěvách rodiny. Pacienti se se svými blízkými schází buď na pokoji, nebo na jídelně. V obou těchto místnostech ale bývají přítomni i další spolupacienti. To pacientům a jejich rodinám brání, aby se naplno otevřeli a podpořili se tak.*“

Druhá podkategorie se zabývá nedostatky, které sestry pozorují pro sebe. S6 na tuto otázku odpovídá: „*Spíše nic.*“ S čímž se shoduje odpověď S1: „*Taky nic.*“ a odpověď

S9: „*Já osobně nepostrádám nic.*“ S2 naopak postrádá: „*Více času.*“ S3 se vyjadřuje podobně jako S2: „*Taktéž jako u předchozí otázky (čas a klid pro navázání důvěry), jelikož pokud pacient někomu nevěří, práce je složitější a hlavně může vyústit až v nepříjemnosti jako napadení.*“ S4 by zase uvítala: „*Pro psychický pocit bezpečí by to nejspíš chtělo někoho, s kým by bylo možné si popovídat, když bychom měli těžkosti nebo starosti... například psychologa. Dále pak možná i nějaké teambuildingové akce, kde bychom se poznávali i z jiných stránek, než z profesionální a stmelovali se jako tým. Myslím si, že kolektiv tu máme docela dobrý, ale ne se všemi se člověk tak dobře pozná jen při práci.*“ S touto odpovědí souvisí i odpověď S10: „*Lepší týmovou spoluprací. Mezi členy směny panuje jistá odměřenost, která mi při práci poměrně vadí. Mám pocit, že se před ostatními stále musím mít ve střehu. Tím bohužel trochu klesá mé zaměření na ostatní činnosti.*“ S7 nezapomíná ani na nově začínající sestry, které svůj pocit bezpečí v práci teprve získávají: „*Fungující adaptační proces pro nově nastupující sestry – ne vždy je možnost se řádně zapracovat a tím klesá můj pocit bezpečí.*“ Odpověď S8 tak s touto problematikou úzce souvisí: „*Dostatek pracovních zkušeností, klid a setrvaní – trpělivost.*“ S5 se na problematiku podívala z jiného úhlu pohledu: „*Vhodně pracovní prostředí. Naše oddělení by potřebovalo rekonstrukci jako sůl.*“

4.2.5 Souvislost potřeby bezpečí s kvalitou péče

S8 si myslí, že: „*Měla by jít ruku v ruce. Pokud budu poskytovat jedno a druhé budu opomíjet, bude práce odvedená napůl a promítne se to na pacientovi.*“ S10 dodává: „*Jsou navzájem úzce propojené. Neustále se vytváří nové přístroje, nové postupy, nové pomůcky. Všechny tyto věci se podílejí na zvyšování kvality poskytované péče a tím i na vyšším pocitu bezpečí.*“ S1 považuje za výchozí bod pocitu bezpečí poskytování kvalitní péče: „*Podle mě jsou navzájem propojené. Čím kvalitnější péče, tím více by měla být uspokojena naše potřeba bezpečí. Na druhou stranu ovšem narušení bezpečí vede k přezkoumávání postupů péče, k jejímu vylepšování a tím pádem následně k ještě většímu zajištění bezpečí.*“ S5 souhlasí s odpovědí S1: „*Myslím si, že na našem oddělení je péče kvalitní, pacienti odcházejí spokojeni a s úsměvem, to je pro nás důležité.*“ Z odpovědi S2 vyplývá, že více času stráveného u pacienta znamená kvalitnější péči a tím i jeho zvýšený pocit bezpečí: „*Čím více bude čas věnovat se pacientům, budou i oni raději, že u nich někdo může být a budou ve větší jistotě. Bezpečí může zařídit sestra i psychickou podporou.*“ Z odpovědi S3 naopak vyplývá, že kvalitní

péče je předcházena pocitem bezpečí: „*Dle mě je to naprostý základ. Pokud se pacient či já osobně necítím v dané situaci bezpečně, mohou se objevit chyby, které poškodí mě či pacienta.*“ S7 s odpovědí S3 souhlasí: „*To spolu velmi souvisí – pokud by nebyla péče bezpečná, nebyla by ani kvalitní.*“ S4 pak ve své odpovědi rozvádí: „*No, asi bych řekla, že pocit bezpečí pro sestry a další personál nemocnice znamená to, že pak se cítí v práci daleko lépe a tím pádem také poskytují kvalitnější péči pacientům. A pacienti naopak vnímají i dobrý kolektiv a atmosféru na oddělení a cítí se lépe na místě, kde je dobrá atmosféra a vztahy mezi personálem. Jednou ještě při praxi jsem byla na oddělení, kde byl spor mezi sestrami a ošetrovatelkami, které svou nespokojenost ventilovaly pacientům. Asi nemusím říkat, že u pacientů se pak projevoval neklid a kladli otázky na personální situaci na oddělení.*“ S6 také vypovídá v podobném směru: „*Úplně nevím, jestli je tato oblast nějak hodnocena managementem. Ale pro pacienta je to určitě důležité, takže si myslím, že pro kvalitu péče a pro pacientův pocit, že mu byla poskytnuta kvalitní péče, je to důležité.*“ S9 polemizuje: „*Dobře. Myslím si, že kvalita péče a potřeba bezpečí jsou v nemocnicích dobře zvládnány. Jediné, co mi vadí je, že se neklidným pacientům ihned dávají léky na uklidnění, nebo se kurtují. Na dnešní dobu mi to přijde příliš kruté a s mnohými se to nechá vyřešit i jinou cestou. Na druhou stranu zase chápu, že u některých lidí není možnost jiné cesty.*“

4.2.6 Vliv

Podkategorie: A) péče zaměřené na pacienta

- B) Týmové práce a kolaborace
- C) EBN
- D) Informovanosti
- E) Komunikace
- F) Důvěry

V první podkategorii jsou odpovědi zaměřené na roli péče zaměřené na pacienta. S1 odpovídá, že péče zaměřená na pacienta má: „*Velkou roli, je to základní lidská potřeba. Až když splníme tyto potřeby, můžeme se zaměřovat na ostatní. Aby byl pacient v psychické i fyzické pohodě, což potřebujeme k jeho efektivnímu uzdravování.*“ S touto

odpovědi souhlasí i S2: „*Významný vliv. Jak jsem říkala – čím víc se pacient cítí v bezpečí, tím je u něj snadnější péče a spolupráce.*“ S3 pak popisuje její důležitost jako: „*Naprostou. Pokud chceme s někým spolupracovat, tak se musíme v jeho blízkosti cítit bezpečně a pokud by zde byla nejistota a strach, tak je logické, že ani tento vztah nemůže správně fungovat.*“ S4 je pak stejného názoru, jako předchozí respondentky, že péče zaměřená na pacienta hraje: „*Velkou roli. Pokud budu dělat svojí práci jen jako výkony, rozhodně se pacienti nebudou cítit bezpečně, protože poznají tento přístup. Zaměření se na pacienta a komunikace jsou pro to, aby měl pacient potřebu bezpečí uspokojenou, jsou nezbytné.*“ S7 má na věc stejný názor: „*Velkou. Musíme se zaměřovat na každého pacienta individuálně. Pro všechny totiž naplnění bezpečí neznamená totéž.*“ Stejnou odpověď udává i S8: „*Podle mě velkou. Může se podstatně snáz a rychleji uzdravit. A vnímá ošetrovatelskou péči jako profesionální a holistickou.*“ R9 taktéž udává: „*Velkou. Pacient by se měl v nemocnici cítit dobře, měl by mít pocit bezpečí, protože jedině tak může fungovat kvalitní spolupráce.*“ Od ostatních odpovědí se neodklání ani S5: „*Řekla bych, že důležité je v tomto bodě zajištění potřeb. Pokud se zaměříme na pacientovi potřeby a naplníme je, je pak i vyšší naplnění potřeby bezpečí.*“ S6 taktéž souhlasí s důležitostí tohoto vlivu: „*Při péči o pacienta bychom ho měli hodnotit nejen z hlediska jeho onemocnění, ale také jako individuum. Tím získáme přehled o tom, co u něj konkrétně je zapotřebí. Pokud se nám podaří naplnit takto zjištěné nedostatky, jsme zase o krůček blíže k naplnění pocitu bezpečí.*“ S10 pak ve své odpovědi rozvádí konkrétnější případy: „*V tomto bodě je nutné si uvědomit, že každý pacient je jedinečný. Některé činnosti, jako například péče o invazivní vstupy, je univerzální. Pak tu jsou výkony, které jsou zaměřeny specificky dle onemocnění a následné léčby pacienta. Ale také tu jsou takové ty osobní zvláštnůstky, které máme my všichni ne jako pacienti, ale jako lidé. Musíme svého pacienta poznat, abychom se dozvěděli, jaké jsou ty jeho a jak mu můžeme vyjít vstříc, abychom docílili toho, že se jeho pocit bezpečí v naší péči zvýší.*“

V druhé podkategorii jsou obsaženy odpovědi týkající se vlivu týmové práce a kolaborace. S1 míní: „*Nějakou určitě. Je potřeba, aby personál pracoval alespoň podobně, aby se tuto potřebu snažili dodržet všichni. Protože stačí jediná situace, aby pacient pocit bezpečí ztratil.*“ S2 myslí nejen na spolupráci v sesterském kolektivu, ale i s pacientem v partnerském ošetrovatelském vztahu: „*Hlavní je, aby bylo pouto mezi*

sestrou a pacientem. Týmová práce je ale také důležitá – když je dobrý kolektiv, je to známka dobré ošetrovatelské péče.“ S4 odpovídá: „Týmová práce hraje velkou roli, protože pokud kolektiv funguje správně, je možné poskytovat lepší a ucelenou péči pacientovi.“ S5 se ve své odpovědi velmi shoduje s S4: „Týmová práce je hodně důležitá, když je sehraný tým, má to pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče.“ S odpovídmi S4 a S5 souhlasí i S7: „Podstatnou, bez spolupráce všech v týmu, ale i mimo tým, nebude nikdy stoprocentně bezpečná.“ S6 se svým názorem přidává: „Velkou. Zajišťuje lepší předávání informací o tom, jak je na tom pacient fyzicky i psychicky.“ S touto odpovědí úzce souvisí odpověď S3: „Hodně pomáhá například, pokud o někom víme, že má něco rád, nebo naopak že je mu to nepříjemné, tak to nedělat. A pokud s daným člověkem pracuje vícero lidí, tak je dobré si tyto informace předávat, abychom tak posílili klid u daného člověka V týmu je to to samé, i když vždy platí zásada, co nám daný člověk přímo neřekl, tak oficiálně nevím.“ S8 se shoduje s S6: „Nesmírně velkou. Pokud je kolektiv natolik fungující a lidé v něm se vzájemně podporují, tolerují a spolupracují, vytvoří tak výbornou péči v ošetrování.“ Podle S9 hraje týmová práce roli: „Taktéž velkou. Tým by měl držet vždy při sobě. Pokud bude pacientovi jeden říkat to a druhý ono, budeme za bláznů my jako zdravotnický personál, což nedělá dobrý dojem.“ S10 se svým názorem od předchozích respondentek neodchyluje: „Velikou. Při péči o pacienta je zapotřebí spolupráce celého týmu. Lékařů, kteří pro pacienta ordinují další terapii se sestrami, které s pacientem během dne při jeho ošetrování tráví nejvíce času, stejně jako mezi sestrami jako takovými. Pokud se spolu střídají dvě sestry, které spolu nemají dobré vztahy a nejsou schopny efektivně komunikovat, může být péče o pacienta v ohrožení. Správná komunikace ale musí panovat i s ostatním personálem, který se na péči o pacienta podílí. Nesmíme ale zapomenout ani na pacienta, který je nám na cestě ke svému uzdravení kolegou. Pokud s námi pacient nespolupracuje, může být ona cesta dlouhá a trnitá. Právě proto je důležité, aby nám pacient věřil a cítil se s námi v bezpečí.“

