



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Potřeba jistoty a bezpečí v souvislosti
s plánovaným operačním výkonem
z pohledu pacienta a všeobecné sestry

Vypracoval: Bc. Jaroslava Bohdalová

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

České Budějovice 2016

ABSTRAKT

Teoretická východiska

Plánovaný operační výkon vždy nějakým způsobem ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí. Pro to, aby měl pacient co největší pocit jistoty a bezpečí, jsou důležité informace týkající se všeho, co se bude dít s ním samým v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Klíčovou roli pro pacienta a jeho potřebu jistoty a bezpečí má však všeobecná sestra, která je v situaci, v níž se pacient nachází, tím nejbližším člověkem, který mu může pomoci naplnit co nejlépe jeho potřebu jistoty a bezpečí za pomoci znalostí a dovedností, které by měla všeobecná sestra ovládat, a za pomoci postojů, které by měla zaujímat.

Cíle

Cílem práce bylo zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta a jaký vliv má všeobecná sestra na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta? Jaký vliv má všeobecná sestra na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem? Jaké jsou nedostatky v uspokojování potřeb jistoty a bezpečí u pacientů před plánovaným operačním výkonem? Jak může všeobecná sestra pomoci zvládat pacientovi strach a úzkost související s plánovaným operačním výkonem?

Metody

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu s využitím hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon, doslovně přepsány a poté podrobeny obsahové analýze dat otevřeným kódováním metodou papír a tužka.

Výsledky

Z výzkumu vyplynulo, že plánovaný operační výkon negativně ovlivňuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí bez ohledu na jeho předešlé zkušenosti. Velký vliv na eliminaci pacientových obav a negativních pocitů má právě všeobecná sestra, která bere pacienta jako rovnocenného partnera, zaujímá k němu individuální přístup, informuje ho o všech ošetrovatelských výkonech a postupech, volí klidný a vstřícný způsob komunikace, využívá empatii, naslouchání a snaží se pacientovi v rámci možností ve všem vyhovět. Výzkumné šetření dále ukázalo, že existují některé nedostatky v oblasti informovanosti ze strany lékařů, a rovněž ukázalo na vhodnost přípravy pacientů před plánovanou operací v rámci edukace v ambulanci již od okamžiku, kdy se pacient dozví, že podstoupí plánovaný operační výkon. Dalším zjištěním výzkumného šetření je, že všeobecné sestry mají neúplné znalosti v oblasti terapeutické komunikace. Výsledky naznačují, že ke snížení negativního dopadu, který má chirurgická léčba na pacientovu potřebu jistoty a bezpečí, by bylo vhodné zahájit edukaci pacientů již ve chvíli, kdy je rozhodnuto o tom, že jejich onemocnění bude řešeno tímto způsobem. Všeobecné sestry by si měly doplnit znalosti a dovednosti v oblasti terapeutické komunikace, aby pomohly pacientovi lépe zvládat jeho nelehkou životní situaci.

Závěr

Na základě výsledků výzkumného šetření a po domluvě s hlavní sestrou nemocnice bude uspořádán seminář na téma Komunikace s pacientem před plánovaným operačním výkonem se zaměřením na terapeutickou komunikaci a terapeutický rozhovor. Ostatní zjištěné nedostatky, týkající se nedostatečné informovanosti pacientů a možnosti lepší přípravy pacientů před plánovaným operačním výkonem v rámci edukace v ambulanci, budou řešeny managementem nemocnice.

Klíčová slova: potřeba jistoty a bezpečí, plánovaný operační výkon, pacient, všeobecná sestra, komunikace

ABSTRACT

Theoretical bases

A planned operation performance always affects patient's needs for assurance and safety. It is important to provide necessary information connected with the planned operation performance itself so that the patient can feel assured and safe. The key role for the patient and her/his needs for assurance and safety is in general nurse's hands because she is the closest person to the patient and can help to inspire her/his needs for assurance and safety with confidence best through the aid of her knowledge and skills that she should have as well as through the aid of her attitudes.

Targets

The target of the thesis was to find out how a planned operation performance affects patient's needs for assurance and safety and how a general nurse inspires patient's needs for assurance and safety connected with a planned operation performance with confidence. The following research questions were stated: How does a planned operation performance affect patient's needs for assurance and safety? How does a general nurse affect patient's needs for assurance and safety connected with a planned operation performance to inspire her/him with confidence? What is insufficient in filling patient's needs for assurance and safety before a planned operation performance? How can a general nurse help a patient control her/his fear and state of anxiety related to a planned operation performance?

Methods

The method qualitative research with the use of depth interview was used to figure out the investigation. The respondents were willing to record the interview which were verbally rewritten and then subjected to the contents analysis by the method paper and pencil.

Results

From the research it is clear that a planned operation performance affects patient's needs for assurance and safety in a negative way disregarding to her/his previous experience. Patient's worries and negative feelings can be eliminated by

a general nurse who treats her/him as equal, taking up an individual approach, informing her/him about all performances and proceedings, having a calming and welcoming way of communication, using empathy and listening as well as trying to meet patient's wishes according to her possibilities. The research reveals the advantage of patients' readiness for planned operation performances. Patients can learn it in the framework of educational proceeding in the out-patients' department at the same time when they learn that they are going to be operated. The research also shows that general nurses do not have enough knowledge in the sphere of therapeutical communication. The results indicate that it would be suitable to start educating patients as soon as it is known how their disease will be solved and treated in order to reduce the negative impact of surgical treatment to patients' needs for assurance and safety. General nurses should complete their knowledge and skills to be able to help patients to cope with their difficult life-situation.

Conclusion

On the basis of the research investigation and after the consultation with the senior nursing officer, the training course will be organized. The topic of the training course will concentrate on communication with patients before planned operation performances with a view to therapeutical communications and therapeutical interviews. Other discovered facts, for example, the lack of information provided to patients and possibilities regarding better patients' readiness for planned operation performances will surely be solved by the hospital management.

Key terms: needs for assurance and safety, planned operation performance, patient, general nurse, communication

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Jaroslava Bohdalová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky a za čas, který mi věnovala.

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Potřeby člověka.....	10
1.2 Motivace pro naplnění potřeb a motivační teorie	11
1.3 Potřeba jistoty a bezpečí	13
1.4 Psychická odezva neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí.....	14
1.5 Plánovaný operační výkon z pohledu jistoty a bezpečí	17
1.6 Pacient před plánovanou operací a potřeba jistoty a bezpečí	19
1.7 Vliv všeobecné sestry na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.....	22
1.8 Možnosti podpory zvládnání předoperační úzkosti a strachu.....	24
1.8.1 Terapeutická komunikace.....	25
2 Cíl práce, výzkumné otázky	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Výzkumné otázky	32
3 Metodika	33
3.1 Metodika výzkumu	33
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	34
4 Výsledky	36
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty.....	36
4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s všeobecnými sestrami.....	45
5 Diskuse	56
6 Závěr.....	69
7 Klíčová slova	71
8 Seznam použitých zdrojů	72
9 Seznam příloh	80

ÚVOD

Některá onemocnění nelze léčit konzervativně a pacient musí podstoupit operaci. Přestože je operační výkon naplánován, dochází k narušení potřeby jistoty a bezpečí člověka. Jedinec se nachází v neznámém prostředí, mezi neznámými lidmi, bez svých blízkých, v některých případech ne zcela informován, a to v něm může vyvolávat různé obavy. Nezanedbatelný vliv na to, jak se pacient bude před plánovaným operačním výkonem cítit, má jistě to, zda již někdy v minulosti tento stav zažil a jaké s ním má zkušenosti, či jak závažné je jeho onemocnění. Dostatečné informace o tom, co pacienta čeká, jsou pro jeho potřebu jistoty a bezpečí tím nejdůležitějším. Nutná je rovněž bezpečná ošetrovatelská péče, která není předmětem této diplomové práce a je proto zmíněna jen okrajově. Velmi důležitá je i funkce všeobecné sestry, která je prvním člověkem, na něž se může pacient obrátit, a od kterého očekává pomoc, pochopení a podporu ve své nelehké životní situaci. Všeobecná sestra by měla umět správně reagovat na pacientovu psychickou odezvu na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí a měla mu být nápomocna při zvládnání této zátěžové situace. Musí umět s pacientem správně komunikovat, získat si jeho důvěru, vyslechnout ho a povzbudit, aby se jí nebál svěřit se svými obavami a pocity. Mimoto je ovšem nutný také čas, jehož někdy není tolik, kolik by bylo potřeba.

Tuto problematiku jsem si vybrala proto, že právě všeobecná sestra je tou, která by měla zajistit, aby se pacient cítil jistě a bezpečně. K tomu je zapotřebí, aby měla nejenom teoretické znalosti a praktické dovednosti, ale byla také citlivou lidskou bytostí, které není lhostejné, jak se člověk před plánovaným operačním výkonem cítí. Vzhledem k této skutečnosti jsem si stanovila za cíl zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta a současně zjistit vliv všeobecné sestry na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Zajímá mě, jak moc se přibližuje realita mému názoru a jestli je potřeba v této oblasti něco zlepšit.

1 Současný stav

1.1 Potřeby člověka

Plánovaná operace je pro člověka zátěžovou situací, ve které dochází k narušení jeho potřeb (Janíková, Zeleníková, 2013). Každý člověk je jedinečný, avšak v otázce některých potřeb se všichni lidé shodují. Potřeba je nutná k vývoji a zachování integrity člověka, který se svým chováním a jednáním snaží o její naplnění (Kozierová et al., 1995). Při naplnění potřeb dochází k vyrovnaní a obnovení rovnováhy organismu. Člověk potřebu vědomě vnímá při pocitu nedostatku naplnění nebo při pocitu nadbytku naplnění některé z potřeb. Potřeba jako příznak nedostatku něčeho, co je třeba odstranit, vede k vyhledávání podmínky nutné k životu, nebo naopak vyhýbání se podmínce, která není pro život příznivá. Při prožívání nedostatku dochází k psychické odezvě, která provází jednání vedoucí k uspokojení potřeby. Je ovlivněna pozornost, myšlení, emoce a volní procesy člověka. Lidské potřeby se mění a vyvíjejí, každý člověk vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým jedinečným způsobem, který nemusí být vždy žádoucí a může vést i k poškození dotyčného, jiné osoby nebo nemusí odpovídat hodnotám dané společnosti a jít až za hranici zákona (Trachtová et al., 2013). Kolik potřeb člověk má a jaké jsou intenzity, je závislé na věku, pohlaví, inteligenci či prostředí, ve kterém vyrůstal, ale také na zdravotním stavu. Potřeby můžeme rozdělit na potřeby podle významu pro život a na potřeby dle jejich obsahu (Šamánková et al., 2006).

Potřeby podle významu pro život dělíme potřeby na primární neboli základní, které jsou důležité pro zachování života, a potřeby sekundární neboli vyšší. Primární potřeby jsou potřeby biologické, jež zahrnují dostatek vzduchu, vyloučení škodlivých vlivů, uspokojení pocitu hladu, potřeby odpočinku, spánku, tepla, pohodlí, sexuální potřeby a rozmnožování se. Sekundární potřeby a způsoby jejich naplňování utváří v životě jedince hierarchii hodnot. Saturace sekundárních potřeb dělá život příjemnějším a je-li hodnotová hierarchie v souladu s jejím naplněním, přináší člověku duševní klid (Šamánková et al., 2006).

Potřeby dle jejich obsahu dělíme na potřeby fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Fyziologické potřeby jsou základní potřeby jako jsou instinkty, pudy, dostatek spánku, jídla, tepla, hygiena, zdraví, být bez bolesti, potřeba fyzického kontaktu a uspokojení sexuálních potřeb. Psychické potřeby jsou potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřeba jistoty a bezpečí, lásky, potřeba nemít strach z opuštěnosti, být vyslechnut. Psychické potřeby odrážejí, jak jedinec vnímá svět a jaké jsou jeho motivace k jednání a chování. Mezi potřeby sociální zahrnujeme potřebu informovanosti, péče o zdraví své i blízkých, finanční zabezpečení, soužití s blízkými lidmi, potřebu patřit k nějaké skupině. Spirituální nebo také duchovní potřeby se týkají duchovního života a náboženství a jde o potřeby víry a vyznání, potřeby patřit do náboženských společenství nebo společenských sekt (Šamánková et al., 2006).

1.2 Motivace pro naplnění potřeb a motivační teorie

Jak budou potřeby naplněny, závisí na intenzitě motivace a schopnostech jedince překonávat překážky. Motivace je psychický proces, který uvádí do pohybu naše jednání a chování a dává mu smysl a směr (Šamánková et al., 2011). Člověk se stává motivovaným v momentě, kdy pociťuje pocit neuspokojení, tedy nedostatek nějaké potřeby (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Čím větší je motivace, tím více má jedinec sil a odhodlání cíle naplnit. Na podkladě motivu vzniká motivace, která je důvodem určitého chování a jednání člověka směřující k naplňování specifických potřeb. Právě potřeby jsou považovány za nejvýznamnější lidské motivy. Přání naplnit určité potřeby pro docílení životní vyrovnanosti vede jedince k činnosti a tento proces trvá do té doby, než je potřeba naplněna nebo si člověk uvědomí, že naplněna být nemůže. Ideální stav je, dojde-li ke shodě intenzity potřeby člověka a jejím naplněním a všeobecná sestra by se měla snažit intenzivním vyhledáváním, podporou a pomocí tohoto stavu dosáhnout (Šamánková et al., 2011).

Existuje celá řada motivačních teorií zaměřených na potřeby člověka, které zkoumají a objasňují, proč se lidé chovají určitým způsobem a volí různé způsoby, jak

dosáhnout cíle. Pro ošetřovatelství je nejznámější Maslowova hierarchická teorie potřeb (Plevová et al., 2012). V oblasti managementu jsou využívány například teorie McGregorova X-Y, Alderferova teorie či Herzbergova dvoufaktorová teorie (Horská, 2009). Šamánková et al. (2011) uvádějí, že člověk je hnán touhou docílit svého nejvyššího možného potenciálu, pokud mu cestu nezkráží překážky omezující jeho plný rozvoj.

Maslowova hierarchická teorie potřeb je jednou z nejvýznamnějších motivačních teorií, zaměřených na potřeby člověka. Maslow uspořádal lidské potřeby do pěti úrovní, hierarchicky z hlediska naléhavosti. Uspořádání potřeb je od nejnižších či základních, k vývojově nejvyšším (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Základ tvoří fyziologické potřeby a patří k nim potřeba vody, vzduchu, spánku a sexu. Na druhé úrovni je potřeba bezpečí, jak emocionálního, tak fyzického, stabilita a řád. Třetí úroveň patří potřebě sounáležitosti a potřebě interakce s druhými lidmi. Na čtvrté úrovni je potřeba úcty, potřeba být respektován druhými a mít úspěch a na páté nejvyšší úrovni je potřeba seberealizace (Štikar, 2003). Maslow dále rozpracoval svou klasifikaci potřeb vzhledem k teorii utváření rozvoje osobnosti na potřeby základní (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí), potřeby psychologické (potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání) a potřeby seberealizace (potřeba realizovat své schopnosti, potřeba osobního růstu) (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

McGregorova teorie X-Y vychází z Maslowovy hierarchické teorie, kdy se teorie X týká zajištění základních životních potřeb, jako jsou fyziologické potřeby, a potřeba bezpečí, kdežto teorie Y se snaží zajistit i potřeby vyšší, mezi které řadí potřeby sounáležitosti, uznání a sebeaktualizace. Pokud jsou saturovány potřeby nižší, zvyšuje se motivace k naplňování vyšších potřeb (Horská, 2009).

Alderferova teorie motivačních potřeb je uspořádána do třech úrovní na potřeby existence, které zahrnují fyziologické potřeby a potřebu bezpečí, potřeby vztahů, mezi něž patří interakce s druhými lidmi, emocionální podpora, respekt a úcta druhých a potřeby růstu, do kterých řadí potřeby osobního rozvoje a růstu. Toto uspořádání není hierarchické, člověk může být ovlivňován potřebami z různých úrovní současně (Štikar, 2003).

Herzbergova dvoufaktorová teorie motivace popisuje dissatisfactory, což jsou faktory způsobující nespokojenost, a satisfactory neboli faktory způsobující spokojenost (Kotler, Keller, 2007). Faktory spokojenosti, které vedou jedince k činnosti a výkonu, nazývá Herzberg motivátory. Motivátory mají lidský základ a souvisí s psychologickým růstem, zatímco hygienické faktory, které vedou k nespokojenosti a vyvolávají u jedince potřebu obnovení rovnováhy, jsou živočišného základu a pomáhají organismu vyhnout se diskomfortu (Herzberg et al., 1993).

1.3 Potřeba jistoty a bezpečí

Jobánková (2002) uvádí, že každý operační výkon jak akutní, tak plánový, významně narušuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí. Potřeba jistoty a bezpečí je v teoriích lidských potřeb považována za jednu ze základních. Bártlová a Matulay (2009) ji řadí mezi potřeby, které se nemocí nemění a zůstává naléhavá jak ve zdraví, tak v nemoci. Plevová et al. (2011) uvádějí, že potřeba jistoty a bezpečí, kterou řadíme mezi potřeby psychické, sice není v přímém spojení s přežitím jedince, ale je významná pro vyrovnanost, klid a vývoj osobnosti.

Člověk má potřebu stabilního a bezpečného života, který má nějaký řád a pravidla, potřebuje být bez strachu či úzkosti, má tendenci mít situaci alespoň částečně pod kontrolou. Nastane-li situace, která je nepřehledná, nenadálá, nedá se zvládnout nebo je dokonce nebezpečná, je při delším trvání pro dotyčného nesnesitelná, způsobuje frustraci a stres a mění u dotyčného celkový pohled na svět, jenž na okolí působí jako nepřátelský (Tomagová, Bóriková, 2008). Trachtová et al. (2013) uvádějí, že v životě bez pravidel a pořádku se dostává uspokojení potřeby jistoty a bezpečí na první místo, dokonce jsou jistota a bezpečí zakotveny v Listině základních práv a svobod, a rozčleňuje ji na potřebu vyhnout se ohrožení, potřebu soběstačnosti, důvěry, naděje a víry, potřebu ochrany zdraví, informace a orientace, potřebu podnětů, míru a klidu a potřebu vlastnit a hromadit majetek. Šamánková et al. (2011) říkají, že potřeba jistoty

a bezpečí souvisí také s pravdou a pacient by měl cítit, že je informován o všech skutečnostech a měl by mít možnost ptát se a mluvit o svých pochybnostech.

Tomagová a Bóriková (2008) se zmiňují o tom, že do jaké míry ovlivňuje jedince změna zdravotní situace, je dáno závažností změn, jak dlouho změny trvají, zda se jedinec již v minulosti s takovou nebo obdobnou situací setkal, podporou blízkých, jeho věkem a osobnostní charakteristikou. Faktory, které ovlivňují uspokojování potřeby jistoty a bezpečí rozdělují Tomagová a Bóriková (2008) na fyzické faktory jako je věk a závažnost onemocnění, faktory psychické, mezi které řadí délku zdravotních změn i léčby, počet působících stresových faktorů, minulou životní zkušenost, osobnostní charakteristiku a strategii zvládnání zátěžových situací a faktory sociální, tedy jakou má člověk oporu ve vztazích a jak časté má kontakty se svými blízkými.

1.4 Psychická odezva neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí

Není-li uspokojena potřeba jistoty a bezpečí, dochází k narušení životní stability, člověk strádá po psychické i fyzické stránce, cítí se být ohrožen okolním prostředím a dochází k psychické odezvě, která přichází ve formě strachu, úzkosti, hněvu či smutku a truchlení (Trachtová et al., 2013).

