



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Co pacienti potřebují a postrádají od sester**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Miroslav Kříž

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

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Co pacienti potřebují a postrádají od sester*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 30. 4. 2021

.....

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí své bakalářské práce doc. PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za odborné vedení, výbornou spolupráci, trpělivost a cenné rady a připomínky.

## Co pacienti potřebují a postrádají od sester

### Abstrakt

Lidské potřeby provázejí člověka celý život. Lze je charakterizovat jako vlastnost organismu, která dává impuls k vykonávání nějaké činnosti či vyhledávání určité podmínky potřebné k životu. Potřeby mají přímý vliv na psychickou stránku člověka. Pokud se člověku nedaří jeho potřeby uspokojovat, dochází k narušení psychické pohody.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, v jaké oblasti ošetrovatelské péče pacienti pocítují deficit. Pozornost byla zaměřena na potřeby pacientů hospitalizovaných na standardním lůžkovém oddělení, které nejsou sestrami uspokojeny v dostatečném rozsahu či kvalitě. Práce se zabývá poskytovanou péčí a tím, jestli se shoduje s představami pacientů. Zda splňuje jejich očekávání a s jakými nedostatky se při své hospitalizaci setkali.

Základem práce byla teoretická část, ve které jsme popsali osobnost pacienta, jeho přístup ke zdraví a nemoci. Charakterizovali jsme povolání sestry a předpoklady pro jeho vykonávání. Věnovali jsme se vztahu mezi sestrou a pacientem, jejich vzájemné komunikaci a spolupráci. Definovali jsme lidské potřeby, jejich dělení, uspokojování a bariéry, které komplikují jejich naplňování. Hovořili jsme také o péči poskytované na lůžkových odděleních, která je vykonávána metodou ošetrovatelského procesu.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme použili kvalitativní metodu sběru dat. Polostrukturovaným rozhovorem jsme získávali informace od pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení nemocnice. Získaná data byla zpracována metodou kódování technikou tužka-papír.

Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že velká část sester poskytuje péči v dostatečném rozsahu a náležitě kvalitě. Aktivně vyhledávají a uspokojují potřeby pacientů s ochotou a taktem. Informanti shledávají péči sester jako kvalitní a pozorují, že její úroveň se neustále zlepšuje. Oceňují, že je u spousty sester často vidět úsměv. Nedostatky byly shledány v péči o imobilní pacienty, kterým nebyla poskytnuta zcela odpovídající péče. U starších pacientů není vždy poskytnut dostatečný čas na provedení požadovaného výkonu. Některé sestry neumí s pacienty vhodně komunikovat. Vykazují známky nadřazenosti a menší schopnosti sebeovládání. Všichni informanti hovoří o velké vytíženosti sester, které pracují v malém počtu, čímž dochází k časovému tlaku a neprovedení všech výkonů potřebných k poskytování kvalitní péče. V nízkém počtu sester vidí informanti hlavní zdroj problémů.

Tato práce by mohla být poučením pro sestry, které jsou v přímém kontaktu s pacienty. Mnoho z nich poskytuje svou péči na základě medicínské diagnózy, pokynů lékaře nebo naučené rutiny. Ale je třeba si uvědomit, že ošetrovatelská péče je široké spektrum činností, které vycházejí z toho, co potřebuje osoba, o kterou se pečuje.

### **Klíčová slova**

Lidské potřeby; ošetrovatelská péče; spokojenost; sestra; pacient

## **What Patients Need and Lack from Nurses**

### **Abstract**

Human needs accompany a person throughout the entire life. They can be characterized as a property of the organism, which gives an impulse to perform certain activities or search for a certain conditions necessary for life. Needs have a direct effect on the person's mental aspect. If a person fails to satisfy his or her needs, mental well-being is disrupted.

The aim of the bachelor's thesis was to find out in which area of nursing care patients feel a deficit. It was focused on the needs of patients hospitalized in the standard inpatient ward, who are not satisfied with the nurses to a sufficient extent or quality. The work deals with the care provided and whether it corresponds with the ideas of patients, whether it meets their expectations, and what shortcomings they encountered during their hospitalization.

The basis of the work is the theoretical part, in which we described the patient's personality and their approach to health and illness. We characterized the profession of a nurse and the prerequisites for its performance. We focused on the relationship between a nurse and a patient, their mutual communication and cooperation. We have defined human needs, their division, satisfaction and barriers that complicate their fulfilment. We also talked about the care provided in inpatient wards, which is performed by the nursing process method.

In the research part of the bachelor thesis we used a qualitative method of data collection. Through a semi-structured interview, we obtained information from patients hospitalized in the inpatient department of the hospital. The data obtained were processed by the pencil-paper coding method.

The results of the interviews showed that a large number of nurses provide care to a sufficient extent and of appropriate quality. They actively seek and satisfy the needs of patients with helpfulness and tact. The informants find the nurses' care to be of good quality and observe that its level is constantly improving. They appreciate that a smile is often seen on faces of many nurses. Deficiencies were found in the care of immobile patients who were not provided with fully adequate care. In elderly patients, there isn't always enough time provided for the performance of required procedure. Some nurses cannot communicate properly with patients. They show signs of superiority and lesser self-control abilities. All informants talk about the high workload of nurses who work in

small numbers, which leads to time pressure and failure to perform all the procedures needed to provide quality care. Informants see the main source of problems in the low number of nurses.

This work could be a lesson for nurses who are in direct contact with patients. Many of them provide their care based on a medical diagnosis, doctor's instructions, or learned routine. But it is important to realize that nursing care is a wide range of activities that are based on what the person being cared for needs.

### **Keywords**

Human needs; nursing care; satisfaction; nurse; patient

## **OBSAH**

ÚVOD .....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1.1 Pacient .....	11
1.1.1 Zdraví a nemoc .....	12
1.1.2 Sebepečce a její hodnocení .....	13
1.1.3 Potřeby člověka .....	14
1.1.4 Dělení potřeb .....	15
1.1.5 Základní faktory působící na saturaci potřeb .....	16
1.1.6 Bariéry v naplňování potřeb .....	17
1.1.7 Hodnotící a měřící techniky .....	18
1.2 Všeobecná sestra .....	19
1.2.1 Role sestry .....	19
1.2.2 Vztah sestry a pacienta .....	20
1.3 Ošetrovatelská péče na nemocničních jednotkách .....	21
1.3.1 Ošetrovatelský proces .....	22
1.3.2 Systémy poskytování ošetrovatelské péče .....	24
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	27
2.1 Cíle práce .....	27
2.2 Výzkumné otázky .....	27
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ .....	28
4 METODIKA .....	29
4.1 Použité metody .....	29
4.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	30
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	31
5.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty .....	31
6 DISKUSE .....	40
7 ZÁVĚR .....	49
8 SEZNAM LITERATURY .....	51
9 SEZNAM PŘÍLOH .....	56
10 SEZNAM ZKRATEK .....	62



## ÚVOD

Téma bakalářské práce „Co pacienti potřebují a postrádají od sester“ jsem si zvolil proto, abych poznal, v jaké oblasti ošetrovatelské péče pacienti pocítují deficit. I přesto, že se péče sester v nemocnicích neustále zlepšuje, je třeba hledat mezery, kde by se dala péče poskytovat na lepší úrovni. I to, co je dobré, lze mnohdy posunout na ještě lepší úroveň. Toto platí v každém oboru lidského konání. O to víc by to mělo platit v péči o člověka, protože člověk je to, co drží civilizaci při životě.

Každé onemocnění člověka nepříznivě ovlivňuje. Působí na jeho fyzickou stránku i psychickou rovnováhu. Každý nemoc prožívá jinak. Zatímco jeden si z nemoci nedělá těžkou hlavu, druhý může nemoc prožívat velice intenzivně. Na základě osobnostních rysů může docházet k poruchám nálad, emočním výkyvům či neadekvátní odpovědi na přichozí stimul. Pokud se pacient léčí ambulantně, působí na něj méně negativních vlivů, než když se musí léčit během hospitalizace v nemocnici. Domácí prostředí je pro něj přirozené, cítí se tam bezpečně. Ostatní členové rodiny jsou mu oporou, pomohou mu, dokážou ho uklidnit či rozptýlit. Domov mu poskytuje komfort, který si upraví podle svých potřeb. Není nucen nijak výrazně měnit svůj zaběhlý denní program. Pokud mu to jeho onemocnění dovoluje, může se věnovat svým obvyklým aktivitám. V nemocnici je to jiné. Každý, kdo přichází k hospitalizaci, má určité obavy z toho, co ho tam čeká. Pacient se musí podřídit režimu oddělení a dodržovat jeho řád. Rázem jsou narušeny jeho zvyklosti z domova. Ve většině případů je pacient uložen na pokoj, který sdílí s cizími lidmi. Tím ztratí soukromí a je vystaven stresové situaci, na kterou se musí rychle adaptovat. Dochází k situacím, kdy je nucen se před ostatními obnažit nebo vykonávat hygienické a vyprazdňovací potřeby. Ti, kteří mají na svém těle deformaci způsobenou úrazem nebo onemocněním, mohou pocítovat stud nebo zahanbení. Od každého pacienta se očekává, že zdravotníkům sdělí citlivé informace o své osobě, které většinou před ostatními lidmi tají nebo o nich mluví jen ve zcela výjimečných případech. K tomu často dochází v přítomnosti pacientů sdílejících stejný pokoj. Všechny tyto situace, kterým je pacient vystaven, jsou pro něj stresující. Na tyto aspekty by měl ošetrovatelský personál myslet a svými intervencemi by měl na pacienty působit tak, aby jim adaptaci co nejvíce usnadnil. Mnohdy stačí použití vhodného přístupu a správné komunikace, aby pacient poznal, že je v přátelském prostředí, kde mu pomůžou od jeho potíží. Komunikace je velice důležitým prvkem. Bez ní nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Člověk, který je hospitalizovaný, je na komunikaci citlivý. Jeho psychický stav je do jisté míry

negativně ovlivněn nastalými skutečnostmi. Sestra by s ním měla správnou komunikací vybudovat dobrý vztah, který bude založený na důvěře a respektu. Svými psychologickými schopnostmi by na něj měla působit tak, aby správně pochopil vzniklou situaci a zároveň ho tato situace co nejméně psychicky zraňovala. Měla by ukázat, že je odborně zdatná, spolehlivá, trpělivá a angažovaná v jeho prospěch. Ona je tím, koho může oslovit s žádostí o radu nebo pomoc. Sestra může svým jednáním velice významně ovlivnit prožívání pacienta během pobytu v nemocnici. Pokud bude o jeho potřeby dostatečně postaráno, bude spokojenější. Tudíž je možné říct, že na přístupu sestry ve velké míře závisí spokojenost pacienta s průběhem hospitalizace.

Každý z nás je jiný, má jiné potřeby, priority a zvyklosti, přesto je každému nemocnému poskytována více méně stejná ošetrovatelská péče. Je důležité pohlížet na člověka jako na celek, nikoliv jen na jeho chorobu nebo zranění. Jen tak můžeme pacientovi porozumět a poskytnout mu adekvátní ošetrovatelskou péči, která mu bude plně vyhovovat. Domnívám se, že většina sester poskytuje péči pacientům rutinně, v časovém presu, bez důsledného přihlídnutí k jeho individuálním potřebám, stresu, studu, obavám apod. Tím vznikají mezery v tom, co pacienti potřebují a co postrádají od sester. V důsledku těchto nedostatků bychom jistě mohli sledovat rozdíly v účinnosti léčby, psychické pohodě, komfortu či diskomfortu u různých pacientů. Neměli bychom zapomínat ani na prožitky, které má každý člověk jiné. Co jednomu vyhovuje a působí na něj pozitivně, to u druhého člověka může být naopak. Proto je nutné, abychom na každého pacienta pohlíželi individuálně, správně vyhodnocovali jeho reakce a ošetrovatelskou péči upravovali podle jeho potřeb. To bude kladně působit na jeho psychiku a bude se zvyšovat jeho spokojenost s poskytovanou péčí. Spokojený pacient s námi bude lépe a ochotněji spolupracovat.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## *1.1 Pacient*

Výraz pacient má původ v latinském jazyce (*patiens* = trpělivý, *patior* = trpět). V dnešní době je pacient definován jako osoba, která je příjemcem zdravotní péče (Křivohlavý, 2002). Pacientem se člověk nerodí, ale stává se jím v průběhu života. Obecně platí, že u daného jedince jsou v případě nemoci přítomny symptomy určité choroby. Proces, kdy se ze zdravého člověka stává pacient, má své fyziologické, patofyziologické, psychologické a sociální aspekty. Při propuknutí nemoci nedochází jen k biologickým změnám v organismu, ale mění se také sociální role jedince. Tento fakt je pro něj zpravidla nepříjemný (Zacharová, 2017). Porucha zdraví je pro člověka zátěží, která na něj klade zvýšené nároky. Musí se adaptovat na nastalou situaci, akceptovat přítomnost nemoci a přehodnotit hierarchii hodnot. V léčebném procesu podstupuje diagnostické a terapeutické výkony, které jsou často nepříjemné nebo bolestivé. Toto vše ve velké míře působí na psychiku pacienta a jeho reakce. Průběh a prožívání nemoci ovlivňují různé faktory: věk, pohlaví, temperament, kulturní prostředí, sociální status, sociální role, vyzrálost osobnosti, intelekt, životní zkušenosti apod. (Křivohlavý, 2002). Mellanová (2017) uvádí, že u člověka s pozitivním laděním bývá terapie účinnější než u pacienta pesimistického. Vyrovnaný, optimistický a otevřený člověk prožívá nemoc snáze. Jeho důvěra ke zdravotnickému personálu je hlubší. Většinou je lépe motivovaný, dokáže slevit ze svých postojů a přijmout alternativu (Plevová et al., 2018). Pro subjektivní prožívání nemoci se v psychologii používá pojem *autoplastický obraz nemoci*. Mellanová (2017) jej rozděluje na složky senzitivní, volní, emocionální, racionální a informativní. Senzitivní složka je zaměřena na bolest a obtíže spojené s nemocí. Volní složka obsahuje úsilí pacienta odolávat nemoci a aktivní snahu o uzdravení. Emocionální složka zahrnuje pacientovy obavy, strach, úzkost a také naději. Ve složce racionální a informativní se nacházejí znalosti o chorobě, prevenci a terapii. Všechny tyto složky se navzájem prolínají. Zacharová (2017) upozorňuje na to, že podobu *autoplastického obrazu nemoci* ovlivňuje: charakter onemocnění, způsob léčby, prostředí, omezení pacienta, nejistota, problémy v osobním životě, zavinění nemoci apod. Svůj významný podíl má i tzv. *premorbidní osobnost*, tj. osobnost pacienta před nemocí a její vlastnosti. Velký vliv na prožívání nemoci má také skutečnost, zda je pacient léčen ambulantně či hospitalizovaný v nemocnici. V případě ambulantní léčby je pacient méně omezen, má větší nezávislost. Nemusí opouštět prostředí domova a přerušovat kontakt se

svými blízkými. Hospitalizovaný pacient má ohraničený prostor pro své bytí v prostředí, které je pro něj cizí. Dochází k sociální izolaci - kontakt s rodinou a přáteli je omezený. Životní rytmus nemocnice je zcela odlišný, než na který je zvyklý. Nemůže provádět obvyklé aktivity, ale naopak musí dělat to, co mu určí někdo jiný. Často jde o činnosti, se kterými se nikdy nesetkal a neumí je vykonávat, čímž může docházet k devalvaci jeho sebevědomí. Na jeho psychiku působí také míra informovanosti. Pacient si klade mnoho otázek. Zajímá ho vše kolem jeho zdravotního stavu a péče s ním spojené. V současné době je kladen důraz na komplexní informování. A to i z důvodu naplnění pacientova práva na informace o jeho zdraví (Haškovcová, 1996). Pokud je pacient nedostatečně poučen, převládají u něj negativní emoce, cítí pocit nejistoty, má obavy a strach. Nerozumí svému tělesnému a duševnímu stavu, ztrácí nad ním kontrolu. Zaměřuje se převážně jen na přítomnost a svou budoucnost vnímá nejistě (Křivohlavý, 2002). Trachtová et al. (2018) udávají, že psychické rozpoložení má vliv na léčbu nemocného. Pocit jistoty a bezpečí však podporuje proces uzdravení.