Třetí podkategorie obsahuje odpovědi zahrnující roli evidence-based nursing. S1 uvádí: „Jedná se o vyzkoušené postupy, které se v praxi osvědčili a fungují. Díky nim se nám tak daří zajišťovat větší bezpečí pacientů.“ S2 s důležitostí EBN souhlasí: „Také důležité. Praxe založená na důkazech je důležitá pro správné fungování ošetrovatelské péče.“ S3 jeho roli vysvětluje: „Každý poznatek, který nám přinese důkaz, že je nějaká

aktivita či stav bezpečný, je prospěšný. Naopak je dobré vědět, kde číhá riziko a tím se lépe předchází jeho naplnění.“ S4 je přesvědčená o jeho prospěšnosti i v jiných oblastech: „Evidence-based nursing má roli i v jiných oblastech, než jen v zajištění bezpečí, takže bych řekla, že i v téhle oblasti mohou nové poznatky být prospěšné.“ S5 se shoduje s předchozími odpověďmi: „Používají se postupy, které jsou ověřeny výzkumem, takže jsou bezpečné pro pacienta.“ S8 taktéž souhlasí: „Dokáže rozšířit nové obzory a přinášet nové a nové výzkumy, výsledky. Zlepšuje tím a zkvalitňuje celý ošetrovatelský proces pro sestry.“ S10 dodává: „EBN jistě hraje velkou roli pro zajištění bezpečí ve zdravotnictví. Při zavádění nových postupů, které jsou ověřeny a podloženy praktickými znalostmi, se zvyšuje zajištění bezpečí při poskytování péče.“ S6 je ve své odpovědi spíše nerozhodná: „Zřejmě velkou. V reálu jsem se ale ještě nesetkala s tím, že by někdo řekl, že to, co právě děláme, je podle evidence-based.“ S7 svou odpovědí taktéž zpochybňuje jeho důležitost: „Nějakou roli určitě asi, ale je otázka, zda se tím někdo zabývá?“ S9 pak přímo udává: „Nemyslím si, že je to úplně důležité. Teoreticky se o evidence-based hodně mluví, ale v praxi jsem se nesetkala s tím, že by přišla hlavně, nebo vrchní, nebo i staniční a řekla, že zavádíme nový postup kvůli evidence-based.“

Čtvrtá podkategorie obsahuje údaje k roli informovanosti. S2 nás do problematiky uvádí: „Informovanost je základ pro přijetí pacienta do nemocnice. Čím více bude mít pacient informací, tím bude jistější.“ S7 se zaměřuje nejen na informovanost pacienta, ale i sestry o pacientovi: „Je důležité, aby byla informovaná jak sestra, tak pacient. Je to základ pro poskytování bezpečné péče.“ S8 taktéž informovanost nejen pacienta považuje za: „Důležitou, protože je velký rozdíl mezi sestrou, která bude vědět, co pacient potřebuje a proč to potřebuje a proč mu s tím sestra musí pomoci, oproti sestře, která pouze odškrtnává ordinace v dokumentaci a nic víc pro pacienta neudělá.“ O informovanosti zdravotníků hovoří i S1: „Právě informovanost pacienta hraje velikou roli, aby věděl, co se mu bude dělat za výkon a nebyl nejistý. Informovaný musí být i zdravotník – například o zdravotním stavu pacienta, o tom, jak tuto potřebu bezpečí udržovat.“ S10 se snaží vžít do kůže pacienta: „Taktéž velikou. Neustále si připomínám, že ačkoliv pro mě se může jednat o každodenní rutinu, pacient nemusí být se zdravotnickým světem moc dobře seznámen. Nevědomost často vyvolává strach. Je proto dobré pacienta seznámit se vším, s čím se setká – ať už se jedná o oddělení,

o vyšetření apod.“ Touto problematikou se zabývá i S6: „*Velkou. Jak už jsem dříve říkala, je dobré ho poučit, ukázat mu, kde co je, poučit ho. Nezapomínat vysvětlit výkony, které sestry považují za samozřejmé, ale pacient je nemusí nutně znát.*“ S odpovědí S10 se ale shoduje i odpověď S5: „*Je důležité, aby pacient věděl, co ho čeká. Zmírní se tak jeho obavy a strach.*“ S4 souhlasí s předchozími odpověďmi: „*Informovanost je pro to, aby se pacient cítil bezpečněji velice důležitá. Každý člověk chce vědět, co se s ním bude dít a proč, zvláště když je v cizím prostředí.*“ S9 se také nevyomyká: „*Velkou. Informovat nemocného o tom, jak se cítit bezpečně je to nejmenší, co pro něj můžeme udělat.*“ S3 se svou odpovědí ovšem vydává trochu do opačného směru: „*Pokud někde hrozí riziko, je dobré o něm vědět, aby se předešlo jeho naplnění. Ovšem někdy je lepší nevědomost, takže záleží na konkrétním případě.*“

Předposlední pátá kategorie je zaměřena na roli komunikace. S9 vysvětluje: „*Komunikace je základ všeho. Podle mě v zajištění pocitu bezpečí pacienta hraje velkou roli a je třeba jí věnovat velkou pozornost.*“ S jejím názorem souhlasí i S10: „*Komunikace je podle mě nesmírně důležitá. Je to pomůcka, díky které si můžeme získat důvěru pacienta. Ten zas s námi díky důvěře, kterou jsme v něm vzbudili, lépe komunikuje, čímž je pro něj i zajištěna lepší péče a tím i pocit bezpečí.*“ S2 se svou odpovědí napojuje na odpověď S9: „*Hraje také velkou roli, je to jeden ze základních pilířů. Čím více budeme s pacientem komunikovat, tím více nám bude důvěřovat.*“ S7 ji stejně jako S9 považuje za základ: „*Je to základ pro informovanost, ale také erudici sester a následně pak pacientů.*“ S5 ji hodnotí jako: „*Velkou roli. S pacientem je třeba komunikovat, aby neměl pocit, že je na obtíž a věděl vždy, co ho čeká. Správná komunikace vede i k uklidnění pacienta.*“ S4 zdůrazňuje komunikační schopnosti zdravotníků: „*Jak už jsem říkala, komunikace je pro pocit bezpečí důležitá a každý, kdo pracuje ve zdravotnictví, by měl komunikaci dobře ovládat.*“ S3 ve své odpovědi upozorňuje na význam činů: „*Pokud komunikujeme s člověkem, se kterým chceme spolupracovat, jak jinak jej přimějeme věřit, že je v bezpečí a může nám důvěřovat? Kromě našich činů také komunikací.*“ S1 ji staví svou důležitostí na úroveň informovanost: „*Úplně stejnou, jako informovanost. Aby byl pacient informovaný, musíme s ním komunikovat. Mluvíme s ním, abychom zjistili jeho potřeby a problémy, abychom ho uklidnili a vysvětlili mu, co je zapotřebí.*“ S6 ji také považuje za velice důležitou: „*Jak jsem již říkala – podle mě je komunikace, vysvětlování a zájem velice*

důležitá.“ S8 nás ale nezapomíná upozornit na případy, kdy se komunikace nezdařila správně: „Komunikace je hlavním zdrojem úskalí. Nebude-li komunikace, nesplní se potřeby pacienta a pocitu bezpečí se mu nedostane.“

Šestou podkategorií je vliv důvěry. S2 odpovídá: „Vztah s pacientem je podle mého názoru nutno navázat na vzájemné důvěře. Ošetrovatelská péče tak bude mnohem snazší.“ S4 souhlasí: „Důvěra je důležitá nejen pro pocit a bezpečí pacienta, ale pro celkové poskytování péče.“ R1 důvěře přisuzuje: „Taky velikou roli. Pacient musí věřit, že mu nechceme ublížit, ale pomoci mu.“ S touto odpovědí souhlasí S9: „Taktéž velkou. Celkově si myslím, že by mezi nemocným a sestrou měla důvěra být, protože je pak snazší i spolupráce a péče.“ S5 uvádí: „Myslím si, že důvěra mezi sestrou a pacientem je hodně důležitá. Pacient nemá strach, cítí se v přítomnosti sestry dobře.“ S3 poukazuje na důležitost činů: „Má odpověď souvisí s předchozí odpovědí ohledně komunikace. Důvěřovat nám člověka nepřimějeme pouze svými slovy, ale také činy.“ S6 souhlasí s předchozími odpověďmi: „Pacient věří, že jsme odborníci a věří nám. Tuhle důvěru bychom neměli zklamat, aby se pacient dál mohl cítit bezpečně.“ S7 také nevybočuje: „Pacient musí sestře důvěřovat. Jedině tak bude péče bezpečná a pacient nebude mít pocit nejistoty.“ S10 vidí problematiku z více stran: „Taktéž je podle mě velice důležitá. Jak jsem zmiňovala již v předchozí otázce – pokud nám pacient důvěřuje, lépe s námi komunikuje. To nám dovoluje poznat v podstatě cizího člověka lépe. Pacient nám je schopen díky důvěře svěřit daleko více věcí, než když personálu, který mu má poskytovat ošetrovatelskou péči, nedůvěřuje. Nejedná se jen o fyzický aspekt, ale i o psychický. Pacient tak bude schopen projevit strach, bolest, smutek, naději – všechny emoce, se kterými se při hospitalizaci musí potýkat a při kterých u nás najde oporu.“ S8 záležitost důvěry završuje odpovědí: „Vzájemná důvěra je nezbytně nutná k tomu, aby byla poskytnuta kvalitní péče. Jedině tak bude ošetrovatelská péče fungovat a bude mít jasný cíl, který povede ke spokojenému pacientovi.“