Strach a úzkost jsou obranným mechanismem organismu, bývají emocionálně zabarvené a jejich podkladem je snaha přežít (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Definice strachu jako ošetrovatelské diagnózy je dle Herdmann a Kamitsuru (2016): „*Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.*“ (s. 304). Trachtová et al. (2013) uvádějí, že strach je obava z něčeho reálného, před ohrožující situací nebo nebezpečím a aktivuje nás ve smyslu únikového chování. Vymětal (2003) píše o strachu jako o něčem nepříjemném, co souvisí s nějakou situací nebo věcí, přiřazuje strachu signální a ochrannou funkci a dělí ho na strach reálný, který je pro ostatní přirozený a pochopitelný, a strach nereálný, pro druhé nepochopitelný, jenž bývá u duševně nemocných pacientů. Předmětem strachu může být strach z léčení, strach z bolesti, strach ze změněného vzhledu či strach z odloučení od nejbližších (Zacharová

et al., 2007). Úzkost je obava z něčeho neurčitého, co nemá konkrétní podobu, je to něco neznámého, nepříjemného a pro člověka je úzkost většinou hůře snesitelná než strach (Trachtová et al., 2013). Úzkost je rovněž ošetřovatelskou diagnózou, která říká, že úzkost je „výstražní signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila“ (Herdmann, Kamitsuru, 2016, s. 292). Vymětal (2003) popisuje úzkost, jako něco nepříjemného u čeho si nejsme vědomi příčiny a jako reakci na tušené nebezpečí. Úzkost může mít somatické a psychické projevy, které mohou nepříznivě ovlivnit průběh nemoci. Může jít o rozčilení, útlum, svalové napětí, nekoordinované pohyby končetin, překotnou řeč, roztržitost, nervozitu či pocení (Zacharová et al., 2007). Úzkost a strach se vzájemně prolínají, jedno přechází v druhé a naopak, a proto je nelze od sebe úplně oddělit (Vymětal, 2003).

Hněv je emoční reakce, která může předcházet agresivnímu chování, ale toto chování, nemusí být vždy přítomné. Hněv se dostavuje, pokud se člověka druhý jedinec něčím dotkne, například jeho nejbližších či jeho samotného, a dotyčný to bere jako urážku a ponížení. Hněv může být reakcí na omezování možností a potřeb jedince nebo jeho blízkých (Vymětal, 2003). Podle Nakonečného (2000) vyvolávají hněv situace, ve kterých dochází k frustraci životních potřeb, kdy má jedinec pocit psychického či fyzického omezování. Trachtová et al. (2013) uvádějí, že hněv je reakce na frustraci spojená s agresí a může přecházet v těžko ovladatelný vztek až zuřivost, kdy dochází k oslabení nebo úplné ztrátě zábrán a člověk se přestává kontrolovat. Člověk může pronést ironickou poznámku, bouchnout nějakým předmětem nebo je hostilní, což znamená, že zaujímá nepřátelský postoj vůči svému okolí (Trachtová et al., 2013).

Smutek a truchlení je přirozená reakce na uvědomovanou ztrátu. Lehčí formou smutku je zarmoucení, které může být způsobené ztrátou nějakého předmětu nebo nějakým menším neúspěchem. Silnější formou je žal, vyvolaný velkou ztrátou, například ztrátou končetiny po amputačním výkonu. Jako hoře je označována extrémní forma smutku, již provází motorické a verbální reakce ve formě pláče, nářku nebo spínání rukou. Po zklidnění hoře člověk zpravidla upadá do hlubokého smutku, je tichý, odevzdaný a uzavírá se do sebe. Člověk je zoufalý ze ztráty, kterou nelze odvrátit, a trápí ho myšlenky, zda jí mohl zabránit. Může prožívat pocit viny nebo nenávisti,

když mu způsobil ztrátu někdo jiný (Nakonečný, 2000). Špaténková (2011) popisuje několik úrovní smutku. Na emocionální úrovni se projevuje jako šok, zármutek, pocit viny, strach, úzkost či pocit beznaděje. Jako zmatek, nedůvěra, poruchy koncentrace nebo neustálé vzpomínky na předmět ztráty se smutek projevuje na úrovni kognitivní. Na úrovni chování a jednání se může smutek projevovat pláčem, únikem k drogám, alkoholu nebo suicidálními tendencemi a poruchami spánku a na tělesné úrovni se smutek projevuje nejčastěji jako dušnost, únava, přecitlivělost na světlo a hluk nebo například nespavost (Špaténková, 2011). Trachtová et al. (2013) popisují mírnější formu smutku jako zarmoucení a výraznější podobu smutku jako žal, který provází pocity bezvýhodnosti a zaměření na minulost, kdy si člověk přeje, aby bývalo nedošlo k tomu, co se již stalo a nedá se vzít zpět. Americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová popsala pět fází smutku či pět fází umírání ve svém modelu, který nejprve aplikovala u lidí trpících smrtelným onemocněním, ale později ho aplikovala i na osobní ztrátu jakéhokoliv druhu, například ztráty některé části těla, ale i ztráty zaměstnání nebo diagnózu neplodnosti (Kübler – Rossová, 1973). Stadia, jež Kübler – Rossová (1973) popsala, jsou: popírání, zlost, smlouvání, deprese a akceptace. Fáze nemusí proběhnout všechny, či chronologicky za sebou, ale mohou proběhnout i v jiném pořadí, nenastat vůbec či se opakuji některé fáze stále dokola (Kübler-Rossová, 1973).

Při truchlení dochází k vyrovnávání se s událostí. Zkušenost si člověk musí prožít a protrpět, aby se mohl se skutečností vyrovnat. Toto období nelze nijak urychlit a nemá žádný význam ho přemáhat či potlačovat (Vágnerová, 2012). Špaténková (2011) udává tři stadia truchlení. První stadium je období šoku, dotyčný si říká, že to nemůže být pravda, druhé stadium je obdobím intenzivního zármutku s projevy na úrovni emocionální, kognitivní, tělesné i na úrovni chování a jednání a ve třetím období akceptace dochází ke smíření se ztrátou. Za ztrátu u hospitalizovaného pacienta můžeme považovat ztrátu bezpečí domova a známého prostředí, kdy se ocitá v neznámém prostoru, mezi neznámými lidmi, ztrácí soukromí nebo zhoršení či úplnou ztrátu některé funkce orgánu, například provedením amputace (Špaténková, 2011). Křivohlavý (2002) se zmiňuje o ztrátě realizace životně důležité hodnoty, což může plánovaná operace s trvalými následky způsobit a původní stav již nelze obnovit a vrátit zpět.

1.5 Plánovaný operační výkon z pohledu jistoty a bezpečí

Operace, která je prováděná z důvodu diagnostického nebo terapeutického, znamená vždy zásah do lidského organismu. Chirurgický výkon může být krvavý, při kterém dochází k porušení celistvosti povrchu těla, například jde o laparotomii, incizi či excizi, nebo nekrvavý, například endoskopické výkony nebo repozice zlomenin, které nejsou tak invazivní (Schneiderová, 2014).

Z hlediska načasování výkonu lze operace rozdělit na urgentní, akutní a plánované a dle toho se také odvíjí možnost saturovat pacientovu potřebu jistoty a bezpečí (Nicholls, Wilson, 2006).

Urgentní operace musí být provedena ihned po základním, někdy pouze orientačním vyšetření, protože jakýkoliv odklad by mohl pacienta ohrozit na životě. Předoperační příprava mnohdy není možná žádná nebo jen krátká a uspokojení potřeby jistoty a bezpečí je možné řešit až po chirurgickém výkonu v rámci pooperační péče (Zeman, Krška, 2011). Příkladem indikace k urgentnímu operačnímu výkonu je tenzní pneumotorax či masivní tepenné krvácení (Schneiderová, 2014).

Akutní operace se musí provést co nejdříve po diagnostice onemocnění a po provedení jen nejnnutnějších předoperačních vyšetření. Také předoperační příprava je omezena pouze na nezbytně nutné úkony, pacient je informován o zamýšleném postupu, ale také rizicích a k uspokojování potřeby jistoty a bezpečí dochází až v rámci pooperační péče (Nicholls, Wilson, 2006).

Výhodou plánované operace oproti urgentní a akutní je, že je možné výkon načasovat a pacienta co nejlépe připravit, aby bylo riziko omezeno na nejnížší možnou míru (Trč, 1994). Diagnostická plánovaná operace má objasnit a rozpoznat některé choroby a je až poslední metodou volby, kdy selhaly jiné vyšetřovací metody. Do této skupiny řadíme například odběr tkání na histologické vyšetření k objasnění nádorového bujení nebo takzvané probatorní otevření některé tělní dutiny, například dutiny břišní. Cílem plánované terapeutické operace je pacienta uzdravit, nebo alespoň jeho příznaky zmírnit a zlepšit mu tak kvalitu života. Dle technického provedení se operace rozdělují na radikální nebo paliativní. Při radikálním operačním výkonu se odstraňuje příčina

onemocnění a předpokládá se vyléčení pacienta. Může jít například o operaci kýly či varixů dolních končetin. Paliativní výkon se provádí v případě, že nelze odstranit radikálně celou příčinu onemocnění, a tudíž ani obtíže nemocného, a účelem je zmírnit, nebo alespoň na přechodnou dobu upravit pacientův stav. Příkladem může být paliativní operace inoperabilního nádoru zažívacího traktu (Zeman, Krška, 2011).

Díky pokrokům v anestezii a chirurgii existuje i jednodenní chirurgie, jejíž obliba stoupá. Při jednodenní chirurgii lze provádět výkony, které nevyžadují speciální předoperační přípravu a jejich rozsah a komplikace, jež mohou nastat, nevyžadují hospitalizaci. Jednodenní chirurgie je přínosná nejen v rámci lepšího využití operačních sálů a lůžek v nemocnici, ale hlavně je přínosem pro pacienty, kteří tento způsob provedení operačního zákroku často upřednostňují. Pobyť v nemocnici je zkrácen na nezbytně nutnou dobu, operační výkon se pro ně stává méně stresujícím a je zkrácena doba pracovní neschopnosti (Nicholls, Wilson, 2006).

Každý plánovaný operační výkon má svou indikaci, rizika a prognózu a může významně zasáhnout do pacientova života a ovlivnit jeho potřebu jistoty a bezpečí. Operační výkon může být s menším nebo větším rizikem a může probíhat v lokální nebo celkové anestezii a pacienta úplně vyléčit, dosavadní stav zlepšit nebo objasnit příčinu obtíží, i když někdy s nejasnou nebo nepříznivou prognózou. Mnohdy také představuje velký zásah do organismu, jako je například založení stomie či amputace končetiny a tím pádem vznik zdravotního postižení a životního omezení. Takový pacient se musí vyrovnat nejen se samotným onemocněním, ale překonávat i následky spojené s operačním výkonem a přijmout novou situaci, což klade vysoké nároky na jeho schopnost se adaptovat (Jobánková, 2002). Zeman a Krška (2011) se zmiňují o důležitosti sociálního hlediska, protože pacient bývá v dlouhodobé pracovní neschopnosti, nebo musí změnit pracovní zařazení, a to znamená nejistotu také v ekonomickém zabezpečení.

1.6 Pacient před plánovanou operací a potřeba jistoty a bezpečí

Hospitalizace na chirurgickém oddělení patří mezi životní změny, které způsobují pacientovi úzkost (Yilmaz et al., 2012). Santos et al. (2014) udávají, že mnohdy je chirurgický zákrok vnímán nejen jako neznámá, ale i děsivá realita. Pacient nastupuje na plánovanou operaci většinou s hotovým předoperačním vyšetřením a od lékaře, se kterým se setkal v ambulanci, by měl být informován o důvodu, rozsahu, rizicích a důsledcích chirurgického zákroku. Na oddělení se ujme pacienta všeobecná sestra, probere s ním administrativní záležitosti, seznámí ho s nemocničním řádem, denním režimem, ukáže mu uspořádání oddělení a uvede na jeho pokoj. Pacient bývá většinou ve stresu, protože to pro něj není ve většině případů běžná situace. Je nutné si uvědomit, že ani nezná rutinní nemocniční postupy a nesmíme tedy zapomínat na dostatek prostoru pro pacientovy dotazy, které bývají plné obav (Nicholls, Wilson, 2006). Obavy jsou vlastně strach i úzkost, kdy pacient má strach z operace a zároveň je úzkostný z neznámé budoucnosti (Janíková, Zeleníková, 2013). Dochází k narušení soukromí pacienta, musí se obnažovat před ostatními, je vystaven pohledu na operační rány spolupacientů, vidí různé chirurgické nástroje při převazech, vidí pacienty, kteří se vrací z operačního sálu (Zacharová et al., 2010). Najednou se jedinec setkává s cizími lidmi, kteří o něj mají pečovat, musí poslouchat jejich příkazy, mění se mu životní rytmus, je ve společnosti neznámých lidí a kontakt s jeho blízkými je omezen (Křivohlavý, 2002). Dochází ke změně rodinné a sociální role, pacient má strach ze ztráty samostatnosti, někdy z nejisté prognózy a tělesných změn díky chirurgické intervenci, které mohou vést k postižení a nutnosti přizpůsobit se novému stavu (Santos et al., 2014). Prostředí je také cizí a nové, zužuje se okruh pacientových zájmů. Dotyčný je plný negativních emocí jako jsou strach, nejistota či bolest a na svou situaci nahlíží jako na problematickou a nejistou (Křivohlavý, 2002). Zvýšená úzkost vede ke zvýšenému svalovému napětí a tím pádem zvyšuje i pocit bolesti a hodnoty krevního tlaku, což může negativně ovlivnit i pooperační průběh a délku hospitalizace (Pudner, 2010). Zvýšená předoperační úzkost zvyšuje rizika spojená s operačním výkonem, často je nutné zvýšit dávky anestetik a to ovlivňuje opožděné hojení ran (Yilmaz et al., 2012).

Negativní emoce, které pacient v předoperačním období prožívá, jsou ovlivněny individuálně v závislosti na věku, stavu výživy, na tom, zda se jedná o chronické onemocnění, na jaké části těla bude zákrok proveden a jakého bude rozsahu a typu, jaké má pacient předchozí zkušenosti s operačním zákrokem a také zda se jedná o onkologické onemocnění (Santos et al., 2014). Berth et al. (2007) popsali faktory ovlivňující předoperační úzkost a rozdělili je na sociodemografické charakteristiky, do kterých řadí pohlaví, věk nebo úroveň vzdělání, charakter operačního zákroku, kam přiřazují to, o jaké se jedná onemocnění, jaký je očekávaný výsledek, jaká je míra rizika či charakter informací před operací a psychosociální charakteristiky, mezi kterými uvádějí například citlivost na bolest, osobnostní charakteristiky či copingové strategie neboli zvládání stresových situací. Wang et al. (2002) se zmiňují, že úzkost před operací je propojena nejen se strachem z cizího prostředí, ale také souvisí se strachem ze ztráty kontroly a ze smrti. Kindler et al. (2000) uvádějí jako nejvíce stresující událost pro pacienta čekání na operaci, protože má čas přemýšlet a tím se ještě více zvyšuje jeho napětí a obavy z operačního výkonu. Yilmaz et al. (2011) se také zmiňují o čekání na operaci jako o nejčastější příčině předoperační úzkosti a jako další uvádějí obavy, jak operace dopadne, jak velká bude pooperační bolest, nutnost odloučení od rodinných příslušníků, pracovní zneschopnění, ztrátu nezávislosti a stejně jako Wang et al. (2002) uvádějí smrt.

Na oddělení navštíví pacienta chirurg, který ho informuje o smyslu, průběhu a rizicích operačního zákroku. Na rozhovor by si měl vyhradit dostatek času, aby mohl zodpovědět otázky týkající se operace a hospitalizace a pacienta co nejvíce uklidnit a zmírnit jeho obavy (Nicholls, Wilson, 2006). Lékař by měl pacienta také informovat, jaká bude doba léčení a rekonvalescence a jaký bude jeho konečný zdravotní stav a případné trvalé následky, kterými mohou být jizvy, dietní opatření, stomie nebo amputace nějaké části těla a poskytnout také informace o protetických pomůckách, rehabilitaci nebo psychologické péči a péči dalších specialistů. Je důležité, aby pacient věděl, že jsou možnosti, které mu umožní vést co nejkvalitnější život. Velká část pacientů se ale jen těžko vyrovnává s tělesnými změnami i přes veškerou podporu zdravotnického personálu a má narušené vnímání obrazu těla (Schneiderová, 2014).

Vnímání tělesného vzhledu je součástí sebekoncepce a má velký vliv na psychiku člověka. Sebekoncepce neboli sebepojetí znamená, jak vidí jedinec sám sebe, svou osobnost a schopnosti. Vnímání obrazu těla, což je hodnocení funkce a vzhledu vlastního těla, může být odlišné od reálného vzhledu. Obraz těla má tři složky, a to reálný obraz těla jaké skutečně je, ideální obraz těla takový, jak by si jedinec přál vypadat, a prezentace těla, tedy způsob předvádění těla. Vnímání obrazu těla se vyvíjí v čase, v různých obdobích života; mění se například v pubertě či těhotenství a vliv mají i některé situace, například jizva po operaci, drény, amputace či úraz, které změni fyzický vzhled člověka a tím ovlivní i jeho sebepojetí a sebedůvěru (Atkinson, Pudner, 2010). Po některých chirurgických zákrocích vedoucích k tělesným změnám, mezi něž patří mastektomie, kolostomie či amputace, si někteří pacienti procházejí procesem truchlení. Takovýmto pacientům může pomoci setkání s lidmi, kteří stejnou situaci již zažili a dokázali se s ní vyrovnat (Workman, Bennet, 2002). Všeobecná sestra by měla vždy mít na mysli, že při převazech bude pacient pozorovat její reakci na operační ránu nebo amputovanou část těla a měla by vždy zachovat profesionální přístup, neboť dá-li najevo odpor, může to pacienta po psychické stránce poškodit a jeho adaptace na změněný obraz těla se stane ještě obtížnějším a bolestivějším procesem (McArthur-Rouse, Prosser, 2008).

Dotazy týkající se anestezie a léčby na zmírnění bolesti zodpoví anesteziolog, který pacienta den před operací také navštíví. Anesteziolog doporučí úpravu medikace a eventuální doplňující vyšetření nutná k operačnímu výkonu (Nicholls, Wilson, 2006). Čoupková a Slezáková (2010) uvádějí, že anesteziolog zhodnotí pacientův zdravotní stav a vysvětlí mu rizika, která mohou během anestezie nastat. Mnoho pacientů má obavy, že se po operaci „neprobudí“ nebo, naopak, že se „probudí“ ještě během operace či během anestezie na sebe něco vyzradí. Úlohou anesteziologa je pacientovi vše vysvětlit a zbavit ho jeho obav z narkózy (Vymětal, 2003). Anesteziolog také ordinuje premedikaci večer před výkonem pro nerušený spánek a odpočinek a v den výkonu, jejímž hlavním cílem je zbavit pacienta strachu a napětí (Ferko et al., 2015). V některých nemocničních zařízeních navštěvuje pacienta i anesteziologická sestra a před rozsáhlými operačními výkony by měl pacienta navštívit i fyzioterapeut

(Nicholls, Wilson, 2006). Výhodou je v rámci předoperační přípravy i návštěva klinického psychologa, bohužel u nás je toto spíše ojedinělé (Křivohlavý, 2002).

Všechny informace, co pacient od zdravotníků obdrží, jsou podloženy jeho informovanými souhlasy, které jsou součástí dokumentace (Nicholls, Wilson, 2006). Cílem zdravotnických pracovníků je během psychické přípravy v rámci předoperační přípravy u pacienta minimalizovat strach a stres z operace, ale také ho poučit o žádoucím chování, které bude z jeho strany očekáváno (Čoupková, Slezáková, 2010).