### ***1.1.1 Zdraví a nemoc***

Zdraví je hlavním předpokladem plnohodnotného a kvalitního života. Existuje mnoho definic zdraví, které se měnily v průběhu vývoje lidské civilizace. Ve světě je nejvíce rozšířená oficiální definice Světové zdravotnické organizace: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (WHO, 2014). Vznikaly i další upravené definice, které zohledňovaly prostředí, v němž člověk žije, braly ohled na plnění společenských rolí jedince, realizování jeho cílů a schopnost uspokojování vlastních potřeb (Nováková, 2011). Zacharová (2017) udává, že zdraví je v lidské společnosti jednou z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou prakticky ve všech dobách existence lidstva a všech kulturách po celém světě. Zdraví a nemoc jsou obvykle chápány jako dvě protichůdné kvality, které stojí proti sobě. Naproti tomu Čeledová a Čevela (2010) míní, že na pojem zdraví nelze pohlížet izolovaně, neboť je výsledkem interakcí mnoha jevů, které podmiňují bytí člověka jako svéprávné a svobodné bytosti. Důležitou roli s dopadem na zdraví hraje životní styl každého člověka. Machová et al. (2015) doplňuje, že zdraví není samo o sobě cílem života, ale představuje jednu z hlavních podmínek smysluplného života. Pokud jsme zdraví, můžeme pracovat, uskutečňovat svá přání a realizovat své plány a žít plnohodnotný život.

Stejně tak jako zdraví je i nemoc definována mnoha způsoby. Nemoc lze popsat jako patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk, tkání a

orgánů (Čeledová a Čevela, 2010). Může být označena jako porucha rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu nebo jako porucha celistvosti jeho součástí. Nováková (2011) na ni pohlíží jako na objektivně či subjektivně zjištělou poruchu zdraví nebo jako poruchu (selhání či nedostatečnost) adaptačních mechanismů. Je třeba si uvědomit, že nemoc je pro každého člověka subjektivním stavem. Pokud se objevují objektivní tělesné symptomy, lze je považovat za důkaz existence problému se zdravím (Ayers a De Visser, 2015). Zacharová (2017) doplňuje, že nemoc, na rozdíl od pocitu zdraví, přináší člověku potíže. Pro většinu populace bývá náročnou životní situací, kterou často vnímají jako obtížně zvládnutelnou, někdy jako nezvládnutelnou. Nemoc člověka ovlivňuje natolik, že z velké části narušuje jeho obvyklý denní program a zvyky. Omezuje jej v běžných činnostech, čímž dochází k neuspokojování množství jeho potřeb. V případě hospitalizace je toto omezení ještě intenzivnější.

### ***1.1.2 Sebepečce a její hodnocení***

Výraz sebepečce označuje schopnost jedince pečovat o svůj organismus vlastními silami. Míra sebepečce je závislá na soběstačnosti jedince, která vymezuje rozsah jeho samostatnosti nebo závislosti na pomoci druhých. Rozměr samostatnosti se v průběhu života mění. Dětský jedinec je závislý na matce a postupem času zvolna přechází do nezávislosti. Dospělý člověk, který je zdravý, zvládá o sebe pečovat samostatně a s pravidelností. Ve stáří se opět začíná objevovat větší či menší závislost na druhých (Trachtová et al., 2018). Množství a druh potřeb se u každého člověka liší. Taktéž i psychická odezva na nenaplněné potřeby je individuální (Zacharová, 2017). Posouzení úrovně sebepečce a samostatnosti je základním hodnocením, které sestra provádí u každého pacienta. Správné stanovení míry sebepečce a soběstačnosti je důležité pro nastavení kvalitní péče o pacienta. Nesprávné vyhodnocení může mít za následek výskyt komplikací (Trachtová et al., 2018). Pro vyhodnocování potřeb pacienta používají sestry metody: pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření (Sysel, Belejová, 2010). V souladu se svými kompetencemi jsou sestry schopné nacházet pacientovy potřeby a pracovat s nimi. K dispozici mají řadu hodnotících škál, které lze použít s přihlédnutím ke stavu pacienta a druhu jeho onemocnění. Tyto skórovací techniky jsou rozděleny podle jednotlivých domén: výživa, aktivita, vnímání, komfort atd. (Tóthová et al., 2014). Zjišťování a hodnocení potřeb je důležité pro rozpoznání oblastí, které pacient považuje za důležité, a vytyčení oblastí, ve kterých potřebuje pomoci s naplňováním svých potřeb (Bužgová, 2015). Sestra může od pacienta získat dva základní typy informací -

subjektivní a objektivní. Subjektivní informace jsou pacientovy pocity. Popisuje jimi, jak vnímá svůj zdravotní stav nebo nastalou situaci (např. pocit napětí, strach, bolest). Objektivní informace jsou vnější příznaky, které lze získat pohledem, poslechem, pohmatem nebo čichem (např. zarudnutí pokožky, kašel, zápach). Dále také měřeními (krevní tlak, puls) nebo porovnáním s obvyklou normou (např. BMI). Pokud je nalezen ošetrovatelský problém, je třeba uvažovat o terapeutickém zásahu (Mastiliaková, 2014). Bužgová (2015) poukazuje na fakt, že potřeby je možné často vyzorovat podle pacientových reakcí na určité podněty. Ovšem v konečném důsledku musí domněnky pozorovatele potvrdit sám pacient. Právě on určuje, které potřeby jsou pro něj významné. K objektivnímu posuzování pacientových schopností se ve zdravotnických zařízeních používá řada diagnostických nástrojů. Jejich správným použitím lze získat poměrně velké množství dat v krátkém čase a tím zvýšit kvalitu diagnostiky a zefektivnit plánování a realizaci péče o pacienta. Tato data jsou přenosná v rámci ošetrovatelského týmu či mezi zdravotnickými zařízeními, čímž je možné zamezit jejich zbytečné duplicitě. Každý diagnostický nástroj by měl být konstruován tak, aby byl pochopitelný a snadno proveditelný (Vörösová et al., 2015).

### ***1.1.3 Potřeby člověka***

Život člověka je procesem neustálého naplňování různých potřeb. Potřebu lze charakterizovat jako vlastnost organismu, která dává impuls k vykonávání nějaké činnosti či vyhledávání určité podmínky potřebné k životu (Zacharová, 2017). Lze ji popsat jako něco, co člověk potřebuje pro svůj život. Vyjadřuje nějaký nedostatek, který je nutné odstranit. Potřeba vybízí člověka ke splnění určité okolnosti potřebné k životu, případně k vyhnutí se okolnosti, která je pro život nežádoucí. Lidské potřeby se v průběhu života mění a vyvíjejí. Mají přímý vliv na psychickou stránku člověka. Pokud se člověku nedaří jeho potřeby uspokojovat, dochází k narušení psychické pohody (Trachtová et al., 2018). Lidská potřeba vzniká při nějakém nedostatku, přebytku nebo touze něčeho dosáhnout. Každý organismus má své potřeby, které, jsou-li naplněny, umožňují jeho žití. Z toho vyplývá, že naplňování potřeb je nutné pro život. Jen díky nim může člověk udržovat svůj organismus v rovnováze, která je nutná pro zachování života a jeho kvality. Množství, druh a intenzita potřeb je u každého člověka jiná a závisí na mnoha faktorech. Mohou se lišit dle pohlaví, věku, inteligence a zdravotního stavu. Vliv má také prostředí, v němž každý vyrůstal a žije, míra kulturní a společenské úrovně člověka, životní zkušenosti a jiné okolnosti. Každý jedinec má svůj určitý standard – úroveň, která je pro něj uspokojivá

a určuje míru naplnění jeho potřeb (Šamánková et al., 2011). Lidské potřeby jsou individuální. U každého se mění v průběhu času a v závislosti na prostředí, ve kterém se momentálně nachází. Tím, jak se člověk vyvíjí a stárne, vyvíjejí se či mění i jeho potřeby. Objevují se nové a jiné se vytrácejí. Dochází i ke změně priorit jejich naplňování (Čevela et al., 2012). Potřeby, které nejsou delší dobu uspokojovány, vedou k poruše zdraví (Mastiliaková (2014). Tato porucha se může projevit jako tělesné nebo duševní onemocnění, které má vliv na pacientovu autonomii, duševní rovnováhu a kvalitu života (Trachtová et al., 2018).

#### ***1.1.4 Dělení potřeb***

Potřebami člověka se v české ošetrovatelské literatuře zabývá mnoho autorek, např. Sikorová (2011), Šamánková et al. (2011), Mastiliaková (2014) nebo Trachtová et al. (2018), které vycházejí z charakteristiky potřeb tak, jak je sestavil americký klinický psycholog Abraham Harold Maslow (1908 - 1970). Rozdělují potřeby podle důležitosti do dvou základních skupin – primární a sekundární. Primární potřeby jsou u každého organismu přirozené, biologické. Jsou podmínkou, která musí být splněna pro zachování života. Zajištění těchto potřeb je základem ošetrovatelské péče. Pokud jsou uspokojeny primární potřeby, objevují se u člověka potřeby sekundární. Ty jsou během života získané, naučené. Jedná se o potřeby sociální a kulturní, které život člověka zkvalitňují – sociální kontakt, komunikace, vzdělávání, seberealizace apod. Naplňování těchto potřeb je závislé na schopnostech, dovednostech a vědomostech každého jedince. Také na prostředí a kulturním zázemí, ve kterém žije. Dále se potřeby dělí do mnoha skupin podle různých kritérií. Například dle podstaty člověka, materiálního či ekonomického pohledu, četnosti výskytu, naléhavosti nebo počtu osob, kterých se týkají (Šamánková et al., 2011). Maslow diferencoval dvě skupiny potřeb. První skupinou jsou potřeby, které se projevují při nedostatku něčeho podstatného pro život, např. hlad, žízeň, únava apod. Pokud jsou tyto potřeby saturovány, ustává jejich naléhavost. Ve druhé skupině jsou potřeby, které po uspokojení zesilují. Objevují se u osob toužících po objevování, realizaci umění, ale také třeba u podnikatelů. Jako příklad lze uvést vědce, který něco vyzkoumá. Jeho potřeba poznání se tím zintenzivní. Dotyčný vědec touží po dalším objevu, proto pracuje s větší pílí a nadšením (Kalvach et al., 2011). A. H. Maslow si uvědomil, že ve chvíli, kdy jsou u člověka uspokojeny základní fyziologické potřeby, přicházejí potřeby vyšší. Proto vytvořil hierarchii potřeb ve tvaru pyramidy (příloha 1). V nejnižším patře jsou potřeby, které musí být bezpodmínečně uspokojeny pro zachování života organismu. Na vrcholu

pyramidy jsou umístěny potřeby uplatnění potenciálu osobnosti. Mastiliaková (2014) upozorňuje, že pokud nejsou některé potřeby v určitém patře pyramidy uspokojeny v dostatečné míře, nelze postoupit k naplňování potřeb v patře vyšším. Dle této všeobecně uznávané teorie lze potřeby rozdělit do pěti skupin podle jejich důležitosti. 1) Základní a nejdůležitější jsou potřeby fyziologické, které každý jedinec potřebuje pro zachování svého života (strava, tekutiny, kyslík apod.). Tyto potřeby jsou přítomny u každého člověka od narození. Nejsou-li v dostatečné míře saturovány, dochází k narušení homeostázy, která je nezbytná pro normální činnost organismu. 2) Potřeby bezpečí a jistoty – objevují se ve chvíli, kdy se osoba cítí něčím ohrožena – nebezpečné situace, choroby, ekonomický úpadek apod. 3) Potřeby lásky a sounáležitosti – pocit být milován, někam či někomu patřit, být sociálně integrován. 4) Potřeby úcty – dosahovat úspěchu, mít uznání, úctu a respekt. 5) Potřeba seberealizace – pocit individuality, schopnost realizace, využití talentu a vlastního potenciálu. Sikorová (2011) uplatňuje holistický pohled na člověka a rozděluje potřeby na oblast biologickou, psychickou, sociální a duchovní. Doplnuje, že lidské potřeby lze takto rozdělit pouze teoreticky. V reálném životě se tyto oblasti přesahují a prolínají. Trachtová et al. (2018) rozděluje potřeby podle jejich významu na biologické, ekonomické a psychologické. Biologické potřeby jsou v přímé souvislosti s narušenou homeostázou – potřeba výživy, kyslíku apod. Ekonomické potřeby vystihují nutnost něco vlastnit – zásoba potravin, šatstvo. Psychologické potřeby znázorňují psychický stav ukazující na nějaký problém. Tyto potřeby jsou spojené s potřebami sociálními.

### ***1.1.5 Základní faktory působící na saturaci potřeb***

Pokud je člověk zdravý, dokáže své základní biologické potřeby saturovat bez pomoci druhé osoby – sám se stravuje, vyprazdňuje apod. Naplnění potřeb vyšších se odvíjí od schopností, vědomostí a dovedností jedince, jeho zázemí, prostředí, kulturnosti, vzdělání, úrovně životních cílů a ostatních motivací a potřeb (Plevová et al., 2011). Svou roli mají i charakterové vlastnosti jedince. Vyrovnaný, optimistický a otevřený člověk většinou své potřeby naplní snadněji než člověk pesimistický, uzavřený. Velký vliv na uspokojování potřeb mohou mít ambice, snaha o sebeuplatnění či vyniknutí. Důležité jsou také ideály, např. způsob života. Je třeba přihlížet i k přesvědčení – člověk něčemu věří a to uznává. Nemalý význam mají stanovené cíle, kdy chce jedinec něčeho dosáhnout nebo se něčemu vyhnout. Na uspokojování potřeb každého jedince se podílí pud, zájem, ambice, ideály, přesvědčení a cíle (Šamánková et al., 2011). Pud je vrozený, zakódovaný biologický



mechanismus. Je to cílená činnost, která pramení z našich základních potřeb (stravování, vylučování apod.). Pudy mají svůj cíl, který si každý člověk uvědomuje. Při jeho dosažení se dostávají kladné emoce, slast. Často nevědomě ovlivňují naši činnost a jsou silným motivačním prvkem. Zájem je motiv, který je získaný. Vždy je spjatý s emocemi a motivací. Je to kladný vztah člověka k předmětu nebo činnosti, kterou rád vykonává a záměrně ji vyhledává, protože mu přináší radost a uspokojení. Pokud se takovému zájmu člověk věnuje dlouhodobě, lze jej nazvat zálibou, koníčkem či hobby. Některým zájmům může jedinec podřídit celý svůj život. V takovém případě lze hovořit o vášni (Cakirpaloglu, 2012). Jednání člověka je vždy motivováno dosažením nebo dosahováním nějakého cíle, který uspokojí nějakou jeho potřebu nebo tužbu. Cíle mohou být krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé cíle nemocného člověka můžeme zahrnout např. úlevu od bolesti. Po dosažení tohoto cíle je možné soustředit se na cíl střednědobý, kterým by v takovém případě mohlo být celkové zlepšení zdravotního stavu. Následuje cíl dlouhodobý, který může představovat návrat pacienta do běžného života a k jeho každodenním činnostem a zájmům. Při dosahování cílů musí člověk překonávat překážky, k čemuž musí použít své charakterové vlastnosti. Při dosažení či nedosažení cíle vždy získává životní zkušenost, kterou může uplatnit v dalším svém jednání (Kopecká, 2012). Během nemoci se některé potřeby nemění a zůstávají stejné jako u zdravého člověka. Jde zejména o potřeby dýchání, výživy, vylučování, odpočinku a pocitu bezpečí. Mohou však být pocíťovány intenzivněji nebo se mohou změnit jejich preference. Jiné potřeby se mohou modifikovat. Například potřeba aktivity bude v nemoci odlišná. Za plného zdraví člověk vykonává různé aktivity. V nemoci se bude soustředit zejména na boj s nemocí, rehabilitaci apod. U nemocného člověka vždy vznikají potřeby nové v souvislosti s mnoha faktory – osobnost pacienta, charakter a závažnost nemoci, zkušenosti nemocného a jeho informovanost o onemocnění apod. (Bártlová, 2005). Potřeba, která je přítomna u každého pacienta, je potřeba navrácení zdraví. Dále to může být potřeba tlumení bolesti, zachování nebo obnovení funkce části těla, samostatnosti apod. (Zacharová, 2017).