4.2.7 Zlepšování péče na podkladě pocitu bezpečí

S7 uvádí: „Souvisí to spolu – bezpečí je rozhodně součástí kvality péče. Čím kvalitnější péče, tím větší pocit bezpečí.“ S4 ve své odpovědi navazuje: „Kvalita péče není jen o technickém a materiálním vybavení, ale také o tom, jak se pacient v nemocnici cítil, jaké měl informace, jak s ním komunikovali... proto si myslím, že na kvalitu péče má velký

vliv.“ S5 ve své odpovědi zdůrazňuje, že kvalita péče pocit bezpečí jistě ovlivňuje: *„Určitě to má vliv na spokojenost pacientů. Ti tak lépe přijímají péči a nehrozí riziko konfliktů.“* I podle S2 má kvalita péče v zajištění pocitu bezpečí pacienta roli: *„Velkou. Pokud si nepřipadáme v bezpečí, nutí nás to provádět změny a hledat postupy, pomocí kterých si v bezpečí budeme připadat.“* S3 souhlasí s odpovědí S2: *„Velkou, protože pokud jsme si jisti, že jsme v bezpečí, můžeme v klidu vykonávat svou práci. Zároveň pokud je v klidu i pacient, tak se s ním mnohem lépe pracuje.“* S8 situaci vidí obráceně – k ohodnocení péče jako kvalitní je nejprve zapotřebí, aby se naši pacienti cítili v bezpečí: *„Aby byla kvalita péče poskytnutá profesionálně, je nezbytné, aby pacienti měli pocit bezpečí.“* S6 naopak uvádí: *„Reálně si myslím, že si to neuvědomujeme, ale je to jeden z pocitů a základních potřeb, které v pacientech vyvoláváme a na jejich základě si pak o prostředí, ve kterém byli, vytvoří obrázek.“* S tím souhlasí i S9: *„Nemyslím si, že by to mělo na kvalitu péče výrazný vliv.“* S10 pak v chybějícím pocitu bezpečí vidí příležitost: *„Podle mě je vliv pocitu bezpečí důležitá. Naším cílem sice je, aby se personál i pacienti cítili v bezpečí, ale tento stav vyvolává stagnaci. Pokud nedojde k nedostatku, v tomto případě k situaci, kdy je náš pocit bezpečí narušen, nikam se nikdy neposuneme. Nikdo by nezkoumal nové poznatky, nové postupy, nikdo by nezačleňoval metody efektivnější a bezpečnější péče o pacienty. Důležité proto je si uvědomit, že situaci, kdy pocit bezpečí není úplně stoprocentní, nemusíme brát nutně jako selhání, ale jako příležitost rozvinout a zlepšit své schopnosti a dovednosti a zlepšit kvalitu poskytované péče.“* S touto odpovědí souhlasí i S1: *„Velkou. Jak jsem zmiňovala již předtím – pokud se pacient v bezpečí necítí, nebo je jeho bezpečí fyzicky narušeno, vede to k přezkoumání momentálně platných postupů a chyb, které se v nich vyskytují. To má následně za výsledek jejich aktualizaci a tím i zlepšení kvality poskytované péče.“*

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

Tbl. č. 4 – Kategorizace rozhovorů pacientů

Kategorizace rozhovorů pacientů	
Kategorie	Podkategorie
1) Význam bezpečí	A) Všeobecný
	B) Ve zdravotnickém zařízení
2) Zajištění potřeby bezpečí	A) Fyzicky
	B) Psychicky
3) Komunikace	-----
4) Vliv	A) Důvěry
	B) Informovanosti
5) Souvislost pocitu bezpečí s kvalitou péče	-----

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

4.3.1 Význam bezpečí

Podkategorie: A) Všeobecně

B) Ve zdravotnickém zařízení

První podkategorie se zabývá všeobecným vnímáním pocitu bezpečí ze strany pacientů. P2 udává: „*Je to celkem důležitý, mít v životě nějakou jistotu a zázemí. Je to pro mě důležitá věc.*“ S odpovědí P2 se shoduje i odpověď P3: „*Bezpečím je pro mě rodina, zázemí a dostatek financí.*“ Svou odpovědí se k P2 a P3 přibližuje i P6: „*Zabezpečené rodinné zázemí, dostatek rodinných financí a stabilní práce.*“ P7 ve své odpovědi také zohledňuje zázemí: „*V bezpečí se cítím, pokud mám finanční jistotu a spokojený partnerský vztah.*“ Stejně tak na tuto potřebu upomíná P8: „*Důležitá je pro mne jistota střechy nad hlavou a stabilní práce. To je podle mě základ.*“ P9 se ve své odpovědi také shoduje: „*Bezpečí mi poskytuje především rodinné zázemí a střecha nad hlavou.*“ O zázemí mluví i odpověď P10: „*Pro mě to znamená domov. Jistotu, že mám kam jít.*“ Od ostatních odpovědí se odchyluje P1: „*Pokud mám pocit bezpečí, tak mohu vykonávat každodenní činnosti beze strachu, že se mi něco stane.*“ P4 odpovídá také poměrně všeobecně: „*Že jsem v pohodě a nic mi nechybí.*“ P5 svou odpověď vztáhl přímo na probíranou problematiku: „*Nebudu se cítit ohroženě při pobytu v nemocnici.*“

Druhá podkategorie se soustředila na pocit bezpečí ve zdravotnickém zařízení. P1 odpovídá: „*Jde o důvěru v lidi, kteří se o mě starají, takže pokud si u nějakého doktora*

nejsem jistá, tak již k němu nepůjdu, pokud přímo nemusím.“ P2 se svou odpovědí podobá P1: *„Řekl bych, že taky docela dost. Když jsem v nemocnici, potřebuju věřit doktorovi a sestřím. Jinak bych se moc necítil.*“ S odpovědí P2 souhlasí i P4: *„Že se můžu na sestru a lékaře spolehnout a věřit jim.*“ P8 konkretizuje: *„Můj úsudek je hlavně ovlivněný ošetřujícím lékařem.*“ P3 pak udává: *„Pro mě je důležitá ochota personálu a příjemné prostředí.*“ R6 sdílí názor s P3: *„Hlavně profesionální a ochotný personál.*“ Podobně se v tomto ohledu vyjadřuje P9: *„Hodně pro mě znamená starostlivost personálu.*“ P5 také vyzdvihuje péči sester: *„Sestry na nás dohlížejí, mluví s námi o tom, jak se cítíme. Pokud nemohu například spát, dají mi lék na spaní.*“ Pro jiné lidi je ale důležitý i stav zdravotnického zařízení, ve kterém se nacházejí, jak naznačuje odpověď P7: *„Důležitý je technický stav a vybavenost daného zařízení, stejně tak ale i přístup a odbornost personálu.*“ P10 k tomuto tématu dodává: *„Jistota, že se mi dostane kvalitní lékařské péče.*“

4.3.2 Zajištění pocitu bezpečí

Podkategorie: A) Fyzicky

B) Psychicky

První podkategorie se zabývá fyzickými možnostmi zajištění bezpečí pacienta z jeho úhlu pohledu. P6 odpovídá: *„Dostala jsem identifikační náramek, sestřička mi vysvětlila, že ji můžu přivolat pomocí zvonku, vysvětlili mi, jaký bude můj pooperační režim.*“ P9 zdůrazňuje: *„Nejvíce mě ubezpečil zvonek na sestry.*“ P2 pak svou odpověď rozvádí: *„Tím, že je to prostředí v nemocnici bezpečný a že mi řeknou i co dělat, abych si neublížil třeba v určitém stavu. Starají se o mě a většinou se snaží docela ptát, jestli něco nepotřebuju, vysvětlit mi věci. A taky vím, že tam pracujou lidi, který mají na to vzdělání, tak vědí, co dělají.*“ P3 podotýká: *„Nesmím nikam chodit sama, když bych cítila, že mi není dobře, nebo se mi točila hlava. Mám zvonek u ruky, když bych něco potřebovala, sestřičky jsou na mě hodné, vždycky všechno vysvětlí. Jsou ochotné, když je o něco požádám.*“ P4 vyjmenovává: *„Nemám obavu z rizika pádu, jsem zajištěný po výživové stránce. Mohu klidně dýchat a mám zajištěné vyprazdňování.*“ P5 se částečně shoduje s odpovědí P4: *„Je zajišťováno postelemi, které mají postranice a chrání mě před pádem. Také ochrannými prostředky, zamčeným oddělením a zavřenými okny.*“ P7 udává: *„Hlavně průběžné kontroly. Během horkých dnů kontrola pitného režimu.*“

S touto odpovědí se shoduje P8: „*Velmi mě ubezpečovaly pravidelné kontroly během noci.*“ P10 si také chválí pravidelné kontroly: „*Péči školeného personálu a například i pravidelnými kontrolami žilní hadičky a pooperační rány.*“ Svůj názor dal najevo i P1: „*Hlavně dodržováním mého osobního prostoru a zacházením se mnou jako s lidskou bytostí.*“

Druhá podkategorie obsahuje možnosti zajištění psychického bezpečí pacientů z pohledu pacientů. P1 svůj názor uvádí takto: „*Že se mnou lidé komunikují a vysvětlují mi, co se děje, co dělají a hlavně si se mnou povídají. Navazují kontakt.*“ Částečně se s ním shoduje P3: „*Komunikace a ochota ze strany personálu. Lékaři i sestry mi vždy všechno vysvětlí, reagují na moje potřeby.*“ P2 si cení, že se může svobodně vyjádřit a informovat: „*Tak asi tím, že můžu říct svůj názor, nebo že mám informace a že se ke mně chovají s úctou a mile.*“ P9 zdůrazňuje dostatek informací: „*Mé psychické bezpečí bylo zajištěno informovaností o zákrocích a léčbě.*“ V případě P6 se pozitivně projevil postoj personálu: „*Sestřička, která mě dostala na starost, je moc ochotná. Vysvětlila mi co a jak na oddělení, co mě čeká před operací a jak to bude vypadat po operaci. Poměrně hodně mě tím uklidnila, i když jistá nervozita pořád zbývala.*“ P4 si cení možnost podpory jak od nestranného člověka, tak od svého každodenního zázemí mimo zdravotnické zařízení. Cení si i postoje personálu: „*Mám možnost duchovních služeb, vidět se s rodinou, mohu se taky kdykoliv na cokoliv zeptat. Nejsem odmítnut, nejsem bagatelizován, nemám pocit bezmoci a beznaděje.*“ P7 zase uklidňovalo vybavení pokoje a osobní svoboda: „*V určitém směru mě uklidňovala rutina – sledování televize, čtení časopisu. Měl jsem taky dostatek informací o svém zdravotním stavu. Pomohla i možnost opustit pokoj a navštívit park u nemocnice.*“ P10 je svou odpovědí podobný P7, ale přidává se u něj pocit domácnosti: „*Vybavením pokoje – konkrétně TV a připojením na internet. Občas byla i možnost si uvařit kávu. Připadal jsem si tak o trochu víc jako doma.*“ P8 oceňoval: „*Možnost přivolat sestru pomocí nouzového tlačítka.*“ P5 zvláštní postřehy neměl: „*Nijak. Jsem na tom psychicky dobře, takže nic nevyžaduju.*“

4.3.3 Komunikace

P2 uvádí: „*Tak měla by být milá a ochotná a taky si najít čas třeba si promluvit s lidma i kromě toho, když musí. Taky musí být vidět, že více dělá, jinak bych se asi docela bál,*

kdybych viděl, že je nějaká nezkušená a nešikovná.“ P3 odpovídá: *„Měla by naslouchat, nepoužívat odborná slova, být milá, ochotná a usměvavá.*“ P6 souhlasí s odpovědí P3: *„Sestřička by měla být milá, vstřícná a ochotná. Neměla by působit, jakože na mě nemá čas a musí jít zase jinam.*“ P10 se s předchozími odpověďmi částečně shoduje: *„Upovídaná, milí, vstřícná.*“ P8 taktéž zdůrazňuje ochotu, jako u předchozích odpovědí: *„Určitě je dobrá trpělivost, ochota, pečlivost a komunikativnost.*“ P9 přidává do své odpovědi i profesionalitu personálu: *„Měla by být profesionální, ale také příjemná, ochotná a empatická.*“ Pro P5 se ukázalo důležité, aby sestra naslouchala: *„Sestra by mě měla vyslechnout. Snažit se mi pomoci v situacích, ve kterých může. Dále bych byl rád, kdyby byla sestra ochotná, milá a hlavně měla dostatek času.*“ Pro P4 je důležitá i dostatečná pozornost, stejně jako to, aby mu personál vyšel vstříc: *„Vlídná, klidná, stručná ale ne „pomíjívá“, prostor na kladení otázek, prostor pro soukromí a klid na přemýšlení. Být vyzván k tomu, že sám mohu přijít s čímkoliv a s jakýmkoliv problémem, neztratím důvěru sestry a lékaře.*“ P1 by ráda znala ty, kteří ji ošetřují: *„Vysvětlit vše, co dělá, abych byla více v klidu a nebála se. Nejlépe přijít a představit se, navázat základní kontakt.*“ P7 si zase cení: *„Citlivý přístup, dobrá nálada, profesionalita a odbornost. Taky praxe a jistota v činnosti.*“