1.7 Vliv všeobecné sestry na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí

Všeobecná sestra by měla nahlížet na člověka jako na celistvou bytost, naplňovat jeho fyziologické i psychické potřeby současně a poskytovat tak holistickou péči. Prostřednictvím plánu ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu dochází ideálně k naplňování potřeb biologických, sociálních, emocionálních, poznávacích i duchovních (Mastiliaková, 2014). Jedním z hlavních cílů ošetrovatelské péče je uspokojení potřeby jistoty a bezpečí pacienta (Šamánková et al., 2006). Kapounová (2007) uvádí, že všeobecná sestra by měla v pacientovi vzbudit a udržet pocit jistoty a bezpečí tím, že mu bude umět naslouchat a správně s ním komunikovat, bude odpovídat na jeho dotazy a bude trpělivá. Důležité je také pacienta podporovat a chválit i za sebemenší úspěchy a snažit se udržet jeho nezávislost. Všeobecná sestra nemá zpochybňovat potíže pacienta, ale má o jeho problémy projevit opravdový zájem a snažit se v rámci možností splnit jeho potřeby. Velký důraz by měla všeobecná sestra klást na zajištění intimity pacienta a projevovat mu úctu a respekt (Kapounová, 2007). Předpokládá se, že všeobecná sestra pracující v oborech chirurgie chápe, jak může chirurgický zákrok ovlivnit pacienta nejen po stránce fyzické, ale i psychické a sociální (Janíková, Zeleníková, 2013). Všeobecná sestra by měla být vlídná, měla by se snažit získat důvěru nemocného a dát mu příležitost, aby s ní mohl mluvit o obavách, které ho trápí (Zacharová et al., 2010).

Na potřebu jistoty a bezpečí má vliv i bezpečná ošetrovatelská péče, která má pacienta chránit před újmou na zdraví (Škrla, 2005). Bezpečnost je jedna z vlastností kvalitní zdravotní péče a touto problematikou se intenzivně zabývá i Světová zdravotnická organizace. V roce 2004 vznikla Světová aliance pro bezpečí pacientů, jejímž hlavním úkolem je prevence poškození pacientů působením zdravotní péče a pravidelně vydává odborná doporučení v oblasti bezpečné péče o pacienty, které se týkají konkrétních řešení rizikových procesů. Snahou je minimalizovat riziko ve zdravotnických zařízeních (Plevová et al., 2012). V květnu 2007 vyšla první verze „Řešení“, která obsahovala identifikaci pacienta, prevenci záměny orgánu, záměny strany výkonu či pacienta, prevenci záměny léků s podobnými názvy a obaly, řádný postup při hygieně rukou, bezpečné skladování koncentrovaných elektrolytů, řádné použití jednorázových pomůcek, postup při předávání pacientů mezi směnami, prevence medikačních chyb při překladech pacientů a prevence nesprávných napojení katétrů (Řešení oblasti bezpečí, [online]). V Jordánsku byl uskutečněn kvaziexperiment zaměřený na účinnost vzdělávacího programu v oblasti bezpečnosti pacientů u starších všeobecných sester, týkající se výskytu dekubitů a pádů pacientů. Všeobecné sestry tvoří nejpočetnější pracovní sílu a mají tedy největší vliv na bezpečnostní kulturu oddělení. Ukázalo se, že po absolvování vzdělávacího programu všeobecné sestry zaujaly pozitivnější přístup k vnímání bezpečnosti pacientů a snížil se počet hlášených nežádoucích událostí, v tomto případě výskytu dekubitů a pádů pacientů (Abualrub, Abu Alhijaa, 2014).

Všeobecné sestry mají zásadní roli při zajišťování bezpečné péče o pacienty v rámci ošetrovatelského procesu a praxe založené na důkazech a mají nejlepší pozici pro rozpoznání a prevenci komplikací u pacientů (Herdman, 2013). Současné bezpečnostní iniciativy jsou zaměřeny na minimalizaci rizika poškození pacientů a zlepšení efektivity práce zdravotnických pracovníků v této oblasti. Všeobecné sestry si toto musejí uvědomovat a podílet se na zlepšování kvality péče a bezpečnostních strategií (Lemone et al., 2011). Stále je potřeba vyhledávat nové způsoby na zlepšení ošetrovatelské péče a snažit se vytvořit prostředí, kde je obtížné, a nejlépe nemožné, udělat chybu (Škrla, 2005).

1.8 Možnosti podpory zvládnání předoperační úzkosti a strachu

Janíková a Zeleníková (2013) uvádějí, že na snížení úzkosti a strachu existují kromě premedikace ještě další intervence, které mohou pacientovi pomoci. Takovými intervencemi může být poskytování informací a hlavně terapeutická komunikace (viz. Kapitola 1.8.1).

Pacient má právo na informace od ošetřujících zdravotníků, aby se mohl rozhodnout, zda s výkonem souhlasí (Kutnohorská, 2007). Ovšem jestliže se pacient rozhodne informován nebýt, je nutné toto přání respektovat (Munzarová, 2005). Poskytování informací může redukovat u pacientů negativně prožívaný stres. Pacient je informován operátorem, anesteziologem a také by měl být informován všeobecnou sestrou o péči před operací, v průběhu operace i v pooperačním období. Při poskytování informací je třeba volit vždy individuální přístup, poněvadž ne každý pacient chce být informován a informacím se spíše vyhýbá a raději nechce nic vědět. Jsou ale i pacienti, kteří si přejí mít co nejpresnější informace a sami se aktivně ptají. Vzhledem k různým individualitám je prospěšné vědět, jak se pacient vyrovnává se zátěžovými situacemi a dle toho volit přístup. Méně úzkostní pacienti mají zájem dozvědět se vše o operačním zákroku, ti více úzkostní se zajímají převážně o to, co budou cítit a vnímat. Poskytování informací může být formou individuálního rozhovoru zdravotnického pracovníka s pacientem, pomocí informační brožury nebo promítáním videa. Vhodné je i zapojení rodinných příslušníků, kteří mají obavy o svého blízkého, mají zájem o informace a navíc jsou mu tolik potřebnou oporou (Walker, 2002).

Všeobecná sestra může pacienta popřípadě rodinné příslušníky či blízké před plánovanou operací informovat v rámci edukace, kdy nejčastěji využívá vysvětlování nebo názorně demonstrační metody. Všeobecná sestra edukuje například o správném nácviku dýchání, technice vstávání po operaci, či o protetických pomůckách nebo o důvodech zavedení nasogastrické sondy nebo permanentní cévky. Pomocí zpětné vazby se všeobecná sestra ujistí, zda pacient či jeho rodinní příslušníci vše pochopili a získali nové vědomosti či dovednosti, které mohou vést k většímu pocitu jistoty a bezpečí. Výhodou je, že před plánovanou operací se dá setkání pro edukaci naplánovat

a v případě potřeby zopakovat (Kadlecová, 2009). Přínosem je, pokud edukace pacienta začne v zápětí poté, co je rozhodnuto, že podstoupí plánovaný operační výkon. Pacienti, kteří jsou před plánovanou operací edukováni a informováni o všech skutečnostech souvisejících s operací a pobytem v nemocnici, jsou méně úzkostní, lépe snášejí bolest, mají méně pooperačních komplikací, jsou propouštěni dříve ze zdravotnického zařízení a mohou se vrátit k běžným činnostem dříve, než pacienti, kteří nejsou dostatečně připraveni (Burke et al., 2011). Teheránská univerzita lékařských věd provedla výzkum, jehož výsledky uvádí stejně jako Burke et al. (2011), že setkání všeobecné sestry s pacientem před plánovaným operačním výkonem má pozitivní vliv na snížení míry úzkosti a pooperačních komplikací (Sadati et al., 2013).

Křivohlavý (2002) upozorňuje na důležitost psychologa ve zdravotnickém týmu, který se na rozdíl od ostatních, zaměřených převážně na tělesný stav pacienta, stará o jeho stav duševní a emocionální. Klinický psycholog doplní vyšetření, která vypovídají o charakteristikách osobnosti pacienta, o jeho emocionalitě, způsobu zvládání těžkostí, stresech a celkovém psychickém stavu. Klinický psycholog se podílí nejen na psychické přípravě před operací, ale pomáhá pacientovi i v pooperačním období se zvládáním bolesti a usměrňuje jeho chování a jednání, aby byl průběh uzdravování co nejlepší (Křivohlavý, 2002).

1.8.1 Terapeutická komunikace

Pacient je před plánovanou operací plný obav a má často potřebu se o ně s někým podělit a být vyslechnut. K tomu je vhodná terapeutická komunikace, jež pomáhá pacientovi překonávat stres, překážky a přizpůsobovat se situaci, která nastala. Terapeutický rozhovor, při němž všeobecná sestra pacienta doprovází a je mu oporou, je jednou z dovedností, kterou by měla ovládat a také ji stále procvičovat a zdokonalovat (Jobánková, 2002). Podle Bártlové (2005) je právě všeobecná sestra člověkem, se kterým má pacient v nemocnici nejužší vztah a je mu neustále nablízku.

Venglářová a Mahrová (2006), stejně jako Bártlová (2005) zdůrazňují důležitost všeobecné sestry, která přichází s pacientem do bezprostředního a častého kontaktu a může mu tak být oporou a tím, komu může pacient důvěřovat a svěřit se. Hlavní roli při terapeutickém rozhovoru hrají pocity pacienta a všeobecná sestra má pacientovi naslouchat, vyslechnout jeho obavy a dát mu najevo, že vnímá to, co právě prožívá (Venglářová, Mahrová, 2006). Také Jobánková (2002) uvádí, že terapeutický rozhovor má pacientovi umožnit vyjadřovat své pocity a myšlenky, které před plánovanou operací má. Jak udávají Zacharová et al. (2007), terapeutický rozhovor má pacienta před plánovanou operací povzbudit, uklidnit a pomoci mu najít vlastní řešení situace. Při tomto rozhovoru se nechává iniciativa na pacientovi, všeobecná sestra naslouchá, dává najevo, že s pacientem sympatizuje, projevuje zájem a empatii, akceptuje vše, co jí pacient sděluje a dává mu možnost jeho obavy vyventilovat (Jobánková, 2002). Zacharová et al. (2007) se shodují s Jobánkovou (2002), která rovněž udává, že k účinné terapeutické komunikaci je potřeba, aby všeobecná sestra byla empatická neboli schopná porozumět prožívání pacienta a vcítit se do jeho pocitů, emocí a nálady. Terapeutická komunikace pomáhá pacientovi přizpůsobit se dané situaci a překonávat psychické překážky (Zacharová et al., 2007). Při empaticky vedeném terapeutickém rozhovoru dochází k navození atmosféry blízkosti, bezpečí a důvěry a všeobecná sestra pomáhá pacientovi, aby lépe porozuměl tomu, co se právě odehrává v jeho duševním životě (Vymětal, 2003). K pacientovi by měla všeobecná sestra přistupovat individuálně, tedy respektovat zvláštnosti jedince a svým chováním se mu přizpůsobit. Neméně důležité je také ponechat pacientovi jeho autonomii, respektovat jeho práva a potřeby a zachovávat k němu úctu (Zacharová et al., 2007).

Jobánková (2002) udává, že ke správně vedenému terapeutickému rozhovoru je třeba dodržovat několik zásad a technik. Mezi zásady řadí porozumění a vcítění se vzhledem k pacientovi, plné uznání pacienta a úcta k němu a autenticitu všeobecné sestry vzhledem k pacientovi. Vcít'ující porozumění vzhledem k pacientovi se odvíjí dle Jobánkové (2002) především z empatie a ovládnání reflexí. Při reflexi se všeobecná sestra snaží o co nejpřesnější zaznamenání pocitů pacienta. Je to důležitá zpětná vazba, kdy se všeobecná sestra ujistí, že správně vnímá pacientovy pocity a rozumí mu

(Jobánková, 2002). Plné uznání a úcta k pacientovi znamená, že všeobecná sestra akceptuje každého pacienta a váží si ho bez ohledu na jeho odlišnosti a je schopna ovládat své emoce. Tímto přístupem vytváří klima sympatií a zájmu o pacientův problém. Autentická všeobecná sestra je k pacientovi otevřená, konkrétní, nemanipulativní, je vždy sama sebou a její komunikace s pacientem má přirozenou podobu setkání (Jobánková, 2002). Jako techniky používané při terapeutickém rozhovoru uvádí Jobánková (2002) parafrázování, zrcadlení, empatické poznámky a „HM“ terapii. Také Zacharová et al. (2007) se zmiňují, že ke zvládnutí správné terapeutické komunikace je třeba ovládat specifické komunikační techniky a dovednosti a řadí k nim naslouchání, podněcování hovoru, sumarizování a mlčení a stejně jako Jobánková (2002) zrcadlení neboli reflexi. I Antai-Otong (2007) zařazuje mezi klíčové techniky terapeutické komunikace aktivní naslouchání a sumarizaci shodně se Zacharovou et al. (2007) a reflexi, kterou udávají nejen Zacharová et al. (2007), ale i Jobánková (2002). Antai-Otong (2007) se zmiňuje též o asertivitě, stejně jako Jobánková (2002) a navíc i o objasnění, řešení konfliktu, konfrontaci, vyjednávání a rovněž i o důležitosti ticha, ale také humoru.

Empatie je nejčastěji popisována jako vcítění se do pocitů a situace druhého člověka a poznání a pochopení jeho prožívání (Plevová et al., 2011). Dle Jacobse (2000) začíná empatie v momentě, kdy člověk začne přemýšlet o tom, jak by se cítil v situaci druhého člověka. Empatie má složku poznávací, kdy by všeobecná sestra měla být schopná rozpoznat aktuální duševní stav pacienta, jeho myšlení, náladu, potřeby a očekávání a složku emocionální, která představuje vcítění se do pacientovy situace (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Porozuměním na základě empatie se všeobecná sestra snaží pochopit chování pacienta, podporuje v něm pocit blízkosti a osobního zájmu a může tak snižovat pacientův strach, úzkost či napětí (Vymětal, 2003). Schopnost empatie umožňuje všeobecné sestře dívat se na pacientovy obavy, potřeby a celou situaci jeho očima. Díky tomu umí pacientovi poskytnout oporu, porozumět mu a dávat pocit jistoty a bezpečí (Plevová et al., 2011).

Naslouchání není jen slyšení, ale hlavně chápání a porozumění (Zacharová et al., 2007). Naslouchat druhému znamená chápat emoce, které prožívá. Všeobecná sestra je

ta, která více naslouchá a nechává pacientovi dostatek času, aby mohl vyjádřit, co cítí (Venglářová, Mahrová, 2006). Podle Křivohlavého (2010) je naslouchání psychologickou záležitostí a není vůbec jednoduché. Při naslouchání jde o pochopení a porozumění toho, co pacient říká. Ten, kdo naslouchá, věnuje druhému čas, pozornost, úctu, přátelství, prostor ve svém myšlení a cítění, důvěru a také příležitost něco mu sdělit (Křivohlavý, 2010). K tomu, aby všeobecná sestra mohla pacientovi dobře naslouchat, je třeba udržovat oční kontakt, pacienta nepřerušovat, plně se soustředit, poskytnout mu dostatek času a prostoru, aby mohl vyjádřit všechny své pocity, a zajistit dostatek soukromí a klidné prostředí (Antai-Otong, 2007). Během naslouchání si všeobecná sestra všímá i pacientova výrazu obličeje, jeho pohledů, postoje, pohybů a vzhledu, protože i neverbální projevy mohou vypovídat o jeho emocionálním stavu (Křivohlavý, 2010).

Parafrázováním všeobecná sestra shrne důležité okamžiky pacientova sdělení, ale zbytečně mu nenabízí vlastní myšlenky a pocity (Jobánková, 2002).

Zrcadlením neboli reflexí, což je forma zpětné vazby, všeobecná sestra ujišťuje sebe i pacienta, že vše pochopila tak, jak pacient myslel (Zacharová et al., 2007). Při zrcadlení všeobecná sestra jen neopakuje to, co slyšela, ale snaží se vyjádřit své vlastní pocity tím, co pacient řekl. Podle Křivohlavého (2010) se všeobecná sestra snaží pochopit myšlenkový celek, který jí pacient sdělil a vyjádřit ho svými slovy. Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí, že takto se může všeobecná sestra vcítit do pocitů a nálad pacienta. Ne vždy musí být interpretace správná, proto je potřeba, aby všeobecná sestra požádala pacienta o potvrzení správnosti (Plevová et al., 2011).

Podněcováním hovoru dochází k dalšímu rozšíření tématu (Zacharová et al., 2007). Venglářová a Mahrová (2006) udávají, že ve vhodném okamžiku může všeobecná sestra svými otázkami vyjádřit svůj zájem o další okolnosti a povzbudit tak pacienta, aby pokračoval dál a nebál se otevřít.

O „*HM*“ *terapii (přítakání)* se zmiňuje Jobánková (2002), která uvádí, že i souhlasné kývání hlavou a verbální „hm“ doprovod je plodnou formou komunikace, která dává pacientovi možnost se vypovídat.

Sumarizováním dochází ke shrnutí a bilanci toho, co pacient již řekl. Na konci sumarizování by měla být otázka, která pacienta podnítí pokračovat dále (Zacharová, et al., 2007). Při sumarizaci se všeobecná sestra ujišťuje, zda pacient řekl vše, co říci chtěl, a také, jestli mu správně porozuměla (Plevová et al., 2011).

Také *mlčení* je součástí terapeutické komunikace a neznamena jen mlčení, protože není co říci. Umění mlčet je jedna ze základních technik, kterou by měla všeobecná sestra zvládnout. Všeobecná sestra mlčí, pokud to v daném okamžiku považuje za správné, nebo mlčí, když se snaží ovládnout své emoce (Zacharová et al., 2007). Pacient může mlčet, než si promyslí, jakou položí otázku či jak odpoví na dotaz. Je důležité, aby všeobecná sestra dala pacientovi čas na rozmyšlenou a věděla, kdy pacienta povzbudit, aby mohl pokračovat dál (Venglářová, Mahrová, 2006). Podle DeVita (2008) může mlčení poskytovat nejen čas na přemýšlení nad tím, co bude sděleno, či čas na ovládnutí emocí, ale může se jím projevovat nesmělost, úzkost nebo ohrožení.

Ticho je rovněž důležitou složkou komunikace. Jde o ticho, které může nastat při přemýšlení účastníků terapeutické komunikace nebo může znamenat, že už si účastníci nemají co říct (Plevová et al., 2011). Ve chvílích, kdy nastává ticho, by všeobecná sestra měla rozpoznat, o jaké ticho jde (Křivohlavý, 2010). Křivohlavý (2010) uvádí různé důvody ticha, například pro nadechnutí, čas na nalezení správného slova, přemýšlení nad tím, co by mělo být řečeno, čekání na zpětnou vazbu nebo nechut' v rozhovoru dále pokračovat.

Objasnění je komunikační technika pomáhající všeobecné sestře vytvářet bezpečnou a přívětivou atmosféru, ve které může pacient snáze vyjádřit, co cítí. Všeobecná sestra při objasnění získává doplňující informace, pomáhá pacientovi odhalit, co chce říct, a tímto způsobem může udělat pro pacienta sdělení srozumitelnějším (Plevová et al., 2011).

Během *konfrontace* všeobecná sestra ukazuje pacientovi více jiných pohledů nebo názorů a jejím cílem je, aby si pacient uvědomil své nežádoucí chování a nabídnout mu možnosti chování přijatelného. Příkladem může být nespolupráce pacienta při přípravě před plánovanou operací. Tato technika terapeutické komunikace má objasnit problematické chování a jeho důvod, což může být například strach či úzkost

z plánovaného operačního výkonu a může tak podpořit pacienta ke změně chování, které pro něj bude mít pozitivní důsledky (Plevová et al., 2011).

Vyjednávání je neodmyslitelnou součástí práce s lidmi a všeobecná sestra s pacienty vyjednává každý den. Vyjednávání je společné rozhodování s cílem dosáhnout shody nebo vyřešit spor. Všeobecná sestra musí k úspěšnému vyjednávání zvládat několik dovedností, jako jsou efektivní komunikační dovednosti, interpersonální dovednosti a porozumění pro lidi, kreativitu, optimistický postoj a znalost procesu vyjednávání (Antai-Otong, 2007).

Humor může snižovat napětí a úzkost, vytvářet vztahy, motivovat, podporovat řešení problému, pomáhat zvládat strach či umožnit osobní přežití. Pokud všeobecná sestra využívá humor jako způsob terapeutické komunikace, musí ho umět vhodně načasovat a pochopit, jak vnímá humor pacient, jelikož některý pacient může brát tento způsob jako lehkovážný. Všeobecná sestra by se měla zaměřit také na obsah sdělení, což znamená nepoužívat sarkasmus nebo ironii (Balzar-Riley, Smith, 1996).

Řešení konfliktu, při jeho správném rozpoznání, ač má slovo konflikt spíše negativní nádech, může být i přínosem (Plevová et al., 2011). Hospitalizace pacienta před plánovanou operací omezuje v mnoha oblastech a může se stát, že je náladový, kritický a vyhledává konfliktní situace (Zacharová et al., 2007). Při řešení konfliktu se využívají různé strategie, ke kterým je potřeba ovládat účinné komunikační dovednosti, zvláště pak asertivitu (Plevová et al., 2011).

Asertivita je považována za důležitou komunikační dovednost. Jde o komunikační styl, který vede k upřímnému, přímému a přiměřenému vyjadřování svých pozitivních a negativních názorů, myšlenek, emocí a postojů, ale nedochází k porušování práv ostatních ani svých (Jobánková, 2002). Podle Vybírala (2009) je asertivita terapeutická technika, která používá věcný a neústupný komunikační styl. Někdy může pacient všeobecnou sestru v důsledku neadaptivního chování, jež souvisí s jeho tíživou situací, slovně napadnout, může ji urážet či obviňovat, a proto by všeobecná sestra měla umět usměrnit i komunikaci plnou emocí, která může směřovat až k agresivitě (Jobánková, 2002). Komunikuje-li všeobecná sestra asertivně, znamená to, že vyjadřuje myšlenky, názory a emoce, ale zároveň respektuje práva pacienta i svá, umí požádat o laskavost,

uplatnit svůj nárok, umí odmítat bez pocitu viny, přijmout a vyjádřit uznání, umí začít, udržovat a ukončit rozhovor, vhodně vyjadřovat a projevovat emoce a vypořádat se s kritikou (Plevová et al., 2011).

Ovládá-li všeobecná sestra terapeutickou komunikaci, je pro pacienta velkou oporou ve chvílích, kdy se musí rozhodovat, přijímat nové skutečnosti či se přizpůsobovat novým nebo změněným podmínkám a navíc svým působením příznivě ovlivňuje i celý pacientův léčebný proces (Dörner et al., 2010).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta.

Cíl 2: Zjistit vliv všeobecné sestry na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta?
2. Jaký vliv má všeobecná sestra na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem?
3. Jaké jsou nedostatky v uspokojování potřeb jistoty a bezpečí u pacientů před plánovaným operačním výkonem?
4. Jak může všeobecná sestra pomoci zvládat pacientovi strach a úzkost související s plánovaným operačním výkonem?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro zpracování diplomové práce byla použita odborná literatura z oboru ošetrovatelství, psychologie, medicíny, sociologie a managementu. Byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaného rozhovoru, ke kterému byly předem připraveny otevřené otázky (Příloha 1), jež byly doplněny dotazováním. Výzkum proběhl v druhém březnovém týdnu v průběhu tří dnů v okresní nemocnici v Jihočeském kraji na standardním chirurgickém oddělení. Hlavní sestra nemocnice dala souhlas k realizaci výzkumu (její souhlas je k dispozici u autorky). Oslovení respondenti byli nejprve seznámeni s tématem a účelem výzkumu. Všichni zúčastnění respondenti byli poučeni a ubezpečeni, že nebude narušena jejich anonymita a nahrávky budou použity pouze pro účel přepisu rozhovorů. Respondenti souhlasili s provedením rozhovoru a jeho záznamem na diktafon.

Nahrané rozhovory byly přepsány do textové podoby a následně vytištěny. Každý rozhovor s respondentem či respondentkou byl označen číslem, na něž je odkazováno v textu, například první respondent je označen jako R1. Analýza dat byla uskutečněna metodou kódování v ruce, která bývá rovněž označována jako metoda papír tužka (Švaříček, Šedová et al., 2014). Vytištěné rozhovory byly nejprve několikrát přečteny a poté kódovány metodou papír tužka. Při analýze dat byla v rozhovorech vyhledávána a kódována slova nebo slovní spojení, kterými se respondenti vyjádřili, a byly z nich vytvořeny kategorie a podkategorie. Termíny vztahující se k jednotlivým podkategoriím byly označeny pro lepší orientaci jinou barvou (Příloha 2). U každé podkategorie jsou uvedena nejčastější vyjádření respondentů s číselnými odkazy na řádku, ve kterém se respondenti zmínili k určité podkategorii, například R1/2, což znamená, že první respondent mluvil o dané podkategorii na druhé řádce a toto je možné doložit jeho přímou citací.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Výzkumný soubor – pacienti

Tento výzkumný soubor tvořilo šest pacientů ze standardního chirurgického oddělení nemocnice v Jihočeském kraji, kteří byli přijati den předem k plánovanému operačnímu výkonu. Tři respondenti byli muži, tři respondentky byly ženy. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 25 až 75 let.

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Věk	54	57	25	65	75	40
Pohlaví	muž	muž	žena	žena	žena	muž
Druh plánované operace	tříselná kýla	žlučnickové kameny	chronický zánět apendixu	varixy	bulka v podpaží	žlučnickové kameny

Zdroj: vlastní

Výzkumný soubor – všeobecné sestry

Tento výzkumný soubor tvořilo pět všeobecných sester pracujících v okresní nemocnici v Jihočeském kraji na stejném chirurgickém standardním oddělení, na které byli přijati respondenti z řad pacientů. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 32 až 41 let. Délka praxe respondentek byla 10 let až 21 let. Dvě respondentky měly vysokoškolské vzdělání, ostatní získaly kvalifikaci před změnou systému vzdělávání.

Tabulka 2 – Identifikační údaje respondentek

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5
Věk	32	41	39	32	35
Nejvyšší dosažené vzdělání	vysoko-školské	střední ukončené maturitou	střední ukončené maturitou	střední ukončené maturitou	vysoko-školské
Pracovní zařazení	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	staniční sestra
Léta praxe	10	14	21	12	15

Zdroj: vlastní

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

Kategorie Psychický stav pacienta před plánovanou operací

Kategorie Psychický stav pacienta před plánovanou operací se zaměřuje na to, jak se respondenti cítí, čím vším se ve svých myšlenkách zabývají, co vše je napadá v den před operací a zda své obavy sdíleli se všeobecnou sestrou. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Pocity a obavy a podkategorie Svěření se. V podkategoriích jsou kódované výrazy vystihující vyjádření respondentů o jejich psychickém stavu před plánovanou operací.

Podkategorie Pocity a obavy

V této podkategorii byl pouze jeden respondent, který téměř žádné obavy neměl. R1 nejprve uvedl, že se nebojí, ale v průběhu rozhovoru se svěřil: „*Naměřili mi vyšší tlak, ale to přisuzuji vlivu prostředí nemocnice, nějaký malý stres tady asi bude, ale vyloženě se nebojím.*“ Nejvíce respondentů mělo obavy z toho, jak jim bude po narkóze. R3 řekla: „*Bojím se, jak mi bude po narkóze...*“ R4 uvedla téměř identicky: „*Bojím se, že mi bude špatně z narkózy.*“ R5 se zmínila: „*Také narkózu jsem zvládala vždy těžko a bylo mi hodně špatně...*“ Polovina respondentů mluvila také o riziku, které může existovat. R2 uvedl: „*...vždy existuje nějaké riziko a člověk si to v této situaci o to více uvědomuje.*“ R4 se obávala rizika v souvislosti se svým nemocným srdcem a vyjádřila se: „*Také mám nemocné srdce, tak aby s ním bylo vše v pořádku a nestalo se s ním něco, až budu uspaná.*“ R4 se o svých obavách svěřila ještě jednou, když uvedla: „*...mám nemocné to srdce, tak aby nebyly nějaké komplikace.*“ R6 řekl: „*Taky mě napadlo, abych se vůbec probudil nebo se něco nezkomplikovalo.*“ O tom, zda se vůbec probudí, mluvil i R2: „*...člověk má obavu, jestli se vůbec probudí...*“ Oba respondenti, jak R2, tak R6 se vyjádřili, že jejich pocity nejsou nejlepší. Nejisté pocity vyjádřila R5,

u které operace měla rozhodnout o konečné diagnóze: „...mám obavy, co to bude, jaký bude výsledek operace.“ O kosmetických důsledcích operace se zmínila pouze R3, když uvedla: „*Sice se to má dělat laparoskopicky, ale může se stát, že to budou muset normálně rozříznout, tak abych neměla škaredou jizvu.*“

- ❖ ani moc žádné obavy nemám R1/4, 5, 33
- ❖ nějaký malý stres R1/13
- ❖ pocity nejsou nejlepší R2/4; R6/4
- ❖ jestli se vůbec člověk probudí R2/4; R6/5
- ❖ ať to mám za sebou R2/5
- ❖ vždy existuje nějaké riziko R2/11; R4/4, 5, 13; R6/5, 6
- ❖ bolet by to nemuselo R3/6
- ❖ jak mi bude po narkóze R3/4; R4/4; R5/5,6
- ❖ abych neměla škaredou jizvu R3/4-6, 31
- ❖ jaký bude výsledek operace R5/5

Podkategorie Svěření se

V podkategorii Svěření se všichni respondenti uvedli, že se se svými obavami všeobecné sestře nespověřili proto, aby ji nezdržovali od práce, ale zároveň dodali, že jinak jim všeobecná sestra na vše odpoví a vše jim vysvětlí. R1 uvedl: „...*ale to jsem jim neříkal, mají své práce dost.*“ R2 řekl: „*Já jsem se ještě nespověřil, ale myslím, že kdybych něco řekl, tak by si se mnou popovídaly, když budou mít čas, protože tady je více pacientů a sester tolik není.*“ R3 se zmínila: „*Když já jsem jim zatím nic neřekla, říkala jsem si, že ještě počkám, než půjdu spát, třeba pak bude víc klid a nebudu je zdržovat.*“ Obdobným způsobem se vyjádřili i R4, R5 a R6.

- ❖ ještě jsem se nespověřil/a R1/34; R2/28; R3/30; R4/32; R5/26; R6/ 35
- ❖ nechci zdržovat R1/34, 35; R2/29, 30; R3/31; R4/32; R5/26; R6/35

Kategorie Zkušenost

Kategorie Zkušenost popisuje, zda respondenti mají již nějaký předešlý zážitek s operací, nebo jestli je pro ně tato situace, kdy je čeká plánovaný operační výkon, zcela neznámá a nová. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Minulost a podkategorie Nová situace. V podkategoriích jsou kódované výrazy, kterými respondenti vystihli svou zkušenost.

Podkategorie Minulost

Polovina respondentů měla již zkušenost z předešlých operací a domnívali se, že vědí, co pravděpodobně mohou očekávat. R1 uvedl: „...už jsem to zažil, vím, jak to chodí...“ „...a něco si také pamatuji z předchozí operace...“ „...takže vím, co mě čeká...“ „Pamatuji si z minulých hospitalizací...“ R2 řekla: „Už jsem to dříve při operaci zažila.“ R5 se zmínila: „Již jsem byla na více operacích, takže trochu vím, jak to v nemocnici chodí...“

- ❖ vím, jak to chodí R1/4, 33; R5/4
- ❖ pamatuji si z předešlé operace R1/8, 28; R4/4; R5/4

Podkategorie Nová situace

Druhá polovina respondentů R2, R3 a R6 s operací žádnou zkušenost neměla, takže to pro ně byla zcela nová situace. Například R6 uvedl: „Jdu na operaci poprvé, tak je to pro mě nová zkušenost.“

- ❖ čeká mě první operace R2/2; R6/4,5
- ❖ ještě jsem na operaci nebyl/a R3/7

Kategorie Informace

Kategorie Informace se zaměřuje na to, jaké informace respondenti dostali a zda mají pocit, že jim byly poskytnuty informace v dostatečné míře. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Druh informací a podkategorie Informovanost. V jednotlivých podkategoriích jsou kódované výrazy, kterými se respondenti vyjadřovali k této oblasti.

Podkategorie Druh informací

Většina respondentů shrnula, že dostala informace o všem a zároveň respondenti uvedli konkrétní druh informace. Nejčastěji jmenovali informace o operaci a o narkóze. R1 uvedl: „*Řekl bych, že všechny. O operaci, o narkóze, jak to všechno bude.*“ R3 řekla, že byla informována o operaci, o narkóze, délce pobytu a dále také uvedla informace o dietě, rizicích a zmínila i informovaný souhlas: „*... o operaci, jak se dělá, že pak bude dieta, jak dlouho asi budu v nemocnici, i o narkóze. Také jsem podepisovala souhlas, kde toho plno píší, i o rizicích.*“ R6 se zmínil: „*...že to bude laparoskopicky a jen v případě, že by něco nešlo, tak bude normální řez.*“ „*...a říkal mi o narkóze.*“ O rizicích se zmínili také R1 a R5. Dva respondenti, které čekal stejný operační výkon, byli také informováni, na jaké oddělení půjdou po operaci, a věděli i o invazivních vstupech. R2 řekl: „*Veškeré informace o operaci, o uspaní, o dietě, že půjdu po operaci na jipku a budu mít nějaké hadičky. Prostě co to obnáší, jaká jsou rizika.*“ R6 uvedl: „*...že po operaci půjdu na jipku a budu mít nějaké ty hadičky...*“ Jedna respondentka, kterou čekala diagnostická operace, byla informována také o tom, jaký může být operační nález. R5 uvedla: „*...o všem, včetně rizik a také jaký může být nález.*“

- ❖ o operaci R1/7; R2/7; R3/9; R6/8, 9
- ❖ o narkóze R1/7; R2/7; R3/10; R4/8, 9; R5/6; R6/10
- ❖ jak to všechno bude R1/7; R2/8; R3/9, 10; R5/6; R6/10, 11
- ❖ o dietě R1/10; R2/7; R3/9
- ❖ po operaci na jipku R2/7; R6/11

- ❖ budu mít nějaké hadičky R2/7, 8; R6/11, 12
- ❖ jaká jsou rizika R2/8; R3/10, 11; R5/8
- ❖ písemný souhlas R3/10; R4/7
- ❖ jaký může být nález R5/8, 9

Podkategorie Pocit informovanosti

Kromě jedné respondentky všichni respondenti uvedli, že se cítí být informováni dostatečně a dostali všechny informace. R1 uvedl: „*Myslím, že jsem informován dostatečně...*“ R2 řekl: „*Veškeré informace...*“ R3 se zmínila: „*Řekli mi toho hodně...*“ R5 uvedla, že je informována o všem dostatečně a R6 řekl, že dostal plno informací o všem. Pouze R4 se zmínila, že ji nikdo neinformoval o operaci a potřebovala by o ní vědět více: „*...potřebovala bych více informací o té konkrétní operaci...*“

- ❖ jsem informován/a dostatečně R1/7, 8; R5/8
- ❖ veškeré informace R2/7; R3/9; R6/12
- ❖ potřebovala bych více informací o operaci R4/12

Kategorie Jistota a bezpečí z pohledu pacienta

Kategorie Jistota a bezpečí z pohledu pacienta se zabývá tím, co pro respondenty znamená jistota a bezpečí v situaci, kdy je čeká plánovaná operace, a také tím, co považují v těchto chvílích pro jejich jistotu a bezpečí jako nejdůležitější. Ke kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Personál a podkategorie Osobní. V podkategoriích jsou kódované výrazy vystihující pohled respondentů na situaci.

Podkategorie Personál

Všichni respondenti se nějakým způsobem zmínili, že k tomu, aby se cítili bezpečně, potřebují všeobecné sestry, které se k nim budou chovat hezky, budou ochotné, vstřícné a šikovné, a někteří mluvili také o důvěře k nim. Většina respondentů

se zmínila v tomto smyslu také o lékařích. R1 řekl: *„Věřím lékaři, který mě bude operovat, a to mi také dodává pocit jistoty a bezpečí, hrozně důležitý je také přístup sester.“* R1 se také zmínil: *„Musí jim člověk věřit, doktorům i sestřím...“* R2 uvedl: *„Právě tu ochotu a přístup sestřiček a doktorů, protože když se k vám chovají hezky, hned se cítíte trochu lépe a také si tu nepřipadáte úplně cizí.“* R3 mluvila o tom, že je pro ni důležité, aby se měla na koho obrátit, že se o ni dobře postarají a také uváděla hodné a šikovné sestřičky a doktory, o kterých se zmínila i R4: *„Ochotné a hodné sestřičky...“* Také R5 věřila personálu, že se o ni dobře postará: *„Věřím v doktory a sestřičky, že se o mě dobře postarají...“* R6 uvedl: *„Ochotné sestřičky... „Právě ty sestřičky, se kterými se během dne setkáváte, a věřím, že se o mě dobře postarají a také doktoři, věřím v jejich schopnosti.“*

- ❖ věřím lékaři R1/14, 17, 18; R5/12, 14; R6/18
- ❖ věřit sestřím R1/17; R5/12
- ❖ hodné a šikovné sestřičky R1/15; R2/12; R3/16
- ❖ ochotné sestřičky R2/14; R4/17; R6/15, 17
- ❖ ochota a přístup doktorů R2/12, 14; R3/16
- ❖ chovají se hezky R2/14, 15; R4/17
- ❖ že se o mě dobře postarají R3/14; R5/12; R6/17
- ❖ mít se na koho obrátit R3/13

Podkategorie Osobní

Respondenti zmiňovali další důležité skutečnosti, které jsou pro ně důležité a dodávají jim pocit jistoty a bezpečí. Většina respondentů poukázala na důležitost rodiny. R3 uvedla, že je pro ni důležité, aby mohla zavolat rodině: *„...mít možnost zavolat rodině, což tady našťástí jde.“* Jako pro ni důležitý fakt uvedla R3 také klid, soukromí, aby věděla na čem je a měla se na koho obrátit. O kontaktu s rodinou mluvila i R4 a zmínila i pozitivní přístup, který jí dodává pocit jistoty a bezpečí a také to, aby věděla na čem je: *„Zrovna před chvílí mi volal syn,...“* *„Je dobře, že si tady můžu zatelefonovat s rodinou.“* *„Nenervovat se, nadhled a pozitivní přístup.“* *„...vědět, co se*

se mnou děje a bude dítě.“ R5 se vyjádřila, že věří v dobrý výsledek a o rodině řekla: „...a mohla jsem se vrátit k rodině, ta je pro mě hodně důležitá.“ R6 mluvil rovněž o rodině a taktéž se zmínil o klidu, pozitivním přístupu a důležitosti toho, aby věděl co nejvíc o tom, co ho čeká: „*Určitě vědět toho co nejvíc o tom, co mě čeká. Moje rodina a kontakt s ní.*“ „*Mám rodinu a musím se o ně postarat.*“ „...*klid a optimismus.*“ R1 se zmínil o víře: „...*také to ovlivní trochu ten nahoře.*“ R2 uvedl, že je pro jeho jistotu a bezpečí důležité, aby to měl za sebou a mohl zase brzy fungovat.

- ❖ věřím R1/17
- ❖ brzy fungovat R2/5
- ❖ vědět na čem jsem R3/14; R4/12, 18; R6/14
- ❖ klid R3/16; R6/15
- ❖ soukromí R3/16
- ❖ rodina R3/16; R4/15; R5/14; R6/6, 14
- ❖ pozitivní přístup R4/17; R5/12; R6/15, 19

Kategorie Zajištění jistoty a bezpečí

Kategorie Zajištění jistoty a bezpečí se zabývá tím, jak hodnotí respondenti přístup všeobecných sester k zajištění jistoty a bezpečí a tím, co doporučí respondenti k zajištění co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Přístup všeobecných sester a podkategorie Doporučení. Ke každé podkategorii jsou kódované výrazy, kterými se respondenti vyjadřovali k zajištění jistoty a bezpečí.

Podkategorie Přístup všeobecných sester

Všichni respondenti se vyjádřili o přístupu všeobecných sester kladně a všichni také uvedli, že všeobecné sestry jim vše vysvětlí a ukážou. Například R1 řekl: „*Tady je to opravdu dobré..., všechno vysvětlí a ukážou.*“ R4 uvedla: „...*na všechno odpoví, snaží se vysvětlit.*“ R4 se také zmínila, že všeobecné sestry jsou vstřícné. Dále respondenti

odpovídali, že jsou spokojeni a všeobecné sestry se snaží. R1 se zmínil: „...sestry se snaží...“ „...jsem spokojen a cítím se tu dobře...“ R2 rovněž konkrétně vyjmenoval, jaké všeobecné sestry jsou: „Jsou hodné, všechno mi řeknou, chovají se slušně a jsou šikovné.“ R3 řekla: „Myslím, že se snaží...“ R3 také stejně jako R5 a R6 zmínila zájem všeobecných sester o pacienty. R5 se vyjádřila. „Vše mi vysvětlí..., ptají se, jestli něco nepotřebuji. Myslím, že jejich přístup je dobrý, jsem spokojená.“ R6 uvedl: „Sestřičky se snaží. Vše mi vysvětlí, řekly mi o všem.... Ptají se, jestli něco nepotřebuji. Mají zájem.“

- ❖ je to dobré R1/20; R5/18
- ❖ sestry se snaží R1/21; R3/19; R6/21
- ❖ jsem spokojen/a R1/29; R4/20; R5/18
- ❖ vstřícné R4/33
- ❖ vysvětlí a ukážou R1/21; R2/17, 25; R3/19, 20, 31; R4/20, 33; R5/17; R6/21
- ❖ hodné R2/17; R3/19
- ❖ šikovné R2/17, 25
- ❖ zájem R3/19, 20; R5/17; R6/22

Podkategorie Doporučení

Respondenti uváděli, co by doporučili nebo potřebovali, aby dosáhli co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí. Většina respondentů se shodla na tom, že pro dosažení co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí jsou nejdůležitější všeobecné sestry. R1 uvedl: „...takže bych doporučil vstřícné, ochotné a milé sestry, které vám vše vysvětlí a pomohou, jako tyhle, co jsou tady.“ R2 se zmínil: „... aby tu pořád byly takové sestry.“ R3 řekla: „Hlavně, aby sestřičky byly v pohodě, ty jsou tu nejvíc a s atmosférou můžou udělat hodně.“ R5 uvedla: „Já jsem opravdu ráda, že jsou tu takové hodné sestřičky a to bych řekla, že je nejdůležitější.“ R6 doporučil, aby se udržel tento stav, kdy je přítomen milý a ochotný personál, a také poukázal na důležitost informací, které dostal, a které mu pomohly: „Aby tady byl pořád milý a ochotný personál, také aby byl schopný a zaměstnavatel se snažil tento stav udržet. A taky dodržovat ty informace, aby

každý věděl, do čeho jde. Mně to určitě pomohlo, když mi všechno vysvětlili.“ Pouze R4 měla opačnou zkušenost, než všichni ostatní respondenti a uvedla: „Chybí mi nějaký ten lékař, který by přišel a řekl mi něco více k té operaci, jakým způsobem se to dělá a jak to probíhá.“ „Cítila bych se lépe, kdybych to věděla.“

- ❖ stále vstřícné, ochotné a milé sestry R1/30; R5/23; R6/30
- ❖ aby tu byly pořád takové sestry R2/26; R3/28
- ❖ informace pomohou R6/31, 32
- ❖ více informací o operaci R4/28, 30

Kategorie Intimita

Kategorie Intimita se zabývá tím, jak vnímají respondenti zajištění intimity a jak toto zajištění hodnotí. Ke kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Zajištění a podkategorie Spokojenost pacientů. V podkategoriích jsou kódované výrazy, kterými se respondenti vyjadřovali k zajištění intimity.

Podkategorie Zajištění

Všichni respondenti uvedli, že zajištění jejich intimity je v pořádku. Nejvíce jich uvedlo, že všeobecné sestry klepou na dveře. R2 řekl: „*Sestry klepou na dveře, než vejdou.*“ R3 se zmínila: „*...taky klepou na dveře, než vejdou do pokoje.*“ R4 uvedla: „*...sestřičky klepou na dveře...*“ R5 se vyjádřila: „*...dodržují soukromí, třeba zaklepou na dveře...*“ R6 uvedl: „*...máme tu klid, všichni tady klepou, než přijdou na pokoj.*“ Dále většina respondentů uvedla, že vyšetření probíhá v soukromí a všeobecné sestry je nenechávají odkryté děle, než je třeba. R1 řekl: „*...jen na ten okamžik, nebo mě hned zakryjí...*“ R2 uvedl: „*...při vyšetření se neukazujeme před druhými a snaží se nás zase co nejdříve zakrýt.*“ R3 se zmínila: „*...nemusím se svlékat, aby na mě ostatní koukali...*“ R4 uvedla, že při vyšetřování je vše v soukromí a R6 řekl, že ho informují v soukromí a vyšetření probíhají také v soukromí. R1 a R3 se zmínili také

o dostatečném soukromí pro sprchu a toaletu. R1 se vyjádřil: „*Máme sprchu i záchod na pokoji...*“ R3 řekla: „*...je tu sprcha, kde se můžu v klidu umýt.*“

- ❖ sprcha a záchod v soukromí R1/23; R3/23, 24
- ❖ hned mě zakryjí R1/25; R2/20
- ❖ vyšetřování v soukromí R2/20; R3/23; R4/23; R6/27
- ❖ sestry klepou na dveře R2/21; R3/20; R4/ 23; R5/17; R6/25
- ❖ informují v soukromí R6/26

Podkategorie Spokojenost pacientů

Všichni respondenti udali, že se zajištěním intimity jsou spokojeni a všeobecné sestry se snaží o to, aby byla dodržována. R1 uvedl, že je to dobré a všichni se snaží intimitu pacienta dodržovat. R2 řekl, že nemá výhrad. R3 se vyjádřila: „*...je to v pořádku...*“ R4 se zmínila, že všeobecné sestry se snaží dodržovat soukromí. R5 situaci shrnula: „*V nemocnici je to vždycky složitější, ale cítím se po této stránce dobře.*“ R6 uvedl, že intimitu se všeobecné sestry zajistit snaží.

- ❖ nemám výhrad R2/22
- ❖ snaží se dodržovat R1/25; R4/22, 24, 25; R5/17; R6/27
- ❖ je to v pořádku R3/23
- ❖ cítím se po této stránce dobře R5/20

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s všeobecnými sestrami

Kategorie Potřeba jistoty a bezpečí z pohledu sestry

Kategorie Potřeba jistoty a bezpečí z pohledu sestry se zaměřuje na to, jak respondentky vidí jistotu a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem a co ji může dle jejich názoru ovlivnit. Ke kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie:

podkategorie Definování a podkategorie Faktory. K podkategoriím jsou kódované výrazy, kterými se respondentky k tématu vyjádřily.

Podkategorie Definování

Všechny respondentky se jednoznačně ve svých odpovědích shodly, že jistota a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem znamená hlavně vědět, kde pacient je a co ho čeká, tedy aby byl informován. R1 uvedla: „*Myslím, že jistota a bezpečí v tomto případě souvisí s dostatkem informací, aby pacient věděl, co ho čeká...*“ R2 se vyjádřila podobně: „*...definovala bych to jako dostatečnou informovanost..., aby pacient věděl, kde je a co ho čeká.*“ R3 řekla: „*Vědět, do čeho jdu a co mě čeká.*“ „*...aby měl dostatečné informace.*“ Obdobným způsobem se zmínila i R4 a R5, která navíc ještě uvedla: „*...a kontakt se sestrou..., udržovat bezpečné prostředí...*“ Stejně jako R5 mluvila i R1: „*...navázat s ním kontakt, aby se necítil v cizím prostředí tak sám...*“ „*Také bezpečné okolí...*“

- ❖ informace R1/5; R2/9, 10, 11; R3/5, 9; R4/5; R5/7
- ❖ kontakt se sestrou R1/6; R5/7, 8
- ❖ bezpečné okolí R1/7; R5/8, 9

Podkategorie Faktory

Všechny respondentky uvedly, že jedním z faktorů, který může mít vliv na pacientovu jistotu a bezpečí, jsou informace. Kromě informací uváděly jednotlivé respondentky i další faktory. R1 jako další faktor uvedla navození klidné atmosféry, zajištění soukromí a vlídný přístup: „*Dostatek informací, navození klidné atmosféry, zajištění soukromí, vlídný přístup.*“ R2 také zmínila vlídný a rovněž pozitivní přístup. R3 řekla: „*Jeden z faktorů mohou být právě informace...*“ „*Dalším faktorem je čas pro pacienta, aby věděl, že v tom není sám a my jsme tu pro něj, když nás bude potřebovat.*“ „*...dodržování pacientova soukromí...*“ R4 uvedla kromě informací možnost mít se na koho obrátit a možnost personálu s pacientem komunikovat. R5 jmenovala kromě dalších ovlivňujících faktorů i pacientovu rodinu: „*Domnívám se, že nejlepší je pro*

*pacienta, když ví, kam jde, zná to oddělení a samozřejmě se zná se sestrami...“
„...nemalý vliv má i pacientova rodina, jaké má pacient zázemí a vztahy s jednotlivými členy.“*

- ❖ informace R1/10; R2/13; R3/11; R4/9; R5/11, 15
- ❖ klidná atmosféra R1/10
- ❖ soukromí R1/10; R3/13
- ❖ vlídný přístup R1/10; R2/13; R5/15
- ❖ pozitivní přístup R2/13; R5/15
- ❖ čas R3/12
- ❖ aby věděl, že v tom není sám R3/12, 13; R4/9, 10; R5/38
- ❖ aby s pacientem každý z personálu komunikoval R4/6, 13; R5/12
- ❖ pacientova rodina R5/43

Kategorie Saturování pacientovy potřeby jistoty a bezpečí

Kategorie Saturování pacientovy potřeby jistoty a bezpečí se zaměřuje na hodnocení aktuální situace v této oblasti dotazovanými respondentkami. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Současný stav a podkategorie Faktor času. K podkategoriím jsou kódované výrazy, které vystihují vyjádření respondentek.

Podkategorie Současný stav

Některé respondentky opět zmiňovaly důležitost informací. R1 uvedla: „*Snažíme se pacienta o všem informovat...*“ R2 řekla: „*Dále je informuji...*“ R5 se zmínila: „*...o všem informovat, aby se cítili jistěji a bezpečněji.*“ Všechny respondentky hodnotily současný stav v saturování pacientovy potřeby jistoty a bezpečí kladně. R1 uvedla: „*Myslím si, že situace je v této oblasti celkem pozitivní.*“ Jako pozitivní hodnotila situaci i R3: „*I tak si myslím, že situace je celkově dobrá.*“ R2 se vyjádřila: „*Myslím si, že se snažíme...*“ R5 uvedla: „*Snažíme se...a myslím, že se nám to docela*

daří.“ Také R4 mluvila o tom, že situaci zvládají dobře: „...myslím si, že to zvládáme dobře.“

- ❖ informace R1/12, 13; R2/8, 9; R5/21
- ❖ situace je celkem pozitivní R1/14; R3/20
- ❖ snažíme se R2/15; R5/21
- ❖ myslím si, že to zvládáme dobře R4/13; R5/21

Podkategorie Faktor času

Všechny respondentky se shodly, že někdy není tolik času, kolik by bylo potřeba. R1 řekla: „*Jsou dny, kdy na pacienty máme času dostatek, ale bohužel jsou i dny, kdy by bylo potřeba více času, obzvlášť na pacienty více úzkostné, se kterými by bylo potřeba více komunikovat, v klidu si sednout a promluvit.*“ R2 uvedla: „*...ale bohužel někdy máme málo času.*“ R3 se zmínila: „*...tomu už tak z časových důvodů někdy nemůže být.*“ R4 řekla: „*...když je dostatek času, ale to vždy není.*“ R5 uvedla: „*i když je pravda, že na ně není občas tolik času, kolik by bylo třeba...*“

- ❖ někdy by bylo potřeba více času R1/16, 17; R2/15, 37; R3/16, 20; R4/13, 14, 29; R5/45

Kategorie Kroky všeobecné sestry při zajišťování potřeby jistoty a bezpečí

Kategorie Kroky všeobecné sestry při zajišťování potřeby jistoty a bezpečí se zabývá tím, jakým způsobem respondentky zjišťují pacientovu potřebu jistoty a bezpečí a jak na tuto potřebu následně reagují. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Zjišťování a podkategorie Reakce. V podkategoriích jsou kódované výrazy, které vystihují, jak se respondentky vyjadřovaly k zajišťování pacientovy potřeby jistoty a bezpečí.

Podkategorie Zjišťování

Všechny respondentky uvedly, že pacientovu potřebu jistoty a bezpečí zjišťují verbálně a pozorováním. R1 řekla, že se pacienta zeptá na jeho pocity, na to, zda by ještě nepotřeboval něco vědět či vysvětlit, a také uvedla, že již pozná z pacientova chování, jestli má například strach. R2 se vyjádřila: „*Rozhovorem, pozorováním...*“ R3 uvedla: „*Už, když pacienta vidím, tak je poznat, zda je hodně vystrašený, nebo je relativně v klidu a podle toho se pak i konkrétně ptám, co je trápí a jaké mají pocity.*“ R4 se zmínila: „*Hlavně tedy dotazy, rozhovorem. Na někom je vidět, jak se asi zrovna cítí.*“ R5 řekla: „*Verbálně a také to na pacientovi vidím...*“

- ❖ zeptáme se, rozhovorem R1/20; R2/20; R3/18, 19, 23; R4/16; R5/26, 27
- ❖ pozorováním R1/22; R2/20; R3/22; R4/16; R5/23

Podkategorie Reakce

Jako nejčastější reakci na pacientovu potřebu jistoty a bezpečí uváděly respondentky, že pacientovi vše vysvětlí a vedou s ním rozhovor. Většina respondentek mluvila také o uklidnění pacienta, o spolupráci s ním a o dotyku. R1 řekla: „*...snažím se ho uklidnit, vše mu vysvětlit.*“ R3 mluvila i o pomoci s oblékáním, snaze vyhovět a o dodržování soukromí a intimity: „*...snažím vše vysvětlit, klidně i několikrát...*“ „*Snažím se vyhovět.*“ „*...pomohu například s oblékáním do operačního anděla, jsem tam s pacientem a děláme to společně, zároveň se snažím dodržovat jeho soukromí a intimitu.*“ „*...tak ho třeba vezmu za ruku nebo pohladím.*“ R2 mluvila navíc o pozitivním přístupu a možnostech zajištění bezpečného prostředí: „*...vzít jim jejich ruku do své nebo je pohladit, tedy vlastně dotyk.*“ „*Pomoci jim například s oblékáním.*“ „*...pozitivní přístup, úsměv a také například postranice, signalizace u lůžka, častá kontrola zdravotního stavu pacienta.*“ O pozitivním přístupu se zmínila i R4, která dále uvedla také snahu vyhovět stejně jako R3. R4 uvedla: „*...vše vysvětlit tak, aby to pochopil, snažit se ho pozitivně naladit a vyhovět mu...*“ „*...snažit se ho uklidnit, vše vysvětlit...*“ R5 řekla, že na pacientovu potřebu jistoty a bezpečí reaguje rozhovorem,

dotykem, vše mu vysvětluje, a mluvila také o spolupráci: „...jsme na to minimálně dva a že spolu všechno vyřešíme...“

- ❖ uklidnit R1/24, 32; R4/24; R5/24
- ❖ vysvětlit R1/24, 32; R3/6, 18; R3/25; R4/18, 24; R5/42
- ❖ rozhovor R1/32; R3/8; R4/24; R5/24, 42
- ❖ dotyk R2/22; R3/43; R5/26
- ❖ pozitivní přístup R2/32; R4/19
- ❖ postranice, signalizace u lůžka R2/32, 33
- ❖ častá kontrola zdravotního stavu R2/33
- ❖ vyhovět R3/27; R4/19
- ❖ spolupráce R2/23; R3/33, 34; R5/35, 38
- ❖ dodržování soukromí a intimity R3/34

Kategorie Komunikace

Kategorie Komunikace se zabývá tím, jakým způsobem všeobecné sestry s pacientem komunikují, jaké informace pacientovi podávají, a také tím, co si respondentky představují pod názvem terapeutický rozhovor a to, zda vědí, co terapeutický rozhovor znamená. K této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: podkategorie Způsob komunikace, podkategorie Druh informací a podkategorie Terapeutický rozhovor. V podkategoriích jsou kódované výrazy, které vystihují, jak se respondentky vyjadřovaly ke komunikaci.

Podkategorie Způsob komunikace

Většina respondentek uvedla, že při komunikaci s pacientem používá často vysvětlování, k pacientům přistupují individuálně, pozitivně a klidně a někdy volí i humor. R1 se zmínila: „Vysvětlíme, co se bude dít a proč to tak je, pozitivní a klidný přístup, dle povahy pacienta zvolit třeba humor.“ R1 mluvila také o vstřícnosti. R2 uvedla: „...vše vysvětlit, klidně i opakovaně...“ R2 zmínila rovněž milý přístup,

komunikaci v soukromí a snahu dodat pacientovi odvahu. R3 se několikrát zmínila o tom, že vše pacientovi vysvětlí, přistupuje k němu individuálně, snaží se nepoužívat cizí názvy, aby pacient vše dobře pochopil. Také se R3 snaží povídat si s pacientem o veselých věcech, pozitivně ho naladit a být vstřícná. R4 mluvila i o přátelské atmosféře: „...soukromě..., udržovat přátelskou atmosféru.“ R5 uvedla: „...uvolnit trošku atmosféru,...zjistím, jaké je pacient náтуры a podle toho s ním pak komunikuji.“ „...někam, kde máme klid...“ „Vysvětlíme...“ „No a samozřejmě v klidu, pokud možno ne ve spěchu a s milým přístupem.“

- ❖ vysvětlíme R1/39; R2/39; R3/29, 33, 39, 41; R4/32
- ❖ pozitivní a klidný přístup R1/39; R3/35, 42; R5/30, 61
- ❖ humor R1/40; R2/23; R3/35
- ❖ vstřícnost R1/40; R3/42
- ❖ být milé R2/39; R5/62
- ❖ v soukromí R2/25; R4/32; R5/30
- ❖ dodat pacientovi odvahu R2/39
- ❖ žádné cizí názvy R3/6, 26
- ❖ přistupovat individuálně R1/39; R3/27; R4/18; R5/6, 7
- ❖ přátelská atmosféra R4/33; R5/6, 12

Podkategorie Druh informací

Všechny respondentky uvedly, že pacientovi podávají informace o všem, co souvisí s jeho osobou, to znamená informace o období před operací, během operace i po operaci a všechny respondentky rovněž říkaly, že pacientům vysvětlují také výkony a postupy, které u něj provádějí. Jednotlivé respondentky uváděly různé příklady druhů informací, které pacientům poskytují. R1 se zmínila: „ Lékař pacienta informuje o operačním zákroku a jeho průběhu, sestra mu vysvětlí ošetrovatelské výkony a postupy, které u něj provádí, například klyzma. Vždy je to před provedením výkonu, aby se pacient zbytečně nebál a nestresoval.“ R2 mluvila o tom, že pacienty informuje například o injekci ovlivňující srážlivost krve, o čípku pro správné vyprázdnění, o prášku na spaní pro

klidný a dobrý spánek před operací, o oholení místa operace a jeho okolí či o nutnosti dodržet lačnění a zdržení se kouření od půlnoci před operací. R2 se také zmínila o informovaném souhlasu, o kterém mluvila i R3: „*Ohledně operačního výkonu také podepisuje pacient informovaný souhlas, který si před podpisem přečte a může se na cokoli zeptat.*“ R2 a R3 se zmínily, že pacienty informují o tom, zda mohou očekávat nějakou bolest. R4 uvedla, že nejprve řekne pacientovi, co bude provádět a jak to bude probíhat. R5 řekla: „*...kde co je, kam může, na koho se může obrátit...*“ „*...jak se vše bude odehrávat, jak ze strany stravování, od kdy nejíst, nepít, jak budeme následně pacienta připravovat po fyzické stránce.*“ „*Samozřejmě dle kompetencí.*“ „*...o tom, co naordinoval lékař, jaký bude časový harmonogram předoperační přípravy, vysvětlím jednotlivé výkony. Například pokud má pacient naordinované klyzma, vysvětlím, co je klyzma, jak se provádí a kdy ho pacient dostane. Dále podáváme informace o tom, co se bude dít po výkonu, například o dietě.*“ R5 se zmínila, že jako informační materiál mohou poskytnout články a časopisy a pacientovi v některých případech ukáže rovněž pomůcky.

- ❖ o operačním zákroku R1/ 27; R3/41; R5/20
- ❖ vysvětlení výkonů a postupů R1/27, 28, 29; R2/6, 7, 29; R3/29; R4/21; R5/20, 51
- ❖ od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit R2/8; R5/20
- ❖ premedikace, způsob anestezie či délka zákroku R2/26
- ❖ informovaný souhlas R2/27, 28; R3/31
- ❖ jestli může pacient čekat nějakou bolest R2/30; R3/29
- ❖ co se bude dít před operací, během operace a po operaci R2/5; R3/6, 7, 41; R4/21; R5/20, 57, 58, 61
- ❖ kde co je, kam může R5/13, 14
- ❖ na koho se může obrátit R5/14
- ❖ dle kompetencí R5/29
- ❖ ukázu pomůcky R5/33
- ❖ články, časopisy R5/54

Podkategorie Terapeutický rozhovor

Většina respondentek uvedla, že při terapeutickém rozhovoru je potřeba být empatická a je nutné pacienta vyslechnout. R1 řekla: „...snažit se ho vyslechnout, být empatická...“ R1 dále popsala terapeutický rozhovor takto: „S pacientem promluvit, vše mu vysvětlit, informovat ho o tom, co ho čeká, být vstřícná, ...trpělivá...“ R3 uvedla: „...a ona ho vyslechne, je empatická, nechá pacienta vypovídat...“ R3 rovněž uvedla, že se jedná o rozhovor mezi pacientem a všeobecnou sestrou. R4 se vyjádřila: „Zkusit se do pacienta vcítit, vyslechnout ho...“ R5 se zmínila: „Řídíme se jeho pocity, reakcemi...“ Jako další pro terapeutický rozhovor uváděly některé respondentky dostatek času a soukromí. R2 řekla: „...no a zase ten čas, kterého ale většinou moc není.“ R3 uvedla: „...zřejmě v soukromí a s dostatkem času...“ R4 řekla: „...na takový rozhovor by bylo určitě třeba více času a klidu.“ R5 se zmínila: „Rozhovor v klidném prostředí s dostatkem času na pacienta.“ R5 se vyjádřila také o pozitivně vedeném rozhovoru: „Hlavně, aby byl vedený pozitivně...“ „...snažíme se zůstat v té pozitivní úrovni, když to někdy úplně nejde.“ O nedostatku času mluvila i R2, která také uvedla, že by měl být stanoven plán rozhovoru a měly by být při něm používány asi nějaké techniky: „Měl by být stanoven nějaký plán rozhovoru, abychom získaly určité informace, se kterými pak budeme pracovat. Pravděpodobně se u něj používají nějaké postupy nebo techniky...“

- ❖ vysvětlit R1/36
- ❖ být vstřícná R1/36
- ❖ vyslechnout R1/37; R3/38; R4/27
- ❖ být empatická R1/37; R3/38; R4/27; R5/48, 49
- ❖ trpělivá R1/37
- ❖ mít stanoven plán rozhovoru R2/35
- ❖ používají se nějaké postupy a techniky R2/36
- ❖ rozhovor mezi pacientem a sestrou R3/37
- ❖ v soukromí R3/37; R4/30; R5/47
- ❖ dostatek času R2/37; R3/37; R4/29; R5/47

- ❖ vedený pozitivně R5/47, 48, 49

Kategorie Vzdělávání

Kategorie Vzdělávání se zabývá tím, co si respondentky myslí o vzdělávání v oblasti jistoty a bezpečí pacientů a jaké měly respondentky během své praxe možnosti vzdělávání v oblasti této problematiky. Ke kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: podkategorie Názor všeobecných sester a podkategorie Semináře, kurzy. V podkategoriích jsou kódované výrazy, kterými se respondentky vyjadřovaly k tématu vzdělávání.

Podkategorie Názor na vzdělávání

Většina respondentek se vyjádřila ve smyslu, že základ vědomostí týkajících se pacientovy potřeby jistoty a bezpečí má ze školy a dále, že je naučila praxe. R1 uvedla: *„Sestra se hodně naučí také praxí.“* *„Vystudovala jsem bakalářské studium a tato problematika byla součástí studia.“* R3 řekla: *„Nějaký základ mám ze zdravotní školy a spíše je to také o té empatii a nabraných zkušenostech za ta léta.“* R4 se zmínila: *„...je to spíše o zkušenostech v rámci praxe a na zkušenostech a radě od starších kolegyní. A to, co jsem se naučila na zdravotní škole.“* R5 uvedla: *„Myslím, že na škole se probírá psychologie, potřeby pacienta, takže v každé sestře to je od základu a s délkou praxe se tato oblast vyvíjí.“* R2 se zmínila o finanční oblasti ve vzdělávání: *„...za nemalý poplatek a dopravné...“* *„...si toto nemohu dovolit příliš často.“* R2 rovněž uvedla, že je důležité se v této oblasti zdokonalovat: *„...asi by nebylo na škodu rozšířit si znalosti i v této oblasti, která je pro pacienta velmi důležitá.“* O důležitosti zdokonalování se v oblasti pacientovy potřeby jistoty a bezpečí mluvila i R5: *„...myslím, že v této oblasti se sestra musí stále zdokonalovat.“*

- ❖ praxe naučí R1/42; R3/45; R4/35, 36; R5/66
- ❖ vadí nemalý poplatek a dopravné R2/42, 43
- ❖ základ mám ze školy R1/45; R3/45; R4/36, 37; R5/65

- ❖ je třeba se stále zdokonalovat R2/51, 52; R5/73

Podkategorie Semináře, kurzy

Všechny respondentky mluvily o tom, že seminář či kurz zaměřený na téma pacientova potřeba jistoty a bezpečí zatím nenavštívily, ale nějaký takový seminář nebo kurz by uvítaly. R1 řekla: „*Seminář takto zaměřený jsem neabsolvovala, ale pokud by nějaký byl, ráda bych se zúčastnila.*“ „*...v oblasti rozhovoru a technik, které se dají k úspěšnému rozhovoru použít, bych se ráda něco dozvěděla.*“ R2 mluvila o tom, že nějaké semináře již navštívila, ale všechny byly na jiné téma. Někaký seminář na tuto problematiku by uvítala. R3 uvedla: „*Žádného kurzu ani semináře jsem se nezúčastnila, ale občas by se hodilo umět zvládat nějaké komunikační techniky, abychom mohly s pacientem lépe komunikovat, dostat z něj, co ho trápí a pomoci mu.*“ R4 se zmínila, že žádný seminář na toto téma možnost navštívit neměla, ale nějaký by uvítala, aby se dozvěděla o možnostech, jak vést s pacienty rozhovor, aby se jí co nejvíce svěřili a nebáli se na cokoliv zeptat. R5 se zmínila: „*Seminář týkající se potřeby jistoty a bezpečí pacientů před plánovanou operací jsem zatím možnost navštívit neměla, ale určitě bych nějaký přivítala...*“

- ❖ seminář jsem zatím neměla možnost navštívit R1/46; R2/49; R3/49; R4/40; R5/72
- ❖ seminář bych uvítala R1/46-48; R2/52; R3/49-51; R4/40-42; R5/72, 73

5 Diskuse

Potřeba jistoty a bezpečí je považována za jednu z hlavních potřeb člověka (Bártlová, Matulay, 2009). Mezi zásadní cíle ošetrovatelské péče patří právě uspokojení této potřeby, která je u pacienta přijatého k chirurgickému řešení jeho onemocnění vždy narušena (Šamánková et al., 2006). Proto nás zajímalo, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta, a jaký vliv má všeobecná sestra na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Výzkum ukázal, že prakticky všichni respondenti měli nějaké obavy či negativní pocity, a i když jeden respondent nejdříve řekl, že se nebojí, tak při pokračování rozhovoru mluvil o tom, že „nějaký malý stres“ u něj přece jen bude. Jinak ale působil tento respondent klidným a vyrovnaným dojmem na rozdíl od ostatních respondentů, kteří sice povídali klidně, ale bylo na nich znát, že nějaká úzkost či obavy je trápí. Čtyři respondenti vyslovili obavy v souvislosti s narkózou ve smyslu, že mají strach, zda „*se vůbec probudí*“ nebo se obávali toho, že jim bude po narkóze nevolno. Můžeme dát za pravdu Vymětalovi (2003), jež píše, že mnoho pacientů má obavy, že se po operaci neprobudí. Více než polovina respondentů mluvila také o „*riziku*“, které vždy při operačním výkonu je a jež u nich vyvolávalo negativní pocity. Jedna respondentka riziko konkrétně spojovala se svým onemocněním srdce a měla strach právě z tohoto důvodu. U této respondentky bychom mohli stanovit ošetrovatelskou diagnózu s názvem Strach, jejímž určujícím znakem je vyjádření znepokojení, pocitování obav či zaměření se na zdroj strachu (Herdmann, Kamitsuru, 2016). Dva respondenti uvedli, že jejich „*pocity nejsou nejlepší*“ a jeden z nich řekl, že to chce mít už „*za sebou*“. I když tito respondenti nevyslovili přímo slovo smrt, můžeme souhlasit s Wang et al. (2002) a rovněž s Yilmazem et al. (2012), kteří se zmiňují, že úzkost před operací souvisí se strachem ze ztráty kontroly a ze smrti. Jednu respondentku čekala diagnostická operace, která měla ozřejmit charakter bulky v jejím podpaží, a její obavy se týkaly výsledku operace. Jak uvádějí Zeman a Krška (2011), diagnostická plánovaná operace má objasnit a rozpoznat některé choroby, kdy selhaly jiné vyšetřovací metody. V tomto případě lze souhlasit s Jobánkovou (2002), která se zmiňuje, že každý

plánovaný operační výkon má svou indikaci, rizika a prognózu a může významně zasáhnout do pacientova života a ovlivnit jeho potřebu jistoty a bezpečí. Další respondentku nejvíce trápilo to, jak bude vypadat jizva. Konkrétně se vyjádřila: „*Sice se to má dělat laparoskopicky, ale může se stát, že to budou muset normálně rozříznout, tak abych neměla škaredou jizvu.*“ Tato respondentka vyslovila jako jediná nějaké znepokojení související s kosmetickými důsledky operace. Myslím si, že roli zde hrál určitě její věk a pohlaví. Jak zmiňují Atkinson a Pudner (2010) vnímání obrazu těla se vyvíjí v čase, v různých obdobích života a například jizva po operaci, která změní fyzický vzhled člověka, může ovlivnit jeho sebepojetí a sebedůvěru. V případě této respondentky bychom mohli stanovit ošetrovatelskou diagnózu s názvem Narušení osobní identity související se změnou tělesného vzhledu chirurgickým zásahem, a ošetrovatelskou diagnózu s názvem Snaha zlepšit sebepojetí, kdy je jedním z určujících znaků vyjádření spokojenosti s obrazem těla (Herdman, Kamitsuru, 2016). Vzhledem k odpovědím respondentů lze také jen souhlasit s Jobánkovou (2002), která uvádí, že plánovaný operační výkon narušuje pacientovu potřebu jistoty a bezpečí a také s Plevovou et al. (2011), jež řadí potřebu jistoty a bezpečí mezi psychické potřeby a zdůrazňuje její význam pro vyrovnanost a klid osobnosti. Překvapivě nikdo z respondentů se nezmínil konkrétně o samotném čekání na operaci, a tak se nepotvrdilo to, co uvádějí Kindler et al. (2000) a Yilmaz et al. (2011), když se zmiňují, že jako nejvíce stresující událost pro pacienta je samotné čekání na operaci.

Pro každého člověka je důležité mít se komu svěřit a vypovídat se z toho, co jej trápí, o to víc v zátěžové situaci, jakou operace bezpochyby je. Zacharová et al. (2010) se zmiňují, že všeobecná sestra by se měla snažit získat důvěru nemocného a dát mu příležitost, aby s ní mohl mluvit o obavách, které ho trápí. Výzkum ukázal, že ani jeden z respondentů z řad pacientů všeobecné sestře nic neřekl a jako důvod uváděli, že nechtějí zdržovat, protože nejsou na oddělení sami a všeobecné sestry mají jistě plno své práce. V tomto se shodují s respondentkami z řad všeobecných sester, které poukázaly na to, že ne vždy mají dostatek času pro klidný rozhovor s pacientem. Zároveň respondenti z řad pacientů také uváděli, že „*si myslí, že pokud by něco řekli, všeobecné sestry by je určitě vyslechlly*“, protože „*jsou hodné*“, a pokud něco potřebují

vědět, „*vše jim vysvětlí a na vše odpoví*“. Tento názor sdílím i já, jelikož jsem se mohla s atmosférou na oddělení a s jednotlivými všeobecnými sestrami seznámit a musím konstatovat, že oddělení i personál na mě působili klidným a přívětivým dojmem. Možná kdyby byli respondenti informováni o všem, co souvisí s hospitalizací v dostatečném časovém předstihu, například v rámci edukace v ambulanci, měli by možnost si v klidu vše promyslet a pak probrat v rámci edukace s všeobecnou sestrou, přicházeli by na oddělení s menšími obavami a zároveň i lépe seznámeni s tím, že i když všeobecné sestry mají práci, i tak je mohou oslovit a svěřit jim svá trápení. Lze souhlasit s Kadlecovou (2009), jež píše, že pokud všeobecná sestra informuje pacienta před plánovanou operací v rámci edukace a pacient získá nové vědomosti či dovednosti, může to vést k většímu pocitu jistoty a bezpečí. Také by asi bylo potřeba, aby všeobecné sestry správnou a vhodně zvolenou komunikací uměly dát pacientovi lépe najevo, že se opravdu nemusí bát s čímkoliv se jim svěřit a vždy si pro ně čas najdou, protože, jak se zmiňují Venglářová a Mahrová (2006), je právě všeobecná sestra tím, komu může pacient důvěřovat a svěřit se. Pokud bude všeobecná sestra nejen profesionálkou, ale také citlivou lidskou bytostí, jistě si na takového pacienta čas udělá.

Na tom, jak bude ovlivněna pacientova jistota a bezpečí má vliv, zda pacient v minulosti již nějaký operační výkon podstoupil, a jaký druh zkušenosti to u něj zanechalo. Polovina respondentů podstupovala operační zákrok poprvé, druhá polovina respondentů již nějaké zkušenosti z předešlé operace měla a tyto respondenti uváděli, že „*si něco pamatují z dřívějšího operačního zákroku*“ a „*vědí, jak to v nemocnici chodí a co je asi čeká*“. Lze souhlasit s Tomagovou a Bórikovou (2008), které uvádějí, že jeden z faktorů, jež může ovlivnit pacientovu potřebu jistoty a bezpečí, je minulá životní zkušenost. Nicméně z výzkumu vyplynulo, že ani dřívější zkušenost některých respondentů nezměnila nic na tom, že je provázely nepříjemné pocity a obavy a tyto negativní pocity byly spojené právě s předchozím zážitkem, jak dokazuje výzkum výše, kdy respondenti uváděli například strach z toho, že jim bude opět nevolno z narkózy. O tomto se zmiňují i Santos et al. (2014), když uvádějí, že negativní emoce jsou ovlivněny pacientovými předchozími zkušenostmi s operačním zákrokem. Z toho vyplývá, že i při opakovaných plánovaných operacích by bylo jistě vhodné, aby byl

pacient ještě před nástupem hospitalizace připravován všeobecnou sestrou formou edukace v ambulanci, jak udávají Kadlecová (2009), Burke et al. (2011) či Sadati et al.(2013).

Zásadní roli pro pacientovu potřebu jistoty a bezpečí mají informace. Z vlastní zkušenosti vím, a to jak z pohledu pacienta, tak z pohledu všeobecné sestry, že pokud člověk ví, co ho čeká a je informován o všem, co souvisí s dnem kolem jeho osoby, je pak méně úzkostný, může se na situaci lépe připravit a myslím si, že celou situaci i lépe zvládá. Také Berth et al. (2007) řadí informovanost pacienta před operací mezi faktory ovlivňující předoperační úzkost. Výzkumné šetření ukázalo, že pět respondentů se cítilo být informováno dostatečně a mluvili o tom, že dostali veškeré informace, což shrnuli: „...*jak to všechno bude...*“ a dále uváděli, že byli informováni „*o operaci, o narkóze, o dietě, o možných rizicích*“, o tom „*jaký může být operační nález*“ či na jaký druh oddělení budou umístěni po operaci. To potvrzuje, že se respondentky z řad všeobecných sester, jež kladou na kvalitní informovanost pacienta velký důraz, snaží podávat pacientům informace v dostatečném rozsahu. Dva respondenti hovořili o informovaném souhlasu. Můžeme tedy souhlasit s Nichollsem a Wilsonem (2006), kteří uvádějí, že všechny informace, co pacient od zdravotníků obdrží, jsou podloženy jeho informovanými souhlasy. Pouze jedna respondentka se vyjádřila, že by „*potřebovala více informací o operaci ze strany lékaře*“ a díky tomu nemůžeme zcela souhlasit se Santos et al. (2014), jež udávají, že pacient by měl nastupovat na plánovanou operaci informován od lékaře o důvodu, rozsahu, rizicích a důsledcích chirurgického zákroku. Nelze zcela souhlasit ani s Nichollsem a Wilsonem (2006), kteří uvádějí, že na oddělení navštíví pacienta chirurg, který ho informuje o všech skutečnostech týkajících se operačního zákroku. Bylo by potřeba zajistit, aby v budoucnu k tomuto nedocházelo a pacient byl řádně informován i od lékaře. Nejjednodušším řešením by mohlo být, kdyby se všeobecná sestra při prvním setkání s pacientem zeptala, zda je o operačním výkonu od lékaře informován, a pokud by tomu tak nebylo, zajistila by lékaře, který by situaci napravil. Nejlepším řešením by ale určitě byla již zmiňovaná edukace v rámci ambulantní přípravy. Zároveň je nutné podotknout,

že ze strany všeobecných sester, které řadí podávání informací na první místo, se respondenti cítili být informováni dostatečně.

Dále se respondenti z řad pacientů vyjadřovali k tomu, co pro ně znamená jistota a bezpečí v situaci, kdy je čeká plánovaná operace, a co považují pro svoji jistotu a bezpečí za důležité. Výzkum ukázal, že jistotu a bezpečí znamená pro pacienta všeobecná sestra, na čemž se shodli všichni respondenti, a též zmiňovali lékaře. Zde se tedy názor respondentů z řad pacientů odlišuje od názoru respondentek z řad všeobecných sester, které se domnívají, že jistotu a bezpečí znamenají pro pacienta hlavně informace. Respondenti z řad pacientů mluvili o důvěře k lékaři i důvěře k všeobecným sestřím a o tom, „že se o ně dobře postarají“. Zmiňovali se, že všeobecná sestra by měla být „hodná, ochotná a šikovná“, měla by se „chovat k pacientům hezky“. Jeden respondent například uvedl, že „věří lékaři, který ho bude operovat, a to mu dodává pocit jistoty a bezpečí“. Hovořil také o tom, jak „je důležitý přístup“ všeobecných sester. Jiný respondent mluvil o tom, že když se k němu „chovají všeobecné sestry hezky, hned se cítí lépe a nepřipadá si tak cizí.“ To potvrzuje názor Bártlové (2005), jež píše, že právě všeobecná sestra je člověk, se kterým má pacient v nemocnici nejužší vztah a je mu stále nablízku, a rovněž Venglářové a Mahrové (2006), které jako Bártlová (2005) zdůrazňují důležitost všeobecné sestry, jež přichází s pacientem do častého kontaktu a může mu být oporou. Jako důležité pro svůj pocit jistoty a bezpečí uvedli čtyři respondenti svou „rodinu a kontakt s ní“, kdy uváděli jako pozitivum možnost kdykoliv „s rodinou telefonovat“. Křivohlavý (2002) píše o omezeném kontaktu s blízkými, ale výzkum ukázal, že i tento omezený kontakt s blízkými ve formě telefonického rozhovoru je pro pacientovu jistotu a bezpečí přínosem. Tři respondenti udali, že potřebují „vědět, co je čeká“. To opět poukazuje na to, jak je důležité, aby byl pacient před plánovaným operačním výkonem řádně informován, a opět svědčí pro pozitivní přínos ve prospěch edukace pacienta před plánovaným operačním výkonem, ještě než nastoupí do nemocnice. Na přínos edukace, která začne hned poté, co je rozhodnuto, že pacient bude muset podstoupit plánovaný operační výkon, upozorňují Burke et al. (2011), když uvádějí, že díky takovému postupu jsou pacienti méně úzkostní a celkový pooperační průběh a návrat k běžným

denním činností probíhá lépe než u pacientů, kteří nejsou dostatečně připraveni. Toto potvrzuje také výzkum, který byl proveden Teheránskou univerzitou lékařských věd a jehož výsledky dokazují stejně jako Burke et al. (2011) a Kadlecová (2009), že setkání všeobecné sestry s pacientem před plánovaným operačním výkonem ovlivňuje pozitivně míru pacientovy úzkosti a pooperačních komplikací (Sadati et al., 2013). Tři respondenti se zmínili, že pro pocit jistoty a bezpečí je pro ně podstatný „*pozitivní přístup*“. Dva uvedli „*klid*“ jako významný faktor pro svou jistotu a bezpečí, jeden respondent se zmínil o „*soukromí*“ a jeden respondent řekl, že také „*záleží na tom nahoře, jak to zařídí*“ a jako jediný se tímto dotkl problematiky víry. Pro jednoho respondenta bylo důležité to, aby se mohl co nejdříve vrátit do svého běžného života, jak svými slovy popsal: „...*brzy fungovat...*“

Zajištění pacientovy jistoty a bezpečí závisí z velké části na všeobecných sestřích, které mohou svým přístupem tuto potřebu velmi ovlivnit. Výsledky výzkumu ukazují, že všichni respondenti se shodli na kladném přístupu všeobecných sester a všichni také uváděli, že všeobecné sestry jim „*vše vysvětlí a ukážou*“. Můžeme tedy souhlasit s Walker (2002), která se zmiňuje, že pacient by měl být informován všeobecnou sestrou o péči před operací, v průběhu operace i v pooperačním období. Tři respondenti mluvili o tom, že se všeobecné sestry „*snaží*“, tři respondenti zmínili zájem všeobecných sester o ně, tři respondenti uvedli, že jsou „*spokojeni*“. Jak udává Kapounová (2007), všeobecná sestra má projevit opravdový zájem o pacientovy problémy a snažit se v rámci možností splnit jeho potřeby. Dva respondenti uvedli, že všeobecné „*sestry jsou hodné*“, jeden respondent hovořil o „*vstřícnosti*“ a jeden respondent o „*šikovnosti*“ všeobecných sester. Lze tedy souhlasit s Bártlovou (2005) i Venglářovou a Mahrovou (2006), že všeobecnou sestru považuje pacient, kterého čeká plánovaný operační výkon, za člověka, který má k němu nejbližší. V doporučení pro dosažení co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí se čtyři klienti shodli na tom, že je potřeba, aby na oddělení, na kterém byli hospitalizováni, byly „*stále takové sestry*“, které hodnotili jako „*vstřícné, ochotné a milé*“. Jeden respondent se zmínil o kladném vlivu informací, které dostal, a „*pomohly*“ mu situaci lépe zvládnout. Pouze jedna respondentka podotkla, že k tomu, aby se cítila jistěji a bezpečněji, by „*potřebovala*

více informací od lékaře ohledně postupu a průběhu operace“ a tímto se již po několikrátě potvrzuje, jak důležitou roli hrají informace pro pacientovu jistotu a bezpečí, o čemž se zmiňují například Berth et al. (2007) nebo Walker (2002).

Intimita je jednou z potřeb, kterou musí všeobecná sestra pacientovi zajišťovat. Každý jedinec může vnímat svou intimitu jiným způsobem, a co jednomu člověku nevádí, může pro druhého znamenat již její narušení. Kapounová (2007) píše, že všeobecná sestra by měla klást velký důraz na zajištění intimity pacienta. Výzkum ukázal, že respondenti z řad pacientů byli se zajištěním jejich intimity během pobytu v nemocnici „*spokojeni*“ a neměli k této oblasti „*žádné výhrady*“. Všichni respondenti uvedli, že se všeobecné sestry „*snaží*“ o dodržování jejich intimity a soukromí. Pět respondentů uvedlo, že všeobecné „*sestry klepou na dveře*“ a stejný počet respondentů se zmínil, že „*vyšetřování probíhá v soukromí*“ a není nutné se „*svlékat před ostatními*“ pacienty. Nepotvrdilo se tedy tvrzení Zacharové et al. (2010), že dochází k narušení soukromí pacienta, když se musí obnažovat před ostatními. Dva respondenti mluvili o „*sprše a toaletě v soukromí*“ a jeden respondent hovořil o podávání „*informací v soukromí*“.

Potřeba jistoty a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem očima všeobecných sester, to jak ji ony samotné vnímají, a co považují za ovlivňující faktory, má jistě velký podíl na tom, jak budou tuto pacientovu potřebu saturovat. Výzkum ukázal, že všechny respondentky si myslí, že jistota a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem znamená hlavně to, aby byl pacient „*informován o všem, co ho čeká*“. Sice se shodují s tvrzením Walker (2002), která se zmiňuje, že poskytování informací může redukovat u pacientů negativně prožívaný stres, ale zároveň to ukazuje na fakt, že všeobecné sestry jsou více zaměřené na poskytování informací, než na terapeutickou komunikaci, jež je stejně důležitá. Dvě respondentky se zmínily také o důležitosti „*kontaktu pacienta se všeobecnou sestrou*“ a dvě respondentky zmínily rovněž „*bezpečné okolí*“. Jak uvádí Plevová et al. (2012), bezpečnost je jednou z vlastností kvalitní zdravotní péče. Dle Abualrub, Abu Alhijaa (2014) tvoří všeobecné sestry nejpočetnější pracovní sílu a tím pádem mají největší vliv na bezpečnostní kulturu oddělení. V oblasti ovlivňujících faktorů jistoty a bezpečí se

všechny respondentky jednoznačně shodly na tom, že podstatný vliv má informovanost pacienta, jak píše i Walker (2002). Tři respondentky zmínily jako důležitý faktor to, aby pacient věděl, že na situaci, ve které se nachází, „*není sám*“ a tři respondentky mluvily o „*vlídném přístupu*“ všeobecných sester, který také jistě může ovlivnit jistotu a bezpečí pacienta. Jak uvádí Zacharová et al. (2010), všeobecná sestra by měla být vlídná a měla by se snažit získat si jeho důvěru. Dvě respondentky si myslí, že mezi faktory ovlivňující pacientovu jistotu a bezpečí patří též „*pozitivní přístup*“, další dvě respondentky vyjmenovaly „*soukromí*“ a „*komunikaci každého z personálu s pacientem*“. Po jedné se respondentky vyjádřily o „*času*“, „*klidné atmosféře*“ a rodinných příslušnících pacienta, o kterých se rovněž zmiňují Yilmaz et al. (2012), kdy nutnost odloučení od rodinných příslušníků řadí mezi příčiny předoperační úzkosti.

Jedním z nejdůležitějších cílů ošetrovatelské péče je zajistit jistotu a bezpečí pacienta (Šamánková et al., 2006). Úkolem všeobecné sestry je, aby tohoto cíle dosáhla k pacientově co největší spokojenosti. Výsledky výzkumu ukazují, že všeobecné sestry se domnívají, že situace v této oblasti je „*docela pozitivní*“ a „*zvládají ji dobře*“, zároveň se ovšem také shodly na „*občasném nedostatku času*“. Například jedna respondentka řekla, že „*jsou dny, kdy by bylo potřeba více času na to, aby si mohla s pacientem v klidu sednout a promluvit s ním*“. Podobný pohled na situaci mají rovněž respondenti z řad pacientů, kteří hodnotili přístup všeobecných sester k zajištění jejich jistoty a bezpečí také pozitivně, a též se zmiňovali o nedostatku času. Domnívám se, že otázka času je v této oblasti stále aktuální a vzhledem k současné situaci, kdy je v nemocnicích po celé naší republice nedostatek všeobecných sester, ještě dlouhou dobu bohužel bude. Rozhodně si nemyslím, že rozhodnutí o změně vzdělávání všeobecných sester, které v této době předkládá ministr zdravotnictví, je účinným řešením, ale spíše bych toto nazvala krokem zpět.

K naplnění pacientovy potřeby jistoty a bezpečí musí všeobecná sestra zjistit, ve které oblasti je třeba zasáhnout a jaké intervence má k tomu zvolit. Z výzkumu vyplynulo, že všechny respondentky z řad všeobecných sester se pacientů „*ptají*“ a využívají také pozorování, které o tom, jak se pacient cítí, může hodně napovědět. Můžeme souhlasit s Trešlovou in Tóthová et al. (2014), která poukazuje na důležitost

verbálního i neverbálního vyjádření pacienta. Výzkum rovněž ukázal, že všeobecné sestry se snaží reagovat způsobem, který může eliminovat pacientovy obavy a dodat mu pocit jistoty a bezpečí. Všechny respondentky „vysvětlí“ pacientovi, co je potřeba. Jak uvádí Trešlová in Tóthová et al. (2014), všeobecná sestra vysvětluje, co a jak bude provádět, jestli může pacient něco cítit či jak se bude cítit po nějakém výkonu a co bude následovat. Čtyři respondentky se zmínily, že s pacientem vedou „rozhovor“, pomocí kterého se ho „snaží uklidnit“. Tři respondentky mluvily o spolupráci s pacientem, a to znamená, že pacient je pro všeobecné sestry partnerem, který se může podílet na plánování ošetrovatelské péče. To se shoduje s tím, co píše Trešlová in Tóthová et al. (2014, s. 108), kde udává: „*Sestra připraví pacienta na to nebo k tomu, co bude dělat a jak může pacient do výkonu zasahovat, jak svými schopnostmi a možnostmi přispět.*“ Je potěšující, že více než polovina respondentek zmínila i dotyk, který je dle mého názoru velice důležitý a také velice účinný v situaci, kdy je potřeba saturovat pacientovu potřebu jistoty a bezpečí. Dvě respondentky zmínily „*pozitivní přístup*“ a „*snahu pacientovi vyhovět*“, což se shoduje s tvrzením Kapounové (2007), která uvádí, že všeobecná sestra se má snažit v rámci možností splnit pacientovy potřeby. Jedna respondentka hovořila i o bezpečnostních opatřeních, když zmínila „*postraníce a signalizační zařízení*“ a jedna respondentka mluvila o „*dodržování soukromí a intimacy*“, na kterou klade důraz rovněž Kapounová (2007).

K dovednostem, které by měly všeobecné sestry zvládat, patří umět s pacienty správně komunikovat. Kapounová (2007) uvádí, že všeobecná sestra by měla v pacientovi vzbudit a udržet pocit jistoty a bezpečí správnou komunikací. Výzkum prokázal, že respondentky volí „*individuální přístup*“ k pacientovi a dle toho mu „*vše vysvětlí*“. Jak uvádí Walker (2002), při poskytování informací je třeba volit individuální přístup. Více jak polovina respondentek reaguje na pacientovu potřebu jistoty a bezpečí za použití pozitivního a klidného přístupu, humoru, který dle Balzar-Riley a Smithové (1996) může snižovat napětí a úzkost a pomáhat zvládat strach, a též reagují respondentky zajištěním dostatečného soukromí. Dvě respondentky uvedly, že se chovají k pacientovi „*mile a vstřícně*“, dvě respondentky mluvily o „*přátelské atmosféře*“. Jedna respondentka nepoužívá „*žádné cizí názvy*“ a jedna respondentka

„*dodává pacientovi odvahu*“. Jak se zmiňuje Zacharová et al. (2010) všeobecná sestra by se měla snažit získat důvěru nemocného a dát mu příležitost, aby s ní mohl mluvit o obavách, které ho trápí. Výzkum ukázal, že všechny respondentky podávají pacientům veškeré informace, které se týkají období „*před operací, během operace i po operaci*“ a všechny respondentky rovněž pacientům „*vysvětlují výkony a postupy*“, jež u něj provádějí a toto potvrzuje i názor dotazovaných respondentů z řad pacientů. Dle Trešlové in Tóthová et al. (2014) všeobecná sestra vzájemně propojuje verbální a neverbální komunikaci a rovněž činy a komunikace se tím stává ošetrovatelskou intervencí. Jednotlivé respondentky uváděly konkrétní příklady toho, o čem pacienta informují. Tři respondentky mluvily o informacích „*o operačním zákroku*“, dvě respondentky zmínily příklad, kdy pacient „*od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit*“, dvě uvedly informace týkající se „*informovaného souhlasu*“ a dvě udaly příklad informací o tom, zda „*může pacient očekávat nějakou bolest*“. Jedna respondentka uvedla jako příklad, že pacienta informuje o rozložení oddělení, o pomůckách a k doplnění pacientových informací používá i různé „*články a časopisy*“. Tato respondentka rovněž podotkla, že pacienta informuje „*dle svých kompetencí*“. I když se tato respondentka zmínila o kompetencích jako jediná, podle odpovědí ostatních respondentek lze usuzovat, že si své kompetence také uvědomují a nepřekračují je. Podávání informací je jednou z intervencí, která může pomoci snížit pacientův strach a úzkost. Velmi důležitou intervencí, kterou by měla všeobecná sestra zvládat a používat, je rovněž terapeutický rozhovor. Jobánková (2002) uvádí, že terapeutický rozhovor má pacientovi umožnit vyjadřovat své pocity a myšlenky, které před plánovanou operací má. Výzkum ukázal, že terapeutický rozhovor není pro všeobecné sestry zcela neznámým pojmem, ale také to, že by si v této oblasti měly nějaké znalosti a dovednosti doplnit. Jak uvádí Trešlová in Tóthová et al. (2014), účinná terapeutická komunikace je vědomá a je nutné se této dovednosti učit a zdokonalovat se v ní. Čtyři respondentky uvedly, že při takovém rozhovoru je třeba být „*empatická*“, stejně jako Jobánková (2002), Zacharová et al. (2007) a Trešlová in Tóthová et al. (2014). Podle Plevové et al. (2011) schopnost empatie umožňuje všeobecné sestře dívat se na pacientovy obavy a potřeby jeho očima a díky tomu všeobecná sestra umí poskytnout pacientovi oporu, porozumět mu a dávat

pocit jistoty a bezpečí. Čtyři respondentky se zmínily, že na terapeutický rozhovor je dobré mít „*dostatek času*“, který, jak už jsme již uvedli, vždy nebývá, a o kterém se zmiňuje také Křivohlavý (2010) v souvislosti s nasloucháním. Dart (2011) ve své publikaci věnuje velkou část terapeutické komunikaci, o které říká, že „*hraje nepostradatelnou roli v ošetrovatelské praxi*“ (str. 15). Tento způsob komunikace je uctivý, naznačuje, že pacientovi nasloucháme, vyjadřuje zájem sestry a její empatický přístup. Často je však zastíněn jinými věcmi, které se zdají být více důležité. Saturace potřeby jistoty a bezpečí úzce souvisí s komunikací a informovaností, která pomáhá tomu, aby pacient mohl dobře spolupracovat a dodržovat potřebný léčebný postup. Výsledky provedených studií deklarují, že nejúspěšnější je, když sestra a pacient vzájemně vyjednávají a dohodnou se na konkrétním postupu. Není divu, že terapeutická komunikace není realizována tak, jak by bylo potřeba, když tomu brání pracovní podmínky a přetíženost sester (Dart, 2011).

Tři respondentky řekly, že při terapeutickém rozhovoru všeobecná „*sestra pacienta vyslechne*“ a tři respondentky podotkly důležitost „*soukromí*“ pro rozhovor. Jedna respondentka mluvila o „*vstřícnosti*“ a „*trpělivosti*“ a také uvedla, že při terapeutickém rozhovoru pacientovi vše „*vysvětlí*“. Jedna respondentka si myslela, že musí být „*stanoven nějaký plán rozhovoru*“ a používají se při něm různé „*techniky*“. To se shoduje s Trešlovou in Tóthová et al. (2014) kde se udává, že terapeutický rozhovor je proces probíhající v několika fázích, a také s Jobánkovou (2002), jež uvádí, že ke správně vedenému terapeutickému rozhovoru je třeba dodržovat několik zásad a technik. Jedna respondentka hovořila o tom, že je dobré vést rozhovor v „*pozitivní*“ úrovni.

Jedním z požadavků, které jsou na všeobecnou sestru kladeny, je celoživotní vzdělávání. Proto je také v oblasti jistoty a bezpečí žádoucí, aby všeobecná sestra měla možnost neustále se vzdělávat a zlepšovat. Čtyři respondentky zastávají názor, že „*základ mají ze školy*“ a hodně je naučila a „*naučí praxe*“. Dvě respondentky zároveň dodaly, že je „*potřeba se stále zdokonalovat*“. Můžeme souhlasit s Jobánkovou (2002), jež uvádí, že terapeutický rozhovor je jednou z dovedností, které by měla všeobecná sestra ovládat, stále ji procvičovat a zdokonalovat se v ní. Jedné z respondentek „*vadí*

nemalý poplatek“, který musí vynakládat v souvislosti z účasti na seminářích. Všechny respondentky se shodly, že seminář či kurz zabývající se touto problematikou ještě žádný „*nenavštívily*“ a nějaký by určitě rády „*uvítaly*“, což je jistě pozitivní, protože respondentky si uvědomují, kde jsou nedostatky a mají zájem na sobě pracovat, protože, jak se zmiňují Dörner et al. (2010) všeobecná sestra, která ovládá terapeutickou komunikaci, je pro pacienta velkou oporou v situaci, kdy se musí přizpůsobovat novým nebo změněným podmínkám a svým působením příznivě ovlivňuje také celý pacientův léčebný proces. Sama jsem se podrobněji o komunikaci dozvěděla více až při vysokoškolském studiu, kdy je probírána v rámci samostatného předmětu a zároveň se prolíná i s předměty jinými. Během praxe je ovšem také potřeba zjistit, zda se v této oblasti ubírám správným směrem a k tomu potřebuji nějakou zpětnou vazbu, kterou mohu získat například právě při semináři nebo kurzu zabývajícím se tímto tématem.

Zjistili jsme, že plánovaný operační výkon negativně ovlivňuje pacientovu potřebu a bezpečí, a to i v případě, že pacient již nějaké předchozí zkušenosti s operací má, protože právě minulá zkušenost může mít na tuto potřebu rovněž negativní vliv. Nejčastěji mají pacienti obavy z narkózy, kdy mají buď strach, že se neprobudí, nebo se obávají nevolnosti, která po ní může následovat. Jedna pacientka se obávala výsledku diagnostické operace a jednu pacientku trápilo kosmetické hledisko operace. Až na jednu pacientku, která nebyla informována lékařem ohledně samotného operačního výkonu, se ostatní pacienti cítili být dostatečně informováni a vyjmenovávali pro příklad konkrétní druh informací, které dostali. Zde jsme zjistili nedostatek v informovanosti pacientky, který negativním způsobem ovlivnil její jistotu a bezpečí.

Výzkumné šetření dále ukázalo, že pro pacienty, které čeká plánovaný operační výkon, je jistotou a bezpečím všeobecná sestra a také lékař, kterým pacienti důvěřují. O všeobecných sestrách se pacienti vyjadřovali jen v pozitivní rovině a výzkum jednoznačně ukázal, že všeobecná sestra má klíčový vliv na saturaci potřeby jistoty a bezpečí pacienta před plánovaným operačním výkonem a je pro pacienta v jeho situaci opravdu tím nejbližším člověkem, který mu může být oporou. Všeobecné sestry si uvědomují, co pro pacienta znamená potřeba jistoty a bezpečí a znají faktory, které ji ovlivňují a k pacientovi volí individuální přístup. Všeobecné sestry se snaží eliminovat

pacientův strach a úzkost související s plánovaným operačním výkonem tím, že ho informují o všech ošetřovatelských výkonech a postupech, odpovídají mu na dotazy, pohlížíjí na pacienta jako na rovnocenného partnera, se kterým spolupracují. Při komunikaci se všeobecné sestry snaží využívat empatii, naslouchání, pozitivní a vstřícný přístup, některé se zmiňovaly o dotyku. Výzkumné šetření ukázalo, že občas není dostatek času pro rozhovor s pacientem, a také to, že všeobecné sestry, i když vědí, co terapeutický rozhovor je, a některé jeho techniky využívají, nemají v této oblasti kompletní znalosti a dovednosti. Výzkumné šetření dále ukázalo, že žádná ze všeobecných sester neměla možnost navštívit seminář či kurz zabývající se problematikou potřeby jistoty a bezpečí pacienta před plánovaným operačním výkonem. Příjemným zjištěním je, že všeobecné sestry si toto uvědomují a mají zájem potřebné znalosti a dovednosti získat a zlepšovat. Dalším důležitým faktorem, který pacienti uváděli pro to, aby se cítili jistě a bezpečně, byly dostatečné informace a také jejich rodina.

Výsledky šetření ukazují, že nedostatky jsou v oblasti informovanosti pacientů ze strany lékaře. Výsledky rovněž dokazují, že pacient v momentě, kdy se dozví, že půjde na plánovaný operační výkon, by měl být edukován ambulantní formou o všem, co s operačním výkonem souvisí. Měl by více času si vše promyslet, získat informace a k hospitalizaci by nastupoval lépe připraven po psychické stránce. Tím by došlo nejen ke snížení míry obav před plánovaným operačním výkonem, ale odstranily by se také nedostatky v informovanosti pacientů ze strany lékaře a občasný deficit času, na který výzkum také poukazuje. Z výsledku šetření rovněž vyplynulo, že by si všeobecné sestry měly doplnit znalosti a dovednosti v oblasti terapeutické komunikace.

6 Závěr

Tato diplomová práce se zabývá tématem potřeby jistoty a bezpečí před plánovaným operačním výkonem z pohledu pacienta a všeobecné sestry. Cílem práce bylo zjistit, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta a zároveň zjistit vliv všeobecné sestry na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. S pacienty a se všeobecnými sestrami, byly uskutečněny hloubkové rozhovory s jejich souhlasem. Z rozhovorů byla zjištěna fakta, ze kterých jsme získali odpovědi na výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jak plánovaný operační výkon ovlivňuje potřebu jistoty a bezpečí pacienta. Z výzkumu vyplynulo, že všichni dotazovaní pacienti mají před plánovaným operačním výkonem obavy a nezáleží na tom, zda mají minulou zkušenost s operačním výkonem. Naopak minulá zkušenost ovlivňuje pacientovu jistotu a bezpečí ve smyslu negativním. Dotazovaní pacienti se obávají následků narkózy a konkrétně toho, že se neprobudí, nebo že jim bude po narkóze nevolno. Oslovení pacienti se obávají rovněž rizik, která s plánovaným operačním výkonem souvisí a kterých si jsou vědomi, a také výsledku operace, který může rozhodnout o diagnóze nebo zanechat kosmetické následky. Pro oslovené pacienty mají velký význam také informace související s jejich plánovaným operačním výkonem a pro jednu pacientku, které chyběly informace ohledně operačního výkonu, to znamenalo další narušení její jistoty a bezpečí. Pro jistotu a bezpečí dotazovaných pacientů je důležitý také kontakt s vlastní rodinou.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaký vliv má všeobecná sestra na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem. Výzkumné šetření ukázalo, že všeobecná sestra má na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacienta v souvislosti s plánovaným operačním výkonem klíčový vliv. Všeobecná sestra znamená pro dotazované pacienty samotnou jistotu a bezpečí, je pro ně nejbližším člověkem, který jim může být oporou. Dotazované všeobecné sestry si uvědomují, co znamená pro pacienta potřeba jistoty a bezpečí, znají také faktory,

keré mohou tuto potřebu ovlivňovat a snaží se k pacientům zaujímat individuální přístup a v rámci možností jim ve všem vyhovět.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jaké jsou nedostatky v uspokojování potřeb jistoty a bezpečí u pacientů před plánovaným operačním výkonem. Výzkum ukázal nedostatky v informovanosti oslovených pacientů, kdy jedna z dotazovaných pacientek nebyla informována o operačním zákroku ze strany lékaře a byla tak negativně ovlivněna její jistota a bezpečí. V oblasti informovanosti a přípravy pacienta na plánovaný operační výkon by bylo vhodné zahájit jeho edukaci v ambulanci už v momentě, kdy se pacient dozví, že půjde na plánovaný operační výkon, aby přicházel k hospitalizaci obeznámen se všemi skutečnostmi a mohla být tak snížena míra negativního vlivu plánované operace na jeho potřebu jistoty a bezpečí. Dalším nedostatkem, který výzkumné šetření odhalilo, jsou neúplné znalosti a dovednosti oslovených všeobecných sester v oblasti terapeutické komunikace, což si ale uvědomují a mají zájem si je doplnit.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala tím, jak může všeobecná sestra pomoci zvládat pacientovi strach a úzkost související s plánovaným operačním výkonem. Dotazované všeobecné sestry se snaží pomoci pacientovi zvládat strach a úzkost související s plánovaným operačním výkonem tím, že ho informují o všem, co se bude dít, co operace obnáší, co může očekávat či co bude následovat, zodpovídají jeho dotazy, mají pacienta za rovnocenného partnera, se kterým spolupracují. Dotazované všeobecné sestry komunikují s pacientem klidným a vlídným přístupem, na pozitivní úrovni, využívají naslouchání, empatii, humor a dotyk.

Na základě výsledků výzkumného šetření a po domluvě s hlavní sestrou nemocnice bude uspořádán seminář na téma Komunikace s pacientem před plánovaným operačním výkonem se zaměřením na terapeutickou komunikaci a terapeutický rozhovor. Ostatní zjištěné nedostatky, týkající se nedostatečné informovanosti pacientů a možnosti lepší přípravy pacientů před plánovaným operačním výkonem v rámci edukace v ambulanci, budou řešeny managementem nemocnice.

7 Klíčová slova

Potřeba jistoty a bezpečí

Plánovaný operační výkon

Pacient

Všeobecná sestra

Komunikace

8 Seznam použitých zdrojů

ABUALRUB, Raeda Fawzi and Eyad Hani ABU ALHIJAA. The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. *Nursing Forum* [online]. 2014, 2015-11-15, **49**(2): 139-150 [cit. 2015-11-15]. DOI: 10.1111/nuf.12067. ISSN 00296473. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/nuf.12067>.

ANTAI-OTONG, Deborah, 2007. *Nurse-Client Communication: A Life Span Approach*. Sudbury: Jones and Bartlett, 251 p. ISBN 978-0-7637-3588-3.

ATKINSON, Adéle and Rosemary PUDNER, 2010. Altered body image and the surgical patient. In PUDNER, Rosemary. *Nursing the surgical patient*. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier, p. 91 – 102. ISBN 978-0-7020-3062-8.

BALZAR-RILEY, Julia W. and Susan SMITH, 1996. *Communications in nursing: communicating assertively and responsibly in nursing: a guidebook*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 471 p. ISBN 9780815105626.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny: Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BERTH, Hendrik, Katja PETROWSKI and Friedrich BALC. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) – the first trial of a German version. *GMS Psycho-Social Medicine*, 2007, roč. 20, č. 4, s. 1-8. ISSN 1860-5214.

BURKE, Karen M., Elaine MOHN-BROWN and Linda EBY, 2011. *Medical-surgical nursing care*. 3rd ed. Boston: Pearson, 1402 p. ISBN 978-0-13-608004-6.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 268 s. ISBN 9788024731292.

DART, Michelle A., 2011. *Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the patient*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 289 p. ISBN 978-0-7637-7385-4.

DeVITO, Joseph A., 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

DÖRNER, Klaus, Ursula PLOG, Christine TELLER und Frank WENDT, 2015. *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. 23. Aufl. Bonn, 640 s. ISBN 978-3884145104.

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

HERDMAN, Heather, T., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

HERDMAN, Heather T. a Shigemi KAMITSURU, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Praha: Grada, 440 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

HERZBERG, Frederick, Bernard MAUSNER and Barbara Bloch SNYDERMAN, 1993. *The motivation to work*. New Brunswick, N.J., U.S.A.: Transaction Publishers, 180 p. ISBN 156000634X.

HORSKÁ, Viola, 2009. *Koučování ve školní praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2450-8.

JACOBS, Michael, 2000. *Swift to hear: facilitating skills in listening and responding*. 2nd ed. London: SPCK Publishing, 160 p. ISBN 9780281052608.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JOBÁNKOVÁ, Marta, 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

KADLECOVÁ, Iveta, 2009. *Edukační postupy v chirurgických oborech*. České Budějovice, 85 s.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KINDLER, Christoph. H, Christoph HARMS, Felix AMSLER, Thomas IHDE-SCHOLL and Daniel SCHEIDEGGER. The Visual Analog Scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia and Analgesia*, 2000, roč. 90, č. 3, p. 706 – 712. ISSN 0003 – 2999.

KOTLER, Philip a Kevin L. KELLER, 2007. *Marketing management*. 12. vyd. Praha: Grada, 788 s. ISBN 978-80-247-1359-5.

KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ, Rita OLIVIEROVÁ a Tibor BAŠKA, 1995. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Povídej - naslouchám*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 135 s. ISBN 978-80-7195-405-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1973. *On death and dying*. London: Routledge, 260 p. ISBN 9780415040150.

LEMONE, Priscilla, Karen M. BURKE and Gerene BAULDOFF, 2011. *Medical-surgical nursing: critical thinking in patient care*. 5th ed. Boston: Pearson, 1869 p. ISBN 978-0-13-507594-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatel'ská diagnostika: v moderní ošetrovatel'ské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MCARTHUR-ROUSE, Fiona J. and Sylvia PROSSER, 2008. *Assessing and Managing the Acutely Ill Adult Surgical Patient*. Chichester: John Wiley & Sons, 272 p. ISBN 9780470691243.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

NAKONEČNÝ, Milan, 2000. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 336 s. ISBN 80-200-0763-6.

NICHOLLS, Anthony and Iain WILSON, 2006. *Perioperative medicine: managing surgical patients with medical problems*. Oxford: Oxford University Press, 400 p. ISBN 9780199211739.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

PUDNER, Rosemary, 2010. *Nursing The Surgical Patient*. 3rd ed. Londýn: Elsevier, 593 p. ISBN 978-0-7020-3062-8.

Řešení oblastí bezpečí pacientů. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2007, 2010 [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/reseni-oblasti-bezpeci-pacientu_2375_20.html

SADATI, Leila, Abdolreza PAZOUKI, Abolfazl MEHDIZADEH, Saeed SHOAR, Zeinab TAMANNAIE and Shahla CHAICHIAN. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2013, **27**(4), 994-998 [cit. 2016-03-17]. DOI: 10.1111/scs.12022. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12022>

SANTOS, Marisa, José MARTINS and Luís OLIVEIRA. Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência* [online]. 2014, **IV Série**(3), 7-15 [cit. 2016-03-02]. DOI: 10.12707/RIII1393. ISSN 08740283. Dostupné z: http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2461&id_revista=24&id_edicao=68

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-24-4414-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠTIKAR, Jiří, 2003. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 80-246-0448-5.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ, 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRČ, Tomáš, 1994. *Čeká vás operace*. Praha: Maxdorf Medica, 76 s. ISBN 80-85800-02-0.

TREŠLOVÁ, Marie. *Komunikace ve fázích ošetrovatelského procesu*. In TÓTHOVÁ, Valérie et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

WALKER, Jennie April. Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British Journal of Nursing*, 2002, roč. 11, č. 8, p. 567 – 575. ISSN 0966-0461.

WANG, Shu-Ming, Lina KULKARNI, Jackqulin DOLEV and Zeev N. KAIN. Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. *Anesthesia and Analgesia*, 2002, roč. 94, č. 6, p. 1489 – 1494. ISSN 0003 – 2999.

WORKMAN, Barbara A. and Clare L. BENNET, 2002. *Key nursing skills*. London: Whurr, 350 p. ISBN 978-1861563224.

YILMAZ, Meryem, Hafize SEZER, Hesna GÜRLER and Mine BEKAR. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2012, **21**(7-8), 956-964 [cit. 2016-03-02]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x.

ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x>

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a Vladimír LITTVA, 2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

9 Seznam příloh

1. Otázky k hloubkovému rozhovoru
2. Technika kódování

Příloha 1 Otázky k hloubkovému rozhovoru

Otázky pro pacienty

1. Jaké je Vaše pohlaví a Váš věk? Jaký Vás čeká operační výkon?
2. Jaké máte pocity či obavy před plánovanou operací? Můžete mi je popsat?
3. Jaké jste dostal/a informace v souvislosti s plánovaným operačním výkonem?
4. Co pro Vás v situaci, kdy Vás čeká plánovaná operace, znamená jistota a bezpečí?
5. Co vnímáte jako důležité pro Vaši jistotu a bezpečí?
6. Jak hodnotíte přístup všeobecných sester k zajištění Vaší jistoty a bezpečí?
7. Jak vnímáte zajištění Vaší intimity?
8. Co byste potřeboval/a nebo doporučil/a, abyste dosáhl/a co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí?
9. Jakým způsobem reagují všeobecné sestry na Vaše obavy a pocity, které jste vyjádřil?

Otázky pro všeobecné sestry

1. Jaká je Vaše délka praxe a Váš věk?
2. Jak byste svými slovy definovala jistotu a bezpečí v souvislosti s plánovaným operačním výkonem?
3. Znáte nějaký z faktorů, které mají vliv na pacientovu jistotu a bezpečí?
4. Jak byste hodnotila současnou situaci v saturování pacientovy potřeby jistoty a bezpečí?
5. Jakým způsobem zjistíte pacientovu potřebu jistoty a bezpečí?
6. Jakým způsobem reagujete na pacientovu potřebu jistoty a bezpečí?
7. Jakým způsobem informujete pacienta o výkonech, které u něj provádíte?
8. Jakým způsobem pomáháte pacientovi získat pocit jistoty a bezpečí?
9. Jak byste popsala terapeutický rozhovor?

10. Jakým způsobem komunikujete s pacientem před plánovaným operačním výkonem?
11. Co si myslíte o vzdělávání v oblasti potřeby jistoty a bezpečí pacientů?
12. Jaké jste měla během své praxe možnosti vzdělávání v oblasti potřeby jistoty a bezpečí pacientů před plánovaným operačním výkonem? Kurz, seminář týkající se problematiky?

Příloha 2 Technika kódování

R6

1 Jaké je Vaše pohlaví a Váš věk? Jaký Vás čeká operační výkon?

2 „Muž, 40 let, jdu na operaci se žlučnickovými kameny.“

3 Jaké máte pocity či obavy před plánovanou operací? Můžete mi je popsat?

4 „No tak určitě je tu nějaký strach a negativní myšlenky. Jdu na operaci poprvé, tak je to pro mě nová zkušenost. Taky mě napadlo, abych se vůbec probudil nebo se něco nezkomplikovalo.“
5 „Mám rodinu a musím se o ně postarat. Tak, aby všechno dobře dopadlo.“

6 Jaké jste dostal/a informace v souvislosti s plánovaným operačním výkonem?

7 „Když mě přijímal doktor, tak mi řekl, že to bude laparoskopicky a jen v případě, že by něco nešlo, tak bude normální řez. Taky za mnou byl doktor, co mě bude uspávat a říkal mi o narkóze. No a hodně mi řekly sestřičky. Ukázaly mi oddělení, řekly mi o tom, jak to dnes vše bude probíhat, třeba, že dostanu klystýr, že po operaci půjdu na jipku a budu mít nějaké ty nádechky, že nebudu ze začátku nic jíst a pak budu muset dodržovat dietu, řekly mi všechno.“

8 Co pro Vás v situaci, kdy Vás čeká plánovaná operace, znamená jistota a bezpečí?

9 „Určitě vědět toho co nejvíce o tom, co mě čeká. Moje rodina a kontakt s ní. Je fajn, že si tady můžu zavolat. Ochotné sestřičky, které dokážou svým chováním dodat klid a optimismus.“

10 Co vnímáte jako důležité pro Vaši jistotu a bezpečí?

11 „Právě ty sestřičky, se kterými se během dne setkáváte, a věřím, že se o mě dobře postarají a také doktoři, věřím v jejich schopnosti. Můj osud je vlastně v jejich rukou. No a od věci jistě není ani trocha optimismu a pozitivní přístup, aby se člověk zbytečně víc nenervoval.“

23 Jak hodnotíte přístup všeobecných sester k zajištění Vaší jistoty a bezpečí?

24 „^{PŘÍKLAD U.S.} Sestřičky se snaží. ^{POCIT INFO} Vše mi vysvětlí, ^{DUKŮ INFO} řekly mi o všem, ^{DUKŮ} co mě tady čeká, ^{DUKŮ} jak to bude před ^{DUKŮ} operací, ^{INFO} v den operace a po operaci. ^{PŘÍKLAD U.S.} Ptají se, jestli něco nepotřebuji. Mají zájem.“

25 Jak vnímáte zajištění Vaší intimity?

26 „^{SPOLNOST S JINÝMI} Řekl bych, že vzhledem k tomu, že jsem v nemocnici a ne na hotelu nebo doma, to je v ^{SPOLNOST S JINÝMI} pořádku. ^{SPOLNOST S JINÝMI} Na pokoji jsem ještě se dvěma pacienty, máme tu klid, ^{SPOLNOST S JINÝMI} všichni tady klepou, ^{SPOLNOST S JINÝMI} než ^{SPOLNOST S JINÝMI} přijdou na pokoj. ^{SPOLNOST S JINÝMI} Informuji mě v soukromí, vyšetření a všechny stavy, ^{SPOLNOST S JINÝMI} kdy se musím ^{SPOLNOST S JINÝMI} obnažovat, ^{SPOLNOST S JINÝMI} probíhají také v soukromí, takže ^{SPOLNOST S JINÝMI} intimitu se zajistit snaží.“ ^{SPOLNOST S JINÝMI}

28 Co byste potřeboval/a nebo doporučil/a, abyste dosáhl/a co nejlepšího pocitu jistoty a bezpečí?

29 „^{DOPORUČENÍ} Aby tady byl ^{DOPORUČENÍ} pořádek milý a ochotný personál, také aby byl schopný a zaměstnavatel se snažil ^{DOPORUČENÍ} tento stav udržet. ^{DOPORUČENÍ} A taky dodržovat ty informace, aby každý věděl, do čeho jde. ^{DOPORUČENÍ} Mně to určitě ^{DOPORUČENÍ} pomohlo, když mi všechno vysvětlili.“

33 Jakým způsobem reagují všeobecné sestry na Vaše obavy a pocity, které jste vyjádřil?

34 „^{PŘÍKLAD U.S.} Většinou jsem se jen na něco zeptal a na to mi vždycky ^{PŘÍKLAD U.S.} odpověděly a vše mi vysvětlily, ^{PŘÍKLAD U.S.} ale ^{PŘÍKLAD U.S.} nějak více jsem se ^{PŘÍKLAD U.S.} nesvěřoval, ^{PŘÍKLAD U.S.} to by bylo na ^{PŘÍKLAD U.S.} delší dobu a to je ^{PŘÍKLAD U.S.} nechci zdržovat.“