#### ***1.1.6 Bariéry v naplňování potřeb***

Bariéry bránící v naplnění potřeb bývají jiné ve zdraví a jiné v nemoci. Poskytovatelé ošetrovatelské péče musí předpokládat, že se mohou vyskytnout a měli by na ně být připraveni. Je nezbytně nutné, aby ten, kdo poskytuje ošetrovatelskou péči, byl schopen vnímat, vyhledávat a předcházet bariérám, které brání v jejich naplňování (Plevová et al.,

2011). Existuje mnoho typů bariér. Jsou přirozené a v lidském životě běžné. Často pacient nedovede pojmenovat to, co mu chybí, čeho má nadbytek nebo po čem touží, protože nedokáže přesně popsat to, co cítí. Je nutné zmínit fyziologické bariéry, např. bolest, nevolnost aj., které zapříčiňují tělesný diskomfort. Také chybějící zpětná vazba může být bariérou v naplnění potřeb. Pokud sestra při vykonávání ošetrovatelských intervencí nedostává od pacienta potřebné informace, výrazně je tím snížena možnost jejich vyhodnocení a naplánování další péče (Šamánková et al., 2011). Z osobních bariér pacienta může jít o ostych vyslovit své přání před cizími lidmi. Někdo nedokáže překonat pocit nedůvěry, který cítí ke zdravotnickému personálu. Roli může hrát také zcela obyčejná sympatie, antipatie nebo nějaká předchozí negativní zkušenost. Často může vzniknout bariéra nevhodnou komunikací - používáním odborných výrazů ze strany ošetrovatelského personálu, ostychem pacienta znovu se zeptat na již vyslovené apod. (Zacharová, 2017). Nemalým problémem může být jazyková bariéra u cizinců (Kutnohorská, 2013). Čevela et al. (2012) upozorňují na situaci, kdy uspokojení jedné potřeby může způsobit snížení uspokojení potřeby jiné. Jako příklad uvádějí umístění seniora do sociálního zařízení, ve kterém je zajištěna jeho bezpečnost, ale zároveň dochází ke snížení jeho sociálního kontaktu.

### ***1.1.7 Hodnotící a měřící techniky***

Mezi nejpoužívanější patří Barthelové test základních denních aktivit (ADL), který slouží k posouzení funkční zdatnosti pacienta a jeho soběstačnosti – viz příloha 2. Zabývá se běžnými úkony sebeobsluhy - příjmem potravy, zajištěním osobní hygieny, vyprazdňováním, mobilitou (Mastiliaková, 2014). Vykazuje vysokou přesnost a díky své jednoduchosti a univerzálnosti jej lze použít u všech pacientů s jakoukoliv medicínskou diagnózou. Nemalou výhodou je i možnost škálovatelnosti, tj. úpravy dle konkrétního pacienta nebo pracoviště (Kuckir, 2016).

Protože mezi základní potřeby patří výživa, měl by být součástí vstupního vyšetření nutriční screening (příloha 3). Jednoduchým dotazníkem je možno získat informace o hmotnosti pacienta, Body Mass Indexu (BMI), ztrátě hmotnosti za časový úsek a příjmu potravy. Z výsledných dat lze posoudit riziko či přítomnost malnutrice (Singleton et al, 2015).

Hospitalizovaný pacient může trpět bolestí, proto je třeba se o jeho bolest zajímat. Je to výlučně subjektivní prožitek daného člověka a je téměř nemožné jeho přímého posouzení

druhou osobou. Pro hodnocení intenzity bolesti se nejčastěji používá vizuální analogová škála (VAS) - příloha 4. Ta je zobrazena jako vodorovná úsečka, která začíná hodnotou 0 a končí hodnotou 10. Číslice 0 je rovna nulové bolesti, číslice 10 znamená maximální bolest, kterou si pacient dokáže představit. Číselná stupnice má dobrou citlivost a vysokou spolehlivost. Nachází své uplatnění při zjišťování momentálního stavu bolesti a také při sledování dynamických změn v čase (Starkey, 2013).

## ***1.2 Všeobecná sestra***

Všeobecná sestra je osoba, která získala kvalifikaci pro výkon ošetrovatelské péče. Způsob procesu její profesní přípravy a charakteristika kompetencí, které realizuje, je vymezen zákonnými normami (Vévoda et al., 2013). Povolání sestry patří z pohledu odborné přípravy a profesního výkonu mezi náročná povolání s vysokými požadavky na osobnost sestry. Při poskytování ošetrovatelské péče musí vykonávat velmi odbornou činnost, ovládat moderní techniku a unést fyzickou i psychickou zátěž. Pro výkon zdravotnického povolání jsou důležité jisté osobnostní předpoklady. Sestra by měla mít úctu k člověku, humánní vztah k nemocným a dávku empatie. Musí mít porozumění k jeho problémům, které musí sama aktivně vyhledávat, hodnotit a řešit. Aby mohla poskytovat kvalitní péči, musí mít smysl pro povinnost a zodpovědnost. Neméně důležité je umění vnímat a pružně reagovat na nové podněty a tvůrčím přístupem vykonávat svěřené úkoly (Zacharová, 2017). Základem jsou vědomosti potřebné pro výkon zdravotnického povolání. Sestra se musí orientovat v problematice člověka, jeho vývoji, jednání, chování a prožívání v různých situacích. Nesmí chybět znalosti o zdraví, nemoci, prostředí a jejich vzájemném vlivu. Nezbytná je osobnostní zralost sestry, její duševní vyrovnanost a odolnost vůči stresu (Plevová et al., 2018). Mellanová (2017) upozorňuje na důležitost správné formy jednání s nemocnými i spolupracovníky. Sestra musí být schopna navázat kontakt s pacientem a vést s ním dialog, který bude přínosem pro obě strany. Správnou komunikací by měla působit na pacienty a pozitivně ovlivňovat jejich prožívání a jednání. Proto je nutné, aby přijala a vykonávala různé typy rolí.

### ***1.2.1 Role sestry***

Sestra při výkonu svého povolání plní řadu rolí, kterými pracuje na zlepšování zdravotního stavu pacientů a zvyšování úrovně a efektivity zdravotní péče. Plevová et al. (2018) hovoří o šesti základních rolích: pečovatelka, edukátorka, obhájkyň, koordinátorka, asistentka a výzkumnice. Každá z nich má svá specifika a všechny se

vzájemně prolínají. Sestra-pečovatelka zjišťuje ošetrovatelské problémy u pacientů, plánuje jejich řešení a poskytuje ošetrovatelskou péči. Sestra-edukátorka napomáhá pacientům porozumět vlastním zdravotním problémům, umět poznat a popsat své potřeby a reakce. Podílí se na posilování zdraví, prevenci onemocnění a rozvoji soběstačnosti. Chronicky nemocné pacienty učí žít s dlouhodobým onemocněním. Sestra-obhájkyň nemocného má v průběhu ošetrovatelského procesu dobré podmínky, aby poznala osobnost pacienta, proto jej může zastoupit v situaci, kdy není schopen sdělit či popsat své potřeby, problémy a přání. Sestra-koordinátorka pracuje na plánování a realizaci ošetrovatelské péče, při které spolupracuje nejen s ostatními členy svého týmu, ale také s pacientem a jeho rodinou, kteří jsou platnými partnery při poskytování individualizované péče. Sestra-asistentka se podílí na zdravotní péči, asistuje lékaři při diagnostických a terapeutických výkonech. Sestra-výzkumnice získává nové poznatky z oblasti svého oboru a využívá je při poskytování péče o pacienty. Bártlová (2005) popisuje systém rolí uspořádaných v horizontálních i vertikálních rovinách. Každá sestra musí být připravena jakoukoliv z nich obratně použít, i když ji nepotřebuje v roli, ve které se momentálně nachází. Zacharová (2017) dodává, že k úspěšnému plnění rolí je nutné dodržet 3 základní pravidla: kolektivní orientaci, universalismus a emocionální neutralitu. Kolektivní orientace neboli sociocentrismus vyjadřuje, že sestra při poskytování péče upřednostňuje potřeby pacienta před potřebami svými. Universalismus znamená, že sestra nikoho neupřednostňuje, chová se ke všem pacientům stejně. Emocionální neutralita předpokládá, že sestra dokáže kontrolovat své emoce a vykonávat svou profesi bez jakýchkoliv konfliktů.

### ***1.2.2 Vztah sestry a pacienta***

Při poskytování ošetrovatelské péče tráví sestra s pacientem mnoho času, proto lze mezi nimi pozorovat vývoj jistého vztahu, který dává prostor pro upevňování důvěry. Ta je pro obě strany důležitá. Na hloubce důvěry je závislá jejich spolupráce. Sestra je pro pacienta člověk, který má pochopení pro jeho problémy a potřeby. Pomáhá mu s jejich řešením a poskytuje oporu a porozumění v náročných chvílích. Má možnost poznat ho po psychologické stránce a využívat to v jeho prospěch. Velice často sestra pozná i pacientovy osobní problémy a musí se starat o jeho emocionální stav. Pacient sestru vnímá jako prostředníka mezi ním a lékařem, který snižuje napětí a napomáhá komunikaci mezi nimi. Je důležité, aby sestra dodržovala tzv. profesní chování. Mezi jeho zásady patří zejména přehled v právech pacientů a jejich dodržování, preference potřeb a

zájmů pacienta, ovládnání negativních emocí a chování sestry kladně působící na pacienta (Zacharová, 2017). Mellanová (2017) rozlišuje chování na dva typy: expresivní a adaptivní. Chování, které má základ v emocích, se označuje jako expresivní. Je odrazem subjektivního prožívání jedince, jeho aktuálního psychického stavu. Může být vyjádřeno verbálně i nonverbálně. Adaptivní chování je stylizované, přizpůsobené momentální situaci. Nevychází z prožitků. Je to umělý projev, který má svůj účel. Právě tuto formu chování by měla sestra ovládat a používat při péči o pacienta. Expresivní chování může užít pouze v případě kladných emocí, které jsou v souladu s emocemi pacienta. Dále též za situace, kdy projevená emoce vyvolá u pacienta kladnou reakci.

### ***1.3 Ošetrovatelská péče na nemocničních jednotkách***

Ošetrovatelství má nenahraditelnou funkci v péči o člověka, jeho zdraví a život. Tato péče je založená na individuálním přístupu k jednotlivým pacientům za účelem vyhledávání a uspokojování jejich potřeb, které vznikly nebo byly pozmeněny onemocněním (Plevová, 2018). Pojetí ošetrovatelské péče vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky, původně vydané roku 1998 a nově vytvořené v roce 2004. Tento dokument odráží doporučení uznávaných organizací zabývajících se ošetrovatelstvím: Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester, Mezinárodní rady porodních asistentek, Mezinárodní organizace práce aj. Koncepce ošetrovatelství je výchozím bodem pro rozvržení ošetrovatelské péče v konkrétních klinických oborech. Jejím cílem je kvalitní ošetrovatelství v ústavní, ambulantní i domácí péči (Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004). Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování popisuje ošetrovatelskou péči a její účel, kterým je: *„udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti“*. Royal College of Nursing (2014) popisuje ošetrovatelství jako rozmanité spektrum činností, které souhrnně tvoří nástroj pro podporu zdraví, růstu a rozvoje jednotlivců i skupin lidí, zdravých i nemocných. Lidem má pomoci udržet, zlepšit nebo obnovit zdraví a překlenout zdravotní problémy. V případě onemocnění má jedinci pomoci pochopit chorobu, vyrovnat se s ní a co nejvíce snížit jeho stres a utrpení. Ve chvíli, kdy je pacientův stav vážný a smrt nevyhnutelná, je cílem ošetrovatelství zajistit mu co nejlepší

kvalitu života až do jeho konce. Ošetrovatelské intervence mají posilovat schopnosti lidí a pomáhat jim dosáhnout, udržet nebo obnovit svou nezávislost. Ošetrovatelská péče je složitý proces, který má svou intelektuální, fyzickou, emocionální a morální stránku. Zabývá se vyhledáváním potřeb pacientů, terapeutickými intervencemi, osobní péčí, poskytováním informací, výchovou a vzděláváním. Zajišťuje fyzickou, emocionální a duchovní podporu. Kromě přímé péče o pacienty obsahuje také její řízení, strategii a rozvíjení. Důležitým aspektem jsou reakce lidí na zdraví, nemoc a zdravotní postižení (Zacharová, 2017). Tyto reakce mohou být fyziologické, psychologické, sociální, kulturní a duchovní. Často bývají ve vzájemné kombinaci. Ošetrovatelství necílí pouze na patologické projevy, ale hledí na pacienta komplexně. Vychází z etických hodnot, které respektují důstojnost, autonomii a jedinečnost lidské bytosti. Zohledňuje privilegovaný vztah mezi sestrou a pacientem a také osobní odpovědnost za rozhodnutí a jednání, která je definována v etických kodexech a podporována systémem odborné regulace. Povolání sestry je založeno na partnerství s pacienty a jejich rodinou. Sestra je součástí multidisciplinárního týmu, ve kterém spolupracuje s ostatními členy. V určitých situacích vede tým, zadává dílčí úkoly a dohlíží na práci ostatních, jindy pracuje pod vedením druhých. Plevová et al. (2018) vidí cíl ošetrovatelské péče v systematickém a komplexním uspokojování potřeb člověka, které povede k zachování nebo obnovení zdraví, tišení bolesti a psychických těžkostí. Součástí ošetrovatelství je také zajištění klidného a důstojného umírání. Pro splnění cíle je důležité, aby ošetrovatelský personál úzce spolupracoval s pacientem, lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky. Hlavním úkolem sestry je aktivní zjišťování problémů a potřeb pacienta, určení příčin, míry závažnosti a vytyčení způsobu, kterým bude problém řešen. V ideálním případě by měl být výsledkem návrat soběstačnosti pacienta, tj. samostatnost v uspokojování všech svých potřeb (Šamánková et al., 2011). Ošetrovatelská péče by měla být poskytována individuálně na základě holistického přístupu k osobě pacienta v souladu s poznatky vědy, které jsou podloženy výzkumem. K tomu je využíván ošetrovatelský proces (Plevová et al., 2018)

### ***1.3.1 Ošetrovatelský proces***

Ošetrovatelský proces je metoda práce sestry (Tóthová et al., 2014). Dříve, než se začal používat ošetrovatelský proces v praxi, poskytovaly sestry svou péči pacientům podle pokynů lékaře. Tato péče byla směřována spíše na nemoc než na uspokojování lidských potřeb. Výraz *ošetrovatelský proces* se poprvé objevil v USA v 60. letech 20. století, kdy jej použila sestra L. E. Hallová. Navrhla péči o pacienty ve třech doménách: Core

(osobnost), Care (tělo) a Cure (nemoc). Ošetrovatelský proces, jak jej známe dnes, sestavila I. J. Orlandová v roce 1958. Základní funkci ošetrovatelství viděla v naplňování potřeb pacienta. Stanovila čtyři fáze práce sestry: posouzení, plánování, realizaci a vyhodnocení. V této podobě byl několikrát modifikován. V roce 1973 bylo schéma ošetrovatelského procesu rozšířeno o diagnostickou fázi. V USA byl uznán legitimním postupem a Americká asociace sester jej označila jako standard ošetrovatelské praxe. V současné době je ošetrovatelský proces uznáván mezinárodně (Mastiliaková, 2014). Jak uvádí Koncepce ošetrovatelství (Věstník č. 9 - MZ ČR, 2004) - ošetrovatelský proces je základním bodem moderního ošetrovatelství a hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu. Smyslem této metody je maximální poznání a pochopení osobnosti pacienta, na jehož základě jsou vykonávány ošetrovatelské intervence zajišťující prevenci, redukci nebo eliminaci problémů vyplývajících z nesoběstačnosti pacienta v uspokojování svých individuálních potřeb. Tuto metodu lze aplikovat v ambulantním i lůžkovém provozu, sociálním zařízení, domácím prostředí, u všech věkových vrstev jednotlivců, rodin a komunit. Plevová et al. (2018) popisuje ošetrovatelský proces jako kontinuální cyklický děj, který probíhá po celou dobu, kdy je pacient v péči ošetrovatelského personálu. Je systematicky uspořádán do pěti fází, které na sebe navazují, prolínají se a jedna bez druhé nemůže být uskutečněna. Jsou to fáze: posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení. V počáteční fázi dochází ke shromažďování informací o zdravotním stavu a potřebách pacienta. Sběr dat se provádí pozorováním, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením lidskými smysly či přístroji. Mohou být použity hodnotící testy, stupnice, dotazníky apod. Získaná data jsou analyzována a na jejich základě je formulována ošetrovatelská diagnóza, která musí být přesná a srozumitelná. K tomu slouží standardizovaný soubor diagnóz, který vytvořila a neustále aktualizuje NANDA International (Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku). Tento soubor je rozdělený do 13 domén. Každá diagnóza má svůj číselný kód, definici, určující znaky a související faktory. Podle této diagnózy je vytyčen cíl, kterého má být dosaženo, a vypracován individuální plán péče. Ten stanoví strategii ošetrovatelských intervencí, které povedou ke zmírnění či odstranění pacientových problémů. Následuje fáze realizace, během které sestra vykonává naplánované intervence a sleduje, zda jsou vhodné a efektivní. Posledním krokem ošetrovatelského procesu je vyhodnocení, kdy je posouzen pacientův stav a porovnán se stavem před intervencí. Zjišťuje se, v jaké míře bylo dosaženo stanoveného cíle. V případě jeho nesplnění se opakuje fáze plánování, kdy je třeba přehodnotit strategii a druh intervencí a dále

pokračovat podle nově navrženého plánu péče. Tóthová et al. (2014) vidí ošetrovatelský proces jako základ moderního ošetrovatelství, jehož jádrem je holistický pohled na člověka. Nestačí se zaměřovat pouze na samotný zdravotní problém, ale také na všechny potřeby, které mohou být onemocněním porušené. Proto je nutné, aby sestra získala o pacientovi co nejvíce informací. Sysel a Belejová (2010) poukazují na fakt, že v ošetrovatelském procesu se sestry stávají pro své pacienty blízkými osobami. Navazují přátelský vztah, přičemž si zachovávají svou pozici profesionála. Tento postoj sestře pomáhá budovat důvěru u pacienta, což má velký vliv na realizaci péče. Tóthová et al. (2014) v použití metody ošetrovatelského procesu vidí výhody pro pacienta i ošetrovatelský personál. Díky neustálému posuzování potřeb pacienta a vyhodnocování efektu vykonaných intervencí dochází k vykonávání péče na vysoké úrovni. Pečlivou dokumentací, která je dostupná všem členům ošetrovatelského týmu, je zajištěna návaznost a kontinuita péče. Poskytováním koordinované péče může sestra lépe uplatnit své znalosti a dovednosti. Při spolupráci s ostatními členy týmu může nabývat nové vědomosti a zručnost. Takto se může více seberealizovat a být ve svém zaměstnání spokojenější. Navíc metoda ošetrovatelského procesu chrání sestry před rozporem se zákony. Splněním všech ošetrovatelských předpisů při úkonech, za které je sestra zodpovědná, vyhovuje nastavené legislativě.