4.3.4 Vliv

Podkategorie: A) Důvěra

B) Informovanost

V první podkategorii pacienti vyjádřili svůj názor na roli důvěry. P4 se vyjadřuje ve smyslu, že důvěra v personál má u něj roli: *„Velkou. Chci věřit tomu, kdo se o mě má starat. Chci si být jistý, že můj život a mé zdraví je v rukou profesionální kvalifikované sestry, která ví, co dělá a která má za sebou stejně kvalitní tým.*“ P6 pak vyjadřuje svůj problém s komunikací s lidmi, kterým nedůvěřuje: *„Hodně. Pokud člověku nedůvěřuju, jsem hodně zamlklá a mám problém s ním komunikovat. K tomu se donutím až v případě nejvyšší nouze. Jinak mu toho dobrovolně moc neřeknu.*“ P2 zase odpovídá: *„Myslím, že velkou roli. Když jsem v nemocnici, nejvíc vidím za celý den sestry a pak ošetřovatelky. Takže to má docela velké vliv.*“ P9 se svou odpovědí shoduje s P2: *„Zdravotní sestra má k pacientovi nejbliž. Z tohoto důvodu zasahuje vysoce do vytváření pocitu bezpečí.*“ P3 svůj pocit bezpečí také poměřuje podle důvěry, kterou

ukládá v sestru: „*Pro mě je to hodně důležité. Cítím se v péči sestry, které důvěřuju, hodně dobře.*“ P5 vyjádřil lepší komunikační schopnost, stejně jako P6: „*Pro mne je důvěra k sestře velice důležitá. Pokud mám k sestře větší důvěru, spíše se jí svěřím s nějakým problémem.*“ P8 se shoduje s předchozími odpověďmi: „*Velmi důležitou.*“ P10 spíše obecně popisuje, jak ho pocit nejistoty ovlivňuje, pokud personálu nedůvěřuje: „*Velkou. Pocit nejistoty negativně ovlivní můj psychický stav.*“ P1 se pak soustředí na důvěru hlavně při invazivních výkonech: „*Velkou, hlavně, když mi bere krev. Již jsem zažila sestru, která mi brala krev na dvakrát a nakonec musela přijít jiná, která to zvládla.*“ Názor P7 byl ovlivněn předchozí negativní zkušeností. Proto svou důvěru obrací spíše na lékaře: „*Spíš než v sestru, je pro mě důležitější důvěra k ošetřujícímu lékaři. U sestry důvěru moc nepociťuji, raději chci komunikovat s lékařem. Z vlastní zkušenosti jsem při odběrech krve navštěvovala přímo místní laboratoř, protože sestra na endokrinologickém oddělení mi nebyla ani napočtvrté schopna odebrat krev.*“

Druhá podkategorie se zaměřuje na roli informovanosti pacientů. P4 vypovídá, že: „*Chci být informován o každém kroku, který bude souviset se mnou nebo s mým zdravím. Aktivně vyhledávám informace u sestry i já sám. Chci, aby mi vždy byly informace poskytnuty.*“ Podle P2: „*Tak informace jsou podle mě docela základ k tomu, abych se cítil dobře a v pohodě. Když nebudu vědět, co se bude dít, asi mě to bude hodně znervózňovat.*“ R6 vyjadřuje lepší pocit: „*Nevím, jak u jiných, ale u mě ohromnou. Měla jsem štěstí, že mi všechno vysvětlili. Člověk si pak v nemocnici aspoň nepřipadá jenom jako kus masa, do kterého se bude řezat.*“ P1 vnímá díky informovanosti zmenšení negativních pocitů: „*Jak jsem už řekla, pokud nevím, co se děje, či co lidé kolem mě dělají, tak jsem nervózní a mám strach.*“ P3 se v své odpovědi shoduje s P1: „*Vždy se cítím líp, když vím, co mě čeká.*“ P9 svůj názor podporuje přímo na příkladu svého zážitku: „*Hraje důležitou roli. Pacient by měl být informován nejen o druhu vyšetření, ale i o jeho průběhu.*“ P10 vnímá informovanost jako velice pozitivní věc: „*Díky informaci vím, co mě čeká a na co se mám připravit, či i na co se těšit.*“ P5 žádné problémy s informovaností nevnímá: „*Nevím. Já osobně jsem byl informován dostatečně. Neměl jsem žádný problém při hospitalizaci a cítil jsem se v nemocnici dobře.*“ P7 informovanost považuje za: „*Velmi důležitou.*“ P8 se svou odpovědí shoduje s P7: „*Velkou a zásadní.*“

4.3.5 Souvislost s kvalitou péče

P4 vypovídá: *„Bezpečí jde ruku v ruce s kvalitou péče. Neexistuje separace a nedokážu si to představit. Pocit bezpečí je odrazovým můstkem právě proto, aby byla poskytnuta kvalitní péče. Není-li pocit bezpečí, není kvalitní ošetrovatelská péče.“* P9 jednoznačně souhlasí, že pocit bezpečí je ovlivněn kvalitou péče: *„Pocit jistoty s kvalitou péče souvisí. Pocit bezpečí je navozen daným zázemím nemocnice a jejími zaměstnanci.“* P6 díky kvalitní péči získala lepší pocit bezpečí: *„Sestřičky i doktoři byli velice šikovní a ochotní a řekla bych, že mi poskytli nejkvalitnější péči, jakou svedli. Díky tomu bylo pro mě lehčí jim důvěřovat a připadat si tak bezpečněji.“* P7 se opírá o zařízení místa, kde je ošetřován: *„Určitě. Bezpečněji se budu cítit v moderním zařízení.“* Stejně tak udává i P8: *„Určitě bych zvolila lepší, nebo z mého pohledu kvalitnější nemocnici, než svou spádovou.“* P10 v kvalitě péče vidí, jak se bude situace vyvíjet, což mu dodává následně i pocit bezpečí: *„Představuji si, že budu kvalitně ošetřen a vrátím se domů v co nejlepším stavu. Díky tomu, si připadám bezpečněji.“* P1 v případě nejistoty o kvalitě zařízení péči odmítne: *„Pokud nevěřím a nejsem si jist, že lidé v nemocnici nebo jiných zařízeních mi pomohou, tak tam nejdu.“* P2 vyjadřuje nerozhodnost ohledně dopadu kvality péče na pacienta: *„To nevím, ale asi to bude mít docela souvislost. Když se budu v nemocnici cítit v bezpečí, budu asi hodnotit líp i celkově péči.“* P3 vypovídá podobně, jako P2: *„Nejsem si úplně jistá, jak na tuhle otázku odpovědět. Ale určitě čím kvalitnější péče, tím větší pocit bezpečí.“* P5 vypověděl, že neví: *„Nevím, jestli to spolu nějak souvisí.“*

5 Diskuze

Ohledně zajištění bezpečí ve zdravotnické péči existuje mnoho publikací. Naprostá většina z nich se ale zabývá bezpečím zaměřeným spíše na fyzický aspekt tohoto termínu. Během psaní této práce jsem se setkala i s názorem, že bezpečí zaměřené na psychickou stránku je přece velice subjektivní – a tedy nepodložitelné a že bych svou práci měla přesměrovat jinam. Otázkou tak je, zda bychom se pocity pacientů a personálu měli přestat zabývat, protože jsou subjektivní a nedají se lehce objektivně doložit? Jak dokládá holistický přístup, očividně tomu tak není. Naopak je důležité, aby se pacient cítil poznán, respektován, zahrnut a obeznámen (Epstein, Street, 2011).

Tato diplomová práce s názvem „Vnímání bezpečí v ošetrovatelské praxi“ si proto dala za úkol zmapovat, jak vnímá personál i pacienti zajištění pocitu bezpečí ve zdravotnických zařízeních.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti zajištění pocitu bezpečí pacienta a sestry z pohledu sestry. Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají sestry vlastní pocit bezpečí při vykonávání své profese. Výzkumné otázky zněly – jak pacienti vnímají své bezpečí během jim poskytované ošetrovatelské péče? Co pro sestry znamená pacientovo bezpečí? Jak je personálem vnímáno jejich vlastní bezpečí během výkonu práce?

Nejprve jsme od obou skupin respondentů zjišťovali, jak vnímají pocit bezpečí, co jim ho dodává, a to jak v běžném životě, tak při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Všichni respondenti z řad sester popsali svůj pocit bezpečí jako velice důležitý, i když během života se na tento pojem vědomě nezaměřovali a někteří měli s jeho vyjádřením určité potíže. V odpovědích se nejčastěji vyskytly výrazy jako lidská potřeba a vyšší hodnota. Dalším nejčastěji používaným termínem bylo zázemí, často ve spojitosti s partnerem a rodinou. Objevila se také slova jako jistota nebo vyrovnanost.

Co se řad pacientů týče, nejčastější termíny, které se vyskytovaly v odpovědích na stejnou otázku, byli, stejně jako u sester, rodina, zázemí, domov, nebo také stabilní práce a finanční jistota. Můžeme tedy říct, že v obecném smyslu znamená bezpečí pro sestry i pacienty totéž.

Dle Smith et al. (2015) je bezpečí nezbytný výsledek ošetrovatelské péče. Cherry a Jacob (2015) ho vidí jako minimalizaci rizika zranění pacientů a poskytovatelů péče skrze efektivitu systému a individuální výkon poskytovaný zdravotníkem pacientovi.

Jak se ale jejich vnímání mění se vstupem do zdravotnického zařízení? U sester se odpovědi rozdělily na dva tábory. Většina respondentek z řad sester se při odpovědích zaměřila na pacienty. Zejména se objevují termíny jako je snaha o udržení bezpečí pacienta, zmírnění strachu pacienta, vědomost, jak péči poskytovat bezpečně. Jedna z respondentek podotkla, že na sebe sestry neberou moc ohledy. Nejvíce se zaměřují právě na to, aby poskytly co nejlepší péči svým pacientům, kteří na nich závisí. Objevily se ale i odpovědi, které jsou zaměřeny na sestry. Hlavně klid, že se nic nestane nebo poskytování bezpečné péče s týmem. Jedna ze sester vyjádřila názor, že bezpečnost pacienta je propojena s bezpečností sestry. Pokud na sebe a svou bezpečnost sestra dbá, dbá tím i na svého pacienta. Pacienti pak na obdobnou otázku odpovídali tím, že je pro ně důležitá hlavně důvěra v pečující, ochota personálu, profesionalita, příjemné prostředí ale i technický stav a vybavenost a v neposlední řadě komunikace se sestrou.

Plevová et al. (2019) vyjadřují názor, že pro poskytnutí pocitu bezpečí, je mimo jiné nezbytné, aby sestra byla schopna empatie. Pokud se dovede vcítit do vnitřního světa pacienta, jeho potřeb, problémů a situace, nabídne mu porozumění a poskytne mu potřebnou citovou oporu. Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) zmiňují pocit spoluúčasti, který pacient získává, pokud o něj pečuje empatická sestra, která pomáhá zmírnit tlak, který na pacienta vytvářejí jeho problémy. Odpovědi byly značně různorodé, každá ve svém pojetí unikátní a pojata z jiného hlediska. Souhlasím s názorem, že bezpečnost pacienta je propojena s týmem a s bezpečností sestry. Pokud se o pacienta stará disfunkční ošetrovatelský tým, zvyšuje se riziko pochybení a následně poškození pacienta. Toto riziko ale není zanedbatelné ani při hladce fungujícím týmu, ale kompromitované sestře. Riziko může být různé – syndrom vyhoření, nadměrná pracovní náplň, přesčasové hodiny, které dovolují minimum odpočinku a zhoršenou koncentraci při výkonu povolání.

S takto stanovenými definicemi od každé skupiny jsme se sester ptali, jak vnímají své pracovní prostředí s ohledem k zajištění pocitu bezpečí. Opět jsou odpovědi rozděleny

do několika skupin. První skupina říká, že se na oddělení bezpečně cítí. Je to zajištěno jak díky kolegyním, tak díky ochranným pomůckám. Jedna z respondentek přímo zmiňuje riziko přenosu nozokomiálních nákaz. Například Mađar et al. (2006) zdůrazňují důležitost pro nás tak běžné činnosti, jako je důkladné mytí a dezinfekce rukou v zabránění jejich šíření. Bezsporu se jedná o důležité opatření. Lidé ve zdravotnických zařízeních často bývají nemocí značně oslabení a byli by tedy pro nozokomiální nákazu snadnou kořistí.

Další je skupina, která má neutrální postoj. Často přichází do styku s neklidnými až agresivními pacienty a s jistým ohrožením tedy počítá. Marková et al. (2006) nabádají sestry, aby při otevřené agresi myslely hlavně na bezpečí pro pacienta, následně na bezpečí pro ostatní pacienty a následně na bezpečí personálu. Ptáček, Bartůněk et al. (2011) například přímo udávají, že při kontaktu s agresivním pacientem je nedůležitější bezpečí zdravotníka. S tímto názorem konkrétně souhlasím. Zdravotníci musí nejprve zajistit své vlastní bezpečí. Bez něj nemohou dle mého názoru poskytovat adekvátní péči.

Vyskytla se tu i vyloženě negativní skupina, která není s podmínkami na oddělení spokojena – konkrétně ze strany kolektivu, ve kterém pracuje. Dle mého názoru je vztah kolektivu jako celku nesmírně důležitý při zajišťování bezpečné péče o pacienta. Pokud v kolektivu nepanují dobré vztahy, může se poškození pacienta stát na základě nedostatečné nebo nesprávné komunikace, mezi dvěma nesvářenými stranami. Vondráček a Vondráček (2006) mluví například o situaci, kdy došlo k morálnímu odsouzení sestry jejím pracovním kolektivem a spolupráce se tak stala nemožnou. Nezbylo proto nic jiného, než sestru po vzájemné dohodě přeradit na jiné oddělení. Rovněž se ve výsledcích vyskytla ještě strana, která pocit bezpečí posuzuje dle aktuální situace svého fyzického prostředí a vztahy s kolektivem a pacienty.

Dále jsme zjišťovali názory respondentů na možnosti zajištění fyzického bezpečí. Sestry nejčastěji řešily prevenci, omezení pohybu, podporu samostatnosti, osobní zóny, signalizační zařízení, či i fyzický kontakt. Pacientů se nejčastěji reagovalo odkazem na signalizaci, prevencí pádu, ale i osobním prostor, profesionálními pracovníky, průběžnými kontrolami (i během noci) apod. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že pro

své bezpečí se potřebuje cítit, že s ním jedná jako s lidskou bytostí. Ze všech odpovědí vyplývá, že je pro pacienty důležité, aby o ně zdravotničtí pracovníci projevovali zájem.

Co se psychického hlediska bezpečí týče, byla tato otázka opět položena jak personálu, tak pacientům. Respondentky z řad sester uvedly zejména komunikaci, návštěvy rodiny, dostatek informací, pacientovu důvěru v personál, kontakt se sestrou, ale i aktivní všímání si. Tyto odpovědi podporuje i Škrlová (2008). Ta udává, že k poskytnutí kvalitní péče je zapotřebí, aby byl pacient, nebo členové jeho rodiny, aktivním participantem. Pokud je pacient informován a to skrze efektivní komunikaci s možností spolurozhodnout o své péči, zvyšuje to jeho schopnost dodržet léčebný režim.

Některé sestry uvedly jako možnost, jak zabezpečit psychické bezpečí pacienta, i služby psychologa nebo duchovního. Ne každý chce ale využívat služeb psychologa kvůli určitému společenskému stigma, které sebou stále ještě nesou. Pro pacienty s touto dispozicí by dle mého názoru kromě opory rodiny, byly ideální služby tzv kaplana. V naší společnosti se jedná o úkaz, který stále ještě není rozšířen do mnoha nemocnic. Napříč svému názvu se nemocniční kaplan nevěnuje striktně náboženským rozhovorům. Má za úkol sloužit jako spojka v krizových případech, ale i jako opora pro osoby v tíživé životní situaci, které se potřebují svěřit. Kaplan poskytuje oporu a útěchu a možnost odlehčit psychickému stavu jedince.

Z patientského hlediska se mnohé odpovědi shodují se sesterskými. Vyskytují se mezi nimi taktéž rodina, informovanost, komunikace, ale všímají si více i chování sestry. Kladných reakcí se dočkala ochota, jednání s úctou, ale oceněn byl i přístup sestry, kdy pacientovi naslouchala a neodmítala ho, či snad přímo nebagatelizovala. Plevová et al. (2019) zdůrazňují schopnost sestry empatického vcítění se do pacienta, které zahrnuje pochopení jeho prožívání jak po fyzické, tak po psychické stránce. Své místo při zajištění psychického pocitu bezpečí má i signalizační zařízení a určitá domáckost pokoje nebo rutina. V tomto ohledu je vidět, že se sestry opravdu snaží svým pacientům porozumět, vcítit se do jejich situace a adekvátně reagovat na potřeby, které v nich vyzorují.

Další otázky byly směřovány na sestry, které se v nemocničním prostředí pohybují oproti pacientům pravidelně a měly tedy šanci učinit pozorování. Konkrétně jsme od

nich zjišťovaly, zda pro pocit psychického bezpečí něco postrádají jak pro sebe, tak pro své pacienty. Pro pacienty se sedm z deseti respondentů shoduje, že postrádají dostatek času, po který by se jim sestry mohly věnovat. Škrla a Škrlová (2008) udávají, že počet chyb se úměrně zvyšuje s počtem pacientů, které má sestra na starost a tedy s menším časem a náročností péče, kterou musí poskytnout. Opomenout ale nelze ani následnou únavu nebo i přesčasové hodiny. Ruku v ruce jde tato odpověď s prostorem pro komunikaci, ovlivněným množstvím administrativy a nedostatkem sester. Jiným zas chyběl prostor na práci přímo u lůžka pacienta a klid pro navázání důvěry. Tuto problematiku řeší i Heřmanová et al. (2012). Není tedy zdaleka nová, bohužel je stále v procesu řešení. Některé zas postrádaly snahu pacienta a podporu jeho rodiny, stejně jako soukromí pro jejich návštěvy a nemožnost uzpůsobit pacientovi pokoj na rychle se obměňujících odděleních.

Pro sebe sestry vnímaly některé věci podobně. Taktéž uvedly nedostatek času a klidu pro navázání důvěry s pacientem. Přidaly ale i teambuilding spolu s lepší týmovou spoluprací, fungující adaptační proces, vhodné pracovní prostředí hlavně u starších budov zařízení a v neposlední řadě i někoho, komu by se mohly svěřit. Nesmíme zapomínat, že i sestry jsou jen lidé. Na oddělení pro své pacienty, kteří na nich závisí, musí být silné. Mimo práci se ale také potřebují o někoho opřít. Pokud sestra takovou možnost nemá, může být ohrožena až syndromem vyhoření. Spence Laschinger a Leiter (2006) zdůrazňují negativní dopad pracovního prostředí na sestry.

Co se týče souvislosti mezi pocitem bezpečí s kvalitou péče odpovědi se většinou střídají mezi dvěma možnostmi, jak u sester, tak u pacientů. Některé sestry považují pocit bezpečí při výkonu práce za naprostý základ, bez kterého nelze poskytnout kvalitní péči a kdy dojde k chybám. Na druhou stranu pokud není kvalitní péče, nemůže být navozen pocit bezpečí. Obě tyto skutečnosti jdou ruku v ruce – bez jedné nemůže být druhá.

Pacienti se shodují spíše v názoru, že pokud je kvalitní péče nebo moderní zařízení, dojde k navození důvěry a tím k pocitu bezpečí. Druhá skupina podotýká, že pokud se bude cítit v bezpečí, ohodnotí kladněji i kvalitu péče, nebo že pokud se necítí v bezpečí, není péče kvalitní. Na těchto odpovědích můžeme vidět, že spolu dané termíny úzce souvisí. Co je v tomto případě první? Musí být nejprve kvalitní péče, aby se pacient cítil

v bezpečí? Nebo se pacient musí cítit v bezpečí, abychom mohli říct, že péče byla kvalitní? Vymětal (2008) také podotýká, že klíčem ve vztahu pacienta a zdravotníka, je důvěra. Z ní vyplývá atmosféra bezpečí, přijetí i intimity.

Zjišťovali jsme také, co si sestry myslí o péči zaměřené na pacienta. Z odpovědí vyplývá, že sestry ji považují za velice důležitou. Zazněla slova jako významná, velká, naprosto důležitá. Je podle nich zapotřebí pacienta hodnotit jako individuum a zaměřit se na jeho specifické potřeby. Tím snáze získáme jeho důvěru, zvýšíme pocit bezpečí a zrychlíme jeho ozdravný proces. Bohužel jak vyplývá z jiné otázky, sestry nejvíce postrádají čas. Nemají proto možnost se s pacientem sejít a určit ošetřovatelský plán přímo pro něj do takové hloubky, jak by bylo zapotřebí, což potvrzují i Škrla a Škrlová (2008).

Další problematikou byla týmová spolupráce, čímž je myšlena spolupráce sester, ale i spolupráce sestry a pacienta. Pokud sestra na pacienta působí profesionálně a důvěryhodně, dojde k vytvoření pocitu bezpečí, díky kterému pacient lépe spolupracuje se zdravotnickým personálem. Tím lze docílit kvalitnější ošetřovatelské péče a dřívejšího propuštění do domácího ošetřování. Opakovaně bylo zmíněno i předávání informací mezi členy týmu, ovšem musí brát zřetel na diskrétnost ohledně informací, které jsou sice pro ošetřování pacienta důležité, ale které byly sděleny pouze jedné sestře. Důležité také je, aby tým držel při sobě a nerozcházel se před pacientem v názorech, nebo u něj může být vyvolána nedůvěra. Plevová et al. (2012) taktéž zdůrazňují důležitost týmové spolupráce a nutnost pevných vazeb uvnitř týmu. Zvláštní typ spolupráce je podle nich i mezi jednotlivými směny, kde je kromě ochoty důležitá i správně vedená dokumentace. Dle mé osobní zkušenosti je tento bod velice důležitý. Setkala jsem se s případem, kdy dokumentace byla neúplná a nečitelná a při předávání služby bylo odbíháno do osobní roviny a byla tak narušena jeho plynulost. Došlo tak k nepochopení v některých aspektech a bylo nutno se k nim znovu vrátit.