### ***1.3.2 Systémy poskytování ošetrovatelské péče***

Ošetrovatelskou péči v lůžkových zařízeních lze poskytovat různými způsoby, tzv. systémy ošetrovatelské péče (Plevová et al., 2012). Zvolení správného systému je klíčové pro výkon ošetrovatelského procesu, jehož cílem je poskytování kvalitní péče. Při jeho volbě je třeba brát zřetel na strukturu péče a její rozsah, množství a složení zdravotnického personálu, vhodnost systému pro daný obor, dostupné možnosti zdravotnického zařízení apod. Jednotlivé systémy se odlišují svou koncepcí, zaměřením, organizací práce a aplikovatelností v určitém oboru či zařízení. Každý systém má svou pevnou organizační formu, své výhody i nevýhody. Pro jeho správné fungování je třeba dodržovat všechna jeho pravidla. Cílem těchto systémů je zajistit péči na vysoké úrovni a bezproblémový chod ošetrovací jednotky. Rozdělením kompetencí jednotlivým členům týmu je využit potenciál personálu a dosaženo vyšší efektivity ošetrovatelské péče. Podmínkou je kvalitní komunikace a výměna informací mezi členy týmu k zajištění kontinuity péče (Plevová et al., 2018). *Funkční systém* je zaměřený na výkon a plnění daných úkolů. Patří ke starším formám práce sester na lůžkových odděleních a dnes se již považuje za



zastaralý. I přesto se dnes ještě poměrně hojně používá. V praxi to vypadá tak, že má každá sestra ve směně po celou pracovní dobu stanovené konkrétní úkoly, které plní u všech pacientů na ošetrovací jednotce. Vykonává pouze to, co jí bylo přiděleno a o jiné úkoly se nestará. Konkrétně to může vypadat tak, že jedna sestra převazuje operační rány, druhá připravuje medikaci a třetí se stará o veškerou administrativu. U pacienta se během dne vystřídá několik sester. Každá vykoná pouze svůj přidělený úkol a následně pokračuje k dalšímu pacientovi. Výhodou tohoto systému je nenáročnost na počet pracovníků ošetrovatelského týmu (Vytejková et al., 2011). Nevýhodou je roztržitost ošetrovatelské péče a v souvislosti s úsporným počtem pracovníků také zcela chybějící bio-psycho-sociální pohled na pacienty, který je důležitým aspektem při jejich péči. Nejsou v dostatečné míře vyhledávány, hodnoceny a dokumentovány jejich potřeby, proto nemohou být dostatečně saturovány (Plevová et al., 2018). *Skupinový systém*, někdy nazývaný jako celkový, je primárně zaměřen na pacienta nebo skupinu pacientů. Sestra na začátku směny dostane přidělenou skupinu pacientů, o kterou pečuje po celou svou pracovní dobu. Základem je pro ní znalost problémů, potřeb, zdravotního stavu, léčebného a ošetrovatelského programu u každého svěřeného pacienta. Poskytuje individuální celkovou péči, kterou provádí samostatně, případně s pomocí druhé sestry. Vede dokumentaci, plánuje ošetrovatelskou péči, komunikuje s lékaři a řeší s nimi případy konkrétních pacientů. Výhodou tohoto systému je komplexní pohled na každého pacienta a poskytování ošetrovatelské péče přímo podle jeho potřeb. Ošetrovatelská péče je přehledná, centralizovaná na jednu sestru, která tuto péči vykonává a nese za ní zodpovědnost. Tento systém nabízí podmínky pro pevnější vazbu mezi pacientem a sestrou. Napomáhá otevřenosti a upřímnosti v komunikaci mezi nimi, čímž mohou být ze strany sestry lépe a rychleji odhaleny a vyhodnoceny pacientovy potřeby, které v takovém případě může sestra efektivněji naplnit. Nevýhodou může být přerušování kontinuity péče při změně sestry ve službě či změně skupiny pacientů u konkrétní sestry (Plevová et al., 2018). *Týmový systém* je sestaven z ošetrovatelského týmu pracovníků s různou odbornou kvalifikací a schopnostmi, který se stará o daného pacienta, příp. skupinu pacientů. Členy týmu tvoří všeobecné sestry, praktické sestry, sanitáři a jiný ošetrovatelský personál, který o pacienta pečuje podle svých kompetencí. Tento tým je součástí týmu zdravotnického, ve kterém figurují zejména lékaři, ale také psychologové, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. Ošetrovatelský tým vede sestra, která zodpovídá za rozhodování o prioritách uspokojování potřeb daného pacienta a plnění ošetrovatelského procesu. Sbírá informace, které vyhodnocuje a na jejich základě plánuje vhodné ošetrovatelské

intervence. Dokumentuje poskytovanou péči a koordinuje součinnost s ostatními členy týmu. Každý z nich by měl dodržovat jednotlivé naplánované postupy ošetrovatelského plánu. Tento systém péče klade důraz na komunikaci, proto je nutné, aby každý člen týmu podával vedoucímu přesné informace o stavu pacienta a o jeho reakcích na poskytovanou péči. Výhodou tohoto systému je kontinuita péče a možnost kombinace s jinými systémy. Negativem mohou být vysoké nároky na osobnost vedoucího týmu (Plevová et al., 2018). *Systém primárních sester* je nastaven tak, aby každý pacient měl „svou“ primární sestru, která se o něj bude starat po celou dobu pobytu v zařízení, od jeho přijetí do doby propuštění. Tato sestra jej do zařízení přijímá a vykonává veškeré úkony s tímto spojené. U konkrétního pacienta je detailně informována o jeho zdravotním stavu, problémech a potřebách. Odebírá ošetrovatelskou anamnézu, podle které plánuje ošetrovatelskou péči. Prostřednictvím této sestry je následně celý ošetrovatelský tým informován o všech důležitých skutečnostech potřebných pro poskytování náležité ošetrovatelské péče. Primární sestra pečuje o skupinu svých pacientů a zároveň se podílí na péči o pacienty, kteří momentálně svou primární sestru ve službě nemají. U svých primárních pacientů pravidelně vyhodnocuje a koordinuje poskytovanou ošetrovatelskou péči, kterou přizpůsobuje jejich momentálním individuálním potřebám. Tento systém péče je dobře aplikovatelný tam, kde je menší fluktuace pacientů, např. v zařízeních sociálních služeb (Vytejková et al., 2011). Výhodou tohoto systému je poskytování individualizované péče, která má svou dlouhodobou kontinuitu. Nabízí možnost pro vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem, případně jeho rodinou. Podmínkou je profesionalita sestry, která musí být samostatná a na vysoké odborné úrovni (Plevová et al., 2018).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1 Cíle práce***

Cíl: Zjistit, v jaké oblasti ošetrovatelské péče pacienti pociťují deficit.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jakou péči očekávají pacienti od sester?
2. Do jaké míry jsou uspokojeny potřeby pacientů?
3. Nakolik se shodují představy pacientů s poskytovanou péčí?
4. V jaké oblasti ošetrovatelské péče vzniká deficit?

### 3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Potřeby člověka charakterizuje Trachtová et al. (2018) jako nějaký nedostatek, který je nutné odstranit. Potřeba vybízí člověka ke splnění určité okolnosti potřebné k životu, případně k vyhnutí se okolnosti, která je pro život nežádoucí.

Ošetrovatelská péče je definována v zákonu č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování jako *„udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti“*

Ošetrovatelský proces popisuje Tóthová et al. (2014) jako metodu práce sestry jejímž jádrem je holistický pohled na člověka. Nestací se zaměřovat pouze na samotný zdravotní problém, ale také na všechny potřeby, které z něj vyplývají.

## 4 METODIKA

### 4.1 Použité metody

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme použili kvalitativní metodu sběru dat. Polostrukturovaným rozhovorem (příloha 5) jsme získávali informace od pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení nemocnice. Zdravotnická organizace, ve které probíhal náš výzkum, požadovala anonymitu, proto zde nebudou konkretizovány žádné údaje o tomto zařízení. Sběr dat probíhal se svolením hlavní sestry nemocnice v období srpna a září 2019. Informanti byli seznámeni s tématem bakalářské práce, stanovenými cíli výzkumného šetření, zpracováním získaných dat a přínosem tohoto výzkumu. Rovněž byli informováni o tom, že jejich účast na výzkumu je zcela dobrovolná, mají možnost neposkytnout odpověď na některou z otázek a v průběhu rozhovoru mohou kdykoliv od své účasti na výzkumu odstoupit. Byli ubezpečeni, že celý výzkum je anonymní, nebudou sbírány žádné citlivé informace o zúčastněných osobách, ale pouze relevantní data potřebná pro zpracování výzkumu. Rozhovory budou zaznamenány ve formě zvukové nahrávky. Každý byl upozorněn, že z účasti na výzkumu pro něj neplyne žádný přímý zisk. Všichni informanti akceptovali podmínky a vyslovili souhlas se svou účastí na výzkumu. Rozhovor probíhal při osobní schůzce na lůžkovém oddělení nemocnice, kde byli informanti hospitalizováni. Pro zachování diskrétnosti bylo vždy vybráno vhodné místo pro rozhovor, kde byl přítomen pouze výzkumník a informant. Po stručném úvodu následoval rozhovor, jehož délka trvání byla cca 15 minut. Skládal se z 25 pevně daných otevřených otázek a v průběhu rozhovoru byl podle potřeby rozšířen o další otázky, které ty hlavní rozvíjely nebo doplňovaly. Otázky rozhovoru se týkaly ošetrovatelské péče, jejím rozsahem a kvalitou. Zeptali jsme se na uspokojování jejich potřeb sestrami, zda jsou uspokojeny všechny a v jaké míře. Také to, jak se sestry angažují a zda jsou aktivní ve vyhledávání jejich potřeb. Jak k pacientům přistupují a jak s nimi komunikují. Hovořili jsme též o jejich komfortu. Zajímalo nás, zda už mají nějakou předchozí zkušenost s hospitalizací a s jakým očekáváním do nemocnice přicházejí. Vyzvali jsme je, aby nám řekli, co je v nemocnici potěšilo nebo zklamalo. Jaké spatřují nedostatky a zda mají nějaké doporučení pro zlepšení péče. Z každého rozhovoru vznikla zvuková nahrávka, která byla následně převedena do písemné formy doslovnou transkripcí ve spisovném jazyce. Pro zaručení anonymity informantů nejsou zvukové nahrávky součástí této práce. V textu je použito několik přímých citací odpovědí informantů. Získaná data byla zpracována metodou kódování technikou tužka-papír. Každá relevantní informace byla

označena kódem. Následně byly stanovené kódy na základě podobnosti zařazeny do kategorií (Hendl, 2016). Celkem vzniklo 7 tematických kategorií: aktivně nabízená péče, saturace potřeb, komunikace, komfort, očekávání, nedostatky, doporučení.

#### ***4.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořilo 13 informantů, označených P1-P13. Mezi nimi byli muži i ženy. Jejich věkové rozpětí bylo 35-72 let. Všichni byli hospitalizováni na standardním lůžkovém oddělení nemocnice. Podmínkou zařazení do výzkumu byla délka hospitalizace minimálně 72 hodin, aby byli informanti schopni podat relevantní informace k tématu výzkumného šetření. Záměrně byli vybíráni informanti s různými lékařskými diagnózami s předpokladem, že budou mít rozdílné potřeby.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

Data získaná z výzkumného šetření jsme rozčlenili do sedmi kategorií, které obsahují pohled pacientů na různé oblasti spokojenosti a toho, co postrádají v rámci ošetrovatelské péče. Nesoustředili jsme se pouze na ošetrovatelské výkony a saturaci potřeb, ale též na komunikaci a komfort. Také jsme zařadili očekávání pacientů, se kterým do nemocnice přicházeli. Poté jsme je vyzvali, aby pohovořili o případných nedostatcích a následně o doporučeních, která by dle jejich mínění mohly vést k jejich odstranění či zmírnění.

#### 1. kategorie: Aktivně nabízená péče

První kategorie se zabývá subjektivním pohledem informantů na rozsah nabízené péče. Věnuje se také aktivitě sester, kvalitě poskytované péče a případnými nedostatky z pohledu pacienta. I přesto, že ošetrovatelská péče má velice široký rozsah a laický pozorovatel nemůže být schopen objektivně posoudit všechny její oblasti, je důležité, aby nám pacienti dávali své podněty, na které můžeme reagovat a zlepšovat tak poskytovanou péči.