Sester jsme se také ptaly na jejich názor na vliv evidence-based nursing (dále jen EBN) na pocit bezpečí. V této oblasti se názory značně rozcházel. Některé sestry si byly jisty jeho přínosem. Prohlásily, že díky EBN stoupá bezpečí pacienta, je díky němu správně fungující ošetřovatelský proces, víme, kde číhá riziko a celkově zlepšuje kvalitu ošetřovatelské praxe. Jiné respondentky tento názor ale nesdílely. Jedna vypovídá, že

v reálu se ještě neseťkala, že by věděla, že je něco podle EBN. Další se s evidence-based nursing také zatím setkala jen v teoretické rovině. A poslední se přímo ptá, zda se jí někdo zabývá? Dingová Šliková et al. (2018) popisují proces publikace článků založených na EBN. Jarošová a Zeleníková (2014) na druhou stranu uvádí, že EBN jen zviditelňuje výsledky výzkumu za účelem integrování nejlepšího možného důkazu k individualizované ošetrovatelské péči. Opírá se tak o vlastní klinické zkušenosti sestry při aplikaci nalezeného důkazu u konkrétního pacienta.

Co se komunikace týče, připisují jí sestry velkou roli. Je popsána i jako jeden ze základních pilířů. Podle sester existuje i přímá úměra, kde čím více je komunikace, tím větší je míra důvěry. Označují jí jako hlavní zdroj erudice sester a informovanosti pacienta, ale je podle nich také hlavním zdrojem úskalí. Pokud se komunikace mezi sestrou a pacientem pokazí, nevznikne důvěra a bez ní nemůže dojít k naplnění všech potřeb pacienta (Plevová et al., 2011). Pacienti uvedli, že během komunikace by chtěli, aby se jim personál představil a navázal tak s nimi kontakt, vysvětlil, co se dá a jeho chování by mělo být ochotné, milé, ale zároveň profesionální. Měl by naslouchat a nepůsobit dojmem, že nemá čas. To je ovšem pro současné sestry bohužel komplikované. Jak uvedly při zodpovídání jiné otázky, právě čas jim schází nejvíce. Dostávají se tedy do konfliktní situace, kdy chtějí věnovat pacientovi čas, který mu náleží, ale zároveň tím ubírají čas, který by strávily u jiného pacienta (Škrlová, 2008). Dle mého názoru je komunikace skutečně velice důležitým prvkem při interakci mezi personálem a pacienty, který by se neměl podceňovat.

Velkým vlivem na pocit bezpečí je podle respondentů beze sporu informovanost. Sestry jí připisují velkou roli, jak pro pacienta, tak pro zdravotníka. Zdravotník potřebuje být informován o pacientovi stejně jako pacient o tom, co se s ním bude dít. U pacientů se takto dle sester sníží strach a obavy jak z budoucnosti, tak z cizího prostředí. Z pohledu pacientů se také jedná o základ, který má na jejich pocity ohromný vliv. Bez informací jsou náchylní k nervozitě a strachu, zatímco díky procesu informování dojde k jejich poklesu. Někteří pacienti tak od zdravotnického personálu aktivně vyhledávají informace. Plevová et al. (2011) svým názorem důležitost informovanosti pacienta podporují. Informovaný pacient pocítuje menší strach a úzkost, čímž je navýšen jeho pocit bezpečí. S důležitostí informovanosti pacienta souhlasím. Ve své praxi se vždy již

při příjmu pacienta snažím, aby byl informován o všem nutném a vyzývám ho, aby se v případě jakýchkoliv otázek neobával za mnou přijít a zeptat se. Jestliže jeho dotaz souvisí s oblastí, ke které nemám kompetence sdělovat, snažím se zajistit konzultaci s lékařem.

Co se důvěry týče, sestry ji taktéž považují za velice důležitou. Podle nich je nutno vztah s pacientem navázat na důvěře, která je nezbytná pro poskytování kvalitní péče. Doporučují ji nenavazovat jen slovy, ale prokazovat i svými činy. Díky tomu pak bude snazší spolupráce a péče o potřeby pacienta, který pak lépe komunikuje.

Dle pacientů má důvěra velkou roli – chtějí věřit, že se o ně v nemocnici stará kvalifikovaný personál. Pokud k sestře chovají důvěru, spíše se jí svěří i s osobním problémem. Pokud ovšem dojde k narušení důvěry, ať už při současné hospitalizaci nebo minulé, je její znovuzískání složité - jak prokazuje respondentka, která po jejím narušení raději spoléhá jen na lékaře, než na sestry. V případě, kdy se zdravotník snaží vysloužit si zpátky ztracenou důvěru, musí zas a znovu prokazovat, že se na něj dá spolehnout a své znalosti (DuBose, 2012). S názorem, že důvěra je velice důležitá, se taktéž ztotožňuji.

A jako poslední jsme zjišťovali, jaká je vliv pocitu bezpečí ve zlepšování kvality péče. Většina respondentů se shodla, že mezi bezpečím a zlepšováním kvality péče je souvislost, že jedno nemůže být bez druhého. Našla se ovšem i skupina, která uvedla, že zde vliv není – jelikož si většinu času vliv neuvědomujeme. Další skupina si myslí, že pokud si vždy připadáme v bezpečí, dochází ke stagnaci a nezačleňují se nové a modernější postupy. Proto by se situace měla brát spíše jako šance, než jako pochybení.

6 Závěr

V diplomové práci jsme se zabývali vnímáním bezpečí a to jak z pohledu sester, tak pacientů. Jelikož na pocit bezpečí působí i různé faktory zabývala se tato práce také důvěrou, komunikací a informovaností.

Ve výzkumné části jsme zvolili kvalitativní šetření, metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Dohromady tvořilo výzkumný soubor 20 respondentů, z nichž 10 bylo z řad sester a 10 z řad pacientů, nacházejících se v jihočeském a západočeském kraji.

Celkem měla tato práce dva cíle, z nichž oba byly splněny. Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou možnosti zajištění pocitu bezpečí pacienta a sestry z pohledu sestry. Dotazovali jsme se proto, jaké možnosti sestry vnímají k zajištění fyzického i psychického bezpečí pacienta. Jelikož bezpečí je ovlivňováno dalšími faktory, figurovaly ve výzkumu i otázky na téma komunikace, informovanost, důvěra, ale také vliv EBN při zajištění bezpečí, roli týmové práce, stejně jako roli ošetrovatelské péče zaměřené na individuální potřeby pacienta. V neposlední řadě jsme se ptali, jaké nedostatky sestry pozorují při zajištění pocitu bezpečí jak pro sebe, tak pro své pacienty. Zahrnut byl i dotaz na to, jak sestry vnímají pocit bezpečí v souvislosti s kvalitou péče a jakou roli podle nich pocit bezpečí hraje ve zlepšování kvality péče. Pro relevanci odpovědí byly obdobné otázky položeny i respondentům z řad pacientů.

Z výzkumu vyplynulo, že možnosti zajištění bezpečí jsou různé. Zaprvé musí být přihlédnuto ke specifikám jednotlivých oddělení - zatímco na chirurgickém oddělení mohou být pacientům nabízeny berle a jiné kompenzační pomůcky, na traumatologické JIP s agresivními pacienty bývají nutností až kurty. Dále se sestry i pacienti shodli na tom, že velice důležité pro pocit bezpečí je získání důvěry mezi pacienty a personálem, stejně jako mezi personálem navzájem. Neméně důležitá je pak podle respondentů správná komunikace – také jak mezi sestrami a pacienty, tak i mezi sestrami samotnými. Rozporuplné názory se objevili ohledně užitečnosti EBN při zajištění pocitu bezpečí. Zatímco někteří respondenti stojí za názorem, že díky EBN jsou bezpečnější postupy a tím i bezpečnější praxe, jiní váhají, zatímco jiní užitečnost EBN nepřímo popírají. Taktéž jsme zjišťovali, jakou důležitost při zajištění pocitu bezpečí přikládají sestry týmové práci. Pozorovali jsme, že naprostá většina respondentek považuje svůj

vztah s pacientem za partnerský, nikoli paternalistický a berou ho jako rovnocenného kolegu s cílem jeho uzdravení. Sestry se kladně vyjadřovaly i k významu týmové práce se svými kolegyněmi, jako o pozitivním vlivu na péči o pacienta a o problémech, které mohou potencionálně nastat, pokud je týmový duch narušen. Rovněž jsme se respondentů ptali, zda při zajišťování pocitu bezpečí něco postrádají, ať už pro sebe, či pro své pacienty, a získali jsme tak další podklady pro zamyšlení.

Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají sestry vlastní pocit bezpečí při vykonávání své profese. Většina respondentek u této otázky v odpovědích jako první myslela na své pacienty a až pak se zabývaly vlastním bezpečím. Z odpovědí vyplynulo, že při vstupu do zdravotnictví na sebe berou vědomí, že jejich bezpečí by mohlo být narušeno, ale že svou práci vykonávají tomuto vědomí navzdory. Z odpovědí pak také vyplynulo, že jsou si vědomi toho, že ohrožení jejich bezpečí by mohlo ohrozit i bezpečí jejich pacientů, což je motivuje i k péči o sebe samé. Až v poslední řadě došlo i na otázku bezpečí sester jako takového a to hlavně ve spojitosti s agresivními pacienty.

Na závěr této práce bych chtěla podotknout, že při jejím zpracování byly určité těžkosti s vyhledáváním zdrojů. Existuje mnoho literatury zaměřené na možnosti zajištění fyzického bezpečí. Ať už se jedná o různé zákony a vyhlášky, o školení bezpečnosti, o regulace zaměřené na oddělení, nebo různé knižní a časopisové publikace, literatury k tomuto tématu je dost. Zajištění psychického pocitu bezpečí bohužel zdaleka není tak dobře zmapované. V této problematice je úzká spolupráce s psychologií. Musíme se zaměřit na to, co bezpečí pro lidi, ať už zdravotnické pracovníky nebo pacienty, znamená. Musíme rozebrat jednotlivé složky, které ho ovlivňují a na jejich podkladě se zaměřit na náš původní cíl. Jedině tak můžeme doufat v pozitivní dopad. Pocity našich pacientů mohou být subjektivní, těžko uchopitelné, můžeme mít problémy s jejich rozluštěním a následnou reakcí, ale nejsou o nic méně důležité, než pacientův fyzický stav. Tato práce tak sloužila ke zmapování současné situace a k upozornění na současný stav. Podnítila ve mně zájem o tuto problematiku a jejím účelem by mělo být vysvětlení této problematiky svým čtenářům a podnícení k zamyšlení – co já, konkrétně, mohu udělat při své praxi, abych zajistila větší či lepší bezpečí pro pacienta? Existují u mě vzorce chování, které bych měla změnit, abych to umožnila? Mohu nějakým způsobem přispět k větší efektivitě ošetrovatelského procesu u pacientů, abych jim zajistila větší

pocit bezpečí? Byla bych ráda, kdyby si čtenář po přečtení mé práce pokládal tyto otázky. V budoucnosti by také mělo dojít k většímu zaměření na lépe fungující adaptační proces, čímž by se zvýšil pocit bezpečí jak personálu, tak nepochybně i pacientům, o které pečuje a na šíření vědomostí o EBN.

7 Literatura a prameny

- 1) ANDREWS, M., M., BOYLE, J., J., 2008. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. 487 s. ISBN 978-07-817-9037-6.
- 2) BACH, S., GRANT, A., 2015. *Communication and Interpersonal Skills in Nursing*. 3rd edition. London: Learning Matters. 208 p. ISBN 978-14-7392-740-7.
- 3) BALAN, Y., et al., 2017. *Big Book of Emergency Department Psychiatry: A Guide to Patient Centered Operational Improvement*. 1st edition. Boca Raton: Taylor & Francis. 354 p. ISBN 978-13-5198-418-8.
- 4) BALZER RILEY, J., et al., 2015. *Communication in Nursing*. 8th edition. St. Louis: Elsevier Health Sciences. 392 p. ISBN 978-03-2335-411-0.
- 5) BARNSTEINER, J., DISCH, J., 2012. *Second Generation QSEN, An Issue of Nursing Clinics*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences. 240 s. ISBN 978-14-557-4727-6.
- 6) BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- 7) BERELSON, B., STEINER, G. A., 1968. *Human Behavior: An Inventory of Scientific Findings*. 3rd edition. San Diego: Harcourt, Brace & World. 225 s. ISBN 978-01-553-9790-3.
- 8) BURNARD, P., GILL, P., 2014. *Culture, Communication and Nursing*. 2nd edition. New York: Routledge. 200 p. ISBN 978-13-1790-404-5.
- 9) BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- 10) ČAKIRPALOGLO, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
- 11) *Cambridge Advanced Learner's Dictionary*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. S. 1550. ISBN 0-521-82423-0.

- 12) CARAYON, P., 2016. *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*. Boca Raton: CRC Press. 848 s. ISBN 978-14-3983-034-5.
- 13) CRISTIAN, A., 2012. *Patient Safety in Rehabilitation Medicine, An Issue of Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*. New York: Elsevier Health Sciences. 272 s. ISBN 978-14-557-4430-5.
- 14) DAYER-BERENSON, L., c2014. *Cultural Competencies for Nurses: Impact on Health and Illness*. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning, ISBN 1449687652.
- 15) DEKKER, S., 2016. *Patient Safety: A Human Factors Approach*. 1st edition. Boca Raton: CRC Press. 262 p. ISBN 978-14-3985-226-2.
- 16) DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-2324-7.
- 17) DOSTÁLOVÁ, B., 2007. *Zvyky a životní styl současných Romů*. Praha. Diplomová práce. 1. LF UK.
- 18) DuBOSE, E.R., 2012. *The Illusion of Trust: Toward a Medical Theological Ethics in the Postmodern Age*. Chicago: Springer Science and Business Media. 141 p. ISBN 978-94-011-0481-4.
- 19) DUNHAM-TAYLOR, J., PINCZUK, J. Z., 2006. *Health Care Financial Management for Nurse Managers: Merging the Heart with the Dollar*. Sudbury: Jones and Bartlett Learning. 896 s. ISBN 978-07-637-3149-6.
- 20) EPSTEIN, R.M., STREET, R.L., 2011. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*. 9(2), 100-103, doi:10.1370/afm.1239.
- 21) FISHER, M., SCOTT, M., 2013. *Patient Safety and Managing Risk in Nursing*. 1st edition. London: Learning Matters. 200 p. ISBN 978-14-4629-630-1.
- 22) GLENDON, A.I., et al., 2016. *Human Safety and Risk Management*. Boca Raton: CRC Press. 528 s. ISBN 978-14-2000-468-7.

- 23) GROHAR-MURRAY, M.E., DiCROCE, H.R., 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
- 24) HALMO, R., 2015. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
- 25) HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-8336-9.
- 26) HOSÁK, L., et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Charles University in Prague – Karolinum Press. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 27) CHERRY, B., JACOB, S.R., 2015. *Contemporary Nursing: Issues, Trends and Management*. New York: Elsevier Health Sciences. 536 s. ISBN 978-03-2339-037-8.
- 28) CHILTON, S., et al., 2017. *Nursing in the Community: An Essential Guide to Practice*. Boca Raton: CRC Press. 120 s. ISBN 978-14-441-1415-7.
- 29) JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-8893-7.
- 30) JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
- 31) JAYARAM, G., 2015. *Practicing Patient Safety in Psychiatry*. 1st edition. New York: Oxford University Press. 192 p. ISBN 978-01-9997-176-3.
- 32) JEDLIČKA, R., et al., 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele: Psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-271-0586-1.
- 33) JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Grada. 309 s. ISBN 80-247-2436-7.
- 34) JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

- 35) KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-7021-5.
- 36) KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 80-247-4026-5.
- 37) KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-6986-7.
- 38) KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-6628-7.
- 39) KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- 40) LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- 41) MAĎAR, R. et al., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
- 42) MARKOVÁ, E., et al., 2006. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1151-5.
- 43) MASTILIÁKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- 44) MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví 1. díl*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- 45) NELSON, A., et al., 2009. *The Illustrated Guide to Safe Patient Handling and Movement*. New York: Springer Publishing Company. 228 s. ISBN 978-08-261-1568-3.
- 46) O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-1295-6.

- 47) ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum Press. 370 s. ISBN 80-246-4383-9.
- 48) PERKINSON, R.R., 2008). *Chemical Dependency Counseling: A Practical Guide*. Los Angeles: SAGE. 725 p. ISBN 978-14-129-5700-7.
- 49) PETR, T., et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-9253-8.
- 50) PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-8241-6.
- 51) PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-7103-8.
- 52) PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství III: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-271-0889-6.
- 53) PLHÁKOVÁ, A., 2006. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-0871-3.
- 54) POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 55) POLIFKO-HARRIS, K. A., 2009. *The Practice Environment of Nursing*. Boston: Cengage Learning. 528 s. ISBN 978-11-331-6844-7.
- 56) PRIESS, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-247-5394-4.
- 57) PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-7267-7.
- 58) PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 80-247-7267-1.
- 59) PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 80-247-9909-X.

- 60) ROUGHTON, J., CRUTCHFIELD, N., 2013. *Safety Culture: An Innovative Leadership Approach*. 384 s. Waltham: Butterworth-Heinemann. ISBN 978-01-2397-217-0.
- 61) SHERWOOD, G., HORTON-DEUTSCH, S., 2015. *Reflective Organizations: On the Front Lines of QSEN and Reflective Practice Implementation, 2015 AJN Award Recipient*. Indianapolis: Sigma Theta Tau. 464 s. ISBN 978-19-388-3558-2.
- 62) SMITH, M.J., 2015. *Encyclopedia of Nursing Education*. New York: Springer Publishing Company. 402 s. ISBN 978-08-2612-031-1.
- 63) SPENCE LASCHINGER, H.K., LEITER, M.P., 2006. The Impact of Nursing Work Environment in Patient Safety Outcomes: The Mediating Effect of Burnout/Engagement. *The Journal of Nursing Administration*. 36(5), 259-267.
- 64) STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 103 s. ISBN 80-247-3553-9.
- 65) SWOTA, A., H., 2008. *Culture, Ethics and Advance Care Planning*. Lanham, Md.: Lexington Books. 143 s. ISBN 978-0-7391-3565-5.
- 66) ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-7350-6.
- 67) ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-6377-X.
- 68) ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 80-247-2616-5.
- 69) ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- 70) ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

- 71) TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-9539-8.
- 72) TWEEDY, J. T., 2014. *Healthcare Safety for Nursing Personnel: An Organizational Guide to Achieving Results*. Boca Raton: CRC Press. 366 s. ISBN 978-14-822-3027-7.
- 73) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-6818-2.
- 74) VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2006. *Pochybění a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
- 75) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: Příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-6529-7.
- 76) VYMĚTAL, J., 2008. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 400 s. ISBN 80-717-8740-X.
- 77) VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 78) YOUNG, A., et al., 2003. *Juta's Manual of Nursing*. Cape Town: Juta and Company Ltd. 800 s. ISBN 978-021-5665-6.
- 79) ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
- 80) ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-6976-5.
- 81) ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9238-0.

82) 17 Seznam příloh

- 1) Seznam otázek k rozhovorům
- 2) Ukázka kódování
- 3) Schéma znázornění zajištění bezpečí

Příloha 1 Seznam otázek k výzkumu

Otázky sester

- 1) Co pro Vás znamená potřeba bezpečí?
- 2) Co pro Vás znamená potřeba bezpečí při poskytování ošetrovatelské péče?
- 3) Jak vnímáte ve vztahu k vlastnímu pocitu bezpečí Vaše pracovní prostředí?
- 4) Jaké si myslíte, že jsou možnosti zajištění potřeby bezpečí pacienta při poskytování péče ve vztahu k jeho fyzickému bezpečí?
- 5) Jaké si myslíte, že jsou možnosti zajištění potřeby bezpečí pacienta při poskytování péče ve vztahu k jeho psychickému bezpečí?
- 6) Co postrádáte pro oblast naplnění potřeby bezpečí pro pacienta?
- 7) Co postrádáte pro oblast naplnění potřeby bezpečí pro sebe?
- 8) Jak vnímáte potřebu bezpečí v souvislosti s kvalitou péče?
- 9) Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí péče zaměřená na pacienta?
- 10) Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí týmová práce a kolaborace?
- 11) Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí evidence-based nursing?
- 12) Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí informovanost?
- 13) Jakou roli podle Vás hraje pocit bezpečí ve zlepšování kvality péče?
- 14) Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí pacienta komunikace?
- 15) Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí pacienta důvěra?

Otázky pacientů

- 1) Co pro Vás znamená potřeba bezpečí?

- 2) Co pro Vás znamená potřeba bezpečí ve zdravotnickém zařízení?
- 3) Popsal/a byste, jakým způsobem je zajištěno Vaše fyzické bezpečí?
- 4) Popsal/a byste, jakým způsobem je zajištěno Vaše psychické bezpečí?
- 5) Jak by podle Vás měla vypadat komunikace sestry, aby zvyšovala naplnění potřeby bezpečí?
- 6) Do jaké míry hraje důvěra v sestru roli ve Vašem pocitu bezpečí?
- 7) Jakou roli podle Vás hraje informovanost v pocitu bezpečí?
- 8) Jakým způsobem souvisí pocit bezpečí s kvalitou péče?

Příloha 2 Ukázka kódování

Kategorizace odpovědí sester

Kategorie č. 1 Význam bezpečí

Podkategorie A) Všeobecný

- nejistota (R1/2)

- základní lidská potřeba (R1/2)

- znalost, co bude (R1/3)

B) Při poskytování ošetrovatelské péče

- udržujeme potřebu (R1/6)

- představení se (R1/7)

- vysvětlit, co děláme (R1/8)

Kategorie č. 2 Vnímání pracovního prostředí

- Cítí se bezpečně (R1/10,11)

Kategorie č. 3 Možnosti zajištění bezpečí

Podkategorie A) Fyzické

- samostatnost (R1/14,15)

- prevence (R1/16)

- kompenzační pomůcky (R1/17,18)

B) Psychické

- souvisí s fyzickým (R1/21,22)

- komunikace (R1/23,24)

Kategorie č. 4 Nedostatky pro naplnění potřeby bezpečí

Podkategorie A) Pro pacienta

- nic (R1/26)

B) Pro sebe

- nic (R1/28)

Kategorie č. 5 Souvislost pocitu bezpečí s kvalitou péče

propojené (R1/30)

vyšší kvalita = vyšší bezpečí (R1/30,31)

- přezkoumání – pokrok (R1/32)

Kategorie č. 6 Vliv

Podkategorie A) Péče zaměřená na pacienta

- velká (R1/36)

B) týmové práce

- pracovat aspoň podobně (R1/41)

C) EBN

- zajištění většího bezpečí (R1/46)

D) Informovanosti

- velký vliv (R1/48)

E) Komunikace

- důležitá jako informovanost (R1/53)

F) Důvěry

- velký význam, důvěra pacienta (R1/57)

Kategorie č. 7 Zlepšení péče na podkladě pocitu bezpečí

- přezkoumání – pokrok (R1/60,61,62)

1. **Co pro Vás znamená potřeba bezpečí?**
2. Úplně si nedokážu představit, co to znamená. Nebát se? Základní lidská potřeba,
3. kterou si uvědomujeme, až když ji nemáme. Znat, vědět co se semnou bude dít.
4. **Co pro Vás znamená potřeba bezpečí při poskytování ošetrovatelské**
5. **péče?**
6. Při poskytování ošetrovatelské péče se tuto základní lidskou potřebu snažíme udržovat. Aby
7. pacient věděl, kdo se o něj bude starat, kdo jsme - sestra, lékař apod. Když jdeme
8. provádět u pacienta nějaký výkon, vysvětlíme, co budeme dělat, proč.
9. **Jak vnímáte ve vztahu k vlastnímu pocitu bezpečí Vaše pracovní prostředí?**
10. Já bych se tu bezpečně cítila. Moje kolegyně na tuto potřebu dbají a snaží se jí
11. dodržovat. Jako pacientka, bych byla spokojená.
12. **Jaké si myslíte, že jsou možnosti zajištění potřeby bezpečí pacienta při**
13. **poskytování péče ve vztahu k jeho fyzickému bezpečí?**
14. Pokud je pacient nějak fyzicky omezený, snažíme se ho vést k samostatnosti, pokud je
15. to možné. Člověk se cítí lépe, pokud danou činnost zvládne sám. Samozřejmě se
16. snažíme o to, aby nevznikla situace, která by člověka odradila, např. aby pacient nespádl.
17. Pokud si není při chůzi jistý, vypomůžeme nebo půjčíme kompenzační pomůcky, aby
18. se pacient cítil bezpečně.
19. **Jaké si myslíte, že jsou možnosti zajištění potřeby bezpečí pacienta při**
20. **poskytování péče ve vztahu k jeho psychickému bezpečí?**
21. Psychika jde ruku v ruce s fyzickým stavem. Proto si myslím, že aby se pacient cítil
22. dobře psychicky, je potřeba dbát i na fyzický pocit bezpečí a naopak. S pacientem se
23. snažíme komunikovat, vysvětlovat mu a hlavně se ho ptáme. Je potřeba zjistit, jaké má
24. problémy, abychom je mohli řešit.
25. **Co postrádáte pro oblast naplnění potřeby bezpečí pro pacienta?**
26. Neuvědomuji si nic.

27. Co postrádáte pro oblast naplnění potřeby bezpečí pro sebe?

28. Taky nic.

29. Jak vnímáte potřebu bezpečí v souvislosti s kvalitou péče?

30. Podle mě jsou navzájem propojené. Čím kvalitnější péče, tím více by měla být

31. uspokojena naše potřeba bezpečí. Na druhou stranu ovšem narušení bezpečí

32. vede k přezkoumávání postupů péče, k jejímu vylepšování a tím pádem následně
i

33. k ještě většímu zajištění bezpečí.

34. Jakou roli podle Vás hraje v zajištění bezpečí péče zaměřená na

35. pacienta?

36. Velkou roli, je to základní lidská potřeba. Až když splníme tyto potřeby, můžeme se

37. zaměřovat na ostatní. Aby byl pacient v psychické i fyzické pohodě, což potřebujeme

38. k jeho efektivnímu uzdravování.

39. Jakou roli podle Vás hraje v zajištění bezpečí týmová práce a

40. kolaborace?

41. Nějakou určitě. Je potřeba, aby personál **pracoval alespoň podobě,** aby se tuto potřebu

42. snažili dodržet všichni. Protože stačí jediná situace, aby pacient pocit bezpečí ztratil.

43. Jakou roli podle Vás hraje v zajištění bezpečí evidence-based nursing?

44. Jedná se o vyzkoušené postupy, které se v praxi osvědčily a fungují. Díky nim se nám

45. tak daří zajišťovat větší bezpečí pacientů.

46. Jakou roli podle Vás hraje v zajištění bezpečí informovanost?

47. Právě informovanost pacienta hraje velikou roli, aby věděl, co se mu bude dělat

48. za výkon a nebyl nejistý. Informovaný musí být i zdravotník - například o zdravotním stavu

49. pacienta, o tom, jak tuto potřebu bezpečí udržovat.

50. Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí pacienta

51. komunikace?

52. Úplně stejnou, jako informovanost. Aby byl pacient informovaný, musíme s ním

53. komunikovat. Mluvíme s ním, abychom zjistili jeho potřeby a problémy, abychom ho

54. uklidnili, vysvětlili mu.

55. Jakou roli podle Vás hraje v zajištění pocitu bezpečí pacienta důvěra?

56. Taký **velikou roli. Pacient musí věřit**, že mu nechceme ublížit, ale pomoci mu.

57. Jakou roli podle Vás hraje pocit bezpečí v zlepšování kvality péče?

58. Velkou. Jak jsem zmiňovala již předtím – pokud se pacient v bezpečí necítí, nebo je

59. jeho bezpečí fyzicky narušeno, vede to k **přezkoumání momentálně platných postupů** a

60. chyb, které se v nich vyskytují. To má následně za **výsledek jejich aktualizaci a tím i**

61. **zlepšení kvality** poskytované péče.

Kategorizace odpovědí pacientů

Kategorie č. 1 Význam bezpečí

Podkategorie A) Všeobecně

- žádný strach (R1/2,3)

B) Ve zdravotnickém zařízení

- důvěra v lidi, kteří se o mě starají (R1/5)

Kategorie č. 2 Zajištění pocitu bezpečí

Podkategorie A) Fyzicky

- dodržování osobního prostoru (R1/8)

- zacházení – lidská bytost (R1/8)

B) Psychicky

- **komunikace** (R1/10,11)

Kategorie č. 3 Komunikace

- [představit se](#) (R1/14)
- [vysvětlovat](#) (R1/14)

Kategorie č. 4 Vliv

Podkategorie A) Důvěra

- **velký vliv** (R1/17)

- **narušená důvěra** (R1/18)

B) Informovanost

- **bez – nervozita, strach** (R1/21)

Kategorie č. 5 Souvislost s kvalitou péče

- **pokud nevěří – nejde** (R1/23,24)

1. Co pro Vás znamená potřeba bezpečí?

2. Pokud mám pocit bezpečí, tak mohu vykonávat každodenní činnosti, [bez](#)

3. [strachu](#), že se mi něco stane.

4. Co pro Vás znamená potřeba bezpečí ve zdravotnickém zařízení?

5. Jde o [důvěru v lidi, kteří se o mě starají](#), takže pokud si u nějakého doktora nejsem

6. jistá, tak již k němu nepůjdu, pokud přímo nemusím.

7. Popsal/a byste, jakým způsobem je zajištěno Vaše fyzické bezpečí?

8. Hlavně [dodržování mého osobního prostoru](#) a [zacházení se mou jako s lidskou bytostí](#).

9. Popsal/a byste, jakým způsobem je zajištěno Vaše psychické bezpečí?

10. Že semnou lidé [komunikují](#) a [vysvětlují mi](#), co se děje, co dělají a hlavně že si se mnou

11. [povídají. Navazují kontakt.](#)

12. Jak by podle Vás měla vypadat komunikace sestry, aby zvyšovala naplnění

13. **potřeby bezpečí?**

14. [Vysvětlit vše](#), co dělá, abych byla více v klidu a nebála se. Nejlépe přijít a [představit se](#),

15. navázat základní kontakt.

16. Do jaké míry hraje důvěra v sestru roli ve Vašem pocitu bezpečí?

17. **Velkou,** hlavně když mi bere krev. Již jsem zažila sestru, která mi brala krev na

18. dvakrát a **nakonec musela přijít jiná, která to zvládla.**

19. Jakou roli podle Vás hraje informovanost v pocitu bezpečí?

20. Jak už jsem řekla, pokud nevím, co se děje, či co lidé kolem mě dělají, tak jsem

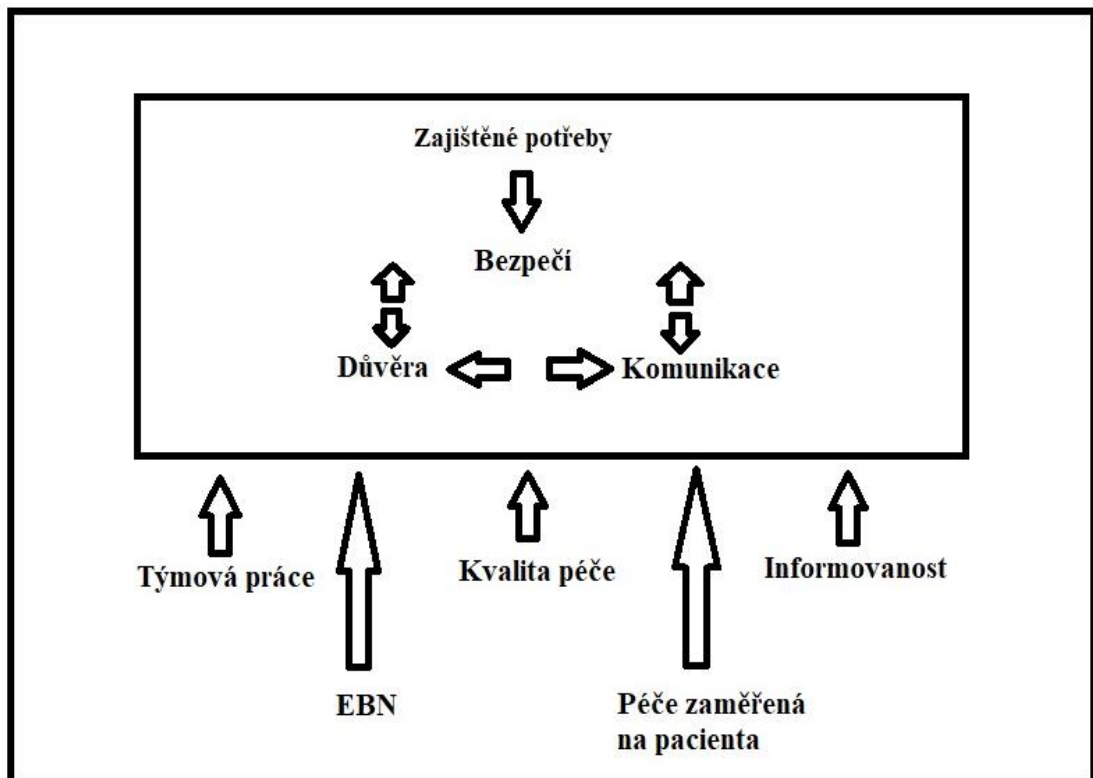
21. nervózní a mám strach.

22. Jakým způsobem souvisí pocit bezpečí s kvalitou péče?

23. Pokud **nevěřím a nejsem si jist,** že lidé v nemocnici či jiných zařízeních mi pomohou,

24. tak tam **nejdu.**

Příloha 3 Schéma znázornění zajištění bezpečí



Obr. č. 1 – Znázornění zajištění bezpečí; Zdroj: Vlastní, 2019