Zajímalo nás, v jaké míře sestry aktivně nabízejí svou péči. Nedostali jsme žádnou negativní odpověď. Informanti P1, P2, P7, P9 a P12 se domnívají, že sestry nabízejí svou péči v maximální možné míře. Výpovědí to potvrzuje informant P1: *„Myslím si, že většina sester pečuje o pacienty do maximální možné míry v rámci svých možností.“* Informanti P3, P4, P5, P6, P8, P10, P11 a P13 hovoří o dostatečné míře. Konkrétně informant P13 takto: *„Já myslím, že se starají dobře. Jsem spokojený. Jejich péče je určitě dostatečná.“* Informanti P1, P2 a P9 si všimají, že svou péči aktivně nabízí většina sester, avšak nikoliv všechny. Dokládá to výpověď informanta P2: *„Na některých je vidět, že jsou tu jen kvůli výdělku. Ale celkově bych řekla, že většina sester dělá v rámci svých možností maximum.“*

Dále nás zajímalo, do jaké míry a v jaké kvalitě sestry poskytují svou péči pacientům. Informanti P1, P2, P7, P9 a P12 se domnívají, že sestry jim péči poskytují v maximální možné míře a kvalitě. Informant P1 soudí, že sestry poskytují maximální péči v rámci svých možností, avšak najdou se mezi nimi jedinci, kteří péči poskytují na nižší úrovni. Dodává: *„Udělej jen to nejdůležitější a o zbytek se nestarají. Řekla bych, že se nedokážou vcítit do pozice nemocného.“* Informant P2 vypověděl: *„Myslím si, že většina sester se*

*snaží svou péči poskytovat maximálně kvalitně.*“ Informant P9 si myslí, že se sestry snaží vykonávat svou práci na maximum, ale vidí nedostatky v jejich počtu na pracovišti: *„Sestry dělají maximum, ale pokud je jich takhle málo, tak nemůžou mít 100% výsledky.“* Informanti P3, P4, P5, P6, P8, P10, P11 a P13 shodně odpověděli, že sestry poskytují péči v dostatečné míře a kvalitě. Informant P3 hovoří o péči sester takto: *„Kolikrát toho mají hodně, ale udělají všechno, co potřebujeme.“* Informant P5 doplňuje: *„Snaží se, aby nám rychle pomohly a aby nám tu bylo dobře.“*

Dále jsme se zeptali, zda si myslí, že sestry dělají maximum pro to, aby jim poskytly kvalitní péči. Všichni informanti se shodli, že sestry dělají maximum. Jen informant P2 vidí nedostatky u některých sester: *„Občas se najde sestra, kterou to asi moc nebaví a je to vidět na její práci, která není kvalitní.“*

Další otázka se zabývala tím, zda byli svědky situace, kdy mohla sestra jinému pacientovi poskytnout lepší péči. Informanti P3, P4, P5, P6, P7, P8, P10, P11, P12 a P13 vypověděli, že nic takového neviděli. Informanti P1, P2 a P9 se s takovou situací setkali. Shodně udávají nedostatky v péči o ležící pacienty. Příčinu vidí v nedostatku času, který je způsobený nízkým počtem personálu ve službě. Informant P1 popisuje problém takto: *„Je tady málo sester a v tom je příčina všeho.“* Informant P9 dodává: *“Ony za to nemůžou. V tom počtu to nestíhají. Spíš bude na vině management.“*

U otázky, jak by zhodnotili péči sester, se všichni informanti shodli, že ji hodnotí na výbornou. Informant P5 se k jejich péči vyjadřuje takto: *„Hodně se naběhají, mají moc práce a i přesto všechno zvládají na jedničku.“* Informant P5 si všímá tendence péče sester: *„Musím říct, že se to pořád zlepšuje.“*

## **2. kategorie: Saturace potřeb**

V této kategorii popisujeme výpovědi informantů o tom, zda jsou či nejsou saturovány všechny jejich potřeby a v jaké je to míře a kvalitě. Taktéž se zajímáme o to, jak jsou sestry aktivní ve vyhledávání a uspokojování jejich potřeb.

Na úvod jsme se informantů zeptali, do jaké míry jsou sestry aktivní ve vyhledávání jejich potřeb. Informanti P2, P7, P8 a P9 se domnívají, že sestry pro to dělají maximum. Informant P2 sděluje: *„Většina sester dělá v rámci svých možností maximum.“* Informant P9 má stejný názor: *„V rámci svých možností jsou aktivní dost. Většina z nich se snaží*



*dělat maximum.*“ Informanti P1, P3, P4, P5, P6, P10, P11, P12 a P13 vidí aktivitu sester jako dostatečnou. Sdělují, že většina sester se snaží, aby pacientům nic nechybělo.

Další otázkou bylo, do jaké míry se sestry zajímají o pacientovu bolest, nevolnost apod. Informanti P3, P7 a P8 odpověděli, že se sestry starají v maximální míře. Informant P3 vzpomíná: *„Když mě sem přijali, tak se mě pořád ptali, jak se cítím, jestli mi není špatně. Starali se vzorně.“* Informant P8 sděluje: *„Pokaždé když sem přijdou, tak se ptají, jestli je všechno v pořádku.“* Informanti P1, P2, P4, P5, P6, P9, P10, P11, P12 a P13 si myslí, že sestry se o jejich potíže starají v dostatečné míře. Informant P5 sděluje: *„Často se mě ptají, jak se cítím, jestli nemám nějaké potíže.“* Informant P11 má podobnou zkušenost: *„Sestřičky se často ptají, jestli chceš něco na bolest. Zajímají se hodně.“*

Také nás zajímalo, zda sestry u pacientů využily nějakou hodnotící či měřicí techniku pro zjištění jejich potřeb. Informanti P7 a P10 se domnívají, že u nich sestry žádnou posuzovací metodu neuplatnily. Z výpovědí informantů P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9 a P12 vyplývá, že u nich sestry použily dotazník pro záznam ošetřovatelské anamnézy a Barthelové test základních denních aktivit (ADL). Informant P3 k tomuto odpověděl: *„Při příjmu se mnou sestřička sepsala, co jsem měla za nemoci, jestli mě něco bolí nebo trápí, jak co zvládám apod.“* Informanti P6, P8, P11 a P12 hovořili o vizuální analogové škále (VAS) pro hodnocení intenzity bolesti. *„Když se mě ptali, jak moc mě to bolí, tak jsem to měl určit na stupnici od 1 do 10.“* vzpomíná informant P11.

Na dotaz, zda od sester něco postrádají, odpovídají všichni shodně, že jim od sester nic nechybí. Někteří informanti hovoří o situacích, kdy jinému pacientovi nebyla poskytnuta dostatečná péče. Tímto problémem se zabýváme v následující otázce: Myslíte si, že pacienti něco postrádají z poskytované péče? Informanti P3, P4, P6, P7, P8, P10, P11, P12 a P13 předpokládají, že nikoliv. Opačného názoru jsou informanti P1, P2, P5 a P9. Ti odpověděli, že si všimli nedostatků v péči u jiných pacientů. Stejně jako v předchozí kategorii udávají nedostatky u ležících pacientů. Informant P5 si všímá: *„Oni si už nic nezvládnou udělat sami. Jen leží a čekají, až někdo přijde.“* Informant P9 vyjadřuje své zklamání: *„V dnešní době lidstvo dobývá vesmír, zatímco se neumí postarat o nemocnou.“*

U otázky, zda je reálné, aby sestry maximálně naplňovaly potřeby pacienta, všichni informanti shodně odpověděli, že to reálné je. Ovšem informanti P1, P2, P5 a P9 doplňují, že je to reálné pouze za lepších podmínek pro práci sester. Hovoří zejména o

nedostatečném počtu personálu, ze kterého vyplývá časový pres. Informant P2 sdílí názor: *„Reálné to je, pokud je na to čas a dostatek personálu. V počtu, ve kterém tady slouží, a podle toho, jak to vidím, tak je to určitě nereálné.“* Informant P9 vypočítává: *„Pokud tu mají nějakých 30 pacientů a jsou na to jen 3 sestry, tak to reálné být nemůže.“*

### **3. kategorie: Komunikace**

Tato kategorie se zabývá komunikací sester směrem k pacientům. Komunikaci vidíme jako významnou součást ošetrovatelské péče, která může mít značný vliv na spokojenost pacienta. Od informantů jsme zjišťovali, jak jsou spokojeni s komunikací sester, jejich vystupováním, ochotou a reakcemi na jejich dotazy či požadavky. Součástí jsou také výpovědi o tom, zda jsou dostatečně informováni o poskytované péči.

Zeptali jsme se, jak jsou informanti spokojeni s komunikací sester. Informanti P3, P7, P10 a P12 jsou s komunikací sester spokojeni. Informanti P1, P2, P4, P5, P6, P8, P9, P11 a P13 mají ke komunikaci sester výhrady. Shodně vypovídají, že většina sester s nimi komunikuje na dobré úrovni. Ovšem setkali se i s nevhodným způsobem komunikace u některých sester. Vždy hovoří o jedincích v celém kolektivu sester. Informant P1 je s komunikací sester spokojený, ale má výhrady k některým z nich: *„Naštěstí se jedná jen o jedince, ostatní sestřičky jsou milé a snaží se člověka povzbudit.“* Informant P4 popisuje chování jedné z nich: *„Byla zamračená, nepozdravila, skoro nemluvila. Soused je tady dýl a říkal, že je taková vždycky.“* Informant P9 dodává: *„Některé by mohly být příjemnější a méně nadřazené“*

Další otázkou bylo, zda by mohly sestry na své komunikaci něco zlepšit. Informanti P3, P7, P10 a P12 nemají pro sestry žádné doporučení. Považují jejich komunikaci za dobrou. Informanti P1, P2, P4, P5, P6, P8, P9, P11 a P13 mají ke komunikaci sester připomínky. Informanti P1, P8 a P13 hovoří o nedostatečném sebeovládání některých sester. Informant P1 míní: *„Kolikrát jsou až nepříjemné. Doporučila bych jim víc sebeovládání.“* Podobně hovoří také informant P8. *„Některé jednají až moc emotivně. Měly by se víc ovládat.“* Informant P13 doplňuje: *„Když některá z nich nemá náladu, tak by to nemusela na sobě dávat tolik znát.“* Informanti P4, P5, P6 a P11 by u některých sester doporučili více vlídnosti. Informant P4 navrhuje příjemnější výraz v obličeji: *„Nemusí se na nás vyloženě smát, stačí, když se nebudou mračit.“* Informant P5 je stručnější: *„Některé by mohli být trochu milejší.“* Informant P6 zaujímá postoj: *„Některé by mohly být příjemnější. Nemusely by být tak odměřené.“* Informant P11 odpovídá podobně:

„*Nemusely by být tak moc vážné.*“ Informanti P2 a P9 se shodují ve svých výpovědích o nadřazenosti sester. Informant P2 vypovídá: „*Některé by měly odhodit svou nadřazenost a mluvit s pacienty vlídněji.*“ Informant P9 popisuje svou zkušenost: „*Nemusely by být tak nadřazené. Chápu, že nám musí dávat pokyny a nějak nás vést. Rozhodně se to dá ale dělat nějakým příjemnějším způsobem. Ne jako na vojně formou rozkazů.*“

U všech informantů, kteří mají výhrady ke komunikaci sester, se objevuje názor, že by se sestry měly více usmívat. Tímto se zabývá další otázka, kterou jsme informantům položili: V jaké míře sestry používají úsměv, když s Vámi komunikují? Informanti P3, P7, P10 a P12, kteří jsou s komunikací sester spokojeni, udávají, že se sestry usmívají dostatečně. Informanti P1, P2, P4, P5, P6, P8, P9, P11 a P13 shodně vypovídají, že většina sester používá úsměv ve velké míře, avšak jsou mezi nimi sestry, u kterých není úsměv vidět vůbec nebo jen v omezené míře. Informant P2 si všímá: „*Většina sestřiček se usmívá neustále. Některé ale úsměv nepoužívají snad vůbec.*“ Informant P8 má tentýž poznatek: „*Některé se usmívají hodně často, u některých jsem úsměv vůbec neviděl.*“ „*Úsměv by měl být samozřejmostí u každého.*“ myslí si informant P1.

Navázali jsme otázkou, jak sestry reagují, pokud je pacienti osloví s nějakým dotazem či požadavkem. Informanti P3, P4, P5, P6, P7, P8, P10, P11, P12, a P13 hodnotí reakce sester kladně. Informant P3 sděluje svou spokojenost: „*Vždycky se nám snaží pomoci s našimi problémy. Na všechno nám ochotně odpoví.*“ „*Jsou hodné a ochotné. Bohužel na nás nemají moc času.*“ doplňuje informant P12. Informanti P1, P2 a P9 mají k sestrám výhrady. Shodně odpovídají, že převážná část sester reaguje s ochotou, ale občas se mezi nimi najdou i sestry, které nejsou tolik vstřícné. Toto potvrzuje výpověď informanta P2: „*Většina sestřiček se mi snaží ochotně pomoci, ale bohužel se někdy najde i sestra, která není nejvlídnější.*“

Další otázkou bylo, do jaké míry jsou pacienti informováni o péči, kterou jim sestry poskytují. Všichni informanti totožně odpověděli, že jsou informováni v dostatečné míře. Sestry jim vždy oznámí, proč za nimi přichází a co bude následovat. Na případné dotazy jim vždy uspokojivě odpoví. Informant P3 vypověděl: „*Vždycky nám řeknou, co chceme nebo potřebujeme vědět. Ani se jich nemusíme na nic ptát, protože nám všechno rovnou řeknou sami.*“

Dále jsme se zabývali otázkou, do jaké míry sestry poskytují pacientům čas na rozmyšlenou či provedení nějakého úkonu. Informanti P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9,

P10, P11 a P13 udávají, že nemají problémy s poskytnutým časem. Sestry na ně nespěchají, pacienti mohou pohodlně vyplnit požadovaný úkon. Informant P3 popisuje svou zkušenost: *„Když mají sestřičky čas, tak počkají. Jindy musejí chvátat a třeba se k nám potom vrátí. Tím nám vlastně dávají dostatek času.“* Informant P2 nemá s výše uvedeným problémem, ale vyslovil jisté obavy: *„Myslím si, že mám na všechno dostatek času. Jen nevím, zda je tomu tak i u pacientů ve starším věku nebo u více nemocných, kterým vše trvá o něco déle.“* Toto se potvrzuje u informantů P5 a P12, kteří se shodují, že by uvítali nižší tempo. Informant P5 sděluje: *„Někdy bych potřebovala víc času. Už jsem stará, všechno mi jde pomalu.“* Podobně odpovídá i informant P12: *„Je to tady všechno takové rychlé. Někdy bych asi potřeboval víc času.“*

#### **4. kategorie: Komfort**

Každý člověk má na komfort jiné požadavky. Ty se mohou lišit podle zvyklostí či potřeb pacienta. Proto se zaobíráme spokojeností pacientů s komfortem na nemocničním pokoji. Zajímalo nás, zda se cítí komfortně a jak jsou sestry aktivní v zajišťování jejich komfortu. Na závěr jsme informantům dali prostor, aby nám sdělili svá doporučení, kterými by se dal zlepšit jejich komfort v nemocnici.

Vyzvali jsme informanty, aby nám řekli něco k zajištění jejich komfortu sestrou. Všichni informanti říkají, že se cítí komfortně. Jsou spokojeni s prostředím nemocničního pokoje, líbí se jim moderní vybavení. Nikdo se nevyjádřil, že by pocítoval diskomfort. Potvrzuje to výpověď informanta P3: *„Sestřičky se o nás starají dobře. Chtějí, aby nám tu bylo dobře. Je to tady nové, moderní. Líbí se mi tady.“*

Další otázkou bylo: v jaké míře se sestry zajímají o Váš komfort? Opět se všichni informanti shodli, když odpověděli, že se sestry o jejich komfort zajímají dostatečně. Informant P9 se domnívá: *„V rámci možností se sestřičky o komfort starají dobře. Ale tady není moc možností, jak komfort zlepšit.“* Nadneseně dodává: *„Snad jen samostatný pokoj pro každého pacienta.“* Informant P12 to vidí takto: *„Starají se dost, ale nemají na to moc času. Přijde mi, že jsou pořád v běhu.“*

Požádali jsme informanty, aby nám řekli, co by jejich komfort mohlo zlepšit. Informanti P2, P5, P7, P11 a P13 nemají žádné doporučení, které by mohlo zlepšit jejich komfort. Informanti P1, P4 a P9 by uvítali samostatný pokoj, ve kterém by měli více klidu a větší soukromí. Za tuto službu by byli ochotni zaplatit přiměřenou částku peněz. Informant P1 stručně říká: *„Rozhodně bych brala jednolůžkový pokoj, kde bych měla své soukromí.“*

Shodně hovoří i informant P4: „*Kdyby byla možnost, tak by se mi líbil samostatný pokoj, kde by měl člověk klid a soukromí.*“ Informant P9 hovoří o jiném důvodu: „*Měli by mít v nabídce nadstandardní pokoje. Měl bych tam klid na práci. Potřeboval bych pracovat aspoň přes telefon, ale nechci obtěžovat ostatní tým, že bych furt telefonoval.*“ Informantům P6 a P8 nevyhovuje časné ranní buzení. „*Buzení v 5 hodin je hodně brzo.*“ domnívá se informant P6. Informanti P3, P10 a P12 by vybavili nemocniční pokoj sedacím nábytkem, aby nemuseli trávit veškerý čas na lůžku. Informant P10 odpovídá: „*Mělo by tu být nějaké křeslo. Nebaví mě pořád ležet v posteli. Už mě z ní bolí záda.*“ Také informant P12 by uvítal možnost změny polohy: „*Jen ležím v posteli. Kdyby tady bylo aspoň křeslo.*“

## **5. kategorie: Očekávání**

Předpokládáme, že každý člověk má před svou hospitalizací nějakou představu o péči, která mu bude poskytnuta. V závislosti na mnoha faktorech se tyto představy mohou u každého lišit. Někdo má vlastní zkušenost z předchozího pobytu v nemocnici, jiný má o hospitalizaci informace zprostředkované jinou osobou, médií apod. Proto jsme se informantů zeptali, s jakým očekáváním do nemocnice přicházeli a zda se jejich očekávání potvrdilo či nikoliv.

V první řadě nás zajímalo, zda oslovení informanti už někdy v minulosti byli někde hospitalizováni. Informanti P2, P6, P8, P9 a P13 se nikdy předtím v nemocnici neléčili. Ostatní informanti – P1, P3, P4, P5, P7, P10, P11 a P12 už byli v minulosti alespoň jedenkrát hospitalizováni. U těch jsme se doplňující otázkou zeptali, zda spatřují nějaký rozdíl v péči sester při minulé a dnešní hospitalizaci. Všichni shodně hovořili o svém dojmu, že se péče sester zlepšuje. Zejména komunikace a přístup sester k pacientům je nyní na lepší úrovni. Informant P4 míní: „*Když jsem ležel v nemocnici předloni, tak to bylo dobré a teď je to možná ještě lepší. Myslím si, že se to zlepšuje.*“

Navázali jsme otázkou, nakolik poskytovaná péče splňuje jejich očekávání. Informanti P1, P3, P4 a P5 potvrdili, že péče sester splňuje jejich představu, se kterou přicházeli do nemocnice. Taktéž informant P6, přestože ještě nikdy předtím nebyl hospitalizovaný: „*Nikdy jsem v nemocnici neležel, ale říkal jsem si, že to nemůže být tak hrozné. A potvrdilo se mi to.*“ Informanti P2, P7, P8, P9, P10, P11, P12 a P13 hovoří o milém překvapení. Říkají, že nečekali péči sester na takové úrovni. „*Nečekal jsem, že to tu bude takové. Měl jsem trošku obavy, ale jsem docela mile překvapený.*“ reaguje informant P8.

## 6. kategorie: Nedostatky

I přesto, že se ošetrovatelská péče neustále zdokonaluje, je nutné pátrat po nedostacích, které je potřeba odstraňovat. Výpovědi informantů nám mohou dát cenné informace, které nelze získat jinak než od nich. Zaměřili jsme se na nedostatky, které informanti nacházejí v nemocniční péči. Zajímali jsme se též o slabiny, které se týkají přímo sester.

Proto jsme se informantů zeptali, co je v nemocnici zklamalo. Informanti P2, P5, P7, P10, P11, P12 a P13 tvrdí, že jsou v nemocnici spokojení a nesetkali se s ničím, co by je zklamalo. Čtyři informanti – P3, P6, P8 a P9 hovoří o dlouhém čekání při jejich příjmu k hospitalizaci. Takto informant P3 vzpomíná na první kontakt s nemocnicí: *„Byli jsme tam skoro 2 hodiny. Nebylo mi dobře, chtělo se mi zvracet. Ale tam před těmi všemi lidmi jsem se styděla, tak jsem to musela nějak vydržet.“* Informant P1 se pozastavuje nad nízkým počtem sester ve službě: *„Zklamal mě malý počet personálu na oddělení. Myslím si, že by jich tu mělo být podstatně víc.“* Informanta P4 zklamala strava: *„Trošku mě zklamalo jídlo. Mohlo by být chutnější. A taky k pití by mohlo být i něco jiného než čaj.“*

Dále jsme informantům položili otázku, co je zklamalo u sester. Informanti P3, P4, P5, P7, P10, P11, P12 a P13 nenacházejí nic, co by mohli označit za zklamání. Na druhou stranu informanti P1, P2, P6, P8 a P9 se vyjadřují negativně. Jako velké zklamání vnímají komunikaci některých sester. Informant P9 vidí komunikaci sester jako problém: *„Zklamalo mě, že se některé sestry chovají dost nadřazeně. Chápu, že nám musí dávat různé pokyny, ale od některých to byly spíš rozkazy jak v armádě.“* Informant P2 poukazuje na nevhodné vystupování sester zapříčiněné chybějícím smyslem pro empatii: *„U některých jsem se pozastavila nad jejich chováním. Jako by se neuměly vcítit do pozice nemocných.“*

## 7. kategorie: Doporučení

Aby se mohla péče na nemocničních odděleních zlepšovat, je důležité od pacientů získávat jejich postřehy a adekvátně na ně reagovat.

Proto jsme informanty požádali, aby nám sdělili, zda mají nějaké doporučení, které by mohlo vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Informanti P7, P10 a P11 pro nás nemají žádný návrh a znovu projevují svou spokojenost s nabízenou péčí. Ostatní spatřují určité nedostatky a poskytují nám svá doporučení.

Informant P8 doporučuje navýšit personální obsazení: „*Myslím si, že by tu mělo být víc sester na směně. Určitě by to bylo vidět na jejich výsledcích. A taky by byly víc v pohodě.*“ Také informant P13 se domnívá, že by vyšší počet sester mohl mít pozitivní vliv na jejich vystupování: „*Možná by některé sestry nemusely být tak vážné. Určitě by to působilo líp na pacienty. Ale pokud je jich tady tak málo, tak chápu, že nemůžou být veselé.*“ Informant P5 si myslí, že by sestry měly mít více času na pacienty: „*Mělo by tady být víc sestřiček, aby měly na všechno víc času. Pak by si s námi třeba mohli i chvíli povídat.*“ Taktéž informant P2: „*Myslím si, že by sestry měly mít víc času na pacienty. Tyhle nedostatky by šly jednoduše vyřešit, kdyby tu bylo víc sester.*“ Informant P3 se vyjadřuje podobně: „*Kdyby jich tady bylo víc, tak by měly víc času na práci a třeba by s námi mohly i prohodit víc slov. Takhle tady rychle udělají, co je potřeba a zase běží na jiný pokoj.*“ O rychlém tempu hovoří také informant P12: „*Asi by tu mělo být víc sestřiček, aby měly víc času a nemusely tolik chvátat. Všechno je tady moc rychlé.*“

Informant P4 by uvítal nabídku nadstandardního pokoje: „*Chybí mi tady samostatný pokoj, kde bych měl víc soukromí.*“ Nadstandardní pokoj by využili také informanti P6 a P9. Jako důvod uvádějí, že potřebují pracovat na dálku. „*Je škoda, že tu nejsou nadstandardní pokoje. Ty by tu měly být. Potřeboval bych pracovat aspoň přes telefon, ale nechci obtěžovat ostatní tým, že bych furt telefonoval.*“ zní vyjádření informanta P9.

## 6 DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, v jaké oblasti ošetrovatelské péče pacienti pocítují deficit. V následující kapitole porovnáme teoretické poznatky s výsledky získanými naším kvalitativním výzkumem.

Jak uvádí Koncepce ošetrovatelství (Věstník č. 9 - MZ ČR, 2004) - ošetrovatelský proces je základním bodem moderního ošetrovatelství a hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu. Smyslem této metody je maximální poznání a pochopení osobnosti pacienta a jeho potřeb, které jsou nebo mohou být nemocí či samotnou hospitalizací změněny. Na tomto základě jsou vykonávány ošetrovatelské intervence zajišťující prevenci, redukci nebo eliminaci problémů vyplývajících z nesoběstačnosti pacienta v uspokojování jeho potřeb (Plevová et al., 2018). V našem výzkumu jsme se zabývali tím, jak tuto činnost vnímají pacienti hospitalizovaní na nemocničním oddělení. Informanti ze souboru pacientů potvrzují, že většina sester ošetrovatelskou péči nabízí aktivně. Ve velké míře se zajímají o to, zda nemohou pacientům nějak pomoci. Takto popisuje aktivitu sester informant P9: *„Dohromady toho od nich moc nepotřebuju, ale i tak se vždycky zeptají, jestli nepotřebuju s něčím pomoci.“* Výrok Tóthové et al. (2014), že díky neustálému posuzování potřeb pacienta a vyhodnocování efektu vykonaných intervencí dochází k vykonávání péče na vysoké úrovni, potvrzuje informant P5: *„Hledají nejlepší způsob, jak nám pomoci. Myslím si, že jsou spokojené teprve tehdy, když je spokojený pacient.“* V tom se shodují výpovědi všech informantů v našem výzkumu, které svědčí o jejich dojmu, že sestry dělají maximum pro to, aby jim poskytly kvalitní péči. Je třeba si uvědomit, že pro výkon zdravotnického povolání jsou důležité jisté osobnostní předpoklady. Jak uvádí Zacharová (2017), sestra by měla mít úctu k člověku, humánní vztah k nemocným a dávku empatie. Musí mít porozumění k jeho problémům, které musí sama aktivně vyhledávat, hodnotit a řešit. Aby mohla poskytovat kvalitní péči, musí mít smysl pro povinnost a zodpovědnost. Neméně důležité je umění vnímat a pružně reagovat na nové podněty a tvůrčím přístupem vykonávat svěřené úkoly. Negativní vyjádření k péči sester zazněla jen ojediněle a vždy se týkala pouze jednotlivců v kolektivu sester. Informant P1 si všimá práce sester a poukazuje na fakt, že všechny neposkytují péči zcela kvalitně: *„Několikrát jsem se tu setkala s jednou sestrou, kterou ta práce asi moc nebaví. Vždycky udělá jen to, co musí a o víc se nezajímá. Všechny sestřičky tady jsou šikovné, ale tahle se mezi ně nehodí. Kází jim pověst svým přístupem k práci. Už jsem jí tu viděla vloni, když jsem tady dvakrát ležela. A je pořád stejná – bez nálady a*



*jakéhokoliv zájmu.*“ Narušení profesního chování této sestry může být způsobeno různými faktory. Patří mezi ně například osobnostní předpoklady pro povolání sestry, chápání role sestry a smyslu její práce, emocionální opotřebování, nižší rozumová úroveň, stereotyp, nedostatečná motivace nebo pracovní přetížení (Zacharová, 2017). Na vině by také mohl být syndrom vyhoření, který je specifický oploštěním emocí, sklonem k pesimismu, ztrátou empatie a profesionálního nadšení (Venglářová et al., 2011).

Mastiliaková (2014) ve své publikaci uvádí, že prvotním zdrojem informací je pacient. Sestra od něj získává potřebná data kombinací direktivního a nedirektivního rozhovoru. Uplatňuje též pozorování. Shromažďuje objektivní a subjektivní data, která poslouží k holistickému posouzení pacientova stavu. Všichni dotázaní informanti se vyjádřili v tom smyslu, že téměř všechny sestry, které o ně pečovaly, se v dostatečné míře zajímaly o jejich potřeby. Shodně vypovídají, že se jich sestry často ptaly, zda nepotřebují s něčím pomoci. Někteří se domnívají, že sestry vyvíjely maximální úsilí, aby vyhledaly všechny jejich potřeby. Dokládá to vyjádření jednoho z nich: *„Řekla bych, že většina sester dělá v rámci svých možností maximum, aby pomohla pacientům s jejich problémy.*“ Všichni se shodují na tom, že sestry ve velké míře zajímalo, jak se pacienti cítí, zda je něco bolí, netrpí nevolností apod. Pokud sestry zjistily nějaký problém, začaly jej řešit bez zbytečného odkladu.

Slezáková (2014) vidí práci s hodnotícími a měřícími škálami, kterými lze získat důležité informace za poměrně krátký čas, jako základ posuzování. Informanti v našem výzkumu si nejsou vědomi, že by u nich sestry uplatnily nějakou hodnotící nebo měřící techniku, ale z jejich výpovědí lze vydedukovat, že od nich sestry odebíraly jejich anamnézu, prováděly test základních denních aktivit dle Barthelové a hodnotily intenzitu bolesti vizuální analogovou škálou. Další informace od nich získávaly rozhovorem během výkonu ošetrovatelských intervencí. Podle výsledků výzkumu Taliánové et al. (2013) využívá hodnotící škály necelých 60 % sester, navíc jen omezené množství druhů těchto nástrojů. Vysokoškolsky vzdělané sestry používají tyto techniky více než sestry se středoškolským vzděláním.

Nedostatky v péči popisují informanti zejména u imobilních pacientů, kteří jsou zcela odkázáni na pomoc sester. Domnívají se, že ležícím pacientům není věnována patřičná pozornost. Přiznali, že častokrát těmto pacientům iniciativně pomáhali alespoň v oblasti stravy a tekutin, čímž zastupovali roli ošetrovatelského personálu. Rovněž neuniklo

pozornosti provádění hygieny u imobilního pacienta, kdy jej personál narychlo umyl namočenou žínkou, což prý netrvalo déle než 5 minut. Zcela chyběla hygiena ústní dutiny a úprava vlasů. Jeden z informantů, který si těchto nedostatků všiml, neskrývá své rozčarování: „*Tohle mě tedy hodně zklamalo. V 21. století by tohle nemělo být. V dnešní době lidstvo dobývá vesmír, zatímco se neumí postarat o nemohoucí.*“ Cílem ošetrovatelské péče je systematické a komplexní uspokojování potřeb člověka, které povede k zachování nebo obnovení zdraví, tišení bolesti a psychických těžkostí (Plevová, 2018). Z výpovědí informantů vyplývá, že v několika případech došlo k nedostatečnému uspokojení potřeb pacientů a tedy poskytování nekvalitní péče. Na oddělení, kde probíhal výzkum, je uplatňován skupinový systém péče, který je koncipován tak, že každá sestra pečuje o určitou skupinu pacientů (Brabcová, 2016). Výhodou tohoto systému je komplexní zaměření na pacienta a poskytování ošetrovatelské péče podle jeho potřeb (Plevová et al., 2018). Navzdory tomu, že je tento systém péče považován za moderní a efektivní, se ukazuje, že i zde může být prostor pro nekvalitní péči. Pohledem pacientů na opomenutou péči se ve své studii zabývá Moreno-Monsiváis et al. (2015). Popisuje, že podle výpovědí pacientů dochází v oblasti základní péče k nedostatkům nejčastěji při asistenci u hygieny úst (32,1 %) a v podobné míře také u hygieny rukou (29,4 %). Hlavní příčinou pacienti označují nedostatek personálu (18,1 %), personál s nedostatečnými zkušenostmi (13,8 %), špatnou organizaci týmové práce (7,5 %), problémy v komunikaci mezi členy personálu (6,3 %) a přístup personálu (5 %). Námi oslovení informanti nevidí příčinu u sester, ale spíše v managementu oddělení, který je zodpovědný za personál, jeho počet a kvalitu. Všichni informanti se ve svých odpovědích zmiňují o tom, že sestry jsou hodně vytížené. Domnívají se, že je jich na oddělení přítomno málo, což považují za příčinu nedostatku času na poskytování kvalitní péče. Jeden z informantů soudí, že ve stávajícím počtu personálu není možné kvalitně pečovat o všechny pacienty: „*Pokud tu mají nějakých 30 pacientů a jsou na to jen 3 sestry, tak to reálně být nemůže.*“ Jiný informant reaguje takto: „*Je tady spousta imobilních pacientů, kteří potřebují pomoc sester. Bohužel není možné ve třech sestrách postarat se kvalitně o všechny.*“ Výzkum Kahriman a Öztürk (2016) odhalil, že cca 80 % sester udělalo chybu nebo neprovedlo potřebný výkon v důsledku únavy nebo kvůli omezenému počtu sester ve službě. Šamaj (2016) se ve své publikaci zabývá možnými příčinami pochybení zdravotnických pracovníků. Zmiňuje se o systémových chybách managementu, kterými jsou mimo jiné nedostatečné personální obsazení a časový stres. Kalánková et al. (2019), která srovnávala výzkumy různých autorů z celého světa, ve své studii popisuje, že nedostatek

personálu je nejčastějším faktorem, který negativně ovlivňuje kvalitu poskytované péče. S těmito důsledky se lze setkat po celém světě. V tomto ohledu se výsledky našeho výzkumu shodují s tvrzením Šamaje (2016) a také s výsledky výzkumu Kahrirman a Öztürk (2016), Moreno-Monsiváis et al. (2015) a Kalánkové et al. (2019).

K ošetrovatelství neodmyslitelně patří komunikace. Lze ji považovat za základ ošetrovatelské péče. Každá sestra by ji měla mít ve své profesionální výbavě a účinně ji používat (Zacharová, 2017). Komunikace každého člověka ovlivňuje. U pacientů je nutné myslet na to, že v důsledku jejich obtížné situace vnímají komunikaci citlivěji (Bednařík, Andrášiová, 2020). Z našeho výzkumu vychází, že ne všechny sestry umějí komunikovat s pacienty, resp. pacienti nejsou spokojeni s komunikací u všech sester. Velká část informantů uvádí, že se u sester setkali s nevhodnou komunikací. Všichni tito informanti shodně hovoří o nedostacích u jedinců v kolektivu sester. Nejčastěji informanti poukazovali na to, že některé ze sester byly málo vlídné. *„Některé jsou takové ne moc vlídné. Jako kdyby nerady pracovaly mezi lidmi.“* reaguje jeden z dotázaných. Také se opakovala odpověď, že se setkali s odměřeností a nadřazeností. *„Chápu, že jsou tady od toho, aby nám nějakým způsobem dávaly pokyny a nějak nás vedly. Ale nemyslím si, že by u toho měly být tak nadřazené.“* vyjadřuje se jeden z informantů ke komunikaci některých sester. Každá sestra by měla komunikaci uplatňovat při každé činnosti, kterou provádí u pacienta. Především by měla být schopna empaticky naslouchat a správně porozumět pacientovu projevu - verbálnímu i neverbálnímu. Jen správnou komunikací je sestra schopna s pacientem vyvíjet vztah vedoucí k vzájemné důvěře a díky tomu od něj získávat všechny potřebné informace, efektivně jej motivovat a edukovat (Plevová et al., 2011). O důvěře mezi sestrou a pacientem se ve svých odpovědích vyjádřilo několik informantů. Shodně vypovídají, že sestrám důvěřují podle toho, jak s nimi jednájí. *„Rozhodně neoslovím sestru, která není moc vlídná. Neměl bych k ní důvěru. Nevěřil bych, že je upřímná a říká mi pravdu. Nemůžu věřit někomu, kdo se na mě mračí nebo se ke mně chová nadřazeně.“* odpovídá informant, který si na základě sympatií vybírá sestru, kterou osloví. O důvěře hovoří také jiný informant: *„Ty zamračené sestry by se nad sebou měly zamyslet. Kolikrát jsou až nepříjemné. Doporučila bych jim víc sebeovládání. Rozhodně svým chováním nebudí moc důvěry u pacientů.“*

Z výzkumu je zjevné, že pro pacienty je důležitý úsměv. Někteří z informantů o úsměvu sester hovoří ještě dříve, než jsme se jich přímo zeptali. Zacharová (2016) považuje úsměv jako velice silný nástroj v komunikaci, kterým člověk dokáže často vyjádřit více

než slovy. Nemusí být pouze projevem nějaké náklonnosti či přátelství, ale může sloužit k odlehčení vypjaté situace. Dokáže pozitivně stimulovat druhou stranu – povzbuzovat a posilovat pacienta. Slova Zacharové (2016) potvrzuje výpověď jednoho z informantů: „*Ten jejich úsměv dokáže člověka povzbudit.*“ Jiný z nich sděluje rezolutně: „*Úsměv by měl být všude. I v nemocnici.*“ Další z dotázaných je ve svém vyjádření mírnější: „*Nemusí se na nás vyloženě smát, stačí, když se nebudou mračit.*“

Jeden z informantů se svěřuje se situací, u které byl přítomen: „*V mém případě byly sestry vždy ochotné, ale bohužel jsem byla svědkem, kdy pacient oslovil sestru s nějakým dotazem a ta mu jen odsekla, že tohle už má dávno vědět a vlastně mu na jeho otázku neodpověděla.*“ Tím sestra porušila hned několik zásad, které by při svém povolání měla dodržovat. V první řadě se nechovala v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který pacientům zaručuje právo na úctu, důstojné zacházení a ohleduplnost. Pacient nebyl respektován, čímž byla zasažena jeho potřeba, kterou má každý člověk bez ohledu na pohlaví, věk nebo rasu, jak udává Plevová (2011) ve své publikaci. Dále se zmiňuje o častém prohrěšku, kterým je nezájem sester. Popisuje ho jako chladné chování s despektem k pacientům či vyhýbání se kontaktu s nimi. Sestra s pokleslou náladou či depresí často může na pacienta přenést svůj negativní pohled na svět, což může mít za následek zhoršení jeho vyhlídky do budoucnosti (Plevová, 2018). O chování zmíněné sestry můžeme říct, že bylo v rozporu s morálkou. Tu Cakirpaloglu (2012) popisuje jako získaný psychický předpoklad každé osobnosti, který jí umožňuje jednat podle etických norem. Je to nedílná součást každé osobnosti a znázorňuje povahu člověka. Sestra, o které se zmiňuje informant, také porušila Etický kodex sester ICN – Etický kodex sester (2000). Ten mimo jiné říká, že by se měla starat o to, aby byly pacientům poskytnuty dostatečné informace.

V dnešní době je ve zdravotnických zařízeních kladen velký důraz na informovanost pacientů. Nedostatečně informovaný pacient může prožívat obavy a strach (Plevová, 2018). Z našeho výzkumu je patrné, že pacienti jsou informováni v dostatečné míře. Všichni informanti potvrzují, že mají dostatek informací o poskytované péči. Sestry jim vždy sdělí, proč za nimi přišly, co bude následovat, jak probíhá vyšetření apod. „*Jsem informován dobře. Jsou tady šikovné sestřičky, které se vyznají ve svém oboru a dokáží nám leccos povědět o naší nemoci.*“ vypovídá jeden z informantů.

Několik informantů, kteří byli ve vyšším věku, hovořili o tom, že jim některé sestry neposkytují dostatek času na vykonání potřebných aktivit. Příbyl (2015) upozorňuje na specifika osob v seniorském věku. Stářím dochází v organismu ke mnoha změnám: ochabuje svalovina, ubývá kostní hmota, slábnou kognitivní funkce apod. Projevem těchto změn je pomalejší psychomotorické tempo, člověk se dříve unaví a potřebuje více času na obnovení sil. Každý člověk má svůj rytmus a ten je změnami ve stáří značně ovlivněn. Starý člověk má svůj řád a stereotypy. Změněným zdravotním stavem, omezenou soběstačností nebo změnou prostředí se jeho pravidla naruší a senior může být frustrován. Dostaví se pocit dezorientace, nejistoty a strachu. Proto je u hospitalizovaného seniora delší adaptační doba na všechny změny, které pobyt v nemocnici obnáší. Je nutné, aby mu byl poskytnut dostatečný čas na seznámení s novou situací a prostředím. Podobně se ke specifickým změnám v seniu vyjadřuje Kalvach et al. (2008).

Adaptačním procesem prochází každý hospitalizovaný pacient. Nemalou roli v adaptaci zaujímá komfort, který je pacientům v nemocnici poskytován. Všichni informanti v našem výzkumu jsou s komfortem spokojeni. Líbí se jim zrekonstruované prostory budov, moderní vybavení na odděleních a upravený nemocniční park. Zejména vítají vybavení pokojů klimatizací a televizorem. I přesto, že jsou pokoje komfortní, několik informantů by upřednostnilo pobyt na samostatném pokoji. Nezmiňují se o nadstandardním vybavení, hlavním důvodem je spíše potřeba většího klidu a soukromí. Byli by ochotní za samostatný pokoj zaplatit přiměřenou sumu peněz. *„Kdyby byla možnost, tak by se mi líbil samostatný pokoj, kde by měl člověk klid a soukromí. Za jednolůžkový pokoj bych byl ochotný něco zaplatit.“* zní odpověď jednoho z nich. Opakují se odpovědi, ve kterých se informanti zmiňují o tom, že mají bolesti zad, které přisuzují dlouhému ležení na lůžku. Uvítali by vybavení pokoje křeslem nebo alespoň židli, aby mohli změnit polohu a nebyli nuceni trávit všechn čas na lůžku. Reakce jednoho z oslovených informantů: *„Mohlo by tady být třeba křeslo nebo aspoň židle. Můžu tady sedět jen na posteli a nemůžu si opřít záda.“* V odborných publikacích se píše, že každý pacient má mít ke svému lůžku k dispozici noční stolek a židli. Dále by měl být součástí pokoje jídelní stůl s židlemi (Kelnarová et al., 2015). Na základě rozhovoru s těmito pacienty lze u nich definovat několik ošetrovatelských diagnóz. Například dg. 00132 Akutní bolest projevující se limitací pohybu pacienta v souvislosti s nemožností změny polohy těla. Nebo dg. 00214 Narušené pohodlí projevující se bolestí zad v souvislosti s nemožností sedu s opřenými zády (Herdman, Kamitsuru, 2020). A přitom by stačilo

přinést židli a těmto diagnózám předejít. Jiní by uvítali, kdyby je sestry nebudily tak brzy ráno. „*V půl šesté je ještě noc a ne ráno.*“ míní dotázaný informant. Nutno podotknout, že sestry v tuto ranní hodinu musí provést několik úkolů: měření fyziologických funkcí, provedení odběrů krve, podání medikace apod. Z důvodu rozvržení práce a navazujících aktivit nelze čas buzení pacientů nijak výrazně ovlivnit. Harmonogram práce sester je vypracovaný podle charakteru a rozsahu poskytované péče a složení ošetrovatelského týmu (Plevová et al., 2018). Spíše je třeba se zamyslet nad způsobem, jakým jsou pacienti buzeni. Jeden z informantů popisuje okamžik ranního buzení: „*Sestry sem vzltnou jak tajfun a než se stačím probrat, tak jsou zase pryč. Ale chápu, že je jich tu asi málo, tak musejí chvátat, aby všechno stihly.*“

Z výzkumu vyplývá, že informanti do nemocnice přicházeli s obavami. Ty se týkaly jejich zdravotního stavu, ale také průběhu jejich přítomnosti v nemocnici. Ve velké míře se informanti shodují, že byli mile překvapeni kvalitou péče sester a celkovým průběhem jejich hospitalizace. Někteří nikdy předtím hospitalizováni nebyli a nedokázali si tuto skutečnost představit. Ti, kteří již v minulosti hospitalizováni byli, soudí, že se úroveň péče sester zlepšuje. „*Určitě se to za ta léta hodně zlepšilo. Když si vzpomenu, jaké to bylo dřív, tak se to ani nedá srovnat. Za posledních 20 let to udělalo velký krok dopředu.*“ hodnotí péči sester jeden z informantů a ještě dodává: „*Taky přístup sester k pacientům je lepší. Dřív byly sestry takové moc vážné. Dneska jsou přístupnější, víc se usmívají. Rozhodně je to příjemnější, než to bývalo.*“ Jiný informant si všimá, že sestry nejsou zaměřeny jen na potíže pramenící z jejich nemoci, ale zajímají je také skutečnosti, které s jejich nemocí zdánlivě nesouvisí: „*Dřív se sestřičky staraly jen o to, s čím jsme v nemocnici. Dneska se zajímají i o věci okolo a hledají souvislosti.*“ Je patrné, že sestry uplatňují princip holismu – nevěnují pozornost pouze nemocné části těla, ale vidí pacienta jako celek (Plevová et al., 2018).

Velká část informantů během své hospitalizace v nemocnici nezaznamenala žádný nedostatek, o kterém by se v našem výzkumu zmínili. Někteří hovořili o dlouhé čekací době na ošetření před svým přijetím k hospitalizaci. I přesto, že byli přivezeni záchrannou službou, čekali před vstupem do ambulance v rozmezí 0-120 minut. „*Přivezla mě záchranka, bylo mi špatně. Čekal jsem tam asi hodinu. Bylo to nekonečné.*“ vypověděl jeden z informantů. Delší čekání na ošetření bývá způsobeno tzv. triáží pacientů. Tento pojem má původ ve francouzském slovu trier - třídit, řadit. Jedná se o metodu třídění pacientů podle priority jejich ošetření. Smyslem tohoto řazení je stanovení pořadí,

v jakém bude jednotlivým pacientům poskytnuta péče, na základě naléhavosti jejich obtíží (Hubáček et al., 2017).

Během výzkumu zaznělo zklamání nízkým počtem personálu na lůžkovém oddělení. O tomto nedostatku hovoří všichni informanti v různých fázích rozhovoru. My jsme tento problém analyzovali výše. Kalánková et al. (2019) poznamenává, že nedostatek ošetrovatelského personálu je patrný po celém světě. Ovšem zůstává otázka, zda je to vždy způsobené nedostatkem sester na trhu práce nebo spíše nastavením personálního obsazení vedením oddělení či managementu zdravotnického zařízení.

Vyskytla se také stížnost na stravu. Podle vyjádření informanta mu nevyhovuje složení stravy: *„Já jsem zvyklý jíst hodně masa. Celý život. Tady mi chybí.“* Stravování ve zdravotnických zařízeních je připravováno podle referenčních hodnot, které představují optimální složení stravy. Podle charakteru onemocnění a požadavků zdravotního stavu pacienta je každému z nich předurčena dieta, která má doporučenou výživovou hodnotu. Strava by měla být pestrá, nikoliv jednotvárná (Špinar et al., 2013). Kromě technických či organizačních nedostatků vidí část dotazovaných problém s komunikací některých sester. Příkládají tomu velký význam, protože se jich to bezprostředně dotýká. *„Dost mě zklamal přístup některých sester k pacientům. Jejich chování by nemělo být tolerováno. Vím, že je jich tu málo, ale i tak je to neomluvitelné.“* neskrývá své rozhořčení jeden z informantů. Opět se opakuje povšimnutí nízkého počtu personálu. I přesto, že jsou si toho informanti vědomi, nechtějí tolerovat nevhodné chování sester. Z jejich odpovědí je patrné, že by se sestra měla za každou cenu chovat profesionálně a ovládat své emoce.

Informanti nám poskytli svá doporučení, která by podle jejich mínění vedly ke zlepšení péče na lůžkovém oddělení. Jak již bylo zmíněno, všichni hovořili o nízkém počtu sester ve směně. Toho se týkalo nejvíce doporučení z jejich strany. Domnívají se, že navýšením počtu personálu by se zlepšily podmínky pro práci sester, a tím by se vyřešila jejich nevhodná komunikace a nedostatek času na poskytování kvalitní péče. Několik informantů se zmínilo, že jim u sester chybí prostor na rozhovor. *„Rozhodně bych doporučila lepší vystupování některých sester, úsměv a vlídné slovo.“* Vyjadřuje se jeden z informantů a svou úvahou nalézá východisko: *„Řešením by mohlo být navýšení počtu personálu. Sestry by tak nebyly v neustálém časovém presu. Věřím, že by se to projevilo i v jejich tvářích a přístupu k pacientům.“* Výzkum Ball (2017) poukázal na fakt, že kvůli nižšímu personálnímu zajištění neposkytují sestry ošetrovatelskou péči v maximální

míře. Kvůli nedostatku času přibližně 80 % sester nesplní během směny všechny své úkoly. Zejména se jedná o rozhovor a uklidnění pacienta (66 %), edukaci pacienta (52 %), vytvoření nebo aktualizaci plánu péče (47 %) a další činnosti související s ošetrovatelskou péčí. V důsledku toho je snížena kvalita péče a bezpečí pacientů.

Je patrné, že informanti mají zájem být během hospitalizace na samostatném pokoji. Důvody mají různé. Jedni by si přáli více soukromí a klidu pro svou léčbu. Jiní jako důvod uvádějí, že by na samostatném pokoji mohli alespoň částečně vykonávat své povolání. *„Měli by tu mít jednolůžkové pokoje. Potřeboval bych pracovat alespoň na dálku po telefonu a přes počítač. Ale tím bych tady rušil ostatní.“* zní vyjádření jednoho z nich. Z výzkumu Tariq et al. (2018) vyplývá, že pacient na samostatném pokoji má více soukromí než pacient na pokoji s více lůžky. Je více skryt před pohledy jiných osob a dochází k menšímu šíření citlivých informací k nepovolaným osobám. Také má větší pohodlí a je méně rušen okolními vlivy. K poruchám spánku u něj dochází v menší míře než u pacientů na vícelůžkových pokojích. Na druhou stranu se takový pacient cítí unavenější, izolovanější a opomíjený. Avšak výhody samostatného pokoje u něj převažují nad jeho nevýhodami a celkově je pacient spokojenější.

Z našeho výzkumu vyplývá, že i přes výhrady některých informantů, jsou s kvalitou ošetrovatelské péče sester všichni spokojeni. Náš výsledek se více méně shoduje s výsledky výzkumu Olowe a Odeyemi (2019), kteří popisují, že většina pacientů je s péčí sester spokojena a necelá 2 % pacientů hodnotí péči jako nedostatečnou.



## 7 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili na ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami na standardním lůžkovém oddělení. Naším hlavním zájmem bylo odhalit mezery mezi potřebami pacientů a péčí sester, respektive které potřeby z pohledu pacientů nejsou sestrami uspokojeny v náležitém rozsahu a kvalitě.

Základem celé práce byla teoretická část, ve které jsme popsali osobnost pacienta, jeho přístup ke zdraví a nemoci. Charakterizovali jsme povolání sestry a předpoklady pro jeho vykonávání. Věnovali jsme se vztahu mezi sestrou a pacientem, jejich vzájemné komunikaci a spolupráci. Definovali jsme lidské potřeby, jejich dělení, uspokojování a bariéry, které komplikují jejich naplňování. Hovořili jsme také o péči poskytované na lůžkových odděleních, která je vykonávána metodou ošetrovatelského procesu.

Následovalo výzkumné šetření, které bylo provedeno kvalitativní metodou sběru dat. Informace jsme získávali polostrukturovaným rozhovorem s pacienty hospitalizovanými na standardním lůžkovém oddělení. Rozhovor se skládal z 30 pevně daných otevřených otázek a v průběhu rozhovoru byl podle potřeby rozšířen o další otázky, které ty hlavní rozvíjely nebo doplňovaly. Snažili jsme se zjistit, jaká ošetrovatelská péče je pacientům poskytována, v jakém je rozsahu a kvalitě. Zajímalo nás, jak se sestry angažují a zda jsou aktivní ve vyhledávání a uspokojování jejich potřeb. Zeptali jsme se také na to, jak s nimi sestry komunikují, protože i kvalitní komunikace je potřebou člověka. Hovořili jsme o komfortu, který jim poskytuje prostředí nemocnice a jak se o jejich komfort stará ošetrovatelský personál. Směřovali jsme dotazy i na očekávání pacientů, se kterým do nemocnice přicházeli. Naše otázky se týkaly také toho, co je v nemocnici potěšilo nebo zklamalo. Na závěr jsme se informantů zeptali, zda mají nějaká doporučení pro sestry, které o ně pečovaly. Poskytli nám také návrhy, kterými by se dal zlepšit jejich pobyt v nemocnici. Informace získané z rozhovorů byly zpracovány metodou kódování technikou tužka-papír. Vyhodnocená data byla konfrontována se současnými teoretickými znalostmi a porovnána s výzkumy, které byly zaměřeny na stejnou problematiku.

Výsledky výzkumu ukázaly, že pacienti jsou spokojeni s poskytovanou péčí. Z jejich výpovědí je patrné, že velká část sester poskytuje péči v dostatečném rozsahu a náležité kvalitě. Sestry aktivně vyhledávají a uspokojují potřeby pacientů s ochotou a taktem. Informanti se domnívají, že se úroveň péče zlepšuje. Oceňují, že je u spousty sester často

vidět úsměv. Nedostatky byly shledány v péči o imobilní pacienty, kterým nebyla poskytnuta zcela odpovídající péče. U starších pacientů není vždy poskytnut dostatečný čas na provedení požadovaného výkonu. V kolektivu sester se vyskytují jedinci, kteří neumí s pacienty vhodně komunikovat. Vykazují známky nadřazenosti a menší schopnosti sebeovládání. Všichni informanti hovoří o velké vytíženosti sester. Pracují v malém počtu, čímž dochází k časovému tlaku a neprovedení všech výkonů potřebných k poskytování kvalitní péče. V nízkém počtu sester vidí informanti hlavní zdroj problémů.

Tato práce by mohla být poučením pro sestry, které jsou v přímém kontaktu s pacienty. Mohla by vést k zamyšlení nad tím, zda pacientům poskytují péči v potřebném rozsahu a dostatečné kvalitě. Sestry by si měly uvědomit, které potřeby pacienti považují za podstatné a zaměřit se na jejich saturaci. Samy by měly mít zájem na tom, aby poskytovaly ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni a tím vedly pacienty ke spokojenosti.

## 8 SEZNAM LITERATURY

1. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3
2. BALL, J., 2017. *Nurse Staffing Levels, Care Left Undone & Patient Mortality in Acute Hospitals*. Stockholm. Disertační práce. Karolinska Institutet
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-2471-197-3
4. BEDNAŘÍK A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2
5. BRABCOVÁ, I., 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 68 s. ISBN 978-80-7394-604-3
6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4
7. ČAKIRPALOGLU, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4033-1
8. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví – Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8
9. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4
10. HAŠKOVCOVÁ, H., 1996. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. 176 s. ISBN 80-902163-0-7
11. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9
12. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2018-2020*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0
13. HUBÁČEK, P. et al., 2017. *Efektivní systém třídění nemocných a zraněných*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. 101 s. ISBN 978-80-244-5227-2
14. ICN – *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*, 2000. [online]. Česká asociace sester. [cit. 2021-3-28]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex>
15. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4

16. KAHRIMAN, İ., ÖZTÜRK, H. *Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices* (2016) *Journal of Clinical Nursing*, 25 (19-20), pp. 2884-2894 [online]. [cit. 2021-4-16]. Dostupné z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85028260529&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=communication+errors+of+nurses&nlo=&nlr=&nls=&sid=ee07c79179e4a510932dfea1c5d462c5&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2c%2bscoexactkeywords%2c%22Medical+Error%22%2c%2bscolang%2c%22English%22%2c&sl=45&s=TITLE-ABS-KEY%28communication+errors+of+nurses%29&relpos=9&citeCnt=1&searchTerm=>
17. KALÁNKOVÁ, D. et al., 2019. *Reasons for missed, rationed and unfinished nursing care*. In *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 62-69. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/duvody-chybejici-pridelovane-a-nedokoncene-osetrovatelske-pece>.
18. KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
19. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3
20. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4
21. KOPECKÁ, I., 2012. *Psychologie 2. díl*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-3876-5
22. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
23. KUCKIR, M. et al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5
24. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1
25. MACHOVÁ, J. et al., 2015. *Výchova ke zdraví. 2. vydání*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5

26. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8
27. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2
28. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. *Missed Nursing Care in Hospitalized Patients*. Aquichan. 2015; 15(3): 318-328. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
29. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6
30. OLOWE A F. F., ODEYEMI O. *Assessment of Patient Satisfaction with Nursing Care in Selected Wards of the Lagos University Teaching Hospital (Luth)*. Biomed J Sci & Tech Res 17(1)-2019. BJSTR. MS.ID.002941 [online]. [cit. 2021-4-16]. Dostupné z: <https://biomedres.us/pdfs/BJSTR.MS.ID.002941.pdf>
31. PLEVOVÁ, I. et al, 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0
32. PLEVOVÁ, I. et al, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0
33. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6
34. POKORNÁ, A. et al, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici. Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5
35. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s.r.o. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1
36. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1
37. SINGLETON, J. K. et al, 2015. *Primary Care: An Interprofessional Perspective*. 2. vydání. New York: Springer Publishing Company. 1066 s. ISBN 978-0-8261-7147-4
38. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2
39. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9

40. STARKEY, Ch., 2013. *Therapeutic Modalities*. 4. vydání. Philadelphia: F.A. Davis Company. 448 s. ISBN 978-0-8036-2593-8
41. SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., 2010. *Compendium ošetrovateľského procesu*. Brno: Tribun EU. 246 s. ISBN 978-80-7399-948-3
42. ŠAMAJ, m, 2016. *Krizový management ve zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 92 s. ISBN 978-80-244-5086-5
43. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovateľském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
44. ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vydání. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1
45. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0
46. TALIÁNOVÁ, M. – JEDLINSKÁ, M. – MORAVCOVÁ, M. The using evaluation and measuring scales in nursing. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 1, pp. 25-30. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovatelstvi>
47. Tariq S, Chauhan MN, Ahmed SE, Canelo R (2018) *Patients Perspective on Multiple vs. Single-occupancy Rooms in a Busy District Hospital*. *J Pat Care* 4: 142. doi: 10.4172/2573-4598.1000142
48. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9
49. TRACHTOVÁ, E. et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesu*. 4. vydání. Brno: NCO NZO. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7
50. VÁGNEROVÁ, T. et al., 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-4320-6
51. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2
52. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3
53. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 2. vydání. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3
54. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0

55. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4
56. WHO. *Basic documents.* Geneva: WHO Press, 2014. ISBN 978-92-4-165048-9
57. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6
58. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení 2.* Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9
59. Defining Nursing, 2014. [online]. Royal College of Nursing. [cit. 2019-05-25]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2014/december/pub-004768.pdf>
60. Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Admin/Soubor.ashx?souborID=21397&typ=application/pdf&nazev=Koncepce+osetrovatelstvi.pdf>
61. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244

## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Maslowova pyramida

Příloha 2 - Barthelové test základních všedních činností

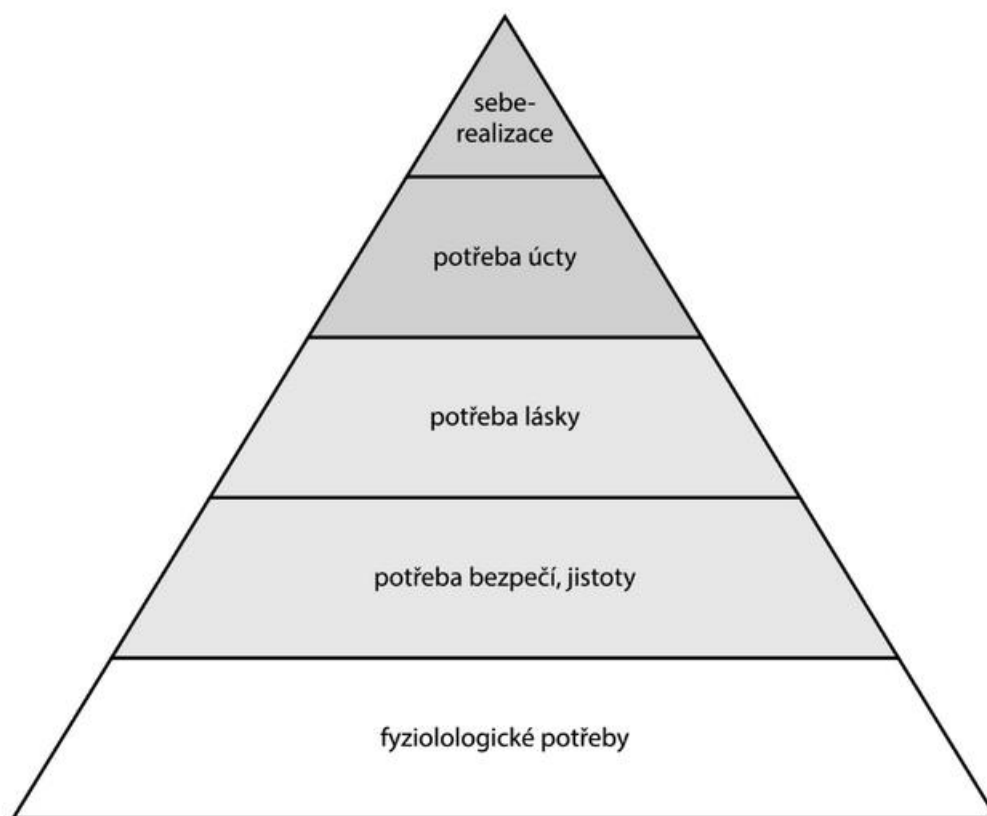
Příloha 3 – Nutriční screening

Příloha 4 – Vizuální analogová škála bolesti

Příloha 5 – Otázky rozhovoru s informanty



## Příloha 1 – Maslowova pyramida



(zdroj: Šupšáková, 2017)

## Příloha 2 - Barthelové test základních všedních činností

<b>Barthelové test základních všedních činností</b> <b>Activity of Daily Living = ADL</b>		
<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko/židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně bez pomoci	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

### **Hodnocení stupně závislosti**

0–40 bodů – vysoce závislý

45–60 bodů – závislost středního stupně

65–95 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislý

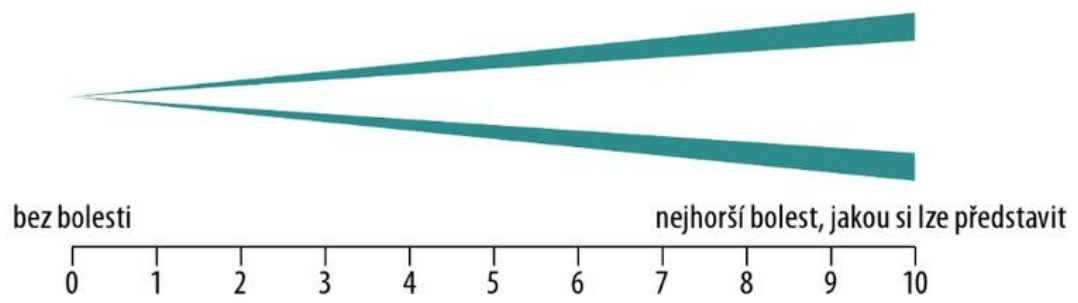
(zdroj: Pokorná et al, 2013)

### Příloha 3 – Nutriční screening

<b>Screening</b>
<b>A</b> <b>Snížil se příjem potravy u pacienta za poslední 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?</b>  0 = závažné nechutenství/výrazné snížení příjmu stravy 1 = mírné nechutenství/mírné snížení příjmu stravy 2 = žádné nechutenství/bez snížení příjmu stravy
<b>B</b> <b>Úbytek váhy za poslední 3 měsíce</b>  0 = úbytek váhy větší než 3 kg 1 = neví 2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg 3 = žádný úbytek váhy
<b>C</b> <b>Mobilita</b>  0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní 1 = schopen vstát z lůžka/invalidního vozíku, chůze pouze s dopomocí 2 = samostatná chůze bez omezení
<b>D</b> <b>Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním</b>  0 = ano 2 = ne
<b>E</b> <b>Neuropsychické poruchy nebo obtíže</b>  0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence nebo deprese 2 = žádné psychické problémy
<b>F</b> <b>Body Mass Index (BMI) = (váha v kg) / (výška v m)<sup>2</sup></b>  0 = BMI nižší než 19 1 = BMI od 19 a nižší než 21 2 = BMI od 21 a nižší než 23 3 = BMI 23 nebo vyšší
<b>Výsledek screeningu = součet bodů</b> (mezisoučet max. 14 bodů)  12 až 14 bodů: normální výživový stav 8 až 11 bodů: v riziku podvýživy 0 až 7 bodů: podvyživený/á

(zdroj: Vágnerová et al., 2020)

#### Příloha 4 – Vizuální analogová škála bolesti



(zdroj: Vorlíček et al., 2012)

## **Příloha 5 – Otázky rozhovoru s informanty**

- 1) V jaké míře sestry aktivně nabízejí svou péči?
- 2) V jaké míře a kvalitě poskytují sestry svou péči?
- 3) Dělají sestry maximum pro to, aby pacientům poskytly kvalitní péči?
- 4) Byl/a jste svědkem situace, kdy mohla sestra jinému pacientovi poskytnout lepší péči? Pokud ano, v čem vidíte příčinu?
- 5) Jak byste zhodnotil/a péči sester? Známkou jako ve škole.
- 6) Do jaké míry jsou sestry aktivní ve vyhledávání Vašich potřeb?
- 7) Do jaké míry se sestry zajímají o Vaši bolest, nevolnost apod.?
- 8) Jakou hodnotící nebo měřící techniku sestry využily pro zjištění Vašich potřeb?
- 9) Co Vám chybí od sester?
- 10) Co od sester postrádají ostatní pacienti?
- 11) Myslíte si, že je reálné, aby sestry maximálně naplňovaly potřeby pacienta?
- 12) Jak jste spokojený/á s komunikací sester?
- 13) Co by sestry na své komunikaci mohly zlepšit?
- 14) V jaké míře sestry používají úsměv, když s Vámi komunikují?
- 15) Jak sestry reagují, když je oslovíte s nějakým dotazem nebo požadavkem?
- 16) Do jaké míry jste informován/a o péči, kterou Vám sestry poskytují?
- 17) Do jaké míry Vám sestry poskytují čas na rozmyšlenou nebo provedení nějakého úkonu?
- 18) Co můžete říct o zajištění Vašeho komfortu sestrou?
- 19) V jaké míře se sestry zajímají o Váš komfort?
- 20) Co by Váš komfort mohlo zlepšit?
- 21) Byl/a jste někdy v minulosti hospitalizován/a? Pokud ano, je patrný nějaký rozdíl v péči sester dříve a nyní?
- 22) Nakolik poskytovaná péče splňuje Vaše očekávání?
- 23) Co Vás v nemocnici zklamalo?
- 24) Co Vás zklamalo u sester?
- 25) Co byste doporučil pro zkvalitnění ošetrovatelské péče?

(zdroj: vlastní)

## **10 SEZNAM ZKRATEK**

ADL	Activity of Daily Living
BMI	Body Mass Index
Dg.	Diagnóza
ICN	International Council of Nurses
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization