



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika zhodnocení potřeb pacienta
v chirurgickém ošetřovatelství**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Teřana Kulajec

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Problematika zhodnocení potřeb pacienta v chirurgickém ošetřovatelství jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5. 8. 2022

.....

Bc. Teřana Kulajec

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Lence Šedové, Ph.D. především za ochotu, užitečné rady a čas, který mi při odborném vedení diplomové práce věnovala.

Problematika zhodnocení potřeb pacienta v chirurgickém ošetřovatelství

Abstrakt

Současný stav: Problematika zhodnocení potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení je výchozím momentem ošetřovatelské péče. V současné době dochází k rozvoji holistického pojetí péče o pacienta a k rozvoji spolupráce s rodinou.

Cíle práce: Zjistit úlohu sestry při uspokojování potřeb u pacienta, zjistit, jakým způsobem se rodina podílí na uspokojování potřeb pacienta a zhodnotit, jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetřovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení.

Metodika: Ke zpracování výzkumné části diplomové práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření a metody dotazování, techniky sběru dat formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumného šetření se zúčastnily sestry, které pracují na chirurgickém oddělení. Dále byli účastníky pacienti, kteří jsou hospitalizováni na chirurgickém oddělení alespoň dva dny, a rodinní příslušníci, kteří o pacienta pečují. Všechny rozhovory byly vyhodnoceny otevřeným kódováním metodou tužka–papír, takto zpracované výsledky jsem následně kategorizovala. Součástí je také analýza ošetřovatelské dokumentace daného pacienta. Ošetřovatelská dokumentace byla zhodnocena sekundární analýzou dat.

Výsledky: Úloha sestry spočívá především v identifikaci a následné saturaci potřeb. Při zhodnocení uspokojování potřeb se všichni pacienti shodli na tom, že vše hodnotí pozitivně. I když podle sester k saturaci potřeb nemají dostatek času. Rodina se nejčastěji v péči o příbuzného podílí na psychické podpoře, finanční podpoře, zajištění chodu domácnosti, dodání potřebných věcí a následné péči. Při analýze ošetřovatelské dokumentace se ukázalo, že sestry při změně zdravotního stavu pacienta neprovedly přehodnocení jeho fyzického stavu.

Závěr: Ke komplexnímu zhodnocení a zaznamenávání potřeb pacienta do ošetřovatelské dokumentace může přispět zvýšení počtu sester ve zdravotnických zařízeních a zavedení školení nebo seminářů na dané téma.

Klíčová slova:

potřeba; uspokojování potřeb; chirurgické ošetřovatelství; zhodnocení potřeb; úloha sestry; úloha rodiny

The Matter of Evaluation of Patient's Needs in Surgical Nursing

Abstract

Current situation: An issue of evaluating needs of a patient hospitalised at the surgery department is an initial moment of nursing care. At present, a development of holistic approach in care of a patient occurs as well as a cooperation with a family.

Aims of thesis: To determine a role of a nurse in meeting patient's needs, to determine how a family participates in meeting patient's needs and to evaluate what are the differences between the needs of a patient recorded in nursing documents and current needs of a patient at a surgery department.

Methodology: For processing the research part of the diploma thesis, a quantitative research construct and interviewing methods were used, techniques of data collecting by a form of half-structured interviews. Nurses employed at the surgery department participated in the research construct. Furthermore, there were patients included hospitalised at the surgery department at least two days and members of families who take care of the patient. All the interviews were evaluated by open coding through a method pencil-paper; the results processed by this method were categorised. To this part also an analysis of nursing documents of a given patient belongs. The nursing documents were analysed by means of secondary data analysis.

Results: The role of a nurse is based on identification and following saturation of needs. During an evaluation of meeting needs, all the patients agreed with an overall positive evaluation. However, according to the nurses, these have not enough time for saturation the needs. A family participates mostly in psychological support, financial support, household functioning, necessary items delivery and following care in the care of a relative. It emerged during an analysis of nursing documents that the nurses did not re-evaluated patients' physical condition during a change of his/her health condition.

Conclusion: To a complex evaluation and recording of the needs of patients in nursing documents a higher number of nurses in health institutions can contribute as well as introducing training courses and seminars focused on this topic.

Key words:

need, meeting needs, surgery nursing, needs evaluation, nurse's role, family role

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Charakteristika a klasifikace potřeb	10
1.1.1 Klasifikace potřeb podle A. H. Maslowa	11
1.1.2 Klasifikace potřeb podle Berelsona a Steinerja, klasifikace podle Murraye 11	
1.2 Faktory modifikující uspokojování potřeb	12
1.3 Uspokojování potřeb pacienta pomocí ošetrovatelského procesu	14
1.4 Ošetrovatelská péče během předoperační přípravy.....	17
1.5 Peroperační ošetrovatelská péče	21
1.6 Pooperační ošetrovatelská péče	23
1.7 Modifikace potřeb pacienta v souvislosti s operačním výkonem	26
1.7.1 Biologické potřeby pacienta po chirurgickém výkonu	28
1.7.2 Psychické potřeby pacienta po chirurgickém výkonu.....	31
1.7.3 Spirituální, kulturní a sociální potřeby pacienta po chirurgickém výkonu33	
1.8 Role sestry v péči o pacienta po chirurgickém výkonu.....	34
1.9 Role rodiny v péči o pacienta po chirurgickém výkonu.....	36
2 Cíle práce a výzkumné otázky	38
2.1 Cíle práce.....	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 Metodika	39
3.1 Metodika výzkumu.....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40
4 Výsledky	42
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	42
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty	53
4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodinou	62
5 Diskuse	71
6 Závěr	82
7 Seznam použitých zdrojů	84
8 Seznam příloh	93
9 Seznam použitých zkratk	94

Úvod

Tématem diplomové práce je problematika zhodnocení potřeb pacienta v chirurgickém ošetrovatelství.

Potřebu lze charakterizovat jako stav nedostatku nebo naopak nadbytku v oblasti biologické, psychické, sociální nebo spirituální. Problematika zhodnocení potřeb pacienta je v současné době stále aktuálním tématem. Jedná se o výchozí moment a nedílnou součást ošetrovatelské péče o pacienta hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení. Všichni pacienti jsou jedineční a mají své individuální potřeby, které je třeba identifikovat. V současné době dochází k rozvoji holistického pojetí péče o pacienta a k rozvoji spolupráce s rodinou. I přesto jsou některé potřeby opomíjeny a nedochází k jejich uspokojení. Při jejich neuspokojení nastává nerovnováha organismu a člověk vyhledává způsoby k opětovnému nastolení homeostázy a docílení pocitu uspokojení. Potřeby je tedy nutné neustále naplňovat a udržovat je v rovnováze, jinak dojde k pocitu frustrace nebo dokonce deprivace.

Tato diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se věnujeme definici a klasifikaci potřeb, faktorům modifikujícím uspokojování potřeb a ošetrovatelskému procesu. Dále se zabýváme předoperační přípravou, peroperační a pooperační ošetrovatelskou péčí. V empirické části se zaměřujeme i na modifikaci potřeb pacienta v souvislosti s operačním výkonem. Zde se zabýváme změnou biologických, psychických, spirituálních, kulturních a sociálních potřeb pacienta. Popisujeme zde i roli sestry a rodiny v péči o pacienta po chirurgickém výkonu.

V empirické části diplomové práce je popsána metodika výzkumu a výsledky rozhovoru se sestrami, pacienty a rodinnými příslušníky pacientů. Cílem empirické části výzkumu je zjistit úlohu sestry při uspokojování potřeb u pacienta na chirurgickém oddělení a zjistit, jakým způsobem se rodina podílí na uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení. Dále zhodnotíme, jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika a klasifikace potřeb

Potřebu lze charakterizovat jako stav nedostatku či nadbytku v oblasti biologické, psychické, sociální nebo spirituální. Při jejich neuspokojení nastává nerovnováha organismu a člověk vyhledává způsoby k opětovnému nastolení homeostázy a docílení pocitu uspokojení (Trachtová et al., 2013). Potřeby je tedy nutné neustále naplňovat a udržovat je v rovnováze, jinak dojde k pocitu frustrace, či dokonce deprivace. K frustraci dochází při krátkodobém neuspokojování potřeb a k deprivaci při dlouhodobém neuspokojování našich pudů. Proto se jedná již o vážnější případ reakce. Pokud k tomuto stavu dojde u dětí, nemusí u nich být některé dovednosti vůbec vyvinuty (Müllerová et al., 2014). Pojem potřeba je vrozenou součástí každého člověka a bývá definován také jako pud. Jedná se o vývojově nejstarší motivační funkci. Potřeby nás podněcují k určité aktivitě, která má za cíl ji uspokojit. Rozlišujeme dva základní typy pudů. Prvním z nich je zachování sebe sama – jedná se o základní životní potřeby (jídlo, voda, dýchání, teplo) a druhým typem je zachování rodu – tzn. rozmnožovací pud. Pokud dojde k dlouhodobému neuspokojení některé z potřeb, stává se daná potřeba dočasně dominantní a dochází k nárůstu její intenzity.

Při uspokojování potřeb je pro člověka charakteristická neustálá proměnlivost v jejich působení a v uspokojování. Tzn., že stejná potřeba může být uspokojena pokaždé individuálně. Schopnost intelektuálního posouzení situace člověku umožňuje pozměnit postup k uspokojování – jejich uspokojení se dá naplánovat i odložit. Člověk má možnost své potřeby opomenout, jestliže ví, že časem jejich naplnění může vést k lepšímu výsledku, a proto by se mu čekání mohlo vyplatit. Jednotlivé pudové sklony mohou mít u každého z nás odlišnou sílu a mohou zaujímat odlišné místo v individuální hierarchii potřeb (Vágnerová, 2016).

Během života dochází i ke změně potřeb v hierarchickém uspořádání člověka. Dítě má totiž jiné primární potřeby než dospívající nebo senior. K jejich přehodnocení dochází i v náročných životních situacích, jako je např. nemoc nebo smrt blízkého člověka (Burda, 2015). Záměrné uvědomění potřeb nastává především při jejich nedostatku nebo naopak nadbytku (např. nedostatek bezpečí způsobí pocit ohrožení), ale také při touze něco získat. Sílu působení ovlivňují i další faktory, jako jsou pohlaví, kulturní a společenská úroveň, prostředí (vrstevníci a rodina), znalosti, zdraví nebo zkušenosti (Šamánková, 2011).

1.1.1 Klasifikace potřeb podle A. H. Maslowa

A. H. Maslow byl americký psycholog a zakladatel humanistické psychologie. Vypracoval pyramidový systém klasifikace lidských potřeb, podle něhož rozeznáváme potřeby fyziologické (homeostatické), které tvoří základnu pyramidy, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby afiliační (pocit lásky a sounáležitosti), potřeby úcty a uznání a potřeby seberealizace či sebeaktualizace (metapotřeby) nacházející se na samém vrcholu pyramidy (Příloha 1) (Mastiliaková, 2014). Potřeby jsou seřazeny podle určitých priorit, kdy A. H. Maslow předpokládal, že pokud nebudou naplněny potřeby nižší (základní), tak nemohou být uspokojeny ani ty vyšší.

Základními fyziologickými potřebami k zachování života jsou dýchání, vylučování, potrava, spánek a nepřítomnost bolesti. Potřebou bezpečí a jistoty se rozumí cítit se bezpečně, důvěřovat ostatním a být finančně a sociálně zabezpečen. Lásky a sounáležitost označuje potřebu vytvoření osobního kontaktu s blízkou osobou, vytvoření vztahu, pocit být milován a zároveň milovat a pocit někam patřit (Burda, 2015). Úcta a uznání zahrnuje touhu být kladně ohodnocen a ocenit schopnosti člověka. Uspokojení této potřeby může být i motivací k dosažení lepších výsledků v budoucím výkonu nebo činnosti. Nejvyšší potřebu seberozvoje, seberealizace a naplnění vnitřního potenciálu považovali kromě A. H. Maslowa za důležitou i C. G. Jung a C. Rogers. Tato potřeba podněcuje k tomu, aby člověk svými vlastními schopnostmi dosáhl všeho toho, čeho dosáhnout chce. Ovlivňuje ji nejenom vnitřní intenzita podněcující k tomuto chování, ale i vnější podmínky prostředí. K jejímu oslabení může dojít působením úzkosti, strachu ze ztráty jistoty nebo pocit ohrožení (Vágnerová, 2016). Burda (2015) uvádí v Maslowově pyramidě potřeb další dvě potřeby, a to kognitivní a estetické. Ke kognitivním potřebám řadíme vzdělávání, poznávání prostředí a cestování. Člověk chce pochopit svět kolem sebe a rozšířit své schopnosti a vědomosti. Mezi estetické patří pocit být atraktivní pro sebe a ostatní a obklopení se krásným a příjemným prostředím.

1.1.2 Klasifikace potřeb podle Berelsona a Steinera, klasifikace podle Murraye

Berelson a Steiner rozřídili potřeby podle biologických funkcí člověka na pozitivní a negativní motivy. Pozitivní, též zaopatřovací motivy, nás směřují k vyhledávání a využití potřebných předmětů (např. hlad a žízeň). Motivů negativních, též motivů vyhýbání, nás nutí vyhnout se negativním stimulům, které mohou působit destruktivním

efektem (např. bolest a strach). Poslední jsou motivy udržování druhu, které ovlivňují rozmnožovací systém a vyvolávají potřebu pečování o děti a jejich ochranu (Sikorová, 2011b)

Třídy uvedené Berelsonem a Steinerem nejsou příliš složité na pochopení. Složitější klasifikaci vycházející z klinických zkušeností uvedl americký psycholog H. A. Murray. Uspořádal teorii viscerogenních (fyziologických) a psychogenních potřeb, která předpokládá, že člověk je ovlivněn potřebami a tlakem z okolí. Potřebou se rozumí všechno to, čeho člověk chce dosáhnout nebo chce splnit, a tlakem je označováno všechno to, co člověk musí vykonat (Šamánková, 2011). Viscerogenní potřeby jsou na rozdíl od psychogenních vrozené a projevují se pocitem nedostatku (potřeba kyslíku, potřeba vody, potřeba výživy, sexuální potřeba, laktanční potřeba), nadbytku (potřeba výdechu, potřeba mikce, potřeba defekace) nebo poškození (potřeba vyhýbání se ohrožení, potřeba vyhýbání se teplu a zimě, potřeba vyhýbání se poranění). Psychogenní jsou získané a jsou spjaté s duševní stránkou člověka (Trachtová et al., 2013). Sikorová (2011a) uvádí navíc další dělení potřeb podle Murraye a to na pozitivní a negativní a dále na skryté (8 potřeb) a zjevné (20 potřeb). Pozitivní a negativní jsou takové, které podněcují k získání něčeho nebo úniku před negativními stavy. Zjevné jsou ty, které můžeme na člověku zpozorovat při jeho chování (výsledky ve výkonu, zapadnutí do kolektivu, zábava, ponižování, obrana, porozumění ostatním). Skryté se naopak promítají do psychické stránky člověka a na první pohled nejsou zjevné (agresivní chování a ponižování ostatních, prozkoumávání prostředí, dominantní chování, poskytnutí pomoci). Ve výčtu psychogenních potřeb chybí především sociální potřeby, jako je potřeba kontaktu, lásky a ego-vztažných potřeb (úcty, obdivu, kompetence). Index této klasifikace potřeb znovu přehodnotil a doplnil o nové poznatky americký psycholog E. Hilgard.

1.2 Faktory modifikující uspokojování potřeb

Faktorů, které působí na uspokojování našich potřeb, je celá řada. Patří mezi ně např. osobnostní rozdílnost jedince, vývojové období jedince, kulturní vliv nebo rodinné prostředí. Osobnostní rozdílnost jedince je chápána jako rozdílnost v emočním prožívání a v temperamentu. Každý jedinec rozdílně prožívá vyvolávající zevní reakci a jinak se u něj navenek projevují (Sikorová, 2019). Člověk se proto snaží svoje potřeby saturovat k dosažení kvalitního života. Zásadní okolností, která často ovlivňuje uspokojování

potřeb lidí, je výskyt a průběh onemocnění, jak u nich samotných, tak u někoho z jejich blízkých. Dalším takovým činitelem je úraz a jeho dopad na budoucnost nemocného, jako je např. ochrnutí nebo jiné trvalé následky (Pechoušková a Vacková, 2020). Potřeby člověka je možné dělit na potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, jež s nemocí vznikly (Zacharová, 2017). Mezi další faktory modifikující vývoj potřeb patří životní styl, schopnost prožívání stresu, faktory prostředí, pohlaví nebo i chování. Chování člověka je řízeno především zásadou udržování a obnovování duševní stability a principem získávání příjemného a unikáním nelibého (Sikorová, 2019).

Krátká (2018) uvádí rozdělení faktorů modifikujících uspokojování potřeb do tří skupin, a to na fyziologicko-biologické (věk, pohlaví, zdravotní stav, emoční stav, zdravotní stav – premorbidní stav jedince), psychicko-duchovní (vývojové stádium, individualita osobnostní stránky, sebekoncepce, víra, těžké životní situace), sociálně-kulturní (mezilidské vztahy, sociální status, životní role, zvyky, vliv rodiny, kultura) a faktory životního prostředí (klimatické faktory, geografické podmínky).

U dítěte se během jeho vývoje mění závislost na rodičích až nastává jeho úplná nezávislost. Nejdříve dochází k osamostatnění se v uspokojování nižších potřeb, jako je najedení, napití nebo používání WC. Nižší potřeby jsou totiž založeny na pudovém základu, tudíž dítě je ze začátku zcela odkázáno na pomoc rodičů. Později dochází k rozvinutí potřeb vyšších, kdy opět nastává i vývoj samostatnosti a nezávislosti dítěte a opět se tedy mění i jeho pudy. U novorozence je základní lidskou potřebou kyslík a teplo. Později se mezi ně řadí i biologické, psychické a sociální potřeby, které se navzájem ovlivňují (Sikorová, 2019). U seniorů se pudy, narozdíl od těch v dětském věku, zásadně liší. Dochází ke změně hodnotové orientace a přestavbě v Maslowově pyramidě, kdy nejzákladnější jsou pro seniory zdraví, klidné prostředí a jistota. Nesmíme opomenout ani potřeby fyziologické, které hrají důležitou roli celý život bez ohledu na věk. Dochází i k eliminaci určitých oblastí v pyramidě potřeb, jelikož seberealizace a sebeaktualizace je již naplněna (Mlýnková, 2011).

Kulturní vliv působí na jedince tak, že ho učí určitému chování v uspokojování potřeb. Učí ho i to, jak některé z nich ve společnosti potlačit (např. expanzivní chování) nebo zdůraznit (soustředění na pracovní výkon). Rodina uspokojuje převážně potřeby dítěte. Má za cíl pečovat o základní biologické pudy, opatrovat dítě a zároveň se podílet

i na rozvoji jeho dovedností a schopností. Rodina působí i na oblast bezpečí a jistoty nebo lásky a sounáležitosti. Má vliv na budoucím uspokojování potřeb dítěte v dospělosti a ve stáří (Sikorová, 2019).

1.3 Uspokojování potřeb pacienta pomocí ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces se do Evropy dostává koncem 60. let 20. století z USA a do České republiky na konci 80. let 20. století. Dochází tak k rozvoji ošetrovatelství a zavedení nového systému hodnocení potřeb pacienta, ale i k rozvoji holismu (Dingová Šliková, 2018). Ošetrovatelský proces je celistvý souhrn činností a postupů, který nám napomáhá identifikovat, uspokojovat a vyhodnocovat individuální potřeby pacienta nebo komunity. Využívá se všude, kde je poskytována ošetrovatelská péče (Tomagová, 2011). Je založen na vědeckém poznání a výstupech z ošetrovatelství. Péče o pacienta probíhá pomocí jasně daných a promyšlených postupů a činností s dosažením co nejlepšího výsledku. Z teoretického východiska se tedy jedná o sérii plánovaných činností a z praktického východiska je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces se soustředí především na uspokojování potřeb pacienta, pokud je to možné, i s jeho aktivním zapojením. Sestra tedy pomáhá pacientovi k dosažení vytyčených cílů, identifikuje je a následně vyhodnocuje jejich splnění a úspěšnost procesu (Tóthová, 2014a). Proces probíhá pomocí pěti následujících fází, které se navzájem prolínají: zhodnocení/posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Metoda však bývá také rozdělena do čtyř, případně šesti fází.

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra shromažďuje údaje o pacientovi, posuzuje jeho zdravotní stav, zjišťuje a třídí jeho potřeby, hodnotí rizikové faktory nebo posuzuje jeho fyzický stav a soběstačnost. Fáze se dělí na další dvě části, a to na získávání ošetrovatelské anamnézy a zhodnocení současného stavu pacienta, které probíhá fyzikálním vyšetřením sestrou (Tomagová, 2011). Sběr dat probíhá pomocí kombinace různých technik sběru. Sestra odebírá anamnézu, která se skládá z objektivních a subjektivních údajů. Nejdůležitějším zdrojem informací je sám pacient, jeho rodina, přátelé, u dětí spolužáci ze školy, okolí nebo třeba spolupacienti (Kudlová, 2016, Zeleníková, 2011). Díky rozhovoru s pacientem sestra zjišťuje podstatné informace o jeho potřebách – např. o stravování, spánkových rituálech, bolesti, duševním stavu, sociální situaci, rodině, zaměstnání a náboženské víře. Všechny tyto údaje mohou zásadně

působit na poskytování ošetrovatelské péče a bez jejich zaznamenání není poskytnuta kvalitní holistická péče. Proces získávání informací probíhá pomocí strukturovaného rozhovoru, díky kterému sestra stručně získá základní informace. Závěrečným produktem této fáze je sepsání ošetrovatelské anamnézy. Zhodnocení pacienta je pravidelně aktualizováno podle jeho aktuálního zdravotního stavu (Jurásková, 2011).

Mezi další techniky shromažďování údajů o pacientovi patří pozorování, fyzikální vyšetření, různé měřicí škály, standardizované dotazníky, formuláře, stupnice, měřítka, hodnoticí tabulky nebo testy. V nemocničním zařízení se běžně využívají stupnice Nortonové, stupnice na hodnocení intenzity bolesti, Glasgow Coma Scale, nutriční screening nebo Barthelové test základních všedních činností. Hodnoticí škály se zaměřují např. na problematiku soběstačnosti, posouzení rizika vzniku dekubitů, posouzení rizika vzniku pádu nebo malnutrice u pacienta. Jedná se o velmi důkladné a vyčerpávající zhodnocení, ale výsledek dokáže odhalit spoustu problémů a rizik u pacienta (Kudlová, 2016, Zeleníková, 2011). První hodnocení pacienta pomocí fyzikálního vyšetření provádí lékař. Další vyšetření dle jeho instrukcí k doplnění celkového posouzení provádí sestra. Fyzikální vyšetření probíhá pomocí našich smyslů, tzn. pomocí zraku, sluchu, hmatu a ojediněle i pomocí čichu. Můžeme se setkat i s označením 5P, tzn., že vyšetření probíhá pomocí pohledu, pohmatu, poklepu, poslechu a per rectum (Nejedlá, 2015).

Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu sestra diagnostikuje, které problémy již pacienta aktuálně ohrožují a které mohou v budoucnu nastat, tedy rizikové problémy. Cílem diagnostického procesu je posouzení reakce pacienta na jeho aktuální zdravotní stav a onemocnění (Tóthová, 2014a). Dále dochází k identifikaci tzv. ošetrovatelské diagnózy podle NANDA International (North American Nursing Diagnosis Alliance), identifikaci ošetrovatelských cílů podle NOC (Nursing Outcomes Classification) a identifikaci ošetrovatelských intervencí podle NIC (Nursing Intervention Classification). Tato možnost klasifikace ošetrovatelské terminologie se též nazývá terminologie Aliance 3N. Ošetrovatelská diagnóza je závěrem ve sběru všech informací o pacientovi (Herdman a Kamitsuru, 2014; Kudlová, 2013). Sestra zhodnocuje pacientovy aktuální potřeby nebo potíže, ale i možné problémy, které mohou nastat. V současné době je nejnovější verzí NANDA taxonomie 2021–2023. Najdeme v ní již přes dvě stě diagnóz, které jsou neustále doplňovány a aktualizovány. Pro řízení diagnostiky bylo vymezeno třináct ošetrovatelských skupin neboli domén. Jednotlivé domény jsou navíc rozděleny do dalších čtyřiceti sedmi tříd podle oblastí, kterých se

týkají. Každá z ošetrovatelských diagnóz má své číselné označení, jak tomu je i u lékařských diagnóz (Dingová Šliková, 2018).

Při plánování ošetrovatelské péče sestra provádí čtyři stěžejní kroky: vytyčuje spolu s pacientem priority, formuluje cíle a předpokládané výsledky, určuje intervence k dosažení výsledku a zároveň zapisuje postupy ošetrovatelské péče. Tento proces je neodmyslitelně spjat s cílem poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče (Tomagová, 2011). V rámci celého procesu tedy sestra okamžitě řeší vyskytující se problémy, plánuje činnosti ke splnění určených cílů a zajišťuje holistickou a vědecky ověřenou ošetrovatelskou péči. Jedná se o zásadní fázi ošetrovatelského procesu, jelikož dochází ke stanovení cílů, plánování ošetrovatelské péče, kdy sestra poskytuje závislé, nezávislé a součinné intervence ke zlepšení zdravotního stavu pacienta a následné realizaci všech naplánovaných kroků (Kudlová, 2015). Cíl je charakterizován jako požadovaný výstup péče o pacienta. Slouží k dosažení změny jeho zdravotního stavu nebo uspokojení potřeb. Krátkodobé cíle bývají většinou splněny během pár hodin nebo dní. Dlouhodobé bývají určeny pacientům s chronickým onemocněním, pacientům v domácí péči nebo při dlouhodobé rehabilitaci (Tomagová, 2011). Pro sestru je velice důležité, aby s touto fází měla určité zkušenosti a dovednosti, jelikož špatně naplánovaná strategie vede k nesplnění cílů. Během celého procesu neustále spolupracuje s pacientem, rodinou a ostatními členy ošetrovatelského týmu. Vyhledává si potřebné informace v odborné literatuře. Závěrem procesu plánování je písemný návrh činností (Tóthová, 2014b).

Během čtvrté fáze se uskutečňují postupy naplánované ošetrovatelské péče. Tato fáze nemůže proběhnout bez předem promyšleného postupu. Musí se opět předem zhodnotit aktuální zdravotní stav pacienta, a to z toho důvodu, zda nedošlo k výskytu nových problémů a byly tak včas identifikovány. Při zaznamenání nových problémů musí dojít k okamžitému přehodnocení všech postupů ošetrovatelského procesu. Sestra může problém identifikovat např. pozorováním nebo rozhovorem s pacientem. Veškeré údaje o pacientovi a činnosti, které se u něj provádí, se zapisují do ošetrovatelské dokumentace (Tóthová, 2014a). U rizikových ošetrovatelských problémů je péče orientována na postupy, které mají za cíl předejít tomu, aby rizikový problém nastal, a minimalizovat potenciální faktory jeho vzniku (Kudlová, 2015). K tomu, aby byla čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu správně realizována, musí mít sestra kognitivní, technickou a interpersonální zručnost. Kognitivní zručností je míněno bezpečné poskytnutí ošetrovatelské péče, tj. kritické myšlení, zkušenosti s řešením problémů, schopnost správného rozhodnutí a kreativní myšlení. Sestra by se měla orientovat i ve vědeckých

pokrocích v rámci ošetrovatelských postupů a orientovat se v potřebách nemocného. Terapeutickou zručností je manuální zručnost a práce s technickým vybavením v nemocnici. Díky neustálému pokroku v současné době dochází k modernizaci elektrických přístrojů a jejich zavádění do zdravotnických zařízení. Interpersonální zručností je myšlena komunikace sestry s pacientem a jeho rodinou nebo ostatními členy zdravotnického zařízení (Tóthová, 2014c).

V páté a finální fázi ošetrovatelského procesu se hodnotí stanovení cílů. Určuje se, zda došlo k jejich splnění, částečnému splnění nebo zda cíle nebyly splněny vůbec. Pokud došlo k jejich splnění, ošetrovatelský proces je možné ukončit. V opačném případě musí dojít k přehodnocení celého ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je možné uskutečnit pouze za aktivní spolupráce zdravotnického personálu. Sestra pracuje v týmu i s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, nemocničním kaplanem nebo psychologem (Hudáčková, 2014). Musí také umět rozpoznat potřeby i u takových pacientů, jejichž těžký zdravotní stav to neumožňuje (Tóthová, 2014a).

1.4 Ošetrovatelská péče během předoperační přípravy

V rámci perioperační péče jsou zahrnuty postupy, které se zabývají předoperační přípravou, perioperační péčí o pacienta během operačního výkonu a bezprostředně po zákroku také pooperační péčí (Wendsche et al., 2012). Z pohledu předoperační péče se příprava pacienta na operační výkon rozlišuje na plánovanou (např. totální endoprotéza kyčelního kloubu nebo odstranění žlučových kamenů), urgentní (např. apendicitida a jiné náhlé příhody bříšní) a neodkladnou (např. akutní krvácení ohrožující zdravotní stav pacienta). Bez kvalitně provedené a pečlivé předoperační přípravy, kdy dochází k posouzení celkového zdravotního stavu pacienta, by se výkon nemohl uskutečnit (Slezáková et al., 2019).

Předoperační příprava se nejčastěji provádí před operací s celkovou anestezií, díky které dochází k umělému usnutí pacienta za účelem vyhnout se bolestivému účinku. Rozlišujeme ještě další dva druhy anestezie, a to regionální a kombinovanou (Večeřová, 2016). Druh jejího užití stanovuje anesteziolog ve spolupráci s multidisciplinárním týmem. Na předoperační přípravě se neodmyslitelně podílí i internista, který pacienta informuje o operačním výkonu a komplikacích, které mohou po operaci nastat. Provádí u něj i požadovaná předoperační vyšetření (Vrabelová, 2018b). Dokonalé zhodnocení zdravotního stavu pacienta je prevencí před výskytem nežádoucích časných a pozdních

komplikací. Pomáhá naopak zvýšit pravděpodobnost příznivého pooperačního vývoje (Krška, 2011a). Předoperační příprava musí být provedena u všech pacientů, kdy požadovaná vyšetření jsou ovlivněna tím, zda se jedná o plánovanou či neplánovanou operaci, o jaký druh operačního výkonu se jedná a musí být přihlédnuto i k individualitě zdravotního stavu pacienta, tzn., že každý pacient přichází s rozdílnou kombinací onemocnění, na což musí být brán zřetel (Večeřová, 2016).

U plánovaných chirurgických výkonů rozeznáváme tři druhy předoperační přípravy, a to dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá předoperační příprava zahrnuje interní předoperační vyšetření, které realizuje praktický lékař současně se specialistou. Vyšetření se provádí nejdéle třicet dní před plánovanou operací (Burda, 2016). Prvotní vyšetřovací metodou v předoperační přípravě pacienta je odebrání anamnézy a fyzikální vyšetření pomocí 5P – poslech, pohled, pohmat, poklep a vyšetření per rectum (Barash et al., 2015). Dále lékař provádí laboratorní vyšetření krve a moči a další případná vyšetření. V krvi sledujeme biochemické parametry sérové koncentrace sodíku, draslíku, hořčíku, fosforu, chloridů, urey, kreatininu, jaterních testů (ALT, AST, GMT, ALP, LD, GGT), bilirubinu, glykemie a CRP (Schneiderová, 2014). U pacientů s ASA II je navíc vyšetření doplněno o celkovou bílkovinu, albumin, prealbumin, cholesterol a triglyceridy. K hodnocení předoperační malnutrice slouží právě zmíněná hodnota prealbuminu, jež je ukazatelem rizika infekce s horším pooperačním průběhem (Vrabelová, 2018b). ASA (American Society of Anesthesiologists) představuje určení míry rizika úmrtí ve spojitosti s anestezií. Toto posouzení je součástí anesteziologické přípravy (Kurzová, 2011; Šubrt, 2015). Dále se hodnotí krevní obraz a koagulační vyšetření (protrombinový čas – INR, aPTT), určuje se krevní skupina současně s Rh faktorem a provádí se chemické vyšetření moči a sedimentu. Předoperační vyšetření nesmí být starší u pacientů s ASA I více než jeden měsíc, u ASA II–III dva týdny a u ASA IV musí být vyšetření vždy aktuální, tedy staré max. jeden týden (Kurzová, 2011). Dle potřeby se provádí vyšetření protilátek na hepatitidu, syfilis a HIV. Tyto parametry se vyšetřují především před náhradou srdečních chlopní, u pacientů v chronickém dialyzačním programu či u pacientů s hepatopatií. K provedení HIV vyšetření je třeba zajistit písemný souhlas od pacienta. U pacientů před implantací umělého materiálu, jako je např. TEP nebo náhrada chlopně, je třeba vyšetřit infekční fokusy k vyloučení infekce v organismu. Provádí se zubní vyšetření a u žen navíc

gynekologické vyšetření. Ke sledování glomerulární filtrace ledvin se využívá výpočet pomocí MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) (Večeřová, 2016).

Nedílnou součástí předoperační přípravy pacienta jsou i zobrazovací vyšetřovací metody jako je RTG srdce a plic, EKG a sonografické vyšetření plic. RTG vyšetření je povinné pouze u pacientů nad 60 let, u kuřáků starších 40 let a u pacientů s kardiorespirační chorobou (Kurzová, 2011). Sonografické vyšetření plic slouží k vyloučení plicního edému a výpotku na plicích. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním může být příprava doplněna o zátěžový test (bicyklová ergometrie), u pacientů s plicním onemocněním, obézních pacientů nebo i pacientů, kteří jsou určeni k hrudní operaci, o spirometrické vyšetření. Dle potřeby je příprava doplněna o bronchoskopické vyšetření, celotělovou pletyzmografii nebo HRCT plic. U cévních rekonstrukčních operací, jako je ateroskleróza, se provádí sonografické vyšetření extrakraniálních tepen, které má určit, zda karotické tepny nejsou patologicky zúženy (Večeřová, 2016). U velkých operačních výkonů je možné provést autotransfuzi krve. Jedná se např. o operace velkých tepen, plic, srdce, jater, sleziny nebo ledviny (Šubrt, 2015). Dochází tak k odstranění rizika infekčních a potransfuzních reakcí (Burda, 2016). Odběr vlastní krve pacienta nesmí být starší než šest týdnů před plánovanou operací a poslední odběr krve na autotransfuzi musí být proveden minimálně sedm dnů před výkonem. Jedná se zpravidla o tři odběry krve s týdenním odstupem. V průběhu odběrů je nutná náhrada železem v tabletové formě. Se substitucí se začíná cca dva týdny před prvním odběrem krve (Slezáková et al., 2019).

Krátkodobá předoperační příprava probíhá 24 hodin před operací. Skládá se z fyzické, anesteziologické a psychické přípravy (Burda, 2016). V rámci předoperační přípravy je nutná i předoperační edukace pacienta. Nezbytné podání informací o operačním zákroku, průběhu operace, možných komplikacích a pooperační péči je pacientovi podáno vždy lékařem. Pacient souhlas s operací musí potvrdit písemným informovaným souhlasem. V případě potřeby jsou pacientovi jeho veškeré informace zodpovězeny a vysvětleny (Libová et al., 2019). Fyzická příprava zahrnuje péči o výživu a příjem tekutin. Pacient musí být 6–8 hodin před operačním výkonem lačný. Ze zásady se uvádí pravidlo od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit. Sestra dle ordinace lékaře zajišťuje náhradu tekutin pomocí infuzních roztoků. Dále se dle typu operačního výkonu pacientovi zavádí PMK nebo se pacient po celou dobu až do odjezdu na operační sál vyprazdňuje sám na WC. Na typu operačního výkonu závisí i vyprázdnění pacienta den

před operací. Probíhá buď spontánním vyprázdněním, zavedením čípku nebo provedením velkého očistného klyzmatu. Je třeba vykonat i kompletní hygienickou péči formou sprchování. Ženy musí mít odlakované nehty na rukou a být odličené. Příprava operačního pole závisí na místě a typu operace. Operační pole by mělo být oholeno a pupek řádně odezinfikován (Burda, 2016).

Anesteziologická příprava probíhá návštěvou anesteziologa. Ten určuje u pacientů před plánovaným operačním výkonem premedikaci, která slouží ke zmírnění pocitu strachu (Schneiderová, 2014). Premedikace se zpravidla stanovuje večer před výkonem. Pacientovi jsou anesteziologem naordinovány i léky na spaní ke zmírnění strachu z operace. Dále anesteziolog v rámci předoperační přípravy provede zhodnocení dle ASA (American Society of Anesthesiologists) (Kurzová, 2011). Jedná se o určení míry rizika úmrtí ve spojitosti s anestezií. Posouzení probíhá na základě poškození jednotlivých orgánových soustav, jako jsou kardiovaskulární, renální, respirační, jaterní, endokrinní a hematogenní systém (Šubrt, 2015). Do ASA I jsou zařazeni pacienti s dobrým zdravotním stavem, u nichž je riziko výskytu komplikací minimální. ASA II jsou pacienti se středně těžkým zdravotním stavem, kteří se léčí s hypertenzí, diabetem mellitem, anemií nebo s mírnou formou ICHS. Do ASA III patří vážný zdravotní stav, jako je angina pectoris, IM nebo srdeční selhávání. Do ASA IV jsou indikováni pacienti se život ohrožujícím zdravotním stavem. ASA V je posledním stupněm klasifikace. Jsou zde pacienti, u kterých je provedení operačního výkonu poslední možností k přežití.

U pacienta je zároveň určeno i Mallampatiho skóre podle otevření úst. Dále se hodnotí zaklonění hlavy, stav chrupu, deviace trachey a nosní přepážka. To vše slouží k posouzení obtížnosti intubace pacienta během anestezie (Kasal, 2015). Dalším skórovacím systémem je APACHE (The Acute, Physiology and Chronic Health Evaluation). Využívá se pouze u pacientů na intenzivní jednotce s nebo bez UPV. Pacient musí být navíc důkladně hemodynamicky monitorován. APACHE systém nám umožňuje lépe zhodnotit právě zmíněné hemodynamické a laboratorní hodnoty. Jedná se o velmi složitý skórovací systém, který se u běžných operací neuplatňuje.

Dalším hodnocícím systémem, který se využívá u kardiochirurgických operací, je systém EuroSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation). Ten na základě získaných informací o pacientovi, jako je např. pohlaví, angiopatie, dřívější kardiochirurgický operační výkon, CHOPN, infekční endokarditida, závažný

předoperační stav, diabetes mellitus, funkce levé srdeční komory, IM, plicní hypertenze, množství plánovaných bypassů nebo případná operace aorty, určuje míru výskytu operační mortality. K prevenci TEN (tromboembolické nemoci) se pacientovi přiloží bandáže dolních končetin nebo elastické punčochy (Večeřová, 2016). Operační výkon je spojen i se stresem a strachem, jak samotná operace dopadne. Proto je třeba dbát i na psychickou přípravu a zmírnit tak projevy strachu pacienta.

Bezprostřední předoperační příprava začíná cca 2 hodiny před operací. Sestra musí pro kontrolu projít dokumentaci, zkontrolovat okolí operačního pole, podívat se, zda má pacient bandáže dolních končetin a zeptat se pacienta, jestli opravdu od půlnoci nic nejedl, nepil a nekouřil. Podle pokynů z operačního sálu je pacientovi podána premedikace. Poté již nesmí vstávat z lůžka. U urgentních operačních výkonů se předoperační příprava liší z důvodu rozdílnosti časové přípravy, která je u plánovaných výkonů o mnohem delší než u urgentních. Předoperační příprava je zaměřena pouze na odstranění hrubých nečistot, přípravu operačního pole, prevenci TEN a odebrání biologického materiálu, jehož vyhodnocení musí být STATIM (Burda, 2016).

1.5 Peroperační ošetrovatelská péče

Peroperační (intraoperační) péče je péče, která začíná odvozem pacienta na operační sál a končí jeho odvozem na pooperační pokoj, JIP nebo ARO. Průběh celé této péče je orientován na odstranění rizika výskytu komplikací během operačního výkonu (Wendsche et al., 2012). Operační tým na sále se skládá z operátora, jednoho až tří asistentů, sestry instrumentářky, pomocné operační sestry, sanitáře, anesteziologického lékaře a sestry, podle zákona č. 585/2020 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Dle potřeby je tým doplněn o radiologa, radiologického asistenta nebo jiného člena zdravotnického týmu dle typu operačního výkonu. Tím je zajištěno poskytnutí kvalitní peroperační péče a co nejlepší výsledek operace (Cvachovec, 2011).

Před začátkem (ale i během) operačního výkonu, musí operační sestra nachystat sál, zajistit funkčnost přístrojového vybavení a správnost umístění přístrojů, postarat se

o bezpečnost pacienta, ale i personálu, správně manipulovat s přístroji a operačním stolem podle svých vědomostí a dovedností, zajistit využití vhodných ochranných prostředků, nachystat sterilní nástroje a dokumentaci k zaznamenání průběhu operačního výkonu (Kudlejová et al., 2014). Kontrola funkčnosti anesteziologického přístroje, těsnosti okruhu, funkčnosti odsávacího přístroje, připojení medicínálních plynů, funkčnosti monitorovacího zařízení ventilátoru je již v kompetencích anesteziologické sestry (Veverková, 2019).

Pacient je nejdříve na lůžku dopraven do vstupního filtru, kde dochází k jeho předání operačnímu týmu. Vstupní filtr slouží k tomu, aby se zde pacient převlékl do operační košile a na hlavu si nasadil operační čepici. Poté je již odvezen na operační sál (Libová et al., 2019). Následuje poslední kontrola pacienta ze strany operačního týmu, kde se prověří jeho totožnost, podá se medikace dle pokynů anesteziologa, zkontroluje se alergická anamnéza a absence zubní protézy spolu se šperky (Kudlejová et al., 2014). Poté jej sanitář uloží do základní polohy vleže na záda a řádně zafixuje končetiny popruhy, především opačnou horní končetinu od umístění operátéra (Libová et al., 2019). Ta poslouží pro anesteziologa a anesteziologickou sestru, jelikož je pacientovi ihned zaveden periferní žilní katetr, kterým mu bude podávána případná medikace a anestetika dle pokynů lékaře (Kudlejová et al., 2014). Dle potřeby se zavádí i Swanův-Ganzův, centrální nebo arteriální katetr podle druhu operace.

Pacient je po podání anestezie zaintubován a napojen na ventilátor (Libová et al., 2019). K potřebné změně polohy odpovídající operačnímu výkonu dochází až po uspání pacienta. Poloha musí předcházet vzniku dekubitů a zároveň nesmí ohrozit pacienta pádem na zem. Poté operační sestra spolu s operátérem provede dezinfekci operačního pole a zarouškování pacienta (Veverková, 2019). U pacienta jsou během výkonu kontinuálně monitorovány všechny životní funkce, jako je krevní tlak, dech, pulz, tělesná teplota, EKG, pulzní oxymetrie, objemy plic, tlak v dýchacích cestách, dále zbarvení očních zornic nebo kůže (Cvachovec, 2011). Až po zajištění periferního žilního katetru monitorace vitálních funkcí je pacient uložen do potřebné polohy, podle místa operačního výkonu, druhu operace a pokynů lékaře (Kudlejová et al., 2014).

Všechny provedené činnosti, použité dezinfekční prostředky i operační materiál jsou zaznamenány do anesteziologického záznamu, záznamu operační sestry, záznamu použitého materiálu, záznamu pojišťovnictví, knihy připravenosti operačního sálu

a perfuziologického záznamu, pokud je použit mimotělní oběh. Najdeme zde i informace o přípravě pacienta, průběhu operačního výkonu, komplikacích a závěru operace (Libová et al., 2019). Na konci operačního výkonu je vždy provedena kontrola počtu roušek, nástrojů a instrumentů. Všechny nástroje jsou následně zaslány ke sterilizaci do centrální sterilizace (Kudlejová et al., 2014). Operační místo je za aseptických podmínek ošetřeno a je provedena extubace dýchacích cest. K tomu, aby pacient mohl být předán na pooperační pokoj, musí splňovat určité podmínky a to, že u něj bude vyvinuta svalová síla, kdy zdvihne hlavu a zmáčkne ruku, bude reagovat na podněty a oslovení. Bude u něj navrácen polykací reflex a hodnota saturace bude fyziologická. Po splnění těchto všech kritérií je pacient předán do rukou zdravotnického týmu na pooperační pokoj, JIP nebo ARO dle druhu operačního výkonu (Veverková, 2019).

1.6 Pooperační ošetrovatelská péče

Pooperační ošetrovatelská péče se rozděluje na péči, která je poskytnuta bezprostředně po operaci, a na následnou pooperační péči. Bezprostřední pooperační péče probíhá prvních 24 hodin po operaci a má za cíl předcházet vzniku komplikací po operačním výkonu, a následná se zabývá rehabilitační péčí a začleněním pacienta zpět do běžného života a navrácením soběstačnosti (Janíková, 2013). Pacient je po ukončení operačního výkonu ohrožen řadou komplikací v souvislosti s podáním anestezie a myorelaxančních látek. Proto nesmí být přeložen z operační sálu do té doby, dokud účinek anestezie a myorelaxancia plně nepominul. Pacient musí být ihned po ukončení operace umístěn na pooperační pokoj, JIP nebo ARO, a to podle typu operačního výkonu a závažnosti zdravotního stavu. Zde je mu poskytnut neustálý dohled kvalifikovaného zdravotnického personálu. Cílem bezprostřední pooperační péče je, aby pacientův zdravotní stav byl stabilizovaný, jeho dýchání bylo pravidelné a spontánní a navrátily se mu jeho obranné reflexy, jako je kašel a polykání (Krška, 2011b).

V pacientově dokumentaci z operačního sálu je zaznamenán operační výkon a následná ordinace po zbytek operačního dne dle lékaře (Šafránek a Macháčková, 2020). Je zde zaznamenána i následná ošetrovatelská péče o pacienta a operační ránu. Jedná se např. pokyny s časovým rozestupem měření fyziologických funkcí, jako je krevní tlak, tepová frekvence, dech, tělesná teplota a bilance tekutin. Dále se zde nachází ordinace pro podání analgetik a hypnotik dle potřeby pacienta. Podle druhu operačního výkonu

a závažnosti jeho zdravotního stavu může lékař indikovat antibiotika, infuzní roztoky, transfuze, odběry biologického materiálu (histologické vyšetření, biochemické nebo hematologické vyšetření krve, vyšetření acidobazické rovnováhy – Astrup, cytologické vyšetření apod.) RTG, CT, MR nebo EKG vyšetření (Krška, 2011b).

Pacient je v bezprostředním pooperačním období pod neustálým dohledem zdravotnického personálu a jsou u něj pravidelně monitorovány životní funkce jako vědomí, dýchání à 15 minut, krevní tlak a tepová frekvence à 15 minut minimálně 1 hodinu a následně 1 hodinu do stabilizace stavu, saturace a tělesná teplota (Havel a Motyčka, 2015). Součástí pooperační péče je i kontinuální monitorace pomocí tří nebo pětisvodového EKG (Charvát, 2011). Kontroluje se i příjem a výdej tekutin, odvod odpadů z drénů, katétrů a sond à 1, 2, 4, 8, 24 hodin. Dále intenzita, charakter a místo působení bolesti, nauzea, zvracení, krvácení a okolí operační rány. Dle hladiny saturace může být pacientovi poskytnuta oxygenoterapie (Havel a Motyčka, 2015). Sestra dle ordinace lékaře doplňuje ztrátu tekutin podáním infuzních roztoků, podává ATB, chronickou medikaci a antikoagulantia (Janíková, 2013). Po 2 hodinách od operačního výkonu může pacient začít po malých doušcích popíjet tekutiny, aby nedošlo k riziku aspirace, a po cca 6 hodinách již může dostat první stravu, tj. večeři (Vrabelová, 2018b). Do 6–8 hodin od operačního výkonu by se pacient měl spontánně vymočit. Pokud se to nepodaří, je mu zaveden PMK (Vytejková, 2013). Problém neschopnosti se spontánně vyprázdnit nastává nejčastěji po operacích v malé pánvi. Důvodem je stres, bolest, neschopnost zaujmout vhodnou polohu k vymočení, nedostatek intimity a akutní bolest (Vrabelová, 2018b). Po zbytek operačního dne pacient dodržuje klidový režim a z lůžka vstává pouze pod dohledem zdravotnického personálu (Janíková, 2013).

Pacienti, u nichž operace proběhla bez komplikací, jsou zpravidla umístěni na pooperační (dospávací, reanimační) pokoj, kde si je přebírá kvalifikovaná sestra. Po 2 hodinách jsou přeloženi zpět na standardní lůžkové oddělení (Havel a Motyčka, 2015). Pooperační pokoj je propojen společně s operačním sálem. Díky tomu je možná rychlá výměna pacientů na operačním sále a zmenšuje se tím i časový interval mezi následující operací. Pacienti, u nichž během operačního výkonu nastaly nějaké komplikace nebo vyžadují neustálou intenzivní péči, jsou přeloženi na JIP chirurgického oddělení nebo na ARO, a to dle závažnosti zdravotního stavu a dle typu operačního výkonu (Krška, 2011b). Zde si je spolu s kvalifikovanou sestrou přebírají i lékaři JIP nebo ARO (Kapounová, 2020).

Na JIP jsou umisťováni pacienti po hrudních operacích, pacienti ohroženi poruchou plicní ventilace nebo poruchou oběhu, po operaci břišní kýly, s kardiostimulátorem, po velkých rekonstrukčních cévních operacích, po rozsáhlých nitrobřišních operacích, s hemokoagulačním onemocněním ohroženi krvácením v pooperačním období, se sepsí nebo pacienti s poraněním nejméně dvou tělesných systémů, z nichž alespoň jedno z nich nebo jejich kombinace ho ohrožují na životě. Pacienti po transplantaci orgánů musí být umístěni na JIP se speciálním epidemiologickým režimem (Krška, 2011b). Délka doby uložení na JIP je určena podle zdravotního stavu a výskytu komplikací v pooperačním období (Kapounová, 2020).

Následná pooperační péče probíhá již na standardním lůžkovém oddělení po 24 hodinách od operačního výkonu (Janíková, 2013). Sem jsou přeloženi pacienti z pooperačního pokoje nebo pacienti po lokální anestezii (např. některé operace kýly). Dále sem mohou být rovnou z operačního sálu převezeni pacienti po operaci prsu, varixů dolních končetin, hemoroidů, apendixu atd. (Krška, 2011b). Následná pooperační péče se zabývá především rehabilitační ošetrovatelskou péčí a začleněním zpět do běžného života a navrácením soběstačnosti (Janíková, 2013). Pacient má určenou dietu a postupně se vrací k racionální stravě. Druh diety závisí na typu a místě operačního výkonu. Následující pooperační den většinou pacient jí tekutou nebo kašovitou stravu. Po operaci gastrointestinálního traktu a jiných břišních operacích je návrat k normální stravě o něco pozvolnější, aby byl trávicí systém co nejméně zatěžován. Po operačním výkonu musí být sledována i střevní peristaltika s odchodem plynů a vyprazdňováním. Jednou z možných komplikací je právě ochrnutí gastrointestinálního traktu a zástava jeho peristaltiky. Odchod plynů a stolice by se měly objevit nejpozději druhý až třetí den od operace. Pokud není střevní peristaltika obnovena, je potřeba čtvrtý až pátý den podat rektální rourku, glycerinový čípek nebo malé klyzma (Vrabelová, 2018b). Stejně jako v případě parézy zažívacího traktu je pacient ze stejných důvodů ohrožen i parézou močového měchýře. Proto se pacient těsně před operačním výkonem musí vymočit. Mezi další pooperační urologické komplikace patří záněty dolních cest močových. Ty vznikají při dlouhodobém zavedení PMK a nedostatečné hygienické péči. Při diagnostice zánětu močových cest se PMK odstraní a pokud je to nutné, je mu zaveden nový.

V souvislosti s orotracheální intubací během operačního výkonu je pacient v pooperačním období ohrožen řadou respiračních komplikací. Ty mohou vzniknout i na základě nedostatečné plicní ventilace a neschopnosti odkašlávání pro pooperační bolest.

Jedná se např. o aspiraci žaludečního obsahu, akutní dechovou nedostatečnost, bronchopneumonii, absces, plicní edém, atelektázu nebo pneumonii (Schneiderová, 2014). Prevencí vzniku komplikací je nácvik dýchání a kaše již v předoperační přípravě, pravidelná hygiena dýchacích cest, polohování a časná mobilizace (Klemsová, 2021). Mobilizace a rehabilitace pacienta je důležitá i k podpoře obnovy svalové činnosti (Vrabelová, 2018b).

Dle ordinace lékaře je kladen důraz i na prevenci TEN, která se řadí mezi časté pozdní komplikace v pooperačním období. Účinnou prevencí je časná mobilizace pacienta, a to ihned následující den po operaci, je-li to možné. Pacient dostává kompresivní punčochy nebo elastická obinadla na dolní končetiny již v rámci předoperační přípravy. V některých případech je možné použít i zařízení intermitentní pneumatické komprese. Tento přístroj napomáhá ke zrychlení žilního toku pomocí tlaku a využívá se u pacientů, u nichž je malé riziko výskytu TEN. Dále je lékařem nasazena antikoagulační farmakologická léčba, a to podáváním nízkomolekulárního heparinu (Kvasnička, 2011). Po ukončení následné pooperační péče ve zdravotnickém zařízení je pacient propuštěn do domácího prostředí. Je potřeba, aby před propuštěním bylo dosaženo určité soběstačnosti nebo byla opatřena domácí ošetrovatelská péče. Dle potřeby je možné pacienta přeložit na oddělení následné péče, rehabilitační oddělení nebo přímo do lázní (Vrabelová, 2018b).

1.7 Modifikace potřeb pacienta v souvislosti s operačním výkonem

Potřebu lze charakterizovat jako stav nedostatku nebo naopak nadbytku v oblasti biologické, psychické, sociální nebo spirituální. Při jejich neuspokojení nastává nerovnováha organismu a člověk vyhledává způsoby k opětovnému nastolení homeostázy a docílení pocitu uspokojení (Trachtová et al., 2013). Potřeby je tedy nutné neustále naplňovat a udržovat je v rovnováze, jinak dojde k pocitu frustrace nebo dokonce deprivace. K frustraci dochází při krátkodobém neuspokojování potřeb a k deprivaci naopak při dlouhodobém neuspokojování našich pudů. Jedná se proto již o vážnější případ reakce, jelikož pokud k tomuto stavu dojde u dětí, nemusí u nich být některé dovednosti vůbec vyvinuty (Müllerová et al., 2014). Potřeby pacienta hospitalizovaného v nemocnici mají svoji charakteristickou formu, kterou ovlivňuje zejména charakter onemocnění, samotný pacient, sociální prostředí, které ho obklopuje, a patologický stav

(horečka, bolest). Postup uspokojování těchto potřeb má svou dynamiku (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Pacient hospitalizovaný v nemocnici přehodnocuje všechny svoje potřeby, kdy primární potřebou je především jeho uzdravení. Nejsou opomenuty ani ostatní potřeby charakteristické pro vývoj a stáří pacienta (Nováková, 2014). Ty lze během onemocnění rozdělit do tří základních kategorií, a to na potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se s nemocí modifikovaly, a potřeby, jež s nemocí vznikly.

Potřeby, jež se nemocí nemění, jsou totožné s těmi, které má zcela zdravý člověk (Krátká, 2018). Jedná se o potřeby, jež nejsou nemocí nijak ovlivněny a které jsou uspokojeny samotným pacientem, příbuznými nebo jeho přáteli. Zároveň musí být vždy za hospitalizace pacienta naplněny, a to bez ohledu na charakter a druh onemocnění. Během hospitalizace v nemocnici mohou tyto potřeby působit na pacienta intenzivněji. Patří sem výměna dýchacích plynů, příjem potravy a tekutin, spánek, vylučování, potřeba o sebe pečovat, být v pohodlí a bezpečí atd. Hierarchie jejich významnosti se během nemoci pacienta může měnit (Nováková, 2014). Na uspokojování těchto potřeb se ve zdravotnickém zařízení místo rodiny a blízkého okolí podílí sestra nebo ostatní členové zdravotnického personálu.

Potřeby, které se nemocí modifikovaly, jsou závislé na osobnosti pacienta, charakteru, stádiu a závažnosti onemocnění. Jedná se o nejobtížnější skupinu. Významným faktorem je i stáří nebo pohlaví (Zacharová, 2017). Zvláštní kategorií faktorů jsou např. dietní opatření, kdy je běžný způsob stravování zaměřen na vhodnou volbu stravy i vhodný způsob jejího zpracování tak, aby pacient byl se změnou nejvíce spokojen (Nováková, 2014). U této skupiny je důležité si všimnout modifikace sociálních potřeb, které se např. na začátku výskytu onemocnění ztrácejí, ale postupem času dochází k jejich opětovnému návratu. Kromě vymizení intenzity určité potřeby může dojít i k její deformaci vlivem změny zdravotního stavu. Potřeba aktivity se v době nemoci zaměřuje na navrácení zdraví. Pacient chce být během nemoci aktivní jednotkou, která se na uzdravení také podílí. Odměnou za jeho snahu je mu pozitivní efekt, který mu pomáhá potlačit pocit strachu a psychického napětí (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Poslední skupinou potřeb jsou ty, které nemocí vznikly. Vyskytují se v rámci hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení, změny sociálních faktorů a na základě vývoje osobnosti člověka v souvislosti s jeho zkušenostmi. Jejich výskyt je dále ovlivněn

mnoha podmínkami, jako je druh, závažnost a stádium nemoci, projevy nemoci, dřívější zkušenosti s onemocněním a vztahy s rodinou a okolím (lékaři, sestry, jiný klient, rodina) (Zacharová, 2017). Jejich naplňování je jednou ze složek léčebného procesu. U jistého stádia nemoci vzniká mnoho nových potřeb, které lze roztřídit do tří obecných úrovní, a to na potřebu navrácení zdraví, potřebu vymizení nebo minimalizace bolesti a potřebu udržení soběstačnosti jedince v plnění jeho sociálních úloh (Nováková, 2014). Důležitá je potřeba uzdravení, minimalizace nebo úplné vymizení bolesti, potřeba udržení a získání dřívějších rolí nebo příprava na nové sociální role. Jejich důležitost vychází z hierarchického uspořádání potřeb pacienta. Pacientovi často chybí určité záliby, které ho uspokojují. Jedná se např. o nedostatečný kontakt s blízkými, s rodinou, zákaz cestování, zákaz vycházení z pokoje, zákaz oblíbených pokrmů nebo kouření. Proto by zdravotnický personál měl přistupovat k pacientům empaticky, s úctou a pochopením (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

1.7.1 Biologické potřeby pacienta po chirurgickém výkonu

Biologické potřeby zahrnují to, bez čeho by se naše tělo neobešlo. Velký důraz na uspokojování je třeba klást u všech pacientů, obzvlášť po chirurgickém výkonu. Naplňování těchto potřeb se orientuje na příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, tlumení bolesti, péči o operační ránu, hygienickou péči, prevenci dekubitů nebo dostatek spánku a odpočinku.

Pacient po chirurgickém výkonu potřebuje dostatek energie na uzdravení, zahojení operační rány a následnou vertikalizaci a rehabilitaci. Proto je třeba dbát na zajištění enterální výživy v co nejkratším čase pooperačního období. Pokud enterální výživa není možná, je nahrazena výživou parenterální (Svatošová, 2012). Pacient má po operaci určenou dietu dle druhu a místa operačního výkonu. Správná dieta je součástí rekonvalescence a léčebného procesu (Vrabelová, 2018a). Zamezuje výskytu malnutrice nebo pooperačních komplikací, jako jsou nehojící se rána, výskyt dekubitů, infekce, prodloužení rehabilitace, svalová slabost, prodloužení hospitalizace nebo zhoršení hodnot života (Slezáková et al., 2019).

V den operace má pacient zpravidla 2 hodiny od ukončení výkonu povoleny tekutiny, a to pouze v malém množství z důvodu odeznívání anestezie. Jedná se o dietu číslo 0/S, tedy čajovou. Následná dieta je určena lékařem dle druhu a místa operačního

výkonu. Většinou je stanoven postupný přechod od tekuté stravy ke kašovitě č. 1, kašovitě šetřící č. 2, bezsezbytkové dietě č. 5, která se podává pacientům po operaci v dolní části gastrointestinálního traktu (GIT), nebo dietě s omezením tuků č. 4, kterou mají pacienti po operaci žlučníku (Havel et al., 2015). V konečné fázi realimentace nastává návrat k racionální stravě nebo dietě, kterou měl pacient před operačním výkonem. Délka dodržování dietních opatření je u každé operace rozdílná. Příkladem jsou zákroky v oblasti GIT, kdy je přechod k racionální stravě ovlivněn návratem střevní peristaltiky, tj. návratem vyprazdňování. Zpravidla tato doba realimentace zahrnuje dva až šest dnů. Další specifickou operací jsou resekční výkony střev, kdy má pacient povolen pouze příjem tekutin a další výživa je zajištěna parenterální cestou. Následuje postupný návrat k enterální výživě tekutou stravou a dále pak k bezsezbytkové dietě č. 5 až k plnohodnotné stravě (Slezáková et al., 2019). Parenterální výživa je určena pacientům, kterým je kontraindikována výživa enterální. Jedná se o zajištění dodání tekutin, elektrolytů, výživných látek, stopových prvků a vitaminů (Havel et al., 2015). Zpravidla se upřednostňuje podání výživy enterální, jelikož předchází vzniku atrofie sliznice GIT a zabraňuje vzniku komplikací v souvislosti s parenterální výživou (např. riziko vzniku infekce ve spojitosti s CŽK) (Slezáková et al., 2019).

Biologické potřeby pacienta zahrnují i potřebu vyprazdňování (Janíková, 2013). Do 6–8 hodin od operačního výkonu by se pacient měl spontánně vymočit. Pokud se to nepodaří, je pacientovi zaveden PMK (Vytejšková, 2013). Problém neschopnosti se spontánně vyprázdnit nastává nejčastěji po operacích v malé pánvi. Důvodem je také stres, bolest, neschopnost zaujmout vhodnou polohu k vymočení, nedostatek intimity a akutní bolest. U pacientů po operačním výkonu musí být sledována i střevní peristaltika s odchodem plynů a vyprazdňováním. Jednou z možných komplikací je právě ochrnutí gastrointestinálního traktu a zástava jeho peristaltiky. Odchod plynů a stolice by se měly objevit nejpozději druhý až třetí den od operace. Pokud není střevní peristaltika obnovena, je potřeba čtvrtý až pátý den podat rektální rourku, glycerinový čípek nebo malé klyzma. Důležitá je také mobilizace a rehabilitace pacienta k podpoře obnovy svalové činnosti a střevní peristaltiky (Vrabelová, 2018b). Pokud nedojde k obnově střevní peristaltiky do tří až čtyř dnů, může se jednat o pooperační ileus.

Hygienická péče v časném pooperačním období je odkázaná na pomoc ošetrovatelského personálu dle soběstačnosti pacienta. Cílem dopomoci je také zapojení pacienta v co největší míře a návrat k jeho soběstačnosti (Janíková, 2013). Hygienická

péče zahrnuje i ošetření dutiny ústní, a to především u starších pacientů. Důvodem je vysoké riziko výskytu plísňových onemocnění, zánětu průšních žláz a zánětu dýchacích cest v souvislosti s omezeným perorálním příjmem stravy a nedostatečnou hygienickou péčí (Krška, 2011b). Ošetřovatelský personál ve spolupráci s pacientem předchází vzniku dekubitů pravidelným polohováním, upraveným lůžkem, udržováním čistoty kůže, péčí a hodnocením predilekčních míst nebo pestrou a vyváženou stravou (Wirthová 2015). Cílem polohování, kromě zamezení vzniku dekubitů, je i prevence výskytu bolesti, kontraktur svalů a šlach, ankylózy kloubů, prevence ventilační pneumonie, TEN a dalších komplikací (Vrabelová a Dingová Šliková, 2018).

Bolest ve spojitosti s operační ránou je její neodmyslitelnou součástí. Je různého charakteru a intenzity a její nástup nastává po ukončení působení anestetik. Má vliv na kvalitu spánku, jelikož při výskytu pooperační bolesti se pacient dostatečně a kvalitně nevyspí. Na deficit spánku mohou mít vliv také obavy a strach z operace. Bolest i nespavost nemocného fyzicky i psychicky vysilují (Krška, 2011b). Sestra proto hodnotí a zaznamenává přítomnost bolesti podle VAS stupnice a podává analgetika v pravidelných časových intervalech, většinou po 8 hodinách dle intenzity bolesti (Libová et al., 2019). Na noc jsou lékařem ordinována hypnotika, mnohdy v kombinaci s analgetiky. V dalších pooperačních dnech se pak časový interval prodlužuje po 8 nebo 12 hodinách (Krška, 2011b).

Zdravotnický personál kontroluje okolí operační rány a zvýšenou pozornost věnuje především výskytu pooperačních komplikací, jako je např. krvácení (Janíková, 2013). V případě prosakování rány je na krycí vrstvu dodán další obvaz a při přetrvávajícím krvácení je ihned přivolán lékař. První převaz operační rány se zpravidla za aseptických podmínek provádí první nebo druhý pooperační den (Vytejková, 2015). Další interval převazování závisí na pokynech lékaře. Stehy se dle druhu operační rány odstraňují sedmý až dvacátý první pooperační den (Janíková, 2013). Pacient je následně edukován o správném postupu péče o jizvu a jsou mu poskytnuta následná doporučení, jako je udržování jizvy v čistotě, vyhýbání se působení slunečního záření, soláriu, sauně a chladu v prvních třech měsících, omezení nošení přiléhajících oděvů, a to zejména ze syntetických materiálů, přednost sprchování před vanou, nepoužívání parfemovaného mýdla a jemné sušení okolí jizvy, aby nedošlo k jejímu tření a poškození, provádění tlakové masáže jizvy nebo pravidelné promazávání jizvy krémem (Smičková, 2011).

V pooperačním období je důležitá i časná fyzická a dechová rehabilitace pacienta jako prevence TEN (Krška, 2011b). Postupný přechod k mobilizaci začíná první den pouze cviky na lůžku dle druhu operačního výkonu. Druhý den následuje chůze na krátkou vzdálenost. Cílem rehabilitační péče je navrácení úplné nebo alespoň částečné soběstačnosti pacienta v co největší míře, jak jen to je možné (Janíková, 2013).

1.7.2 Psychické potřeby pacienta po chirurgickém výkonu

V rámci ošetrovatelské péče je péče o psychické potřeby stejně podstatná jako péče o potřeby biologické, sociální nebo spirituální (Svatošová, 2012). Psychické potřeby představují vnitřní prožívání, psychický stav a psychické pochody člověka. Zahrnují pocit jistoty, otevřené budoucnosti, lásky, orientace, logického myšlení, potřebu bezpečí, vnitřní rovnováhy, vzájemného respektování se a potřebu seberealizace v každodenních činnostech. K vývoji psychických potřeb dochází od samého narození člověka až po ukončení života bez ohledu na vývoj biologických potřeb (Sikorová a Zeleníková, 2012).

Pacient i přes svou hospitalizaci potřebuje získávat nové a aktuální informace, mít přehled o dění v jeho okolí, poznávat pochody ve světě a zároveň se v nich i orientovat (Šamánková, 2011). Před operačním výkonem je třeba poskytnout mu informace, jak bude výkon probíhat, jaké jsou komplikace, informace o pooperačním režimu, způsobu rehabilitace, délce hospitalizace a následném životním stylu (Kapounová, 2020). Díky tomu jsou pak naplněny další potřeby, a to pocit bezpečí a jistoty. To vše souvisí s potřebou orientace a smysluplného učení (Sikorová a Zeleníková, 2012). Citovou jistotu a bezpečí je možné naplnit vstřícným a vlídným vystupování při komunikaci s pacientem. Dobré oboustranné navázání vztahu přináší pocit vzájemné důvěry a respektu (Šamánková, 2011). Získané zkušenosti během života mají vliv na názor a následný vztah k ostatním lidem, ale i k sobě samému. Proto zdravotnický personál musí jednat s každým pacientem individuálně a s ohledem na jeho psychický stav a zkušenosti. Pacient je po operačním výkonu často upoután na lůžko s nutností klidového režimu podle typu a lokalizace operace (Sikorová a Zeleníková, 2012). Soběstačnost je tedy třeba podporovat při každodenních činnostech, jako je např. ranní hygiena, přijímání potravy a tekutin, polohování, oblékání nebo posazování. Přináší to pocit naplnění vnitřní identity a seberealizace v životě člověka (Pechoušková a Vacková, 2020). Potřeba otevřené

budoucnosti zahrnuje dodání pocitu naděje, možnosti pozitivního rozvoje pacienta a plánování vlastní budoucnosti (Pugnerová, 2016).

Další potřebou, která má zásadní vliv na psychiku, je potřeba být bez bolesti (Dušová et al., 2019). Jedná se o subjektivní prožívání, které existuje pouze tehdy, kdy to sám pacient potvrdí (Kabelka a Sláma, 2011). Sestra by proto měla v pooperačním období monitorovat vznik, délku, místo působení, intenzitu a druh bolesti. Všechny tyto informace by měly být zároveň zaznamenány v dokumentaci. K vyhodnocení bolesti sestře slouží různé druhy škál k jejímu měření, které pomáhají určit její intenzitu (Dušová et al., 2019). Pacient může určit míru bolesti pomocí verbální škály, kdy slovně popíše, zda žádnou bolest nemá nebo je bolest mírná, středně silná anebo silná. Častější variantou je škála šestistupňová, kdy pacient posuzuje bolest od žádné až po nesnesitelnou (Pokorná, 2012). Další možností je vizuální analogová škála (VAS), pomocí které pacient určí bolest podle čísel na úsečce. Ta může být buď horizontální, nebo vertikální. Při využití hodnoticích systémů sestra sleduje intenzitu bolesti před, ale i následně po podání analgetik ke zjištění jejich účinnosti (Dušová et al., 2019). Hodnoticí metoda podobná hodnoticí metodě VAS je numerická škála, která také používá úsečku s číselným rozmezím nula (žádná bolest) až deset nebo sto (nesnesitelná bolest). U této škály je možné využít jakéhokoliv numerického rozpětí. Další možnou variantou je profil bolesti a mapa bolesti. Ty se využívají u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Sestra zde porovnává vývoj bolesti od začátku jejího výskytu až po aktuální situaci v časovém období (Pokorná, 2012).

Pacienta v pooperačním období provází pocit strachu, nejistoty, úzkosti, obavy, nepříjemné pocity a pocit napětí. Pacient s úzkostí udává i vyšší intenzitu bolesti, jelikož zvýšená úzkost přispívá k růstu svalového napětí. S tím souvisí výskyt zvýšeného krevního tlaku. To má negativní vliv na pooperační průběh, rehabilitaci, uzdravení a délku hospitalizace (Zeleníková, 2013). Psychická stránka má vliv i na somatickou stránku pacienta a může opět negativně ovlivnit délku jeho hospitalizace, průběh hojení operační rány a také následnou rehabilitaci. Proto by sestra měla vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru při komunikaci s pacientem. Vlídne vystupování zamezí výskytu strachu a vzniku frustrace či deprivace. Důležitá je i empatie, aktivní naslouchání či využití zpětné vazby. Měla by mluvit klidným hlasem a tempo řeči přizpůsobit komunikačním schopnostem pacienta (Lidická a Dingová Šliková, 2018).

1.7.3 Spirituální, kulturní a sociální potřeby pacienta po chirurgickém výkonu

Hospitalizace pacienta se prolíná i do jeho psychických potřeb. Proto se v náročné životní situaci, jako je právě onemocnění, snaží najít odpovědi v oblasti spirituální péče. V této situaci by sestra měla učinit intervence k uspokojení jeho potřeb a k pacientovi přistupovat s určitým pochopením, empatií, ale i podporou v jeho rozhodnutí (Opatrný, 2017). Tato oblast byla dlouhá léta označována za zapovězené téma. Proto se i v současné době většina lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že se jedná o uspokojování potřeb pouze u pacientů, kteří jsou věřící (Svatošová, 2012). Prolíná se spolu s duchovním směrem a patří sem oblast lidské existence, otázky na smrt člověka, truchlení a strádání, otázky ohledně náboženství a otázky posmrtného života (Dušová et al., 2019). Tyto potřeby mohou být ale uspokojeny i u pacientů, kteří věřící nejsou. V těžké životní situaci se snaží najít odpovědi na otázky o smyslu života a zároveň se ujistit, že jim bude v závěru života odpuštěno (Příbyl, 2015). Spirituální potřeby, jejich posílení a rozhovor o nich pomáhají pacientovi v náročném období, pomáhají mu najít smysl života, zmírnit strach a stres nebo najít otázky na některé odpovědi v souvislosti s onemocněním. Je třeba jeho rozhodnutí v oblasti spirituální péče respektovat i přes to, že sestra nesdílí stejné rozhodnutí a má určité pochybnosti o své víře (Opatrný, 2017).

Sestra musí brát v úvahu i reálnost naplnění potřeb v souvislosti s pacientovou úzkostí, bolestí a nadějí, jež ho v průběhu hospitalizace provázejí. Spirituální péče by neměla být ihned odkázána na kněze, pastora nebo nemocničního kaplana, jelikož mnohdy pacientovi stačí pomoc pouze od někoho blízkého z jeho okolí, od něhož tuto pomoc žádá nebo očekává, např. od sestry formou chápajícího rozhovoru. Pomůže mu to ujasnit si některé otázky, pochyby a zkušenosti. Dále je nutné mu nabídnout možnost pro introspekci, pro všechny etapy prožívání a pro odlišná rozhodnutí, než jak se rozhodli ostatní (Opatrný, ©2019). Zároveň by možnost zajištění duchovní péče měla být vždy pacientovi nabídnuta a umožněna, pokud si to sám přeje (Bužgová, 2015). Jedná se o poskytnutí souhlasu ke kvalifikované duchovní pomoci knězem, jáhnem, kazatelem, nemocničním kaplanem nebo jiným duchovním (Opatrný, ©2019).

Člověk je společenský jedinec, a tak potřebuje být neustále obklopen rodinou nebo blízkými. Potřebuje přijímat návštěvy, komunikovat s nimi a přijímat nové informace o dění ve svém okolí (Příbyl, 2015). Pacientovi by měla být návštěva umožněna kdykoliv, kdy je to možné a jeho rozhodnutí by mělo plně respektováno. Nejsilnější citová vazba ho pojí právě s rodinou (Svatošová, 2012). Rodina je významným sociálním prvkem

pacienta, který se podílí na uspokojování jeho potřeb. Lze ji chápat jako sociální impulz zajišťující plnohodnotný vývoj jedince v sociální bytost. Široké okolí rodiny (prarodiče, tety, strýcové, sestřenice, bratrance a blízcí přátelé) se označuje jako sociální síť rodiny. Ta má pro pacienta nenahraditelné zastoupení, jelikož je jeho součástí od narození. Podílí se na vývoji jedince a působí na jeho tělesnou, duševní a sociální oblast. Díky rodině si pacient uvědomuje svou podstatu a sociální roli v různých etapách života (Kopecká, 2015).

Uspokojování sociálních potřeb je podstatnější pro toho, kdo má děti, pro mladé pacienty, pro pacienty s horším funkčním stavem a vyšší psychickou úzkostí. Takoví pacienti preferují častější návštěvy příbuzných a blízkých osob nebo rozhovor s osobami s podobnou zkušeností. Sociální potřeby zahrnují i finanční zajištění sebe nebo rodiny, kdy tato možnost během hospitalizace není pacientům umožněna (Bužgová et al., 2014).

1.8 Role sestry v péči o pacienta po chirurgickém výkonu

Sestra v péči o pacienta zaujímá nespočet rolí, jako je role ošetřovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky pacienta, týmové hráčky, výzkumnice nebo zkušené odbornice. Všechny role se mohou navzájem prolínat a ovlivňovat. V závislosti na činnostech a výkonech, které momentálně provádí, může současně zastupovat najednou pouze určité množství z těchto pozic (Špirudová, 2015). Sestra je osoba, která za pacienta jedná, zajišťuje jeho správnou edukaci v činnostech sebepéče nebo plnění požadavků sebepéče, je to partner, který spolupracuje při uskutečnění a řízení činností prováděných v rámci sebepéče, aktivně naslouchající a empatická osoba, která pacientovi poskytuje psychickou oporu a konkrétní osoba, na níž se pacient může vždy spolehnout, vyučující, který vysvětluje požadavky sebepéče, metody, a postupy k jejich naplnění a metody k překonání a kompenzace deficitů sebepéče (Halmo, 2014).

Sestra pečovatelka v péči o pacienta po operačním výkonu poskytuje základní ošetřovatelskou péči, identifikuje jeho problémy a stanovuje intervence k naplnění potřeb pomocí ošetřovatelského procesu (Sikorová, 2018). U pacienta v bezprostředním pooperačním období pravidelně monitoruje životní funkce, jako je vědomí, dýchání, krevní tlak a tepová frekvence, saturace a tělesná teplota. Kontroluje příjem a výdej tekutin, odvod odpadů z drénů, katétrů a sond, intenzitu, charakter a místo působení

bolesti, nauzeu, zvracení, krvácení a hodnotí okolí operační rány (Havel a Motyčka, 2015). Dle ordinace lékaře doplňuje ztrátu tekutin podáním infuzních roztoků, podává ATB, chronickou medikaci a antikoagulační léčbu (Janíková, 2013). Sleduje, zda se pacient 6–8 hodin od operačního výkonu spontánně vymočil. Pokud ne, provádí k tomu určité intervence, jako je zajištění dostatečné intimity k vymočení, doporučení vhodné polohy nebo v posledním případě zavedení PMK (Vytejková, 2013). U pacientů po operačním výkonu sleduje střevní peristaltiku s odchodem plynů a vyprazdňováním. Pokud není střevní peristaltika obnovena, zavede pacientovi čtvrtý až pátý den rektální rourku, glycerinový čípek nebo aplikuje malé klyzma (Vrabelová, 2018b). Dále podává dle ordinace lékaře antikoagulační farmakologickou léčbu, a to podáváním nízkomolekulárního heparinu, jako prevence TEN (Kvasnička, 2011). Kontroluje okolí operační rány a zvýšenou pozornost věnuje především výskytu pooperačních komplikací, jako je např. krvácení (Janíková, 2013). V případě prosakování rány na krycí vrstvu přiloží další obvaz a při přetrvávajícím krvácení ihned přivolá lékaře. První převaz operační rány zpravidla za aseptických podmínek provádí první nebo druhý pooperační den (Vytejková, 2015).

Sestra edukátorka u pacienta podporuje zdraví a předchází jeho zhoršení, rozvíjí soběstačnost pacienta, edukuje ho o správném životním stylu v pooperačním období, správném vstávání z postele a poučí ho, jak pečovat o operační ránu a následně jizvu (Sikorová, 2018). Informace v péči o jizvu zahrnují její udržování v čistotě, vyhýbání se působení slunečního záření, soláriu, sauně a chladu v prvních třech měsících, omezení nošení přiléhajících oděvů, a to zejména ze syntetických materiálů, dávání přednosti sprchování před vanou, dále se doporučuje nepoužívat parfemovaná mýdla, okolí jizvy pouze jemně osušit, aby nedošlo k jejímu tření a poškození, provádět tlakové masáže jizvy nebo pravidelně jizvu promazávat krémem (Smičková, 2011).

Sestra koordinátorka se podílí na posouzení, diagnostice, plánování, stanovení výsledků, intervenci a vyhodnocení ošetrovatelského procesu u pacienta a úzce spolupracuje na jeho uskutečnění s ostatními členy zdravotnického týmu, ale i s rodinnými příslušníky (Sikorová, 2018). Posuzuje subjektivní a objektivní informace o pacientovi pomocí různého sběru dat, jako je např. rozhovor nebo fyzikální vyšetření. Následně stanovuje ošetrovatelské diagnózy, které aktuálně nebo potenciálně mohou ohrozit pacienta. Jedná se např. o akutní bolest, deficit sebepéče, zhoršenou pohyblivost, úzkost, riziko infekce, narušený vzorec spánku, zácpu, strach nebo stresové přetížení.

Následně uskutečňuje ošetrovatelské intervence, které se zaměřují na odstranění původní příčiny a faktory vzniku ošetrovatelského problému. V poslední fázi by sestra měla vyhodnotit účinnost intervencí a dosažení vytyčených cílů (Herdman a Kamitsuru, 2014).

Hraje roli i v uspokojování psychických potřeb pacienta, které představují vnitřní prožívání, psychický stav a psychické pochody člověka (Sikorová a Zeleníková, 2012). Pacienta v pooperačním období provází pocit strachu, nejistoty, úzkosti, obavy, nepříjemné pocity a pocit napětí. S úzkostí udává i vyšší intenzitu bolesti, jelikož zvýšená úzkost přispívá k růstu svalového napětí (Zeleníková, 2013). Proto by sestra měla vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru při komunikaci s pacientem. Vlídne vystupování zamezí výskytu strachu a vzniku frustrace či deprivace. Důležitá je i empatie, aktivní naslouchání či využití zpětné vazby. Sestra by měla mluvit klidným hlasem a tempo řeči přizpůsobit komunikačním schopnostem pacienta (Lidická a Dingová Šliková, 2018).

1.9 Role rodiny v péči o pacienta po chirurgickém výkonu

V péči o pacienta po chirurgickém výkonu se mění i jeho hierarchické uspořádání potřeb a intenzita uspokojování. Kromě personálu ve zdravotnickém zařízení se na jejich naplnění podílí také rodina, rodinní příslušníci a blízcí pacienta. Rodina v období rekonvalescence zastává zásadní roli v uzdravení, psychické podpoře a péči o pacienta (Kopecká, 2015). Je zřejmé, že hospitalizace mu působí obavy a je vděčný, když si o tom může promluvit s někým blízkým, komu důvěřuje. Kladné rodinné vztahy výrazně ovlivňují pacientovu rekonvalescenci v pooperačním období. Je si vědom pocitu zájmu o svůj zdravotní stav, pocitu lásky, sounáležitosti a jistoty. Proto je třeba mu umožnit návštěvy kdykoliv je to možné. Rodina se aktivně podílí i na zajištění léčby a podmínek pro uzdravení pacienta ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Její úloha zaujímá v péči o potomky a příbuzné funkci biologicko-reprodukční, ekonomickou, socializačně-výchovnou, emocionální, rekreační, relaxační a zábavnou (Kopecká, 2015). Kurucová (2016) kromě všech těchto pěti zmíněných funkcí uvádí navíc funkci ochrannou. Biologicko-reprodukční funkce zahrnuje rozmnožování, předání genetické výbavy a naplňování sexuálních potřeb. V rámci ekonomické funkce členové rodiny zajišťují pravidelný finanční příjem do společného nebo osobního vlastnictví domácnosti. Každý má své zaměstnání, bez kterého by ekonomická funkce nemohla být

naplněna. Při nenaplnění této úlohy vzniká hmotný nedostatek, který nastává v důsledku nezaměstnanosti. Při hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení dochází ke změně finančního příjmu jedince, a proto je tato úloha částečně naplněna nebo není naplněna vůbec (Kopecká, 2015). Proto v této situaci hraje zásadní roli rodina, která se o rodinného příslušníka musí postarat (Pechoušková a Vacková, 2020). Socializačně-výchovná funkce pomáhá jedincům v rodině začlenit se do některé ze sociálních skupin. Díky rodině jedinec získává určité hodnoty, postoje, názory a přesvědčení a vyvíjí se ve společenskou bytost. Učí se porozumět jak svým emocím, tak emocím druhých lidí, tedy emoční inteligenci. Ovlivněny jsou i další dvě složky, a to sociální percepce a sociální inteligence (Paulík, 2017).

Pomocí emocionální funkce je naplněn pocit jistoty, lásky, sounáležitosti, bezpečí, respektu, psychické podpory, úcty a uznání. Tato funkce přináší pocit psychické pohody a naplnění duševních potřeb. U pacientů ve zdravotnickém zařízení hraje naplnění emocionální funkce zásadní roli, jelikož pacient se může cítit osamělý, ohrožený, mít strach nebo být ve stresu (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Rekreační, relaxační a zábavná funkce přináší naplnění potřeb pomocí zájmových činností jedince, které provádí ve svém volném čase a o které se zajímá a baví ho. Patří sem i psychický a fyzický odpočinek, uvolnění a radost z těchto aktivit (Kopecká, 2015).

Poslední funkcí je funkce ochranná, která zahrnuje činnosti k prevenci vzniku onemocnění a ochraně jedince před negativním působením společnosti. To spočívá i ve fyzické ochraně člena rodiny a poskytuje mu psychickou oporu v náročných životních situacích, jako je např. onemocnění jedince, operační zákrok a pobyt ve zdravotnickém zařízení. Rodina mu pomáhá i v následné rehabilitaci a začleňování zpět do běžného života, ale především v situacích, kdy se o sebe jedinec nemůže nebo nechce postarat. Taková situace nastává např. při vzniku určité překážky, jako je nemoc či vysoký věk. Rodina v takových případech naplňuje současně více potřeb jedince najednou, a to jak z oblasti fyzické, psychické, tak spirituální a sociální. Jako nejdůležitější funkce v péči o nemocného příbuzného převládá právě emocionální a ochranná úloha rodiny (Kurucová, 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit úlohu sestry při uspokojování potřeb u pacienta na chirurgickém oddělení.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem se rodina podílí na uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení.

Cíl 3: Zhodnotit, jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je úloha sestry při uspokojování potřeb u pacienta na chirurgickém oddělení?

Výzkumná otázka 2: Jak vnímá pacient hospitalizovaný na chirurgickém oddělení uspokojování potřeb sestrou?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem se rodina podílí na uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení?

Výzkumná otázka 4: Jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část diplomové práce byla provedena pomocí kvalitativní výzkumného šetření. K získání co největšího množství informací byla zvolena metoda dotazování, technikou sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Otázky k rozhovorům byly vypracovány ještě před žádostí o výzkum náměstka pro vědu, výzkum a školství a vrchní sestry chirurgického oddělení v daném nemocničním zařízení Jihočeského kraje, ve kterém proběhlo výzkumné šetření. Záměrným výběrem byly konstruovány tři výzkumné soubory – sestry, pacienti a rodinní příslušníci pacientů. Každý z respondentů byl seznámen s účelem výzkumu a ujistěn o tom, že rozhovory jsou zcela anonymní. Výzkumné šetření s pacienty, sestrami a rodinnými příslušníky pacienta bylo provedeno na chirurgickém oddělení v nemocničním zařízení nebo telefonickým kontaktem. Průběh rozhovoru byl zaznamenán na diktafon, kdy všichni respondenti před začátkem rozhovoru poskytli ústní souhlas ke zvukové nahrávce. Pro citlivá a osobní data není zvuková stopa součástí diplomové práce. Ošetřovatelská dokumentace byla zhodnocena sekundární analýzou dat.

Otázky pro sestry zahrnovaly délku praxe v oboru chirurgie, definici a klasifikaci potřeby, výskyt nejčastějších ošetřovatelských problémů na chirurgickém oddělení, seřazení potřeb podle významu pro pacienta, způsoby hodnocení uspokojování potřeb pacienta, saturaci potřeb, rozdíly v uspokojování potřeb pacienta podle délky jeho pobytu na chirurgickém oddělení, úlohu sestry při uspokojování jednotlivých potřeb, zapojení rodiny do péče o pacienta, neuspokojené potřeby a důsledky s projevy u neuspokojených potřeb pacienta. Pro rozhovory se sestrami bylo zpracováno patnáct otázek (Příloha 5). Dále byly položeny další podotázky dle potřeby daného výzkumného šetření.

Jako témata k rozhovorům s pacienty byly zvoleny otázky, které měly za cíl zjistit informace o důvodu jejich hospitalizace na chirurgickém oddělení, dále definici a klasifikaci potřeb, kterou pacienti znají, informace o změně jejich potřeb během hospitalizace, podílu sester při uspokojování jejich potřeb, zhodnocení vzájemné spolupráce se sestrami, uspokojování potřeb pacienta ze strany rodiny, saturaci a desaturaci potřeb spolu s důsledky a projevy v souvislosti s neuspokojením potřeb. Pacientům bylo položeno celkem dvanáct otázek spolu s dalšími podotázkami dle nutnosti doplnění rozhovoru (Příloha 6). Některé otázky, jako jsou otázky v souvislosti

s rodinou a neuspokojenými potřebami, byly pro pacienty velmi citlivé téma. Proto bylo zodpovězení těchto otázek zcela dobrovolné a na rozhodnutí pacientů.

Otázky pro rodinné příslušníky pacienta se zabývaly důvodem hospitalizace jejich příbuzného na chirurgickém oddělení a rodinným vztahem k němu, definicí a klasifikací potřeby, rozdíly ve výskytu potřeb v souvislosti s hospitalizací jejich příbuzného, úlohou sestry v souvislosti s uspokojováním potřeb, zhodnocením péče sester a vzájemné spolupráce s nimi, podílem rodiny v uspokojování potřeb u příbuzného a desaturací potřeb s důsledky a projevy jejich neuspokojení. Rodinným příslušníkům bylo položeno dohromady třináct otázek, které byly doplněny opět o další podotázky (Příloha 7). Všechny rozhovory, a to jak se sestrami a s pacienty, tak i s rodinnými příslušníky, byly přepsány ze zvukového záznamu do písemné formy a výsledky výzkumného šetření, opět u všech tří skupin výzkumného souboru, vyhodnoceny otevřeným kódováním metodou tužka–papír.

Jednotlivé rozhovory byly označeny písmenem S (sestra), P (pacient) a R (rodinný příslušník) podle osoby, se kterou byl rozhovor veden. Všechna písmena byla pro lepší přehlednost označena i číslem podle pořadí provedení rozhovoru s danou osobou. Tzn., že písmeno s číslem P2 udává druhý provedený rozhovor s pacientem (Švaříček et al., 2014).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Záměrným výběrem byly zvoleny tři výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořilo pět sester, které v době provádění rozhovorů pracovaly na chirurgickém oddělení. Dlouholetá délka praxe na zmíněném oddělení nebyla podmínkou pro zařazení respondenta do výzkumného šetření. Sestry jsou označeny písmeny s čísly S1–S5 podle pořadí provedení daného rozhovoru.

Druhý výzkumný soubor tvořilo devět pacientů, pro které byla zvolena následující podmínka: pacient je v době provádění výzkumného šetření hospitalizován na chirurgickém oddělení, kdy délka jeho hospitalizace zde je minimálně dva dny. Pacienti byli označeni písmeny s čísly P1–P9, opět podle pořadí provedení rozhovoru. Někteří pacienti měli problém s odpovědí v souvislosti s rodinou a neuspokojenými potřebami. Množství získaných údajů od pacientů bylo i přesto dostatečné.

Třetí výzkumný soubor byl tvořen rodinnými příslušníky pacienta, který je v době provádění výzkumu hospitalizován na chirurgickém oddělení. Počet rodinných příslušníků, se kterými probíhal rozhovor, byl šest. Rodinní příslušníci byli označeni písmenem s číslem R1–R6. Množství rozhovorů s danými respondenty z každého výzkumného souboru probíhalo do té doby, dokud nebyla naplněna teoretická saturace.

4 Výsledky

Zjištěné výsledky výzkumu jsou v této části kapitoly zpracovány do několika kategorií. Ty jsou dále rozděleny do dalších podkategorií. Pro lepší orientaci je tato kapitola rozčleněna na další tři části, neboť výzkumné šetření bylo provedeno se sestrami, pacienty a rodinou pacienta. První část se zabývá výsledky šetření se sestrami, druhá s pacienty a analýzou ošetřovatelské dokumentace a poslední kapitola výsledky šetření s rodinou pacienta.

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

1. Kategorie: Délka práce na chirurgii

Většina dotazovaných sester, tj. S1–S4, uvedla, že před nástupem na chirurgické oddělení pracovaly i jinde. S1 je na chirurgickém oddělení dohromady už 12 let. Předtím pracovala na neurologii a na psychiatrii. Na neurologii byla 5 let a na psychiatrii 2 roky, když počítá i praxi, kterou zde měla jako klinický psycholog. S2 je v chirurgickém oboru již 8 let a současně má i dohodu o pracovním úvazku na interní JIP. S3 je zde již 7 let, a to včetně brigád. Předtím ještě 2 roky pracovala na lůžkách následné péče. Nejkratší délku praxe na chirurgickém oddělení uvedla S4, která je zde 3,5 roku. Předtím pracovala na interním a dětském oddělení. S5 má zkušenosti primárně s chirurgickým oddělením, na kterém je již 5 let, ale vypomáhala i na jiných odděleních, např. v době covidové pandemie v souvislosti s nedostatkem zdravotnického personálu.

2. Kategorie: Definice potřeby

Druhá kategorie měla za cíl zmapovat, jaká je podle sester definice potřeby člověka a co si pod tímto pojmem představí. S1 nejdříve při položení otázky, co si představí pod pojmem potřeba, musela nad odpovědí více přemýšlet. Poté ale uvedla, že se jedná o aktuální stav člověka, kdy jeho cílem je dosažení spokojenosti a lepší životní úrovně. Definici potřeby popsala takto: „*Prostě se jedná o aktuální stav pacienta nebo člověka, který něco chce mít, aby dosáhl jako lepšího života nebo lepšího blaha v tom aktuálním stavu.*“ S3 i S4 uvedly podobnou definici jako S1, kdy cílem naplnění potřeby je něco mít nebo vlastnit. S4 dále dodala: „*Potřeba je něco, co jako člověk má prostě. No, ono je to takový víc složitější. Potřeba je něco mít, vlastnit, ale potřeba je i prostě existovat.*“

Máme samozřejmě biologický potřeby atd., ale potřeba je něco mít.“ S3 pouze řekla, že se jedná o to, co člověk tak nějak potřebuje, chce a je nezbytné pro jeho život.

Nejznámější definicí, kterou uvedla pouze S2, je, že potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku nějaké z nezbytných složek základního uspokojení, které umožňují normální fungování lidského těla. Důvodem přesného uvedení této definice je podle S2 profesní deformace, jelikož tuto poučku přednáší svým studentům na vysoké škole v jednom z vyučovacích předmětů. S5 uvedla: *„Pod pojmem potřeba si představím to, aby vlastně pacientovi bylo lépe, aby mně bylo lépe. To samozřejmě znamená mu zajistit nějaký standard, nějaký komfort, nějaký prostě sociální moralistický lidský citění.“*

2.1 Podkategorie: Klasifikace potřeb

Tato podkapitola se zabývá klasifikací potřeb. Většina sester, tj. S2–S4, uvedla jedinou klasifikaci, a to podle Maslowa. Žádnou jinou si bohužel nevybavily nebo ji ani neznají. S4 řekla: *„To je ta pyramida potřeb, Maslowova pyramida potřeb. Pak jsou ještě nějaký ty další, ale to už si teď opravdu nevybavím.“* S2 také uvedla klasifikaci potřeb podle Maslowa, která je podle ní nejznámější. Dále popsala rozdělení potřeb, a to na základní tělesné a fyziologické potřeby, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti, potřebu uznání a úcty a potřebu seberealizace. Tyto potřeby rozdělila i na nižší (základní tělesné a fyziologické potřeby, potřebu bezpečí a jistoty) a vyšší potřeby (potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti, potřebu uznání a úcty a potřebu seberealizace). Při položení otázky, co podle ní patří mezi biologické potřeby, uvedla spánek, jídlo, pití, vyprazdňování, ale i světlo a hluk. Mezi psychické potřeby podle S2 patří stav pohody, kdy by člověk měl být v psychické rovnováze. Dále k psychickým potřebám uvedla: *„Teď mám před sebou Maslowovu pyramidu. Mezi psychické, tak nevím, třeba nějaký prostě stav pohody, kdy ten člověk je v nějakém optimálním psychickém naladění. Dále je tam nějaké to přátelství, a tak to je potom jakoby už důsledek psychických potřeb. To už je jakoby dál už vystupňované jako vyšší potřeba.“* O spirituálních potřebách řekla: *„Tak teď, pokud je třeba ten pacient věřící, tak tyto oblasti, anebo pokud je nějaký esoterik třeba, tak na to brát třeba ohled, někteří preferují homeopatika, tak i to se musí respektovat.“* Podle S2 tedy mezi spirituální potřeby nepatří pouze duchovní stránka člověka, ale i upřednostňování alternativní léčebné medicíny,

jako jsou např. homeopatika. Do sociálních potřeb zařadila kontakt s rodinou, s přáteli, ale i zajištění pacienta v domácím prostředí po hospitalizaci.

S3 doplnila rozdělení potřeb podle Maslowa na potřeby základní a specifické. Základní potřeby jsou podle S3 nižší potřeby a specifické jsou potřeby vyšší. Tuto klasifikaci potřeb zná S3 ze školy. Při položení otázky, co podle ní patří do biologických potřeb, uvedla také stejně jako S2 spánek, příjem potravy a vylučování. Ve svojí odpovědi ještě navíc uvedla dýchání a teplo. O psychických potřebách řekla: „*Tak tam nějak určitě patří potřeba sounáležitosti, komunikace, být někam přijatej, moct se vzdělávat, moct prostě nějak být součástí kolektivu a součástí společnosti.*“ Spirituální potřeby se podle S2 týkají pouze oblasti víry, kdy cílem uspokojení těchto potřeb je i přítomnost kaplana, Bible a náboženských předmětů na oddělení: „*Když to budu převádět na nemocnici, tak určitě přítomnost nějakého kaplana nebo nějakého faráře, který prostě přijde za tím pacientem, vyzpovídá ho, popřípadě dá poslední pomazání, ale i přítomnost třeba Bible na oddělení nebo možnost, aby pacient měl u sebe svoje náboženské knihy nebo předměty, které prostě běžně užívá.*“ Sociální potřeby popsala jako mezilidské kontakty, možnost stýkat se s jinými lidmi, komunikovat spolu a neodpírat návštěvy pacientům. Do spirituálních potřeb podle S4 nepatří pouze víra v Boha, ale i víra v sebe a ve svoje vlastní schopnosti. „*Je to víra věřit třeba v sebe nebo věřit v něco, v nějaký cíl. Nemusí to být úplně jako víra v Boha jako jsoucno a takový věci, ale věřit třeba v sebe, že něco zvládnou,*“ uvedla S4. Mezi sociální potřeby zařadila možnost být součástí nějaké skupiny, např. pracovního kolektivu, skupiny ve škole nebo skupiny vrstevníků a přátel. „*To jsou takový ty sociální potřeby kontaktu s nějakými dalšími vrstevníky,*“ doplnila svou odpověď S4.

S1 ani S5 si bohužel žádnou klasifikaci potřeb v danou chvíli nevybavily, i když věděly, že se to určitě učily ve škole. Podle S1 je důvod, proč si žádnou klasifikaci nepamatuje, to, že v praxi je hodnocení a rozdělení potřeb jiné, než jaké uvádí odborná literatura. „*No hele, něco jsme se učili na škole, ale v praxi je to jinak. Rozdělovali jsme je do nějakých sociálních, já nevím jakých ještě skupin, ale to Vám řeknu, že to, co máte Vy ve škole, tak na polovinu věci můžete zapomenout,*“ uvedla S1. Při položení otázky, které potřeby by zařadila mezi biologické, psychické, spirituální a sociální potřeby, popsala pouze biologické a psychické. U biologických potřeb uvedla stejné příklady jako S2–S4 a u psychických potřeb uvedla potřebu kognitivních schopností a potřebu pochopení. S1 se na biologických potřebách opět shodla s S1–S4. Psychické potřeby doplnila navíc o empatii a v chirurgickém ošetřovatelství především psychickou podporu,

protože „pokavaď je to nějaká složitější situace, zrovna na té chirurgii, pokavaď tam přijde nějaký člověk, který bude mít možnost vybrat si amputaci před smrtí, no tak samozřejmě tam ta psychická podpora musí být ve velkém“. U sociálních potřeb uvedla, stejně jako S2, zajištění prostředí, kam se může pacient po propuštění z nemocničního prostředí vrátit: „Tak sociální potřeby, to je samozřejmě to, aby se ten člověk měl kam vrátit, když bude propuštěný z nemocnice, že ví, že má to zázemí, ať už je to v tom špitále nebo doma, tak ví, že tam tu postel a ty lidi kolem sebe má.“

3. Kategorie: Hodnocení uspokojování potřeb

Tato kategorie se věnuje vyhledávání a hodnocení uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení.

Hodnocení a zjišťování potřeb pacienta probíhá nejčastěji rozhovorem a pozorováním pacienta už při samotném příjmu na oddělení. Pacientovi jsou pokládány otázky, které se zabývají problémy s močením nebo se stolicí, kdy se hodnotí, zda pacient není např. inkontinentní, nemá průjem, zácpu, dysurické potíže jako řezání nebo pálení při močení nebo kdy byl naposled na stolicí. S4 uvedla: „Při příjmu máme anamnézu, některých se ptáme, jaký mají problémy s močením, jestli netrpí zácpou, kdy byli naposledy na stolicí a každý den v podstatě se provádí záznam do ošetrovatelské dokumentace, jestli ta stolice byla nebo nebyla.“ Hodnocení potřeb pacienta ale probíhá neustále i během jeho hospitalizace především tehdy, když u pacienta nastala změna zdravotního stavu a musí tedy dojít k přehodnocení ošetrovatelských diagnóz. „Pokud je pak zaveden močový katetr po operaci, což má každý pacient u nás, tak po extrakci se jich ptáme, jestli je to nepálí při močení a tak. Jestli jsou pánové schopni čurat do bažanta, dámy na mísu ty první dvě až tři močení,“ řekla S4. V souvislosti s poruchou soběstačnosti a vyprazdňováním pacienta na lůžku dochází i ke vzniku pocitu hanby, studu, a především porušení soukromí pacienta. S3 také uvedla, že potřeby pacienta vyhledávají především rozhovorem: „Určitě vyhledáváme dotazem na pacienta a zaznamenáváme klasicky do ošetrovatelské dokumentace, kde už teda máme některé předdefinované, popřípadě můžeme i některé doplnit.“

Hodnocení potřeb probíhá i pomocí hodnoticích systémů, jako jsou např. Barthelové test základních všedních činností, Gordonové test, VAS skóre nebo Ramsay skóre. S5 uvedla, že hodnocení bolesti může probíhat v kombinaci rozhovoru, pozorování, ale

i skórovacími systémy: „*Viceméně ty bolesti určujeme otázkou na toho člověka. Samozřejmě, ať to je jenom otázkou a závěrečnou odpovědí nebo to je prostě vizuálně to, že na něm člověk vidí ty bolesti. Tak podle toho se člověk více jakoby nějak orientuje, jestli to je nějaká akutní bolest nebo chronická.*“

3.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy

Tato podkategorie popisuje nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které mají pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení.

Jako nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které se vyskytují u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení, sestry uvedly především bolest, poruchu spánku, strach, stres, úzkost, porušení integrity kůže, nedostatky v základních běžných denních činnostech, porušený obraz těla, který podle S3 souvisí „*s pacienty po amputacích a se stomiemi*“, deficit sebepečce a riziko dekubitů. S2 uvedla, že deficit sebepečce zahrnuje oblast hygieny, oblékání, přijímání potravy, vyprazdňování nebo základních běžných činností. Dalšími ošetrovatelskými diagnózami, které zmínila S2, byly nauzea, zvracení, riziko infekce a „*typicky*“ riziko pádu. „*Co ještě, tak diabetici, ale tak to je takové to specifikum těch diabetiků, nějaké to nastavení pooperační glykemky, strach, úzkost, riziko infekce a to je tak asi takové to gró,*“ dodala S2. S4 uvedla i poruchu potřeby vyprazdňování v souvislosti s operačním výkonem a sníženou mobilitou pacienta: „*Ta je dost často nenaplnuje, že oni jdou až pátý až šestý den po operaci. To už dostanou potom nějaká laxantia, protože oni pak už hodně trpí, stěžují si, že nebyli tři až čtyři dny na stolici, což je takový špatný.*“

Podle S1 dochází především k výskytu ošetrovatelských diagnóz v oblasti biologických a psychických potřeb: „*Převládají spíš psychický potřeby, že by pacienti si chtěli povídat. Chtěli by prostě jako pochopit tu diagnózu a abychom je pochopili i my. Pak jako diagnóza, když mají třeba nádorové onemocnění, tak aby to dokázali přijmout, jo? Pak sebepřijetí, co se týká v té nemoci nebo pak třeba s rodinou umírajícího.*“ Dále S1 uvedla, že na chirurgickém oddělení je výskyt ošetrovatelských diagnóz „*smůška všeho možného dohromady*“. Stejného názoru byla i S5, jelikož podle ní bylo spektrum hospitalizovaných pacientů různorodé, tudíž každý pacient je podle ní individuální bytost s rozdílnými potřebami: „*Naši pacienti byli různorodí. To znamená, že to byli pacienti buď z opravdu velice zajištěných rodin, kterým se stalo, že měli nějaký úraz, poté skončili*

u nás, nebo to byli lidi, který víceméně byli na dně jako společenský skupiny, což se týká jako lidí bez domova, nebo to byli kriminálníci, takže ono opravdu to spektrum je takový různorodý, takže každému opravdu chybělo něco.“ Nejčastější ošetrovatelský problém se ale podle S5 týkal sociální skupiny, kdy se pacienti neměli kam vrátit, takže neměli zajištěné žádné domácí prostředí a neměl se o ně kdo postarat.

3.2 Podkategorie: Saturace potřeb

Tato podkategorie se zabývá mírou saturování jednotlivých potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení. Popisuje, které potřeby jsou u pacienta uspokojeny na 100 % a které potřeby jsou naopak uspokojeny nejméně.

U pacienta hospitalizovaného v nemocničním zařízení by podle dotazovaných sester měly být uspokojeny primárně potřeby biologické neboli základní potřeby, dále především bolest a deficit sebekpěče. S3 uvedla: *„Řekla bych, že u bolesti bych si troufla říct, že u většiny pacientů se snažíme o saturaci 100%. Ne vždy to samozřejmě jde nebo ne vždy se to podaří. Každý pacient je trošku jiný a má jiné potřeby.“* V první chvíli přijetí pacienta na chirurgické oddělení jde podle S4 a S5 především o to, aby pacient přežil. V ten moment jsou víceméně všechny *„úplně bokem“*. Tzn., že u pacienta musí být nejdříve uspokojeny základní biologické potřeby a až poté následuje uspokojování potřeb vyšších. *„Tady prostě prioritně nám jde o to, aby přežil. Když jsme tu měli pána, který vypadnul z okna z nějakého 6. patra, tak jsme se nestarali o to, jestli má rodinu nebo jestli má nějaký bydlení, prostě nám šlo o to, abychom ho zachránili,“* řekla S5.

Mezi potřeby, které jsou uspokojeny jen částečně nebo nejsou uspokojeny vůbec, sestry zařadily psychické potřeby a potřebu sociálního kontaktu s rodinou nebo blízkými. Velký vliv na neuspokojení sociálních potřeb u pacienta má v současné době zákaz návštěv ve zdravotnickém zařízení v souvislosti s COVID-19. *„Co se třeba týče té komunikace s rodinou, no tak tam se můžeme snažit sebevíc, ale řekla bych, že v téhle době jsou skoro nulové. Tam prostě to nefunguje. Můžeme zajistit třeba telefon, no ale nenahradí to ten osobní kontakt. To prostě bohužel,“* uvedla jako důvod neuspokojení potřeby kontaktu s rodinou S3. Podle S2 nedochází k uspokojení psychických potřeb vlivem nedostatku času a prostoru, který by mohly pacientům věnovat: *„Většinou ty psychické potřeby jakoby bývají zanedbané, protože na to nejsou kapacity. Na to není*

tolik prostoru věnovat těm pacientům, jak bychom chtěli, že je třeba jedna sestra na deset až dvanáct lidí na té směně.“

3.3 Podkategorie: Důsledky neuspokojení potřeb

Tato podkategorie měla za cíl zmapovat důsledky a projevy, které mohou nastat u pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení v souvislosti s neuspokojením některé z potřeb.

Jako důsledky při neuspokojení potřeb pacienta všechny dotazované sestry uvedly jednoznačně psychické projevy. Pacient se do sebe při dlouhodobém neuspokojení některé z potřeb uzavře, nespolupracuje, je agresivní, negativistický, má deprese, nekomunikuje nebo trpí poruchou spánku, uvedly S2–S5. U pacienta může podle S3 dojít i ke zhoršení zdravotního stavu *„a je to na nich vidět v podstatě každý den, co ta jejich potřeba není splněna“*.

S2 uvedla i možný výskyt regrese, kdy jde o mentální návrat na nižší stupeň, který má již pacient vývojově za sebou. Podle S1 se jedná především o výskyt hospitalismu u pacienta: *„No hlavně do určitý míry je to ten hospitalismus, ale to spíš za to může to, že jsou už dlouho na jednom místě a chtěli by taky už jít domů a změnit prostředí, ale to někdy nejde, že jo, a někdy ta sestra prostě na ně nemá tolik času. To nejde tam s nimi sedět hodiny a vykládat. To prostě nejde. To bychom nic neudělali.“* Někteří pacienti podle S4 podepisují negativní reverz, aby mohli být co nejdříve doma. *„Je to pro ně dlouhý tam, televize je nebaví, jsou prostě takový otrávený,“* dodala S4.

3.4 Podkategorie: Rozdíly v uspokojování potřeb

Tato podkategorie se zaměřuje na rozdíly v uspokojování potřeb pacienta podle jeho délky hospitalizace na chirurgickém oddělení. Dále popisuje výhody a nevýhody ze strany sester při uspokojování potřeb pacienta s narůstající délkou hospitalizace.

Podle S1, S2 a S5 s prodlužující se dobou hospitalizace na chirurgickém oddělení dochází k lepšímu pochopení pacienta, poznání jeho potřeb, ale i k daleko lepšímu částečnému nebo úplnému saturování neuspokojených potřeb. *„Tak samozřejmě čím je tu ten pacient delší dobu, tím vzniká nějaká návaznost i na ten personál, takže vlastně my*

poznáváme toho pacienta víc, on nás, tak samozřejmě se tam tvoří takový rádobý rodinný vazby. Takže opravdu, čím delší dobu tu je, tak prostě o sobě víme toho víc,“ řekla S5. S1 si myslí, že základní biologické potřeby a potřeba být bez bolesti jsou postupem času u pacienta uspokojeny naplno a poté přichází na řadu uspokojení vyšších potřeb, především ale potřeb psychických: *„Když je tam prostě dýl ten pacient, tak už určitě je to v tom, že určité potřeby už pro něho nejsou prioritní. Jsou důležité pro personál, ale ne pro něho. Na začátku má třeba potřebu dýchání, jedení, pití, tak to je asi permanentní, ale spíš třeba potřeba bolesti nebo uklidnění bolesti, tak na začátku je to intenzivní a pak postupně už to upadá. Délkou hospitalizace jsou teda ty psychické potřeby zase důležitější, protože to souvisí s hospitalismem a podobně. Pak už je spíš důležitější jej prostě vyslechnout a oni už jsou pak nerudní a agresivní, někdy i slovně a někdy i fyzicky a už mají toho plné zuby, že už tam jsou dlouho.“*

S2 navíc uvedla, že v uspokojování potřeb podle délky hospitalizace velký rozdíl neshledává, ale s prodlužující se délkou jsou uspokojeny např. potřeby v oblasti deficitů soběstačnosti a oblasti být bez bolesti: *„Je jasné, že pokud tam toho pacienta máme tři týdny po operaci oproti třeba třem dnům, tak ten pacient bude mít tu bolest saturovanou a zůstane mu tam třeba menší množství těch deficitů.“*

Podle S3 a S4 dochází u pacienta s narůstající délkou hospitalizace k vyššímu výskytu neuspokojených potřeb a vyššímu výskytu deficitů. Čím déle zde totiž pacient je, tím více si podle S3 potřeby *„víc a víc vymýšlí“* a je složitější jeho potřeby uspokojit. *„Pacienti jsou i drzejší, když to nemají hned, tak prostě jsou zlí. Prostě čím déle tam jsou, tak je horší uspokojit jejich potřeby,“* uvedla S3. Podle S4, čím déle je člověk hospitalizovaný, tak tím více mu chybí vyšší potřeby, protože ty biologické potřeby má samozřejmě už nějakým způsobem naplněny. Pacienta po delší době omrzí nemocniční strava a následně trpí i nechutenstvím. Dále se zhoršuje deficit neuspokojení sociálních potřeb, kdy jsou v současné době zakázány návštěvy a pacient tedy nemá žádný sociální kontakt s rodinou ani blízkými.

4. Kategorie: Úloha sestry

Sestra vykonává v péči o pacienta mnoho rozličných ošetrovatelských činností, které mají za cíl zlepšení pacientova zdravotního stavu, uzdravení, edukaci nebo naplnění jeho potřeb. Na otázku, jaká je podle sester jejich úloha při uspokojování jednotlivých potřeb

pacienta na chirurgickém oddělení, S2 jednoznačně odpověděla: „*Identifikovat je a pokusit se je saturovat.*“ Stejného názoru byly i S1, S3, S4 a S5. Tzn., že všechny sestry se shodly na stejné odpovědi ve své úloze při uspokojování potřeb pacienta.

Podle S3 by sestra měla ve své roli při uspokojování potřeb pacienta postupovat podle následujících kroků: „*V první řadě určitě ty potřeby identifikovat, že tam nějaký deficit je. V druhé části samozřejmě zapsat a snažit se o řešení, hledat takové to, co by bylo pro pacienta nejlepší, jak bychom mohli zasáhnout, co by si představoval on, čeho musíme být schopni dosáhnout my. No a potom postupně s týmem kolegů pokusit se vlastně té potřeby dosáhnout.*“ S4 dodala, že její úlohou je určitě saturování potřeb pacienta, ale z důvodu časové tísně na to není tolik prostoru, jak by si představovala: „*Prostě my na ty pacienty nemáme tolik času. Značkově jsme standard, kde máme prostě i hodně lidí mediálových až jako JIP intenzivních, takže na to až tolik času není, ale snažíme se prostě těm pacientům vyhovět, co nejvíce to jde.*“

Podle S1 a S5 je sestra i prostředníkem mezi lékařem a pacientem, kdy plní ordinace, které jsou lékařem předepsané. S5 uvedla: „*No tak já bych řekla, že jsem takový prostředník jakoby ke všemu. Já vlastně zjišťuju ten prvotní problém, co toho člověka trápí. Pokaždě je to v mé moci, tak se mu budu snažit nějak pomoci. Samozřejmě pokaždě to bude nějaká pomoc ohledně bolesti, což se týká dejme tomu nějakých tablet nebo injekcí proti bolesti, tak samozřejmě to nemůžu řešit já sama za sebe, musím být sdílná a jdu za doktorem.*“ S1 navíc dodala, že úlohou kromě identifikace a saturace potřeb pacienta je i některé potřeby vytušit podle předešlých zkušeností, jelikož někteří pacienti v danou chvíli, kdy jsou hospitalizováni v nemocnici, neví, co chtějí. Podle S1 je toho na ně v danou chvíli moc, a proto by sestra měla v určitý moment zasáhnout podle vlastní intuice. „*Vlastně, že když ten pacient jako neví, co chce, tak spíš jako vytušit to, co dalšího by ještě potřeboval kromě toho základu, který je pro něj důležitý v té době,*“ dodala S1.

4.1 Podkategorie: Seřazení potřeb podle významu

Podle S2, S3 a S5 je nejdůležitější potřebou, která by u pacienta na chirurgickém oddělení měla být co nejdříve saturovaná, potřeba být bez bolesti. „*Tak z mého vlastního pocitu nebo z mých vlastních zkušeností ta největší potřeba tam je v tom smyslu, aby byli bez bolesti v tom smyslu, že to není jako sociální nebo prostě psychický, prostě tam jde jenom, aby byli bez bolesti, aby ba naopak byli rozvolněný, uvolněný, aby je prostě nic*

nebolelo a aby měli ten komfort v té posteli,“ řekla S5. Uspokojování dalších potřeb, které souvisí s rizikem infekce a deficitem v oblasti sebek péče, jsou až na dalších dvou místech podle důležitosti pro pacienta a k jejich naplnění podle S2 dojde až po saturování potřeby být bez bolesti: *„Tak v rámci té akutní péče, tak to je ze začátku ta bolest a pak až ten zbytek, co se týče po těch operačních výkonech. Dále riziko infekce, ještě tím, že mají u nás hodně ty operační rány a deficity sebek péče. To jsou tak asi ty tři.“*

Podle S3 jsou na druhém místě, po potřebě být bez bolesti, potřeby sociální a po nich následují potřeby ostatní. Sociální potřeby jsou v současné době vlivem COVID-19 neustále opomíjeny a jejich uspokojení ze strany sester není vůbec jednoduché. *„Co se mi osvědčilo teďkon hlavně v době koronavirové pandemie, tak je nedostatek toho kontaktu s rodinou, že prostě jim ta rodina chybí a celkově taková ta komunikace a to, že vlastně, když jsou na izolacích jakožto suspektní, že jo, při příjmu, tak vlastně takový to, že na nás ani pořádně nevidí. Ono hlavně na těch standardních lůžkách, když nosíme respirátory, tak nám nevidí do toho obličej a chybí jim tam ta neverbální komunikace,*“ uvedla S3.

Podle S1 a S4 jsou pro pacienta jednoznačně nejvýznamnější potřeby biologické, poté následují potřeby psychické, sociální a spirituální. *„Pro něj jsou nejdůležitější ty biologický potřeby, který on má často nebo hodně ty lidi desaturovaný tyhle potřeby. To znamená, že jim často chybí ten spánek z důvodu té změny. Ta sebeúcta, ta je asi jako další, spirituální potřeby jsou až někde na konci si myslím a mezi nimi jsou někde ty sociální potřeby,*“ řekla S4.

5. Kategorie: Uspokojování potřeb rodinou

Rodina je v péči o pacienta jeho neodmyslitelnou součástí. Poskytuje mu psychickou podporu, pocit lásky a sounáležitosti, bezpečí a jistoty a naplňuje i jeho sociální potřeby. Cílem sester v souvislosti s uspokojením potřeb pacienta na chirurgickém oddělení by mělo tedy být i zapojení rodiny do péče. Sestry se nejčastěji na rodinu obracují z důvodu sociálního kontaktu s pacientem, z důvodu edukace v péči o pacienta, zajištění oblečení nebo stravy pro pacienta, pokud pacientovi již nemocniční strava nevyhovuje a trpí např. nechutenstvím, anebo v souvislosti se zajištěním následné péče o pacienta po propuštění z nemocničního zařízení.

Při položení otázky, jakým způsobem je zapojována rodina do péče o pacienta, S3 odpověděla: „*Když to jde, tak samozřejmě je zapojujeme. Někdy se stane, že rodina nespolupracuje, nechce spolupracovat, nemá vůbec zájem o pacienta, tak prostě holt jsme odkázáni sami na sebe, ale většinou se setkáváme asi s tím, že rodina spolupracovat chce, chce se zapojovat do péče a většinou si chtějí vzít pacienta co nejdřív domů, takže vlastně se snaží.*“ S3 se pacientovi snaží zajistit alespoň telefonický kontakt s rodinou, jelikož v současné době nejsou návštěvy ve zdravotnickém zařízení povoleny, anebo v případě potřeby je rodina kontaktovaná, aby pacientovi přinesla potřebné věci nebo i jídlo: „*Takové to, že pacientovi může chybět třeba i domácí oblečení, nějaké pyžamo, oblíbený polštář, tak to, aby třeba jakoby přinesli z domova. Pokud jsou to pacienti delší dobu hospitalizovaní, tak třeba už jim nevyhovuje ani nemocniční strava, tak třeba i aby přinesli nějakou stravu podle diety, kterou pacient má. To jsou asi všechno takové věci, co asi ta rodina řeší nejvíc a my to můžeme zasaturovat přes ni.*“ S4 dodala, že rodinou kontaktují i v případě potřeby, kdy pacientovi chybí nějaké jeho oblíbené pití nebo jídlo a rodina je schopna mu ho zajistit: „*Snažíme se jim, když jsou třeba zvyklí a mají rádi pivo, tak se snažíme jim dát to nealkoholický pivo Birell, abychom aspoň trošku naplnili pocit něčeho jiného.*“

Podle S5 se rodinu také snaží co nejvíce zapojovat do péče o pacienta z důvodu edukace, kdy jim sestra podá potřebné informace o pooperační péči o pacienta po operaci krčku nebo totální endoprotéze kyčelního kloubu: „*Rodina chodí za pacientem na návštěvu, chtějí si pacienta dejme tomu sami přendat do toho invalidního vozíku, tak jim s tím pomáháme, snažíme se jim říct, teď třeba plácnu, že ten člověk je po zlomeném krčku nebo po totální endoprotéze. Samozřejmě jim tu jako říkáme, co maj, co nemaj, takže v tom smyslu je i malinko edukujeme, co můžou a co nemůžou s tím člověkem.*“ S2 řekla, že edukace rodiny je prováděna i v souvislosti deficitů sebepéče u pacienta, kdy je do spolupráce zapojen také fyzioterapeut: „*Tak my většinou hlavně s těmi rodinami, právě stran té fyzioterapie, komunikujeme. Stran nějakých těch deficitů a hlavně i stran zajištění nějaké té následné péče a vůbec třeba i těch pomůcek, co jsou třeba v domácím prostředí a nebo třeba domlouváme i ty domácí péče apod.*“ S1 uvedla, že edukace rodiny probíhá i v rámci péče o stomii, jelikož někteří pacienti nejsou schopni se sami o výměnu stomie postarat, a proto musí být poučena rodina: „*Tak když jsou stomici, tak to většinou ti chlapi to hážou na ženský, že ženská se musí naučit převazovat stomii a on se bude jenom dívat, takže to třeba takhle bývá ještě.*“

S2 si myslí, že aktuálně zapojení rodiny do péče o pacienta moc realistické není, jelikož je vše v souvislosti s COVID-19 komplikované a komunikace s rodinou je velmi omezená. Výjimka je povolena pouze u pacientů v terminálním stádiu, kde je osobní kontakt pacienta s rodinou povolený kdykoliv. „*Tam jakoby fungujeme i teď neomezeně i v téhle situaci,*“ řekla S2. „*Ale předtím jako za nimi chodili, že jo, oni ty lidi se hned jako cítili líp. Teďka naštěstí fungujou mobily a takhle, takže když s nimi mluví, tak je to něco jiného, ale jinak rodina se moc jako do péče nezapojuje,*“ dodala S1.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

1. Kategorie: Důvod hospitalizace pacienta

P1 prodělala v roce 2015 karcinom děložního čípku. Byla léčená vysokofrekvenčním ozařováním a chemoterapií. Důvod její současné hospitalizace na chirurgickém oddělení je porušení stěny střeva v souvislosti s ozařováním: „*Přišli mi asi na to, že důvod toho ozařování mi nějak narušil to střevo a mě to chytlo asi tři neděle zpátky, křeče, úplně hrůza. Takže jsem tu třetí den, v neděli odpoledne jsem přišla.*“ Další postup léčby P1 zatím neví, ale doufá, že chirurgický zákrok nebude nutný. Důvod hospitalizace P2 je, že „*měla srostlá střeva*“ a momentálně se zde nachází již třicet dní.

P3 je na chirurgickém oddělení léčen pro zánět žlučníku a žlučnickové kameny. Je zde hospitalizován celkem sedm dní. „*Minulý úterý mě přivezla k ránu záchranka. Ten den jsem tu ležel, protože jsem tam měl zánět, dostal jsem kapačky a zklidňovali to, ten zánět, a čekali, až co bude, že prvotní rozhodnutí bylo, že nejdřív vyléčí ten zánět a potom třeba za dva měsíce to odoperujou a pak se s panem primářem shodli na tom, že by to bylo strašně riskantní, tak to zkrátili a vlastně hned ve středu jsem šel na operaci,*“ řekl o svém zdravotním stavu P3. P4 byla před dvěma dny akutně přijata pro zánět slepého střeva. Ten samý den se provedla appendectomie, kdy P4 byla ihned odoperovaná na chirurgickém sále.

P5, P6, P7 a P8 jsou na chirurgickém oddělení hospitalizováni z důvodu založení stomie. P5 uvedl: „*Měl jsem nádor na tlustém střevě. Pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota neděle... Dneska je čtvrtek? Jedenáctý den jsem po operaci. Já jsem měl původně nastupovat 10. a 11. jsem měl jít na zákrok. 10. jsem nastoupil a šel jsem až potom v pondělí asi 14., takže jsem to měl o tři dny prodloužený, ale protože se něco řešilo na sále, tak jsem nemohl jít v ten čtvrtek na zákrok. Musel jsem čekat a byl jsem*

vypucovanej atd. Takže jenom nějaký drink a takový, že jo, jogurt bez příchutě a ležel jsem ty tři dny, aby mě nemuseli znova pucovat zase.“ U P6 bylo také diagnostikováno onkologické onemocnění střev. Na chirurgickém oddělení je hospitalizován již podruhé za tři měsíce. Nejdříve byl P6 léčen chemoterapií, kdy došlo ke zmenšení karcinomu, a v současné době u něj tedy byla založena stomie: *„Jsem tady podruhé, poprvé dělali ten vývod střeva. Po třech měsících jsem tu teď podruhý. Chodil jsem na chemoterapie, no a téměř se to ztratilo, tak rozhodli, že mi zkrátí drobet střeva a mám teď stomii. Teď jsem tady týden a 1 den, od středy minulého týdne.*“

U P7 se jedná rovněž o onkologické onemocnění, které je u něj lokalizováno na slepém střevě od minulého roku, kdy mu v červenci byla založena stomie. Před týdnem P7 nastoupil do nemocnice k navrácení stomie, ale chirurgický zákrok se nepovedl. P8 je zde hospitalizovaná šestý den, kdy ji rovněž zakládali stomii. U P9 byl diagnostikován mechanický ileus. Následující postup léčby bude podle P9 pravděpodobně konzervativní: *„Teďkon já už jsem tu počtvrtý a ucpaly se mi střeva, takže se mi to prostě pokouší rozehnat, aby mě nemuseli operovat, ale jinak už mám dvě operace střev. Mám operaci, protože jsem měla nádor, tak ten mi vyndali. Naštěstí nebyl zhoubný a nebyly tam ani žádné cysty a metatstázy, nic, a ta první operace byla, že se mi ucpaly opět střeva a brali mě v noci rychle na operaci, a pak byla ta druhá, až když to vyndali. A teď jsem tu, že mám zase ucpaný střeva. Jsem tu od včera, druhý den teprve. To mi bylo tak špatně, že mě sem museli odvézt, už jsem to nedávala. Je to hrozný, nepřeju to nikomu tu bolest.*“

2. Kategorie: Definice potřeby

Jako první reakce u pacientů při položení otázky, co si představí pod pojmem potřeba nebo co by sem zařadili, většina nejdříve odpověděla, že neví. P3 ale poté uvedl následující definici: *„Tak to je strašně široký pojem. Potřeba asi mít věci, který jsou nutný výhradně a bezprostředně pro život. Všechno ostatní se dá, si myslím, i něčím nahradit nebo vyměnit.*“ P3 dále uvedl, že každý z nás má tzv. prvotní potřeby, které jsou nezbytné pro život. Všechno ostatní jsou pouze potřeby, které jsou na nich založeny: *„Jsou nějaký prvotní potřeby pro vůbec žítí a všechno ostatní už je nějaká nástavba. Když to vezmu, tak někdo je rád sám, někdo je strašně rád v kolektivu, někdo chce žít sám, někdo chce mít rodinu, ale to už je takový to, já nevím, podle mého taková ta jakoby nástavba, prostě žiju a teď každý jednotlivec potřebuje něco, něco k tomu, aby jeho to uspokojovalo.*“ P4

kromě definice zmínila i rozdělení potřeb na primární, sekundární a terciální: „*No tak tu Maslowovu pyramidu, myslím. Tak vim, že jsou nějaký primární, sekundární a terciální atd. Ty primární jsou vlastně jako jídlo, zdraví a voda a potom jsou až ty, když vlastně tady ty uspokojíme, tak můžeme právě uspokojovat ty sekundární. Což jsou třeba, já nevím, právě ten seberozvoj, posunutí se ve sportu a tak.*“ Řekla také, že bez uspokojení potřeb nižších nemohou být uspokojeny potřeby vyšší: „*Potřeba je nějaká věc, která dokáže pro to, abychom mohli normálně fungovat, uspokojit nějaký ty primární potřeby a potom i nějaký vejš a díky tomu se můžeme seberealizovat.*“ P7 uvedl také dvě klasifikace potřeb, a to podle priority, dále na fyzickou potřebu, materiální potřebu, duchovno a osobní potřeby.

Jako nejčastější potřeby pacienti uváděli biologické potřeby, tj. jídlo a pití, dále rodinu, psychickou podporu, pocit jistoty, zázemí, potřebu péče, zdraví, peníze, zájmy, respektování ostatních, mít kamarády nebo pracovní zajištění. O biologických potřebách se zmínili P4, P5, P7, P8 a P9. Psychické potřeby podporu, jistotu nebo respekt uvedli P1, P2, P4, P6 a P9. P9 uvedla: „*Potřeba je prostě mít někoho, kdo se o Vás postará, kdo Vám pomůže, když jste v nejhroší situaci, když kolikrát jsem si říkala, že už to ani nedám, tak je potřeba, aby Vás někdo držel, aby Vám pomohl. Po psychický stránce jsem na tom velmi byla špatně, takže jsem se dostala až támhle na psychiatrii k paní doktorce Fiedlerové a každý měsíc tam docházím.*“ Podle P2 je to především možnost se na někoho obrátit a mít v něm jistotu. P1 dále uvedla blízkost a P6 shodnutí se v rodině na zájmech a respektování jeden druhého. „*Ten má konička takovýho, ten má konička takovýho, ten je na holky, ten je na vdolky, každej jsme nějak a musí se to nějak sladit dohromady, aby všichni byli spokojený,*“ řekl P6. O sociálním potřebách a kontaktu s rodinou s přáteli se zmínili P1, P3, P5 a P6.

Podle P5 se jedná i o zájmové potřeby, a především i o zdraví člověka: „*Potřeby jsou třeba zájmová potřeba, kdy támhle s kolegou střílíme zbraní. Potom potřebuje zase člověk, aby byl zdravej, aby se mohl pohybovat atd. To je jedno s druhým, mít dobrý zázemí doma a důležitý je se domluvit a abychom si rozuměli.*“ P7 jako jediný zmínil duchovní potřeby, i když není věřící.

3. Kategorie: Uspokojování potřeb sestrou

Při položení otázky, jakým způsobem se sestry podílejí na uspokojování potřeb pacientů, všichni pacienti P1–P9 uvedli, že nejčastěji je jim ze strany sester poskytována psychická podpora. Zároveň se všemi pacienty jednájí vlídně a empaticky. „*Jsou ochotný, obětavý, jsou hodný teda, fakt. Nemůžu proti nim nic říct. Kdykoliv třeba řeknu, jestli by tohle šlo nebo tohle, tak jsou ochotný, vyhoví. Spokojenost,*“ řekla P9. Podle P3 je základ nejen zdravotnického personálu, ale každého člověka, aby se choval slušně, vstřícně a měl lidské chování: „*Určitě se k těm klientům nebo pacientům chovají slušně, jsou vstřícný, mají takový to lidský chování. Nevím, jak bych to lepší řekl. Chovají se lidsky. To si myslím, že je základ úplně všeho.*“ P3 také uvedl, že jedním z cílů sestry by mělo být nejen pasivní uspokojování potřeb pacienta, ale především i to aktivní, kdy sestra aktivně vyhledává způsob, jak by mohla potřeby naplnit: „*Jak říkám, že je tady ten lidský přístup, že se nemusíte nikoho o nic doprošovat. Jenom se zmíníte a fungujou. Teď jsem to řekl blbě, že fungujou, ale neodkládají nic.*“ Po psychické stránce jim sestry podle P4 poskytují pocit důvěry, empatii a možnost mít se na koho obrátit: „*Tak rozhodně poskytují pocit důvěry, jako že prostě přijdou a není to takový, jako třeba, když jsem byla v jiný nemocnici, tak to bylo hrozně takový jako šup šup a jako žádný jako pozastavení, třeba na to, jako jak se mám nebo něco takovýho a tady v té nemocnici je jako nějaká zpětná lidská vazba, když to tak řeknu.*“

Dalšími potřebami, které jsou ze strany sester nejčastěji uspokojovány, jsou biologické potřeby a potřeba být bez bolesti. Sestry se podílejí jak na přijímání, tak i vylučování tekutin a stravy. „*Vidíte, že mám cévku, už jsem to měl vyndaný, ale neodcházela mi moč. Nemohl jsem na malou,*“ uvedl P5. Po informování sestry byl tedy opětovně P5 zaveden PMK a moč zase v pořádku odcházela z močového měchýře. „*A proto velebím tuhle nemocnici, tak, jak to je, ten personál. Buď to tam ten personál v sobě má, anebo Vás odbyde,*“ dodal P5. Podle P3 při uspokojování potřeby být bez bolesti sestry ihned reagují a jsou ochotny pacientovi, kdykoliv je potřeba, ulevit analgetiky: „*Jinak sestřičky automaticky reagují na bolest, tedy spíš se ptají, a tak ochotně. Jestli něco nepotřebuju přes den i na noc.*“ Při položení otázky, zda je někdo z dotazovaných pacientů věřící, všichni kromě P3 odpověděli, že nejsou. „*Jako pokřtěný jsem, ale do kostela nechodím, protože já jako jsem věřící svým způsobem, jo? Já k tomu, abych věřil, zase nepotřebuju chodit do kostela. To si myslím, že je to o přístupu k životu,*

a ne že se v neděli dojdu pomodlit do kostela,“ řekl P3. Ze strany sester zatím ale žádnou duchovní pomoc, ani přítomnost kaplana nepotřeboval.

Při zhodnocení uspokojování potřeb pacientů ze strany sester a vzájemné spolupráce s nimi, se všichni pacienti P1–P9 shodli na tom, že vše hodnotí pozitivně a nemají co vytknout. Jak uvedla P1, vše je *„úplně za jedna“*. Stejně tak to hodnotí i P6. Podle P3 vše záleží na tom, jak se sestry chovají k pacientům. Uspokojování potřeb tedy vnímá pozitivně. P5 má zkušenost i s jinými nemocnicemi a jinými odděleními, na nichž se po dobu své hospitalizace nacházel. Chirurgické oddělení tedy zatím zhodnotil jako nejlepší: *„Tady jsem nadmíru spokojený. Já Vám to řeknu na rovinu. Já už jsem těch nemocnic prošel několik. Nikdy jsem neměl takovejhle zákrok, jako mám teď, nikdy. Vždycky to byly banality. Třeba spadlej lícní nerv, arytmie a takovéhle věci. Tady nemůžu říct na nikoho křivý slovo. Nemůžu, opravdu. Z personálu, ať jsou to lékaři nebo sestřičky nebo uklízečky. Kohokoliv jsem o něco požádal, tak se mi snažil vyhovět. Kdokoliv.“* Podle P8 si není rozhodně na co stěžovat, jelikož sestry se na uspokojování potřeb podílejí co nejvíce, jsou ochotné a také mají příjemné chování.

3.1 Podkategorie: Neuspokojené potřeby

Nejdůležitější potřebou pro každého pacienta hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení je jednoznačně potřeba být zdravý. *„Co bych požadoval za potřebu, aby mě co nejrychleji vyléčili,“* řekl P6. Nejčastějšími neuspokojenými potřebami, které pacienti dále uváděli, byly sociální potřeby, kdy pacient neměl uspokojenou potřebu fyzického kontaktu s rodinou, dále potřeba seberealizace, nedostatek informací o zdravotním stavu a biologické potřeby v souvislosti s přijímáním a vylučováním potravy. Během provádění výzkumu na chirurgickém oddělení zde byl z důvodu pandemie COVID-19 zákaz návštěv. To byl také jednoznačný důvod, který pacienti uváděli v souvislosti s neuspokojením sociálních potřeb. Na této neuspokojené potřebě se shodli všichni pacienti P1-P9. P3 řekl: *„Ty návštěvy, to není problém tady nemocnice, to je problém systémové. No ta potřeba toho sociálního kontaktu není uspokojena, ale to přinesla tahleto doba.“* Podle P8 se musí zákaz návštěv během hospitalizace v nemocničním zařízení vydržet, než půjde zase domů: *„Ten sociální kontakt s rodinou mi chybí, ale no tak vydržím to, když jsou zakázaný, tak musím vydržet, když 2 roky už tady máme takovouhle situaci. Máme Covida, musíme to vydržet.“* Pacienti i přes zákaz návštěv

zůstávají s rodinou alespoň v telefonickém kontaktu a volají si několikrát denně. Rodina je pro všechny z pacientů nesmírně důležitá. Přináší jim především psychickou oporu, pomáhá jim zajistit chod domácnosti během jejich hospitalizace v nemocničním zařízení a v případě potřeby se na ni mohou kdykoliv obrátit.

Další neuspokojenou potřebou, kterou pacienti uváděli, byla potřeba seberealizace a poskytnutí informací o zdravotním stavu a způsobu léčby. P5 uvedl: „*Já potřebuju chodit, tak já nepotřebuju jenom ležet. Tady se taky seberu, vezmu župan a aspoň 3x si tu chodbu nebo 2x za den projdu, vždyt' nemůžu pořád ležet jenom naznak.*“ Podle P7 má neuspokojení potřeby seberealizace vliv i na jeho psychickou stránku. Při položení otázky, zda jsou jeho psychické potřeby uspokojeny, odpověděl: „*Jak můžou bejt, když jste tady upoutaná na nějakých hadičkách. Takže je to deprimující, když ani ne všechno můžete, musíte na bažanta. To jsou věci takový všechny, anebo ten vývod a ty pytlíky všechny.*“ Dále uvedl, že mu chyběly především informace o tom, jak má správně pečovat o stomii: „*Tady mi to nalepila sestra, která Vám to má ukázat, jak teda se tady o to stará, ta je přímo na stomii. Tak mi to v tu rámu teklo, takže jsem byl celej špinavej, takže to bylo poprvně. Ta mi to ani neukázala, ta mi to plácla a bylo to. To se nedá říct, že by mě to učila. Vystříhla díru, ukázala mi samozřejmě, co odlepi, to jsem nevěděl, že jo. Jsem nikdy nikoho neměl v rodině a to, takže to tam plácla a šla od toho.*“ Nedostatek informací o svém zdravotním stavu mu chyběl i ze strany lékařů, jelikož podle něj jemu, ani žádnému jinému pacientovi, lékaři nesdělovali dostatečné množství údajů. Stejného názoru je i P1: „*Je to takový, že furt čekáte, jestli to bude dobrý ta operace, té se bojím jak čert a respektive nevím, co to teda vlastně je, ale pravděpodobně to je tím zářením, ale to už je 6 let, že by se to teď projevilo. Takže mi asi chybí informace, ale stejně by mi to nic nedalo, pokud to nemůžu ovlivnit.*“

Z biologických potřeb podle dotazovaných pacientů byla částečně uspokojena nebo nebyla uspokojena vůbec potřeba přijímání a vylučování potravy a tekutin. P7 si uvědomuje, že v souvislosti s jeho onemocněním musí dodržovat dietní opatření, ale podle jeho názoru by se dala příprava jídla jednoznačně zlepšit. P7 uvedl: „*My se bavíme o jídle, ale když potom přinesou jídlo, tak to se ani jíst nedá. Mám mít vývar a já bych Vám to přál někdy ochutnat. To je nalitá voda, do toho hozený neochucený těstoviny. Voda teplá, ne, kdyby byla aspoň teplá někdy, ne studená, tak je lepší. To je studený, nedá se to jíst. Já mám polívky rád. Já chápu, že mám dietu, že to nemůže být, ale vývar se dá udělat ze zeleniny a je to výbornej vývar. Já tam nepotřebuju maso, mně stačí ta voda,*

ale musí to mít nějakou chuť, a ne nalitá voda, vlažná a do toho hodit vařený těstoviny anebo samotná ta voda. To se nedá. Takže i to jídlo, i když jsem tu byl poprvé, jako mně to jídlo nechutná. Si myslíte, že máte hlad. Přinesou to a nemáte hlad. Když jsem tu byl vůbec poprvé, tak jsem byl naštvaný, když to jídlo přinesli. Jsem si říkal, že už je zase jídlo.“ Pacientovi P6 dělá také problém dodržovat dietní opatření, i když v jídle vůbec není vybíravý. P4 uvedla, že její biologické potřeby nejsou také uspokojeny z důvodu dietního opatření po apendectomii, ale že to vzhledem k provedenému operačnímu výkonu chápe. Pacienti P6 a P7 uvedli jako neuspokojenou potřebu vylučování v souvislosti se zavedenou stomií. P6 řekl: *„Štve mě, že nemůžu jako chodit sám na záchod, že to všechno musím řešit přes ten sáček, přes tohle.“* Podle P7 je to navíc velmi deprimující, když se ani sám nemůže dojit vymočit a musí k tomu využívat bažanta, jelikož má neustále nějaké infuze.

3.2 Podkategorie: Důsledky neuspokojení potřeb

Důsledky neuspokojení potřeb, které u pacientů nastaly, byly především psychické. Dalším důsledkem byla porucha spánku, o které se zmínil P5. Psychické problémy uvedli pacienti P1, P2, P7, P8 a P9. Podle P1 je to především tím, že jí chybí informace o jejím zdravotním stavu a způsobu léčby. P2 uvedla, že příčinou je omezení fyzického kontaktu s rodinou, jelikož je ve zdravotnickém zařízení hospitalizovaná již cca 30 dní. P7 jako důvody vzniku psychických problémů zmínil, že musí být neustále upoután na lůžku z důvodu infuzí a dále poruchu vyprazdňování v souvislosti se zavedením stomie. *„To Vás všechno deprimuje, to na psychiku nepůsobí dobře,“* řekl P7. U P8 a P9 se objevily psychické problémy v souvislosti s jejich poruchou zdraví. *„Nemoc je to škaredá, že jo, když Vám řeknou, že máte rakovinu. Kvůli tomu chodím teď k psychiatrovi. Řekli, že to vypadá dobře, že se to zahojilo, tak snad se to neprojeví znova, to nevíte nikdy, že se to může vrátit, tak zatím je to prý v pořádku,“* uvedla P9. U P9 dále došlo k narušení obrazu těla, jelikož stomie ji ovlivnila ve výběru nošení oblečení: *„To je takovej mindrák, že si nedovedete ani představit, jak jsem z toho nešťastná. Kdyby to aspoň bylo někde jinde, ale to jsem dřív nosila upnutý věci, tričinka, svěťíky, teďkon musím nosit všechno volný.“* U pacientů se neuspokojení jednotlivých potřeb projevilo především depresemi, strachem, uzavřeností, plačtivostí nebo úzkostí. P2 řekla, že ji aktuální zdravotní stav donutil hodně přemýšlet nejen o aktuální situaci, ale i o budoucnosti.

4. Kategorie: Zhodnocení ošetrovatelské dokumentace

Tato kategorie měla za cíl popsat, jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení.

U všech pacientů sestry při příjmu na chirurgické oddělení provedly nutriční screening, Barthelové test, riziko pádu a riziko vzniku dekubitů. Dále u nich byla zjištěna sesterská ošetrovatelská anamnéza. Nutriční screening sestry u dotazovaných pacientů vyhodnotily většinou na jeden nebo dva body, které nejčastěji vyplnily u faktoru stresu nebo u BMI. U P2 a P9 bylo dále uvedeno, že jí občas nebo nejí vůbec, a u P3 bylo v nutričním screeningu zaznamenáno mírné nechutenství. Při zhodnocení Barthelové testu základních všedních činností u všech pacientů, kromě P2 a P5, sestry vyhodnotily test na sto bodů. U P2 a P5 se jednalo o ztrátu pěti bodů, jelikož chůzi po schodech provedou s pomocí. U žádného z pacientů nebyl test vyhodnocen jako riziko pádu ani jako riziko vzniku dekubitů, jelikož se jednalo o zcela soběstačné a nezávislé pacienty. V sesterské ošetrovatelské anamnéze byla u všech dotazovaných pacientů uvedena akutní bolest. Dále byl u pacientů P5, P6, P7, P8 a P9 v dokumentaci zaznamenán deficit vyprazdňování stolice z důvodu stomie a u P5 porucha vylučování moči, kdy se mu následně zavedl PMK. U P2 byla dále zajištěna vertikalizace rehabilitací a u P3 dechová rehabilitace.

Pacient P5 při rozhovoru uvedl poruchu spánku. Ta ale nebyla v dokumentaci zaznamenána a ani zde nebyla indikována žádná hypnotika od lékaře. Dalšími potřebami, které uvedli pacienti P1, P2, P7, P8 a P9, byly psychické potřeby. Podle P1 tato potřeba nebyla uspokojena především tím, že jí chybí informace o jejím zdravotním stavu a způsobu léčby. P2 uvedla, že u ní je příčinou omezení fyzického kontaktu s rodinou, jelikož je ve zdravotnickém zařízení hospitalizovaná již přibližně třicet dní. P7 jako důvody vzniku psychických problémů zmínil, že musí být neustále upoután na lůžku z důvodu infuzí a dále poruchu vyprazdňování v souvislosti se zavedením stomie. U P8 a P9 se objevily psychické problémy v souvislosti s jejich poruchou zdraví. P9 musela při zjištění své diagnózy začít docházet psychiatrovi, kterého navštěvuje pravidelně každý měsíc. U všech těchto pacientů, tj. P1, P2, P7, P8 a P9, byl v sesterské ošetrovatelské anamnéze vyhodnocen jejich psychický stav jako klidný a zmíněno, že pacient spolupracuje. Dále v ošetrovatelské dokumentaci nebyla uvedena změna množství příjmu

potravy u P6 a P7, kterým nemocniční strava nevyhovuje. Uvědomují si, že v souvislosti s jejich onemocněním musí dodržovat dietní opatření, ale podle jejich názoru by se dala příprava potravy jednoznačně zlepšit. P6 dělá problém dodržovat dietní opatření ve zdravotnickém zařízení, i když v jídlu není vůbec vybíravý.

5. Kategorie: Uspokojování potřeb rodinou

V současné době je ve všech zdravotnických zařízeních zákaz návštěv v souvislosti s pandemií COVID-19. Žádný z dotazovaných pacientů tedy neměl povoleny návštěvy. Uspokojování potřeb pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení je tedy za aktuální situace velmi omezené. Podle dotazovaných pacientů se rodina nejčastěji podílí na psychické podpoře, zajištění oblečení, potravy nebo jiných věcí, které pacient potřebuje donést do zdravotnického zařízení, zajištění finanční podpory nebo na zabezpečení chodu domácnosti pacienta. P1, P2, P3, P4 a P6. uvedli, že jim již rodina minimálně jednou donesla potřebné věci z domova do nemocnice. *„No, tak za týchletý situace, taky co můžou dělat. Tak telefonuju mi, že jo, tak se všemi členy jsem vlastně denně v kontaktu. Teď v neděli tu byla manželka s dcerou, protože jsem potřeboval, jak mě přivezla rychlá, tak jsem potřeboval župan a nějaký takhle věci přivést, takže jsme spolu v telefonickém kontaktu,“* uvedl P3. P2 při položení otázky, jakým způsobem se rodina podílí na uspokojování potřeb, řekla: *„No tak, dělají za mě všechno, co můžou. Jsem s ní v kontaktu po telefonu, ale v neděli mi přinesli věci. Dcera tady byla dva krát, ale i tak je to fajn.“* U P4 se rodina podílí i na zajištění finanční podpory, jelikož P4 ještě studuje na vysoké škole: *„Jsou zakázaný návštěvy, takže mě tu nikdo nenavštěvuje. Přítel mi dneska přivez kytku. Jinak jsme spolu v telefonickém kontaktu. Já vlastně studuju na vysoký škole tady, s tím, že mě rodina podporuje ve studiu, snaží se prostě mě podporovat ve svých koníčcích. Hlavně ta finanční stránka teďkon, dřív samozřejmě i ta psychická.“*

Při položení otázky, jak pacienti vnímají spolupráci sester s rodinou v souvislosti s uspokojováním jejich potřeb, pouze pacientka P2 uvedla, že spolupráce probíhá jediné při podávání informací po telefonu rodině. P1, P6, P7, P8 a P9 se domnívají, že spolupráce sester s rodinou je v současné době velmi komplikovaná, jelikož je zákaz návštěv. Za jiných podmínek by to podle nich bylo lepší. P8 si myslí, že spolupráce jde teď *„těžko, jelikož jsou zakázaný návštěvy“*. P6 řekl: *„Ty s ní nemají ani šanci se setkat. Když rodina něco chce nebo já chci, tak se vezme mobil a zavolá se, vyřídí se to jako po telefonu.“*

Zapomněl jsem si doma taky zubní pastu, kartáček jsem si zapomněl, tak jsem zavola domů manželce, tak s dcerou sedly do auta, přijely, předaly to tady sestřičkám a ty to předaly mně, to byla snad jediná spolupráce, která byla.“ Podle P3, P4 a P5 zatím žádná spolupráce rodiny se sestrou nebyla nutná. P3 uvedl: *„Tak to asi nespolupracujou. Nejsem až v takovém stavu asi, aby spolupracovali. A to po nich jako asi ani nikdo nemůže chtít, aby s každým takhle jako jednali.“* Podle P5 není co zajišťovat, jelikož v případě potřeby může kdykoliv zavolat manželce nebo dceři, které jsou s ním neustále v telefonickém kontaktu.

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodinou

1. Kategorie: Důvod hospitalizace příbuzného

R1, R2 a R4 uvedli jako důvod hospitalizace jejich příbuzného na chirurgickém oddělení laparoskopickou operaci břišní kýly. Jednalo se o operační výkon, který byl proveden u jejich otce, kdy R1 a R2 uvedli, že je jejich otec hospitalizovaný na chirurgickém oddělení druhý den. R4 uvedl třetí den.

R3 má na chirurgickém oddělení hospitalizovanou dceru, která je zde již čtvrtý den. Důvodem jejího přijetí byly nespecifické bolesti břicha, kontrakce a zvracení. *„Moje dcera měla bolesti břicha jako kontrakce a zvracení. Lékaři si myslí, že to bude asi kolika nebo endometrióza,“* řekl R3. Dále uvedl, že příčina může být v souvislosti s trávicím traktem. Proto bylo jeho dceři doporučeno provedení kolonoskopie, která je pouze na vlastní uvážení pacientky, zda ji po propuštění z nemocnice podstoupí, jelikož pacientka je již stabilizovaná, nezvrací a ani nemá žádné bolesti, i když nebyla zjištěna příčina zhoršení zdravotního stavu.

R5 uvedl, že důvodem přijetí jeho tety na chirurgické oddělení je založení kolostomie. Jeho teta je zde již pátý den. Důvodem založení stomie je onkologické onemocnění, které se u ní projevilo především nesnesitelnými bolestmi zad, únavou a hubnutím. Po propuštění z chirurgického oddělení bude následovat chemoterapie na onkologickém oddělení. U R6 se jedná o hospitalizaci babičky z důvodu odstranění žlučníku v souvislosti se žlučnickovými kameny. Pacientka je v nemocnici celkem dva dny a jedná se o první pooperační den.

2. Kategorie: Definice potřeby

Při položení otázky, co si rodinní příslušníci představí pod pojmem potřeba a co by mezi ně zařadili, R1 a R2 uvedli, že se jedná o něco, co člověk nezbytně potřebuje k životu a bez čeho by byl při neuspokojení ve stresu. „*Je to něco, co člověk potřebuje, nějak jakoby základní věci, které když nemá, tak je ve stresu,*“ řekl R1. Jedná se tedy především o základní biologické potřeby, jako je přijímání potravy a tekutin, vylučování, spánek, ale i sexuální potřeby, ale patří sem však i potřeby jiné, jako jsou psychické, potřeba seberealizace, potřeba nějakého dobrého pracovního místa, bydlení nebo dobrého rodinného zázemí: „*Jakože je to něco, co potřebuji, co vyžaduji k životu. Tak já nevím. Potřebujeme jíst, spát, sex, potřebujeme pít. Prostě to, co potřebujeme ke spokojenému životu, tak to je potřeba,*“ dodal R2. Dále uvedl, že jediné rozdělení potřeb, které zná, je rozdělení dle Maslowa: „*No, tak to jsou jakoby nějaké základní potřeby a potom jsou nějaké další. Tak základní potřeby jsou vlastně to jídlo, pití, spánek, myslím si, že tam je právě i ten sex. Tak to je jakoby ta pyramida potřeb. Tak já si myslím, že ten sex je v tom základu taky. Potom jsou jako potřeby nějakého dobrého pracovního místa, nějakého bydlení, nějakého dobrého rodinného zázemí atd. Potom je nějaká potřeba seberealizace a takový. Nevím, víc si toho asi nepamatuju.*“ R4 řekl, že kromě jistoty dobrého pracovního místa, bydlení nebo dobrého pracovního zázemí sem patří i jistota dobrého zdravotního stavu: „*Určitě každý musí mít nějaké zázemí a nějaké jistoty v něčem. To už je jedno, jestli je to jako v rodině nebo v nějakém zdravotním stavu, v práci a takový.*“ R6 uvedl přesnou definici, že potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku. Dělí se na biologické, psychické, sociální a spirituální: „*Mezi biologické patří např. potřeba dýchání, jídlo, pití, tělesná teplota a vylučování. Prostě takový ty základní potřeby, které člověk potřebuje nezbytně k životu. Mezi psychické potřeby patří psychická podpora, pocit úcty a uznání, bezpečí, lásky a sounáležitosti. Mezi sociální potřeba sociálního kontaktu, potřeba informací, potřeba kontaktu s rodinou a potřeba někam patřit. A mezi spirituální potřeby patří náboženství a víra.*“

R3 sice žádnou klasifikaci potřeb nezná, ale uvedl, že „*potřeba, to je, co ten pacient nebo ten člověk potřebuje*“. Člověk podle něj cítí, že má nějakou potřebu, jako třeba potřeba dojit se napít nebo pocitu podpory. „*V podstatě tam patří všechno, ať je to vlastně klid, duševní pohoda nebo fyzická pohoda, že se cítí dobře. Ale většinou ta potřeba vychází z toho nitra, z toho pocitu, že se cítí dobře a že k tomu potřebuje něco, nějakou tu potřebu, aby se cítil dobře, že mu nic neschází,*“ uvedl R3.

Podle R5 klasifikace potřeb záleží i na tom, zda se jedná o potřeby, které má člověk v běžném domácím prostředí nebo během hospitalizace v nemocnici: „*Jako něco jiného je potřeba v nemocnici, když je ten člověk nemocný, a něco jiného je, když je ten člověk zdravý. Když je člověk nemocný, tak má ty potřeby úplně jiný než obvykle nebo takhle.*“ Jako příklady, které má pacient v nemocničním zařízení, uvedl potřebu kvalitního spánku, klid, když mu není dobře, respektování soukromí, kvalitní jídlo, které odpovídá potřebám a dietním opatřením pacienta, ale i spolubydlíci na pokojích.

3. Kategorie: Porovnání potřeb

Při položení otázky, zda se nějakým způsobem liší potřeby u rodinného příslušníka dotazovaných, když jsou doma a nyní během hospitalizace, R3 a R6 odpověděli, že u jejich příbuzného vznikla neuspokojená potřeba v souvislosti se zákazem návštěv. „*Tak určitě tam je v té nemocnici jiná potřeba, než je doma. Tak ona tu je 4 dny, a hlavně je zákaz návštěv, tak má tu potřebu spíš jako komunikativní s tou rodinou. Jako ten fyzický kontakt s rodinou,*“ řekl R3. Podle R6 má vliv neuspokojení fyzického kontaktu s rodinou vliv i na psychickou stránku pacienta: „*No tak v nemocnici jí chybí asi ten kontakt s rodinou, jelikož je zákaz návštěv, takže jí trochu chybí i ta psychická podpora. Sice jsme v telefonickém kontaktu, ale to nenahradí ten fyzický kontakt.*“ V souvislosti s hospitalizací nastala u rodinného příslušníka R4 i psychická nejistota, jelikož se nacházel v cizím prostředí a neměl zde rodinné zázemí, které má doma. „*No, tak určitě, když je doma, tak má nějakou jistotu toho zázemí, toho jakoby známého prostředí. Přitom v nemocnici jakoby jsou tam cizí lidi, že jo. Nemá tam, když to řeknu, kolem sebe rodinu. Taky má psychickou nejistotu. Neví jako ohledně operace, jestli se to povede, nebo se to nepovedete, jestli budou nějaký komplikace. Tak určitě má vliv i to, co se týká psychiky,*“ uvedl R4.

Hospitalizace v nemocničním zařízení s sebou podle R1 a R2 nese omezení i po fyzické a pohybové stránce pacienta. Rodinný příslušník R1 byl doma zvyklý každý den cvičit kvůli bolestem zad. Během hospitalizace to ale nebylo možné. „*Můj tatka je zvyklej jako doma cvičit, protože má ještě problémy se zády a vlastně v průběhu hospitalizace, i vzhledem k onemocnění jakoby, který vlastně zasahuje do svalu břišní stěny, tak prostě nemůže cvičit na záda. Takže vlastně tam je narušená i potřeba spánku,*“ řekl R1. Rodinný příslušník R2 se snažil chodit a pohybovat ihned, jak to bylo možné: „*No, tak*

*sotva mohl chodit, tak měl potřebu ležt všude možně, takže sotva jak mohl, tak měl prostě potřebu se k tomu vrátit, takže si myslím, že mu to scházelo. Na druhou stranu, když ho ta noha bolela, tak bych řekla, že měl potřebu akorát té úlevy. Takže si myslím, že potom to byla spíš potřeba úlevy od té bolesti.“ Stejně jako R1, uvedl poruchu spánku u rodinného příslušníka i R5: „*Jakoby všechno, co potřebuje, všechno má. Jediný, co je, tak je spánek, že jakoby nemůže spát, ale jinak bych řekla, že je to úplně všechno v pohodě. Kontakt s rodinou a se všema taky má. Jediný, na co si stěžuje, je opravdu ten spánek a hned po té operaci nějaká bolest.*“*

Další neuspokojenou potřebou, která vznikla v souvislosti s hospitalizací a operačním výkonem u rodinného příslušníka R6, bylo neuspokojení biologické potřeby přijímání potravy. Babička R6 musela po odstranění žlučníku dodržovat dietu s omezením tuků. „*Asi došlo ke změně tech základních potřeb, protože teď po operaci bude muset babička držet žlučnickovou dietu,*“ uvedl R6.

3.1 Podkategorie: Neuspokojené potřeby

Vlivem COVID-19 byl ve všech zdravotnických a sociálních zařízeních nařízen zákaz návštěv. Řada pacientů v souvislosti s touto situací nemohla vidět svou rodinu nebo své blízké. Nebyla tak u nich dostatečně uspokojena potřeba sociálního kontaktu. Desaturaci této potřeby uvedli u svých rodinných příbuzných během hospitalizace v nemocničním zařízení R3, R4 a R6. „*Tak určitě jí chybí ten kontakt s rodinou. Ten fyzický kontakt s tou rodinou, to jí určitě chybí. To asi chybí každému, kdo je v nemocnici a kór, když je zákaz návštěv, že jo, jako je teď kvůli Covidu,*“ řekl R3. R4 se domnívá, že by krátká návštěva jeho rodinnému příslušníkovi jistě pomohla i po zdravotnické stránce a měla by i pozitivní vliv na jeho rekonvalescenci, jelikož telefonický kontakt není dostačující jako ten fyzický: „*Myslím si, že by jako uvítal, kdybychom tam za ním mohli dojet, kdyby přeci jen aspoň byla nějaká kratší návštěva, že by mu to nějak pomohlo a byl by radši než po tom telefonu.*“ Podle R6 v souvislosti s hospitalizací a zákazem návštěv nejsou uspokojeny ani psychické potřeby, jelikož jeho rodinný příslušník se nachází v novém a cizím prostředí a nemá zde dostatečné zázemí, které má doma. Chybí zde i pocit bezpečí a jistoty, jelikož pacientka má strach o svůj zdravotní stav a o budoucnost. Strach má také z dodržování dietních opatření po operaci žlučníku, kdy by měla dodržovat dietu s omezením tuků. R6 řekl, že se obává především toho, jak bude zvládat

dietní opatření, co bude moct jíst a zda už nebude mít žádné bolesti po jídle, jak tomu bylo před operačním zákrokem. Problémy s dietním opatřením uvedl i R5: „*S tím jídlem měla problém, než se domluvila, který potraviny může a který si nemůže dát vzhledem k té stomii a takovýhle. Takže to spíš se jako těšila domů, že si to jako udělá podle sebe. Tam spíš šlo taky asi i o ty časy, že ona třeba v tuhle dobu, když se dávají ty jídla nebo v tuhle chvíli nechtěla, pak zase nechtěla obtěžovat, aby jí to ohřívaly někdy později nebo takhle, takže to dala, ale prostě že doma si to udělá už podle svého režimu.*“ Rodinný příslušník R5 má také strach z toho, jak bude sám zvládat ošetřování stomie a zda se to vůbec naučí. „*Jediný co, tak ze začátku měla problém, jestli se to naučí ošetřovat tu stomii, takže z toho byla trochu nervózní,*“ uvedl R5.

Další potřebou, která byla nejméně uspokojena u rodinných příslušníků R1 a R5, byla potřeba spánku a pohodlí. R1 uvedl jako důvod desaturace potřeby změnu prostředí, nepohodlnou postel a vzniklé bolesti, které ale byly ovlivněny i tím, že pacient nemohl v nemocničním zařízení pravidelně cvičit, jak na to byl zvyklý doma. „*Myslím si, že tam je nejvíc jakoby ta potřeba spánku, ale to je z důvodu prostě chronických problémů se zády a s tím, jak je prostě jiná postel, než na kterou je zvyklej, měkká matrace, ale to je asi moc neovlivnitelný,*“ uvedl R1. R5 se domnívá, že vliv na poruchu spánku měly především strach ohledně zdravotního stavu a s tím vzniklé psychické problémy a změna prostředí spolu s nemocničním režimem, než na který byla pacientka zvyklá doma. „*Řekl bych, že asi nejvíc problémů měla opravdu se spaním, že jestli to pak měla jako psychický nebo takhle něco, to nevím. Řekla mi, že prostě doma si to udělá už podle svého režimu, že jakoby to vstávání, to buzení a takový už bude jenom podle ní. Jak říkám, nejvíc problémů má s tím spánkem, jinak ne.*“ Posední neuspokojenou potřebou, kterou uvedli R2 a R4, byla potřeba pohybu, seberealizace a začlenění zpět do pracovního procesu. „*Nejmíň má uspokojenou tu potřebu chodit, protože má sešroubovanou kyčel, tak to jde docela blbě,*“ řekl R2. Rodinný příslušník R2 má problém dodržovat klidový režim, jelikož se jedná o aktivního jedince, který rád chodí na procházky a dělá domácí práce na zahradě. Podobně tomu bylo i u rodinného příslušníka R4, který také měl problémy dodržovat klidový režim v nemocničním zařízení, jelikož chtěl být co nejdříve začleněn zpět do pracovního procesu. „*Jemu chyběla určitě práce. On nevydrží ležet a tady ho nutí mít přísný klid,*“ uvedl R4.

Při položení otázky, jak se neuspokojení těchto potřeb projevilo na jejich příbuzném a jaké to mělo důsledky, byly zmíněny pouze strach a únava. „*Tak asi, že z toho všeho*

měla a má strach, jak bude zvládat to dodržování diety,“ řekl R6. U rodinné příslušníka R1 neuspokojení potřeby spánku a pohodlí zanechalo pouze pocit únavy. R3 a R4 si myslí, že kdyby zde jejich příbuzní byli hospitalizováni déle, tak to na nich jistě nějaké důsledky zanechá, ale vzhledem ke krátké době pobytu v nemocničním zařízení zatím žádné projevy neuspokojení potřeb neshledali. *„Tak vzhledem k tomu, že tu je opravdu krátkou dobu, tak se ještě nezačalo projevovat to, že jí schází nějaká ta potřeba, třeba ten fyzický kontakt s tou rodinou, ale věřím, že pokud je pacient v té nemocnici, třeba řeknu, čtrnáct dní, tak pak už jako ty potřeby vznikají. Tam už mají potom jako nějaký ty problémy. Když to srovnám se svým dědou, který byl týden v nemocnici a byl zákaz návštěv a nesměli jsme tam, tak on to pak hrozně těžko nesl. Byl tam asi pět dní a strašně těžko to nesl. Vůbec se pak s námi nebavil, protože řekl, že jsme na něj zapomněli. Nedokázal pochopit, že je zákaz návštěv, že tam nikoho nepustili, ale pak když ho pustili domů po týdnu, tak prostě se s námi moc nebavil, byl na nás uražený, že jsem tam na něj zapomněli a že jsme tam za ním nešli,*“ uvedl R3.

4. Kategorie: Úloha sestry

Úloha sestry při uspokojování potřeb pacienta na chirurgickém oddělení spočívá podle R1, R5 a R6 v první řadě v identifikaci, vyhledávání, zaznamenávání, a nakonec v uspokojování potřeb pacienta. *„Co na to říct, jaká je úloha sestry. Vyhodnotit to hned prvotně, jaké ty potřeby jsou. Zhodnocení těch potřeb a pak prostě reagování tomu člověku, snažit se tomu člověku to, co potřebuje, snažit se to vykonat, aby prostě ty potřeby ten člověk měl uspokojeny, že prostě když nemůže spát, tak něco udělat pro to, aby spal, protože potřebuje klid nebo ticho. Pokud má bolesti, tak něco proti těm bolestem, tak prostě nějak zareagovat a pomoci asi jakoby tomu člověku,*“ uvedl R5. Úloha sestry by měla spočívat i v aktivní identifikaci potřeb, které pacient měl, a v provádění tomu adekvátních a přijatelných intervencí jak pro zdravotnický personál, tak i pro pacienta. *„Tak úloha sestry vlastně spočívá ze začátku v tom, že by se měla vyptat pacientů, jaký ty potřeby jako oni mají nebo na co jsou jako zvyklí z domova, co jim schází a podle toho se snažit dělat adekvátní intervence,*“ řekl R1.

R2, R3 a R4 si myslí, že úloha sestry při uspokojování potřeb pacienta na chirurgickém oddělení zahrnuje především právě dané intervence, které mají za cíl neuspokojené potřeby naplnit. R2 uvedl i negativní zkušenosti, které získal při

hospitalizaci na gynekologickém oddělení. Podle něj sestry nehledí na skutečné potřeby pacienta, ale pouze na to, aby byl jeho zdravotní stav stabilizovaný: „*Myslím si, že je to spíš uspokojování toho zdravotnického stavu jakoby ze zdravotnického hlediska a že, nejsem si úplně jistá, jestli se tam hledí na to, jaký má ten pacient potřeby doopravdy. Kór když si vezmu, když jsem já byla na tý chirurgii, tak jako, ne že by na mě nebrali ohled, ale prostě přišla jsem si, že jsem tam úplně zbytečně. Potřebovala jsem prostě už domů, protože jsem jakoby měla před tou bakalářkou a tohle a jako, když jsem to říkala, tak na to úplně nebrali ohled. Takže spíš z toho zdravotnického hlediska, že jakoby co je nejlepší pro to tělo, ne jakoby prostě pro toho člověk jako takového.*“ Podle R3 má sestra brát zřetel jak na zdravotní stav pacienta, tak i na jeho ostatní potřeby, které k úloze sestry neodmyslitelně patří. Díky aktivnímu vyhledávání a naplňování všech potřeb pacienta sestra předchází komplikacím a negativním důsledkům při jejich neuspokojení. „*Tak určitě, aby pokud je to teda v té nemocnici, tak tam uspokojit ty potřeby po zdravotní stránce, aby jako neměl bolesti ten pacient, aby se rychle uzdravil a šel domů. Určitě tam je nějaká ta komunikace, když tam nemůže přijít ta rodina, tak musí prostě zastoupit zdravotní sestra, aspoň částečně teda, aby nedocházelo pak k nějakým frustracím a tak,*“ uvedl R3. Sestra musí brát pacienta jako bio-psycho-sociální systém, kdy neuspokojení jednoho z nich může mít negativní vliv na ostatní složky. Zároveň by to měla být empatická a vstřícná osoba, která je ochotna pacientovi kdykoliv pomoci a odpovědět mu na potřebné otázky. „*Tak určitě asi mít k němu nějaký vstřícný přístup, když to řeknu, podpořit ho v tom, zodpovědět nějaké dotazy nebo částečně vyhovět tomu pacientovi,*“ uvedl R4.

4.1 Podkategorie: Zhodnocení sester

Při položení otázky, zda probíhala nějaká spolupráce rodiny pacientů se sestrami, R1, R2, R3, R5 a R6 odpověděli, že žádná spolupráce mezi nimi neprobíhala nebo nebyla nutná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta nebo délky hospitalizace. „*Za tu krátkou dobu nemám potřebu. Nebyl jako důvod s nimi spolupracovat,*“ řekl R1. Podobně odpověděl také R6, podle něj babička není ve zdravotnickém zařízení tak dlouho, aby byla nutná spolupráce se sestrami nebo jiným zdravotnickým personálem. Také si myslí, že ani v budoucnu nebude nutná, jelikož babička bude snad v co nejbližší době propuštěna domů: „*Tak spolupráce tu zatím asi nebyla žádná a myslím si, že asi ani*

nebude. Nebyl k tomu důvod podle mě, abychom spolu nějak spolupracovali.“ Dále ale uvedl, že se bude muset při propuštění babičky se sestrami domluvit na dietních opatřeních, které bude muset dodržovat po operačním zákroku, co bude a nebude moct babička jíst, jelikož s tím vším množstvím informací má trochu problém a bude potřebovat pomoci.

R4 uvedl, že spolupráce se sestrami probíhala pouze při předávání informací o rodinném příslušníkovi po operačním zákroku. Přístup sester a veškerou komunikaci s nimi tedy hodnotí pozitivně a nemá vůči jim co vytknout. *„Já to hodnotím určitě kladně. Já si nemůžu stěžovat. No, vlastně nebyl problém, po operaci normálně poskytly informace, že jo. Tak nějak o tatku se taky postaraly, že nebylo, že by ho tam někde nechaly. Zajímaly se o něj, a když chtěl jako přidat prášky na bolest, tak jako to zkonzultovaly s lékařem a přidaly mu prášky na bolest. Takže to nebylo, že by ho nějak jako nechaly v bolestech,*“ řekl R4. Myslí si, že i veškerou ošetrovatelskou péčí o otce provedly správně a důkladně.

R5 míní, že ani nebyla nutná spolupráce v rámci edukace péče o stomii rodinného příslušníka, jelikož ten je zdravotně a fyzicky způsobilý k tomu, aby se o stomii staral sám. V rodině navíc mají zdravotníka, který jim v případě potřeby pomůže. K edukaci ani v rámci hospitalizace rodinného příslušníka nebyla možnost, jelikož je ve zdravotnickém zařízení zákaz návštěv. *„V té péči o tu stomii to řekly jenom jí, protože synové, ty se o to asi starat nebudou, tak to vysvětlily jenom jí. Když něco potřebovala vědět, tak mi zavolala domů a teďkon vlastně bylo úplně skvělý, jak jsme měly ten seminář, takže tam já jsem se dozvěděla strašně nových jako kontaktů tady na to, že je tady na té poliklinice nějaké to centrum a že se tam může jako objednat a oni přijedou k ní domů, takže to jsem jí taky dala tyhle informace. A já myslím, že to zvládá dobře. No ale jak říkám, z rodiny, protože manželka má v zahraničí a synové to nebudou dělat, takže zvládá to dobře tu péči,*“ uvedl R5.

5. Kategorie: Uspokojování potřeb rodinou

Dotazovaní rodinní příslušníci vidí význam jejich péče v uspokojování potřeb pacienta během hospitalizace na chirurgickém oddělení jako rovnocenný se sestrou. Cílem jejich úlohy je především psychická podpora a pocit bezpečí a jistoty. *„No, já si myslím, že je to jako svým způsobem rovnocenný s tou sestrou, kdy vlastně my toho tatku*

jako můžeme jakoby líp povzbudit po té psychické stránce a známe ho už dlouhou dobu, takže můžeme u něj už číst mezi řádky. Kdežto sestra je vlastně už postavená před akutní situaci, kdy vlastně toho člověka jakoby nezná, tak to se musí naučit v něm číst a vlastně si myslím, že je to nějak tím způsobem i srovnatelný,“ uvedl R1. Psychická podpora by měla probíhat i v rámci komunikace s pacientem, kdy mu rodina tímto způsobem pomáhá přijít na jiné myšlenky, předchází pocitu osamocení a informuje ho o změnách, které se v rodině dějí. *„Voláme mu, aby byl v kontaktu, aby tam neležel jako sám, protože návštěvy jsou omezený. Já nemám očkovaní, takže na návštěvy nemůžu, takže to jako jediné přes telefonní kontakt, že mu voláme, jak na tom jako je. Když už byl po té operaci jako vyspalej, tak jsme přes ten telefon komunikovali, že měl jako nějaký spojení, jako ví, co se doma děje, že jako přišel na jiné myšlenky trochu,*“ řekl R4.

Rodinní příslušníci pacienta se dále podílí na uspokojování jeho potřeb tak, že pacientovi zajišťují nějaké věci, jako je např. oblečení, jídlo, knihy, časopisy nebo elektronika, kterou pacient potřebuje nebo si ji zapomněl doma, dále s ním udržují alespoň telefonický kontakt, pokud fyzický kontakt není možný nebo se starají o pacientovu domácnost během jeho hospitalizace. *„Tak vlastně jsme mu tam donesli jeho věci, třeba to, co má jako rád. No, tam asi víc jako není. Prostě jsme mu tam donesli věci, byli jsme mu psychickou oporou, jsme s ním v kontaktu, snažíme se ho nějak jako podpořit,*“ řekl R1. Rodinný příslušník R6 je připraven kdykoliv babičce během hospitalizace s čímkoliv pomoci a zároveň se jí mezitím stará o domácnost: *„Tak určitě jí voláme celá rodina přes telefon a psychicky jí podporujeme. Kdyby něco potřebovala do nemocnice donést, tak jsme schopni to zařídit. Taky se jí staráme o domácnost během hospitalizace v nemocnici. Samozřejmě kdyby potřebovala cokoli jiného, tak jí s tím rádi pomůžeme, třeba s tím, co bude moct jíst po operaci.*“ R6 se tedy chce o babičku starat i po hospitalizaci a pomoci jí s dodržováním diety a výběrem jídla po operačním zákroku.

R2 a R5 i přes zákaz návštěv byli v kontaktu s pacientem alespoň na chodbě nemocničního zařízení, protože se domnívají, že fyzická návštěva byla nutná k psychické podpoře pacienta a k plnění rodinných rolí. Pacient rodinného příslušníka R2 má navíc doma malého syna, kterému je necelý rok. Proto měl pacient o to větší potřebu se s rodinou alespoň na chvíli setkat a zaujmout svou otcovskou funkci. *„Jezdíme tam za ním na návštěvy, aby tam nebyl sám. Vlastně brácha je malej, je mu rok necelej, takže vlastně tam za ním jezdíme, aby byli spolu, a celkově ho hodně navštěvujeme,*“ řekl R2.

5 Diskuse

Tato kapitola diplomové práce se zabývala shrnutím všech výsledků výzkumného šetření, které jsou zde dále komparované s publikacemi na stejné nebo podobné téma. Pro empirickou část diplomové práce byly dále stanoveny čtyři výzkumné otázky. První otázka zněla: Jaká je úloha sestry při uspokojování potřeb u pacienta na chirurgickém oddělení? Následovala otázka: Jak vnímá pacient hospitalizovaný na chirurgickém oddělení uspokojování potřeb sestrou? Třetí otázka zahrnovala způsob, jakým se rodina podílí na uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení. Poslední výzkumná otázka byla stanovena ke zjištění, jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení.

Podle dotazovaných sester pojem potřeba představuje aktuální stav člověka, kdy jeho cílem je dosažení spokojenosti a lepší životní úrovně. Jedná se především o to, co člověk nějakým způsobem potřebuje, chce a co je nezbytné pro jeho život. S3 a S4 dále uvedly, že potřeba zahrnuje i naplnění cíle něco mít nebo vlastnit. Nejznámější definicí, kterou uvedla pouze S2, je, že potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku nějaké z nezbytných složek základního uspokojení, které umožňují normální fungování lidského těla. Stejnou definici jako S2 uvádějí Trachtová et al. (2013), kteří rovněž potřebu charakterizují jako stav nedostatku nebo naopak nadbytku v oblasti biologické, psychické, sociální nebo spirituální, kdy při jejich neuspokojení nastává nerovnováha organismu a člověk vyhledává způsoby k opětovnému nastolení homeostázy a docílení pocitu uspokojení. Ondriová a Dashöfer (2020) definují potřebu jako stav organismu, který je řízen energií vznikající z pocitu nedostatku, nebo naopak nadbytku v biologické, psychologické, sociální nebo duchovní sféře. Naplnění potřeb opět směřuje k uspokojení a rovnováze organismu.

Většina sester, tj. S2–S4, uvedla jedinou klasifikaci, a to podle Maslowa. Žádnou jinou si bohužel nevybavily nebo ji ani neznají. S1 ani S5 si bohužel žádnou klasifikaci potřeb v danou chvíli nevybavily, i když věděly, že se to určitě učily ve škole. Sikorová (2011b) uvádí klasifikaci dle Berelsona a Steinera, kteří rozdělili potřeby podle biologických funkcí člověka. Ty se dělí na pozitivní, též zaopatřovací motivy, které nás vedou k vyhledávání a využití potřebných předmětů. Motivы negativní, též motivы vyhýbání, nás nutí vyhnout se negativním stimulům, které mohou působit destruktivním efektem. Poslední jsou motivы udržování druhu, které ovlivňují rozmnožovací systém

a vyvolávají pečování o děti a jejich ochranu. Šamánková (2011) popisuje jako další klasifikaci podle H. A. Murraye. Ten uspořádal teorii viscerogenních (fyziologických) a psychologických potřeb, která předpokládá, že člověk je ovlivněn potřebami a tlakem z okolí. Potřebou se rozumí všechno to, čeho člověk chce dosáhnout nebo co chce splnit, a tlakem je označováno všechno to, co člověk musí vykonat. Sikorová (2011a) uvádí navíc další dělení potřeb podle Murraye, a to na pozitivní a negativní. Dále na skryté (8 potřeb) a zjevné (20 potřeb). Ve výčtu psychogenních potřeb chybí především obyčejné sociální potřeby, jako je potřeba kontaktu, lásky a ego-vztažných potřeb. Index této klasifikace potřeb znovu přehodnotil a doplnil o nové poznatky americký psycholog E. Hilgard.

Bylo zjištěno, že podle dotazovaných pacientů pojem potřeba představuje naplnění toho, co je nezbytné pro život a bez čeho by člověk nemohl žít. P3 uvedl, že každý z nás má tzv. prvotní potřeby, které jsou nezbytné pro život, a všechno ostatní jsou pouze potřeby, které jsou na nich založeny a odvíjí se od nich. Armstrong (2012) a Burda (2015), stejně jako P3, uvádějí rozdělení na nižší (primární) a potřeby vyšší úrovně, které jsou seřazeny podle určitých priorit, kdy A. H. Maslow předpokládal, že pokud nebudou naplněny potřeby nižší (základní), tak nemohou být uspokojeny ani ty vyšší. Neuspokojená potřeba motivuje člověka k jednání, které cílí právě na uspokojení dané oblasti desaturace. K potřebám na nižší úrovni se člověk může kdykoliv znovu vrátit při pocitu jejich chybění nebo nenaplnění. Obdobné rozdělení podle Maslowa uvádí i Mastiliaková (2014), kdy se potřeby dělí na fyziologické (homeostatické), které tvoří základnu pyramidy, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby afiliační (pocit lásky a sounáležitosti), potřeby úcty a uznání a potřeby seberealizace či sebeaktualizace (metapotřeby) nacházející se na samém vrcholu pyramidy. P4 kromě Maslowovy klasifikace zmínil i rozdělení potřeb na primární, sekundární a terciální. Karlíček et al. (2013) uvádějí rozdělení potřeb pouze na primární a sekundární, kdy mezi primární zařadili potřebu hladu, žízně, sexu, stálé tělesné teploty, vylučování, dýchání, odpočinku a spánku, péče o druhé („mateřský pud“), potřebu být bez bolesti a aktivitu jedince, jako je např. hraní her. Sekundární potřeby lze podle Karlíčka et al. (2013) rozdělit na další čtyři typy potřeb. Patří sem potřeba sociálního kontaktu (potřeba uznání, být obdivován, být objektem pomoci a péče, patřit někam, potřeba být submisivní, naslouchání a obdivování), potřeba nadřazenosti, odlišnosti, nezávislosti a dominance, dále potřeba

úspěchu a potřeba něco vlastnit. P7 uvedl dvě klasifikace potřeb, a to podle priority, dále na fyzickou potřebu, materiální potřebu, duchovno a osobní potřeby.

Rodinní příslušníci pacienta si pod pojmem potřeba představí to, co člověk nezbytně potřebuje k životu a bez čeho by při neuspokojení došlo ke vzniku deprivace nebo frustrace. Podle nich se jedná především o základní biologické potřeby, psychické, potřebu seberealizace, potřebu nějakého dobrého pracovního místa, bydlení nebo dobrého rodinného zázemí. R4 řekl, že kromě jistoty dobrého pracovního místa, bydlení nebo dobrého pracovního zázemí sem patří i jistota dobrého zdravotního stavu. R2 uvedl, že jediné rozdělení potřeb, které zná, je rozdělení dle Maslowa. R6 uvedl přesnou definici, že potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku a rovněž, stejně jako R2, Maslowovu klasifikaci potřeb. Podle R5 klasifikace potřeb záleží i na tom, zda se jedná o potřeby, které má člověk v běžném domácím prostředí nebo během hospitalizace v nemocnici. Jako příklady, které má pacient v nemocničním zařízení, byly zmíněny potřeba kvalitního spánku, klid, když mu není dobře, respektování soukromí, kvalitní jídlo, které odpovídá potřebám a dietním opatřením pacienta, ale i spolubydlíci na pokojích.

Z výzkumu vyplynulo, že sestry vidí svou úlohu při uspokojování jednotlivých potřeb pacienta na chirurgickém oddělení především v identifikaci potřeb a jejich následné saturaci. Toto tvrzení potvrdily S1, S2, S3, S4 a S5. Tzn., že všechny sestry se shodly na stejné odpovědi ve své úloze při uspokojování potřeb pacienta. Podle Malíkové (2020) je součástí kvalitní ošetrovatelské péče právě systematické hodnocení a plánování intervencí k uspokojení potřeb pacienta. Sestra by měla saturaci potřeb uskutečňovat pomocí ošetrovatelského procesu, který by měl být složen jak z intervencí sestry, tak i zapojení pacienta do plánování a péče. To vše vyplývá z vnímání pacienta jako komplexní bytosti z biopsychosociálního a duchovního hlediska. Sestry jako nejčastější způsob identifikace a hodnocení potřeb pacienta uváděly rozhovor a pozorování pacienta už při samotném příjmu na oddělení. Pacientovi jsou pokládány otázky, které se zabývají problémy s močením nebo se stolicí, kdy se hodnotí, zda pacient není např. inkontinentní, nemá průjem, zácpu, dysurické potíže jako řezání nebo pálení při močení nebo kdy pacient byl naposled na stolici. P4 dodala, že hodnocení potřeb pacienta ale probíhá neustále i během jeho hospitalizace, především tehdy, když u pacienta nastala změna zdravotního stavu a musí tedy dojít k přehodnocení ošetrovatelských diagnóz.

Dalšími hodnoticími systémy, které sestry zmínily, byl např. Barthelové test základních všedních činností, Gordonové test, VAS skóre nebo Ramsay skóre. S5 uvedla, že hodnocení může probíhat i kombinací rozhovoru, pozorování a skórovacími systémy. Šálková (2021) uvádí kromě již zmíněných i další skórovací systém k hodnocení potřeb pacienta při příjmu na oddělení. Tím je test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga, který je možné provádět i bez přítomnosti pacienta. Slouží ale pouze k objektivnímu hodnocení soběstačnosti. Cetlová a Dvořáková (2011) dále k posouzení stavu výživy uvádějí formulář pro rychlé zhodnocení výživy, škálu k vyšetření nutričního stavu – MNA (Mini Nutritional Assessment), celkové subjektivní posouzení – AGA (Subjective Global Assessment) a formulář na zjišťování údajů o nevolnosti a zvracení. Vörösová et al. (2015) navíc k posouzení mobility pacienta uvádějí test instrumentálních aktivit – IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale). K posouzení rizika pádu Feil a Gardner (2012) identifikují škálu podle Morseové a nástroj na hodnocení rizika pádu z Johns Hopkins Hospital. Vörösová et al. (2015) doplňují skórovací systémy o screeningový test mobility – MST (Mobility Screening Test) a hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové.

Sestry k hodnocení bolesti uvedly pouze VAS skóre v kombinaci s rozhovorem a pozorováním pacienta. K objektivnímu zhodnocení je podle Vörösová et al. (2015) možné využít i mapu bolesti, dotazník bolesti nebo u pacientů s chronickou bolestí deník bolesti, který si vede pacient sám. Další metodou je posouzení bolesti pomocí schématu PQRST, kde P (place) označuje lokalizaci, Q (quality) kvalitu, R (radiation) šíření bolesti, S (severity) intenzitu a T (time) dobu trvání.

S4 sdělila, že její úlohou je určitě saturování potřeb pacienta, ale z důvodu časové tísně na to není tolik prostoru, jak by si představovala. Kieft et al. (2014) ve své deskriptivní kvalitativní výzkumné studii poznamenali, že ošetrovatelská péče je stále složitější. Pacienti jsou podle nich starší a mají více komorbidit souvisejících s věkem. Účastníci jejich výzkumné studie tak pociťovali rostoucí pracovní zátěž a tlak spojený s prací. Bylo zjištěno, že vysoce kvalitní ošetrovatelské péče je dosaženo, když se pacienti cítí pochopeni a vědí, že jejich problémy byly vyslyšeny. To má podle účastníků za následek pozitivní zkušenosti pacientů. V závěru studie bylo zmíněno několik kroků k poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče, kdy jedním z bodů bylo adekvátní personální obsazení, které souvisí s časovou tísní v rámci saturace potřeb. Ochtinská a Zídková (2015) ve své výzkumné studii týkající se ošetrovatelské dokumentace uvádějí, že

v průměru až 52 % respondentek nemá dostatek času na péči o pacienta z důvodu vedení ošetrovatelské dokumentace. I přesto 82,5 % z celkového počtu respondentek považuje ošetrovatelskou dokumentaci za podstatnou a pouze 5 % dotazovaných ji označilo za nadbytečnou.

Podle S1 a S5 je sestra i prostředníkem mezi lékařem a pacientem, jelikož plní ordinace, které jsou lékařem předepsané. Jak uvádí Pokorná (2012), řešení vnitřních příčin a faktorů, které mohou ovlivnit zdravotní stav pacienta, je plně v kompetenci lékaře. Až poté přichází na řadu úloha sestry, která plní dané ordinace a řeší externí příčiny a faktory, které mohou jakkoliv ovlivnit uspokojování potřeb pacienta. S1 navíc dodala, že úlohou kromě identifikace a saturace potřeb pacienta je i některé potřeby vytušit podle předešlých zkušeností, jelikož někteří pacienti v danou chvíli, kdy jsou hospitalizováni v nemocnici, neví, co chtějí. Proto by sestra měla v určitý moment aktivně zasáhnout podle vlastní intuice a provádět nezávislé činnosti v rámci uspokojování potřeb. Stejného názoru je i Pokorná (2012), která uvádí rozdělení činnosti sestry na závislé (postupy dle ordinace lékaře), polozávislé a nezávislé (vlastní činnosti v rámci kompetencí sestry). V oblasti polozávislých a nezávislých činností je úloha sestry v péči o pacienty jednoznačně nenahraditelná.

Coufal et al. (2012) popisují úlohu sestry jak u onkologických pacientů, kteří jsou na chirurgickém oddělení často hospitalizováni, tak u kterýchkoliv jiných chirurgických pacientů, jako mimořádně důležitou. Pacienti hospitalizováni na chirurgickém oddělení trpí strachem a obavami o svůj zdravotní stav, z vyšetření, která musí podstoupit, z výsledků, ale především z chirurgického výkonu a jeho případných následků. Sestra by k pacientovi měla přistupovat trpělivě, empaticky a poskytnout mu psychickou podporu. Platí to zvláště u výkonů, které znamenají trvalé závažné a funkční následky pro pacienta, jako je právě mastektomie, kolostomie nebo amputace. Podle S2 nedochází k uspokojení psychických potřeb vlivem nedostatku času a prostoru který by mohly pacientům věnovat. Sestry se i přesto snaží alespoň částečně uspokojovat psychické potřeby pacienta vlídným a příjemným vystupováním, empatickým přístupem a aktivním nasloucháním. Z výzkumu tedy vyplývá, že S2 a S4 uvedly jako důvod neuspokojení nějaké z potřeb pacienta nedostatek času, který k naplnění potřebují. Podle Svobodové (2014) je možným důvodem nedostatku času, jímž sestry v současné době disponují, nadměrná administrativní zátěž, jako je např. vedení ošetrovatelské dokumentace. Tím ale dochází

ke vzniku rozporuplné situace, kdy sestry musí plnit administrativu, ale zároveň chtějí poskytnout i co nejlepší ošetrovatelskou péči.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že i přes výpovědi sester S2 a S4, které uvedly, že podle nich není dostatek času na uspokojení některých potřeb, tak všichni pacienti, tj. P1–P9 uvedli, že nejčastěji je jim ze strany sester poskytována právě psychická podpora. Sestry zároveň se všemi pacienty jednají vlídně a empaticky. Podle kvalitativní studie Weilenmanna et al. (2021) došlo ke zjištění, že dobré, empatické vztahy mezi pacientem a sestrou jsou spojeny s kvalitní péčí a různými dalšími kladnými přínosy pro pacienta. Zájem o emoční stav se může promítnout do lepší psychické pohody pacienta a v konečném důsledku do účinnějšího poskytování zdravotní péče. P3 také uvedl, že jedním z cílů sestry by mělo být nejen pasivní uspokojování potřeb pacienta, ale především i to aktivní, kdy sestra aktivně vyhledává způsob, jak by mohla potřeby naplnit. Stejného názoru o aktivním uspokojování je i Pokorná (2012). Dalšími potřebami, které jsou ze strany sester podle pacientů nejčastěji uspokojovány, jsou biologické potřeby a potřeba být bez bolesti. P3 uvedl, že při uspokojování potřeby být bez bolesti sestry ihned reagují a jsou ochotny pacientovi, kdykoliv je potřeba, ulevit analgetiky.

V porovnání s výsledky šetření, které uvádějí ve své výzkumné studii van Belle et al. (2020), sestry uspokojují nejvíce biologické a fyzické potřeby pacientů, kdy většina času je věnována pomoci pacientům při mytí a oblékání, dále zajišťování podávání medikace a hodnocení duševního stavu a fyzické pohody pacienta a činnosti snižující rizika, jako je prevence infekcí nebo pádů. Dále bylo identifikováno, že sestry málokdy uspokojují sociální potřeby, jako je např. podpora a zapojení rodiny do péče. Zřídka jsou také uspokojovány psychosociální potřeby. Hermochová a Vaňková (2017) dokonce uvádějí, že v nemocním zařízení je pozornost věnována především fyziologické stránce pacienta a na řešení psychosociálních potřeb není nemocniční péče zatím přizpůsobena. Potřeby pacientů tak často nejsou plně identifikovány a uspokojeny.

Bylo zjištěno, že při zhodnocení uspokojování potřeb pacientů ze strany sester a vzájemné spolupráci s nimi se všichni pacienti P1–P9 shodli na tom, že veškerou péči hodnotí pozitivně a nemají co vytknout. Podle P3 vše záleží na tom, jak se sestry chovají k pacientům. P5 má zkušenost i s jinými nemocnicemi a jinými odděleními, na nichž se po dobu své hospitalizace nacházel. Chirurgické oddělení tedy zatím zhodnotil jako nejlepší. Podle P8 si není rozhodně na co stěžovat, jelikož sestry se na uspokojování

potřeb podílejí co nejvíce, jsou ochotné a také mají příjemné chování. Jak uvádí Zacharová (2017), sestra svým profesionálním a empatickým chováním pomáhá rozptýlit napětí a získat adekvátní pohled na celou situaci, ve které se pacient nachází. To je jeden z možných důvodů, proč pacienti i přes nedostatek času některých sester vnímají uspokojování psychických potřeb jako dostačující.

Potřebnou ošetrovatelskou péčí o pacienta, jenž nebyla zcela nebo zčásti poskytnuta, ale pacient ji přitom potřeboval nebo vyžadoval, se zabývá koncept chybějící péče (Polanská et al., 2020). Podle výzkumné studie Locihové a Andersové (2016), které se zabývaly atributy neuspokojení potřeb pacienta, bylo zjištěno, že mezi nejčastější příčiny se řadí nadměrná ošetrovatelská administrativa, kdy 15 % sester z ČR uvádí, že jim dokumentace zabere méně než 25 % pracovní doby, 29 % sester zabere dokumentace méně než 50 % pracovní doby a 56 % respondentů uvádí, že jim dokumentace zabere více než 51 % pracovní doby. Jako další příčiny autorky uvádějí nedostatek nelékařských zdravotnických pracovníků (89 % sester), dále počet pacientů na oddělení (85 % sester), nedostatek léků (39 % sester), nevyhovující technické vybavení (58 % sester), špatnou komunikaci, a to jak mezi pacientem a sestrou, tak i mezi kolegy navzájem a nedostatečné předání směny (34 % sester). Tyto všechny atributy jsou potenciálně velmi riskantní oblastí, která může vést k nedostatečnému zaměření na vyhledávání potřeb pacienta a může vyústit až v jeho poškození. Také Jarošová a Zeleníková (2019) ve své pilotní studii nedokončené ošetrovatelské péče uvádějí jako hlavní důvod nedostatečný počet ošetrovatelského personálu. Prvky péče, které nebyly nejčastěji dokončeny, jsou časná reakce na žádost pacienta/rodiny, psychická podpora, monitorování chování pacienta a vyplnění ošetrovatelské dokumentace pacienta.

Při analýze ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno, že u všech pacientů sestry při příjmu na chirurgické oddělení provedly nutriční screening, Barthelové test, riziko pádu a riziko vzniku dekubitů. Dále u nich byla vyplněna sesterská ošetrovatelská anamnéza. U pacientů P3 a P4 byly všechny informace o jejich potřebách zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci tak, jak je oni sami při rozhovoru výzkumného šetření uvedli a ani u nich během hospitalizace ke změně zaznamenaných potřeb nedošlo. Nové potřeby se naopak objevily u pacientů P1, P2, P5, P6, P7 a P8. U P9 sice nedošlo nově ke vzniku neuspokojení psychických potřeb, ale nebyly v ošetrovatelské dokumentaci ze strany sester zaznamenány. Nejčastěji se jednalo o nenaplněné potřeby jako je spánek, psychické potřeby, informace o zdravotním stavu a průběhu léčby a příjem potravy.

Pacient P5 při rozhovoru uvedl poruchu spánku. Dalšími potřebami, které uvedli pacienti P1, P2, P7, P8 a P9, byly psychické potřeby. U všech těchto pacientů, tj. P1, P2, P7, P8 a P9, přesto byl v sesterské ošetrovatelské anamnéze vyhodnocen jejich psychický stav jako klidný a bylo uvedeno, že pacient spolupracuje. Dále v ošetrovatelské dokumentaci nebyla uvedena změna množství příjmu potravy u P6 a P7, kterým nemocniční strava nevyhovuje.

Přehodnocení fyzického stavu pacientů a ani jejich potřeb bohužel nebylo nikde v ošetrovatelské dokumentaci uvedeno. Bylo zjištěno, že sestry vyplňují skórovací systémy u pacienta pouze při jeho příjmu a překladu na jiné oddělení. Mlýnková (2017) uvádí, že k tomu, aby dokumentace plnila svou funkci a zachycovala aktuální stav pacienta, musí být pravidelně doplňovaná. Jedná se o hodnotný zdroj informací o momentálně se vyskytujících problémech, postupech, cílech a výsledcích, podle kterých sestra a další členové zdravotnického týmu poskytují pacientovi adekvátní ošetrovatelskou péči. Také Tomagová (2011) předpokládá, že průběžné hodnocení by mělo probíhat během celé doby poskytování ošetrovatelské péče z důvodu zabezpečení adekvátní péče vzhledem k momentálnímu stavu jednotlivce. Přehodnocení by mělo probíhat při změně fyzického stavu, výskytu nových problémů a při závěrečném hodnocení, které se uskutečňuje při překladu nebo ukončení poskytování ošetrovatelské péče. Tato fakta potvrzuje i kvantitativní výzkumná studie Asmirajantiho et al. (2019) s cílem identifikovat ošetrovatelské činnosti při poskytování ošetrovatelské péče na základě vypracované dokumentace. Asmirajanti et al. (2019) dospěli k závěru, že pokud ošetrovatelská dokumentace nezachycuje aktuální problémy pacienta, nemůže být meziprofesní komunikace a hodnocení ošetrovatelské péče optimální. Ošetrovatelská činnost a dokumentace by měla být průběžně aktualizovaná, kontrolovaná a vyhodnocovaná. Tím se zvýší i kvalita ošetrovatelské péče, spokojenost, ale i bezpečnost pacienta.

Shihundla et al. (2016) ve své výzkumné studii uvádějí, že řešením správně vedené ošetrovatelské dokumentace je zvýšit počet sester ve zdravotnických zařízeních, aby se snížila jejich nadměrná pracovní zátěž. Pro sestry je obtížné vyrovnat se se zvýšenou pracovní administrativou spojenou se zaznamenáváním a přehodnocováním informací o pacientech. To vede k neúplným údajům. Vedoucí pracovníci by proto měli převzít odpovědnost za vedení strategie pro nábor sester a snažit se je udržet ve svém zdravotnickém zařízení. Mutshatshi et al. (2018) jsou toho názoru, že řešením je

nepřetržitá podpora vedoucími pracovníky prostřednictvím poskytování adekvátních záznamových materiálů na podporu efektivního záznamu. Jejich studie dále doporučuje průběžnou kontrolu a hodnocení sester o vedení záznamů a školení o jejich významu. Mutshatshi et al. (2018) také uvádějí uspořádání workshopů o time managementu, aby sestry mohly efektivně řídit svůj čas při péči o pacienty.

Uspokojování potřeb pacientů rodinou je za aktuální situace velmi omezené. V současné době je ve všech zdravotnických zařízeních zákaz návštěv v souvislosti s pandemií COVID-19. Žádný z dotazovaných pacientů tedy neměl povoleny návštěvy. Fyzický kontakt s pacientem uvedli pouze R2 a R5, kteří s ním byli alespoň na chodbě zdravotnického zařízení. Domnívají se, že návštěva byla nutná k psychické podpoře pacienta a k plnění rodinných rolí. Pacient od rodinného příslušníka R2 má navíc doma malého syna, kterému je necelý rok. Proto měl pacient o to větší potřebu se s rodinou alespoň na chvíli setkat a zaujmout svou otcovskou funkci. Kim et al. (2022) ve své výzkumné studii poukázali na důsledky, které může zákaz návštěv mít. Jednalo se především o výskyt psychických problémů, jako je úzkost. Proto je fyzický kontakt pro hospitalizované pacienty důležitý v souvislosti s výskytem důsledků nespokojení jejich potřeb.

Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že jak pacienti, tak i jejich rodinní příslušníci uvedli, že rodina se nejčastěji podílí při uspokojování potřeb pacienta na psychické podpoře a pocitu bezpečí a jistoty. Udržují s ním alespoň telefonický kontakt, jelikož fyzický kontakt není možný. Psychická podpora probíhá právě i v rámci komunikace s pacientem, kdy mu rodina tímto způsobem pomáhá přijít na jiné myšlenky, předchází pocitu osamocení a informuje ho o změnách, které se v rodině dějí. Dále se rodina podílí na zajištění oblečení, potravy nebo jiných věcí, které pacient potřebuje donést do zdravotnického zařízení, zajištění finanční podpory nebo na zabezpečení chodu domácnosti pacienta. P1, P2, P3, P4 a P6 uvedli, že jim již rodina minimálně jednou donesla potřebné věci z domova do nemocnice. U P4 se rodina podílí i na zajištění finanční podpory, jelikož P4 ještě studuje na vysoké škole. Rodinný příslušník R6 je připraven kdykoliv babičce během hospitalizace s čímkoliv pomoci a zároveň se jí mezitím stará o domácnost. R6 se tedy chce o babičku starat i po hospitalizaci a pomoci jí s dodržováním diety a výběrem jídla po operačním zákroku. Při výzkumném šetření dotazovaní rodinní příslušníci dokonce uvedli, že vidí význam jejich péče v uspokojování potřeb pacienta jako rovnocenný se sestrou.

Podle Kurucové (2016) rodina zaujímá funkci biologicko-reprodukční, ekonomickou, socializačně-výchovnou, emocionální a ochrannou. Biologicko-reprodukční funkce zahrnuje péči o příbuzné, rozmnožování, předání genetické výbavy a naplňování sexuálních potřeb. V rámci ekonomické funkce členové rodiny zajišťují pravidelný finanční příjem. Proto v této situaci hraje zásadní roli rodina, která se o rodinného příslušníka musí postarat. Socializačně-výchovná funkce pomáhá jedincům v rodině začlenit se do některé ze sociálních skupin. Pomocí emocionální funkce je naplněn pocit jistoty, lásky, sounáležitosti, bezpečí, respektu, psychické podpory, úcty a uznání. U pacientů ve zdravotnickém zařízení hraje naplnění emocionální funkce zásadní roli, jelikož pacient se může cítit osamělý, ohrožený, mít strach nebo být ve stresu. Poslední funkcí je funkce ochranná, která zahrnuje činnosti k prevenci vzniku onemocnění a ochraně jedince před negativním působením společnosti. Nejdůležitější funkce v péči o nemocného příbuzného je podle Kurucové (2016) právě emocionální a ochranná úloha rodiny. Kopecká (2015) uvádí navíc i funkci rekreační, relaxační a zábavnou, která přináší naplnění potřeb pomocí zájmových činností jedince.

Podle Fertaľové a Ondriové (2020) existují z ošetrovatelského hlediska dvě základní oblasti, ve kterých jsou účast a zapojení rodiny v péči o pacienta nezastupitelné. Jedná se o oblast poskytnutí informací a přímé péče. Při rozhovoru s rodinou pacienta může sestra zjistit údaje, které jí umožní poskytnout kvalitnější ošetrovatelskou péči. Rodina jako účastník přímé péče se aktivně podílí na péči o svého příbuzného. Zde může rodina plnit především funkci ochrannou, preventivní a podpůrnou neboli pomocnou. Ochrannou funkci plní především ošetřující osoba, která se o pacienta stará. Preventivní funkce spočívá ve vhodné úpravě domácího prostředí, které přizpůsobí jeho zdravotnímu stavu. Podpůrná neboli pomocná funkce představuje psychickou a fyzickou pomoc.

Bylo zjištěno, že spolupráce rodiny se sestrou probíhá jedině při telefonickém podávání informací rodině. Pacienti a rodinní příslušníci se domnívají, že spolupráce sestry s rodinou je v současné době velmi komplikovaná, jelikož je zákaz návštěv. Za jiných podmínek by to podle nich bylo lepší. P3, P4, P5, R1, R2, R3, R5 a R6 uvedli, že zatím žádná spolupráce rodiny se sestrou nebyla nutná. R6 si myslí, že ani v budoucnu nebude žádná spolupráce nutná, jelikož babičku snad v co nejbližší době propustí domů. Dále ale uvedl, že se bude muset při propuštění babičky se sestrami domluvit na dietních opatřeních, které musí dodržovat po operačním zákroku, zjistit, co smí a nesmí babička jíst, jelikož s tím vším množstvím informací má trochu problém a potřebuje pomoc. R5

si myslí, že ani nebyla nutná spolupráce v rámci edukace péče o stomii rodinného příslušníka, jelikož ten je zdravotně a fyzicky způsobilý k tomu, aby se o stomii staral sám. V rodině navíc mají zdravotníka, který jim v případě potřeby pomůže. K edukaci ani v rámci hospitalizace rodinného příslušníka nebyla možnost, jelikož je ve zdravotnickém zařízení zákaz návštěv. NasiriZiba a Kanani (2020) ve výsledcích své semi-experimentální studie poukazují na to, že edukace zaměřená na rodinu může zvýšit kvalitu života pacienta se stomií. Proto zapojení rodiny do péče lze považovat za účinnou intervenci v péči o jejich příbuzné.

Reichertová a Křivková (2016) se rovněž domnívají, že ošetrovatelská péče je sice orientovaná výhradně na pacienta, ale z holistického pohledu by měla být zaměřena i na zapojení rodinných příslušníků. Rodina se podílí na péči a uspokojování potřeb pacienta, které nejsou sestrou uspokojeny. Hlavní podmínkou pro dobrou spolupráci rodinných příslušníků a sestry je efektivní komunikace, která usnadní interakci mezi sestrou–rodinou a pacientem–rodinou.

6 Závěr

Předkládané výzkumné šetření je zaměřeno na problematiku zhodnocení potřeb pacienta v chirurgickém ošetrovatelství. Cílem diplomové práce bylo zjistit úlohu sestry při uspokojování potřeb u pacienta na chirurgickém oddělení, zjistit, jakým způsobem se rodina podílí na uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení a zhodnotit, jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení. K dosažení těchto cílů byly určeny čtyři výzkumné otázky. První otázka zněla: Jaká je úloha sestry při uspokojování potřeb u pacienta na chirurgickém oddělení? Následovala otázka: Jak vnímá pacient hospitalizovaný na chirurgickém oddělení uspokojování potřeb sestrou? Třetí otázka zahrnovala způsob, jakým se rodina podílí na uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení. Poslední výzkumná otázka byla stanovena ke zjištění, jak se liší potřeby pacienta zaznamenané v ošetrovatelské dokumentaci s aktuálně se vyskytujícími potřebami pacienta na chirurgickém oddělení.

Ukázalo se, že dotazované sestry dokážou definovat pojem potřeba. Z výpovědí bylo ale dále zjištěno, že jedinou klasifikací potřeb, kterou sestry znají, je Maslowova pyramida potřeb. Žádnou jinou si bohužel nevybavily nebo ji ani neznají.

Z výzkumu vyplynulo, že sestry vidí svou úlohu při uspokojování jednotlivých potřeb pacienta na chirurgickém oddělení především v identifikaci potřeb a jejich následné saturaci. Jako nejčastější způsob identifikace a hodnocení potřeb uváděly rozhovor a pozorování pacienta už při samotném příjmu na oddělení. Podle dotazovaných sester hodnocení potřeb probíhá neustále i během hospitalizace. Především tehdy, pokud u pacienta nastane změna zdravotního stavu a musí tedy dojít k přehodnocení ošetrovatelských diagnóz. Dalšími hodnoticími systémy, které sestry zmínily, byly např. Barthelové test základních všedních činností, Gordonové test, VAS skóre nebo Ramsay skóre. Sestry k hodnocení bolesti uvedly pouze VAS skóre v kombinaci s rozhovorem a pozorováním pacienta. Bylo zjištěno, že k saturaci potřeb pacienta nemají dostatečné množství času, jak by si představovaly.

Při zhodnocení uspokojování potřeb pacientů ze strany sester a vzájemné spolupráci s nimi se všichni pacienti shodli na tom, že veškerou péči hodnotí pozitivně a nemají co vytknout. Podle dotazovaných pacientů si není rozhodně na co stěžovat, jelikož sestry se

na uspokojování potřeb podílejí nejvíce, jak mohou, jsou ochotné a také mají příjemné chování. I když podle sester k saturaci potřeb pacienta nemají dostatek prostoru.

Při analýze ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno, že u všech pacientů sestry při příjmu na chirurgické oddělení provedly nutriční screening, Barthelové test, riziko pádu a riziko vzniku dekubitů. Dále u nich byla vyplněna sesterská ošetrovatelská anamnéza. Ukázalo se, že při změně zdravotního stavu pacienta sestry neprovedly přehodnocení jeho fyzického stavu a ani přehodnocení potřeb bohužel nebylo nikde v ošetrovatelské dokumentaci uvedeno. K vyplnění skórovacích systémů u pacienta dochází pouze při jeho příjmu a překladau na jiné oddělení, i když sestry při provádění rozhovorů uváděly frekvenci přehodnocení potřeb pacienta skórovacími systémy při každé změně jeho zdravotního stavu. Nejčastěji se jednalo o nezaznamenané potřeby jako je spánek, psychické potřeby a příjem potravy.

Výzkum ukázal, že uspokojování potřeb pacienta rodinou je za aktuální situace velmi omezené. Bylo zjištěno, že rodina se nejčastěji podílí na psychické podpoře a pocitu bezpečí a jistoty. Dále se rodina podílí na zajištění oblečení, potravy nebo jiných věcí, které pacient potřebuje donést do zdravotnického zařízení. Pomáhá mu i při zajištění finanční podpory, chodu domácnosti a následné péči o pacienta po propuštění z nemocničního zařízení. Ukázalo se, že spolupráce rodiny se sestrou probíhá jedině při telefonickém podávání informací rodině a žádná jiná spolupráce, ani v souvislosti s edukací, zatím nebyla nutná, jelikož pacienti jsou fyzicky způsobilí k tomu, aby se o sebe postarali sami.

Domníváme se tedy, že řešením správně vedené ošetrovatelské dokumentace je zvýšit počet sester ve zdravotnických zařízeních. Tím by se snížila jejich nadměrná pracovní zátěž. Pro sestry je obtížné vyrovnat se se zvýšenou pracovní zátěží spojenou se zaznamenáváním a přehodnocováním informací o pacientech. To vede k neúplným údajům. Vedoucí pracovníci by proto měli převzít odpovědnost za vedení strategie pro nábor sester a snažit se je udržet ve svém zdravotnickém zařízení. Dospěli jsme k názoru, že řešením je i školení o vedení ošetrovatelské dokumentace nebo semináře v oblasti uspokojování potřeb a time managementu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARMSTRONG, M., 2012. *Armstrong's Handbook of Reward Management Practice: Improving Performance Through Reward*. 4. vyd. Londýn: Kogan Page Publishers. 442 s. ISBN 9780749484378.
2. ASMIRAJANTI, M. et al., 2019. Nursing care activities based on documentation. *BMC Nurs.* 18(1), 32, doi: 10.1186/s12912-019-0352-0
3. BARASH, G. P. et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. 6. vyd. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
4. BURDA, P., 2015. Úvod do předmětu ošetrovatelství. In: BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, s. 12–33. ISBN 978-80-247-5333-1.
5. BURDA, P., 2016. Základy ošetrovatelské péče na chirurgickém oddělení. In: BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 2. díl. Praha: Grada, s. 139–157. ISBN 978-80-247-5334-8.
6. BUŽGOVÁ, R. et al., 2014. Assessing Patients` Palliative Care Needs in the Final Stages of Illnes During Hospitalization. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 33(2), 184–93, doi: 10.1177/1049909114556528.
7. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
8. CETLOVÁ, L., DVOŘÁKOVÁ, V., 2011. Zdravotnická dokumentace v nemocničním zařízení. In: PALŮN, M. (ed.). *Zborník z XVIII. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou. Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na význam multidisciplinárnej spolupráce s odborom verejné zdravotníctvo a sociálna práca II. Varia*. Skalica: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, detašované pracovišče Skalica, s. 91–101. ISBN 978-80-89271-99-3.
9. COUFAL, O. et al., 2012. Chirurgická léčba zhoubných nádorů. In: *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 82–99. ISBN 978-80-247-3742-3.
10. CVACHOVEC, K., 2011. Anesteziologie a intenzivní medicína. In: ZEMAN et al. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada, s. 133–164. SBN: 978-80-247-3770-6.

11. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., 2018. Vymezení oboru ošetrovatelství. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 67–81. ISBN 978-80-271-0717-9.
12. DUŠOVÁ, B. et al., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
13. FEIL, M., GARDNER, L. A., 2012. Falls Risk Assessment: A Foundational Element of Falls Prevention Programs. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*. 9(3), 73–81, doi: 189860614.
14. FERTALOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.
15. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
16. HAVEL, E., MOTYČKA, P., 2015. Pooperační péče a komplikace. In: FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, s. 143–169. ISBN: 978-80-247-1005-1.
17. HAVEL, E. et al., 2015. Výživa chirurgického pacienta. In: FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, s. 100–108. ISBN: 978-80-247-1005-1.
18. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2014. *NANDA International, Inc. nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell. 439 s. ISBN 978-1-1189-1493-9.
19. HERMOCHOVÁ, S., VAŇKOVÁ, J., 2017. Sociálně psychologický výcvik a jeho výzvy pro 21. století. In: KUČÍREK, J. et al. *Aplikovaná psychologie: vybraná témata: teleworking, leadership, sociálně psychologický výcvik*. Praha: Grada, s. 116–155. ISBN 978-80-271-0187-0.
20. HUDÁČKOVÁ, A., 2014. Vyhodnocení – 5. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace: v moderní ošetrovatelské praxi*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, s. 123–134. ISBN 978-80-7387-785-9.
21. CHARVÁT, D., 2011. Chirurgická intenzivní péče – mechanická plicní ventilace a monitorace. In: KRŠKA, Z. et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, s. 173–183. ISBN 978-80-247-3815-4.
22. JANÍKOVÁ, E., 2013. Pooperační péče. In: JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, s. 47–63. ISBN 978-80-247-4412-4.
23. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2019. Unfinished nursing care – the first pilot study in the Czech Republic. *Kontakt*. 21(4), 388–394, doi: 10.32725/kont.2019.048.

24. JURÁSKOVÁ, D., 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 239–246. ISBN 978-80-247-3976-2.
25. KABELKA, L., SLÁMA, O., 2011. Bolest. In: KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 320–326. ISBN 978-80-247-4026-3.
26. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
27. KARLÍČEK, M., 2013. *Základy marketingu*. Praha: Grada. 255 s. ISBN 978-80-247-4208-3.
28. KASAL, E., 2015. Anestezie a perioperační péče v nízkozdrojových podmínkách. In: HÁJEK, M. et al. *Chirurgie v extrémních podmínkách: Odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada, s. 40–58. ISBN: 978-80-247-4587-9.
29. KIEFT R. A. et al., 2014. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 14(249), doi: 10.1186/1472-6963-14-249.
30. KIM, B. et al., 2022. Delirium and Anxiety Outcomes Related to Visiting Policy Changes in the Intensive Care Unit During the COVID-19 Pandemic. *Front Aging Neurosci*. 14, doi: 10.3389/fnagi.2022.845105.
31. KLEMSOVÁ, L., 2021. Aneurysma disekující. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, s. 40–46. ISBN 978-80-271-0890-9.
32. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
33. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi* [online]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 158 s. [cit. 2021-8-16]. ISBN 978-80-7454-764-5. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43691/Hodnoty_a_potreby_cloveka_v_osetrovatelske_praxi_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. KRŠKA, Z., 2011a. Vyšetření chirurgického nemocného a příprava k operaci. In: ZEMAN et al. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada, s. 113–132. ISBN: 978-80-247-3770-6.
35. KRŠKA, Z., 2011b. Pooperační péče. In: ZEMAN et al. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada, s. 265–276. ISBN: 978-80-247-3770-6.
36. KUDLEJOVÁ, M., 2014. *Inštrumentovanie: Princípy zásady techniky a postupy*. Martin: Osveta. 700 s. ISBN: 978-80-8063-423-0.

37. KUDLOVÁ, P., 2013. Změny v publikaci ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012-2014. *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 3(2), 51–55. ISSN 1338-6263.
38. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovateľská péče v diabetologii*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-5367-6.7-4811-5.
39. KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovateľský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 133 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
40. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
41. KURZOVÁ, A., 2011. Příprava pacienta před anestezií. In: MÁLEK, J. et al. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, s. 69–81. ISBN 978-80-247-3642-6.
42. KVASNIČKA, T., 2011. Prevence žilní tromboembolické nemoci v chirurgických oborech. In: KRŠKA, Z. et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, s. 194–201. ISBN 978-80-247-3815-4.
43. LIBOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovateľský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 162 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
44. LIDICKÁ, L., DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., 2018. Základy komunikace. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovateľských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 95–100. ISBN 978-80-271-0717-9.
45. LOCIHOVÁ, H., ANDERSOVÁ, Ž., 2016. Koncept chybějící péče. *Florence*. 3, 28–31. ISSN 2570-4915.
46. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
47. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovateľská diagnostika: v moderní ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
48. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
49. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
50. MUTSHATSHI, T. E. et al., 2018. Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis*. 41(1), 1-6, doi: 10.4102/curationis.v41i1.1931. PMID: 30198294; PMCID: PMC6111626.

51. MÜLLEROVÁ, D. et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
52. NASIRIZIBA, F., KANANI, S., 2020. The Effect of Education with a Family-Centered and Client-Centered Approach on the Quality of Life in Patients with Stoma. *J Caring Sci.* 9(4), 225–230, doi: 10.34172/jcs.2020.034.
53. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4449-0
54. NOVÁKOVÁ, D., 2014. Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace: v moderní ošetrovatelské praxi*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, s. 159–172. ISBN 978-80-7387-785-9.
55. OCHTINSKÁ, H., ZÍTKOVÁ, R., 2015. Chyby a omyly při vedení ošetrovatelské dokumentace. *Florence*. 6, 19–21. ISSN 2570-4915.
56. ONDRIOVÁ, I., DASHÖFER, V., 2020. *Potřeby člověka ve stáří* [online]. Verlag Dashöfer, nakladatelství, spol. s r. o. [cit. 2022-04-08]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/potreby-cloveka-ve-stari-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Er0GQgsOusWMfAEyQLO_7X0/
57. OPATRNÝ, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. 174 s. ISBN 978-80-7465-269-1.
58. OPATRNÝ, A., © 2019. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta* [online]. Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském a Katolická teologická fakulta UK v Praze [cit. 2021-11-17]. Dostupné z: <https://www.pastorace.cz/tematicke-texty/pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-ales-opatrnny>
59. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti: adaptace a co ji ovlivňuje, zvládání stresu a řešení problémů, psychická odolnost a jak ji rozvíjet*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 362 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
60. PECHOUŠKOVÁ, K., VACKOVÁ, J., 2020. Potřeby klientů po získaném poškození mozku. In: VACKOVÁ, J. et al. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada, s. 69–86. ISBN 978-80-271-2434-3.

61. POKORNÁ, A., 2012. Požadavky na efektivní péči o rány. In: POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 32–85. ISBN 978-80-247-3371-5.
62. POLANSKÁ, A. et al., 2020. Opomíjená a chybějící ošetrovatelská péče v nemocnici – pilotní studie. *Praktický lékař*. 100(4), 192–195. ISSN 0032-6739.
63. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
64. PUGNEROVÁ, M., 2016. Psychická deprivace. In: PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada, s. 60–77. ISBN 978-80-247-5452-9.
65. REICHERTOVÁ, S., KŘIVKOVÁ, J., 2016. Participace rodiny v procesu komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči. In: TOMOVÁ, Š. et al. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, s. 114–119. ISBN 978-80-271-0064-4.
66. SHIHUNDLA, R. C. et al., 2016. Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected Primary Health Care facilities in Vhembe District, Limpopo Province. *Curationis*. 39(1), 1545, doi: 10.4102/curationis.v39i1.1545.
67. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
68. SIKOROVÁ, L., 2011a. Člověk, jeho motivace a potřeby. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 88–105. ISBN 978-80-247-3558-0.
69. SIKOROVÁ, L., 2011b. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
70. SIKOROVÁ, L., 2018. Role sestry a pacienta. In: PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, s. 81–105. ISBN 978-80-271-0888-6.
71. SIKOROVÁ, L., 2019. Člověk, jeho motivace a potřeby. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství II*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, s. 92–109. ISBN 978-80-271-0889-3.
72. SIKOROVÁ, L., ZELENÍKOVÁ, R., 2012. *Potřeby člověka v ošetrovatelském procesu I*. Ostrava: Ostravská univerzita. 87 s. ISBN: 978-80-7464-210-4.
73. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
74. SMIČKOVÁ, E., 2011. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*. 8(1), 31–33. ISSN 1214-8687.

75. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, Praha: Grada. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
76. SVOBODOVÁ, D., 2014. Ošetrovatelská etika ve 21. století. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 287–292. ISBN 978-80-247-5471-0.
77. ŠAFRÁNEK, P., MACHÁČKOVÁ, P., 2020. Pooperační péče. In: PÁRAL, J. et al. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada, s. 74–80. ISBN: 978-80-271-1235-7.
78. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. Obecná část. In: ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, s. 10–32. ISBN 978-80-247-3223-7.
79. ŠÁLKOVÁ, J., 2021. Zdravotnická dokumentace a skórovací systémy. In: ŠÁLKOVÁ, J. et al. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada, s. 78–84. ISBN 978-80-271-0844-2.
80. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
81. ŠUBRT, Z., 2015. Předoperační péče o chirurgického pacienta. In: FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, s. 134–142. ISBN: 978-80-247-1005-1.
82. TOMAGOVÁ, M., 2011. Ošetrovatelský proces. In: PLEVOVÁ et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 105–130. ISBN 978-80-247-3557-3.
83. TÓTHOVÁ, V., 2014a. Konspekt ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace: v moderní ošetrovatelské praxi. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, s. 13–36. ISBN 978-80-7387-785-9.
84. TÓTHOVÁ, V., 2014b. Plánování – 3. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace: v moderní ošetrovatelské praxi. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, s. 89–106. ISBN 978-80-7387-785-9.
85. TÓTHOVÁ, V., 2014c. Realizace – 4. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace: v moderní ošetrovatelské praxi. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, s. 107–122. ISBN 978-80-7387-785-9.
86. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 3.*, vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

87. VAN BELLE, E. et al., 2020. Exploring person-centred fundamental nursing care in hospital wards: A multi-site ethnography. *J Clin Nurs.* 29(11-12), 1933–1944, doi: 10.1111/jocn.15024.
88. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 413 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
89. VEČEŘOVÁ, A., 2016. Předoperační příprava a pooperační péče. In: BARTŮNĚK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 287–292. ISBN 978-80-247-4343-1.
90. VEVERKOVÁ, E., 2019. Ošetřování pacientů v perioperačním období. In: VEVERKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada, s. 124–127. ISBN 978-80-271-2099-4.
91. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
92. VRABELOVÁ, L., 2018a. Zajištění výživy dětí a dospělých, enterální a parenterální výživa. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 186–197. ISBN 978-80-271-0717-9.
93. VRABELOVÁ, L., 2018b. Ošetřování pacientů v perioperačním období; péče o drény a drenážní systémy. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 275–285. ISBN 978-80-271-0717-9.
94. VRABELOVÁ, L., DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., 2018. Péče o prostředí pacienta. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, s. 111–124. ISBN 978-80-271-0717-9.
95. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. Vyprazdňování močového měchýře. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada, s. 116–146. ISBN 978-80-247-3420-0.
96. VYTEJČKOVÁ, R., 2015. Péče o rány. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné: Speciální část*. Praha: Grada, s. 199–221. ISBN 978-80-247-3421-7.
97. WEILENMANN, S. et al., 2021. Self-worth and bonding emotions are related to well-being in health-care providers: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 21(1), 290, doi: 10.1186/s12909-021-02731-7.

98. WENDSCHE, P. et al., 2012. Perioperační ošetrovatelská péče. Praha: Galén. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
99. WIRTHOVÁ, V., 2015. Péče o pacienty s dekubity. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné: Speciální část*. Praha: Grada, s. 236–246. ISBN 978-80-247-3421-7.
100. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
101. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
102. Zákon č. 585/2020 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), ve znění pozdějších předpisů, 2020. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 240, s. 6698–6720. ISSN 1211-1244.
103. ZELENÍKOVÁ, R., 2011. Komunikace v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 11–68. ISBN 978-80-247-3558-0.
104. ZELENÍKOVÁ, R., 2013. Psychická podpora pacientů v chirurgických oborech. In: JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, s. 83–94. ISBN 978-80-247-4412-4.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb

Příloha 2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Příloha 3 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

Příloha 4 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodinou

Příloha 5 Otázky pro sestry

Příloha 6 Otázky pro pacienty

Příloha 7 Otázky pro rodinné příslušníky pacienta

9 Seznam použitých zkratk

5P – pohled, pohmat, poklep, poslech a per rectum

AGA – Subjective Global Assessment – celkové subjektivní posouzení

ALP – alkalická fosfatáza

ALT – alaninaminotransferáza

APACHE – The Acute, Physiology and Chronic Health Evaluation – hodnocení akutního, fyziologického a chronického zdraví

aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ASA – American Society of Anesthesiologists – Americká společnost anesteziologů

AST – aspartátaminotransferáza

ATB – antibiotika

BMI – Body Mass Index – index tělesné hmotnosti

CRP – C – reaktivní protein

CT – výpočetní tomografie

CŽK – centrální žilní katetr

EKG – elektrokardiografie

EuroScore – European System for Cardiac Operative Risk Evaluation – Evropský systém pro hodnocení kardiálních operačních rizik

GGT – Gamaglutamyltransferáza

GIT – gastrointestinální trakt

GMT – gamaglutamyltransferáza

HRCT – High-resolution Computed Tomography – výpočetní tomografie s vysokým prostorovým rozlišením

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

IADL – Instrumental Activities of Daily Living Scale – test instrumentálních aktivit

IM – infarkt myokardu

INR – protrombinový čas

JIP – jednotka intenzivní péče

LD – laktátdehydrogenáza

MDRD – Modification of Diet in Renal Disease – glomerulární filtrace

MNA – Mini Nutritional Assessment – škála k vyšetření nutričního stavu

MR – magnetická rezonance

MST – Mobility Screening Test – screeningový test mobility

NANDA – North American for Nursing Diagnosis Assotiation – Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy

NIC – Nursing Intervention Classification – Klasifikace ošetrovatelských intervencí

NOC – Nursing Outcomes Classification – Klasifikace výsledků ošetrovatelství

PMK – permanentní močový katetr

PQRST – P (place) označuje lokalizaci, Q (quality) kvalitu, R (radiation) šíření, S (severity) intenzitu a T (time) časové trvání bolesti – abeceda bolesti

RTG – rentgen

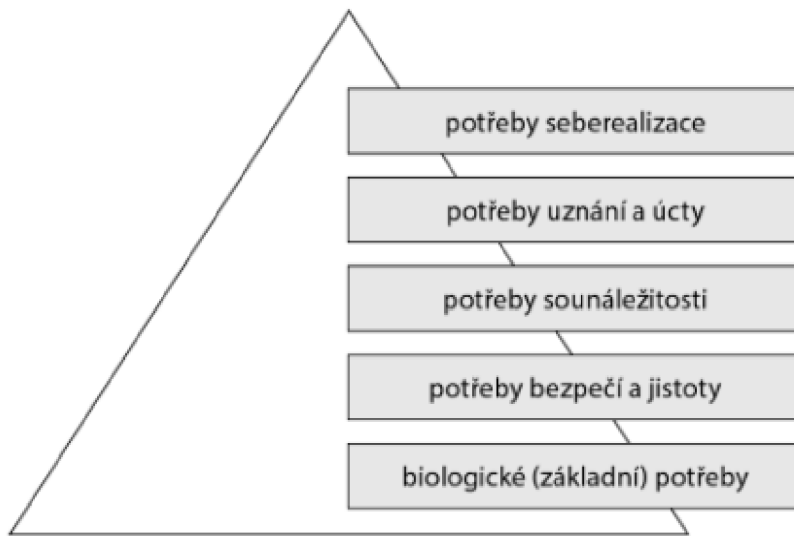
TEN – tromboembolická nemoc

UPV – umělá plicní ventilace

USA – United States of America – Spojené státy americké

VAS – vizuální analogová škála

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb



(Burda, 2015, s. 27)

Příloha 2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

1. Délka práce na chirurgii
2. Definice potřeby
 - 2.1 Klasifikace potřeb
3. Hodnocení uspokojování potřeb
 - 3.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy
 - 3.2 Saturace potřeb
 - 3.3 Důsledky neuspokojení potřeb
 - 3.4 Rozdíly v uspokojování potřeb
4. Úloha sestry
 - 4.1 Seřazení potřeb podle významu
5. Uspokojování potřeb rodinou

Příloha 3 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

1. Důvod hospitalizace pacienta
2. Definice potřeby
3. Uspokojování potřeb sestrou
 - 3.1 Neuspokojené potřeby
 - 3.2 Důsledky neuspokojení potřeb
4. Zhodnocení ošetrovatelské dokumentace
5. Uspokojování potřeb rodinou

Příloha 4 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodinou

- 1 Důvod hospitalizace příbuzného
- 2 Definice potřeby
- 3 Porovnání potřeb
 - 3.1 Neuspokojené potřeby
- 4 Úloha sestry
 - 4.1 Zhodnocení sester
- 5 Uspokojování potřeb rodinou

Příloha 5 Otázky pro sestry

1. Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?
2. Co si představíte pod pojmem potřeba?
3. Znáte nějakou klasifikaci potřeb a kde jste o ní slyšel/a?
4. Co všechno podle Vás patří mezi biologické, psychické, spirituální a sociální potřeby pacienta?
5. S jakými ošetrovatelskými problémy se na chirurgickém oddělení setkáváte nejčastěji? Proč si myslíte, že tomu tak je?
6. Jakým způsobem byste seřadil/a potřeby podle jejich významu pro pacienta?
7. Jakým způsobem hodnotíte uspokojování jednotlivých potřeb pacienta na chirurgickém oddělení?
8. V jaké míře dle Vás dochází k saturování jednotlivých potřeb pacienta na chirurgickém oddělení?
9. Jaké vidíte rozdíly v uspokojování potřeb pacienta dle délky jeho pobytu na chirurgickém oddělení?
10. Jaká je Vaše úloha jako sestry při uspokojování jednotlivých potřeb pacienta na chirurgickém oddělení?
11. Jak je podle Vás důležité uspokojování potřeb v souvislosti s Vaší prací na chirurgickém oddělení?
12. Jakým způsobem zapojujete rodinu do péče o pacienta?
13. S jakými potřebami se obracíte na rodinu a proč?
14. Které potřeby podle Vás nejsou u pacienta uspokojeny a proč?
15. Jaké jsou podle Vás důsledky neuspokojení potřeb pacienta a jak se projevují?

Zdroj: vlastní výzkum, 2022

Příloha 6 Otázky pro pacienty

1. Jaký je důvod Vaší hospitalizace na chirurgickém oddělení a kolikátý den zde jste?
2. Co si představíte pod pojmem potřeba?
3. Znáte nějakou klasifikaci potřeb a kde jste o ní slyšel/a?
4. Jak se změnilly Vaše potřeby v souvislosti s hospitalizací na chirurgickém oddělení?
5. Jakým způsobem se sestry podílejí na uspokojování Vašich potřeb?
6. Jak vnímáte uspokojování Vašich potřeb ze strany sester a vzájemnou spolupráci s nimi?
7. Navštěvuje Vás zde rodina a jak často?
8. Jakým způsobem se rodina podílí na uspokojování Vašich potřeb?
9. Jak vnímáte spolupráci sester s Vaší rodinou v souvislosti s uspokojováním Vašich potřeb?
10. Které Vaše potřeby považujete za naplněny a které ne, jak ze strany sester, tak rodiny?
11. Z jakého důvodu podle Vás nejsou tyto potřeby uspokojeny?
12. Jaké důsledky na Vás zanechalo neuspokojení těchto potřeb a jak se projevovaly?

Zdroj: vlastní výzkum, 2022

Příloha 7 Otázky pro rodinné příslušníky pacienta

1. Jaký je důvod hospitalizace Vašeho příbuzného na chirurgickém oddělení a jaká je délka jeho hospitalizace zde?
2. Jaký je Váš rodinný vztah k němu?
3. Co si představíte pod pojmem potřeba?
4. Znáte nějakou klasifikaci potřeb a kde jste o ní slyšel/a?
5. Liší se potřeby Vašeho příbuzného doma a nyní během hospitalizace? Zkuste vystihnout jak.
6. Proč si myslíte, že u Vašeho příbuzného došlo ke změně potřeb?
7. Jaká je podle Vás úloha sestry v péči o příbuzného?
8. Jak vnímáte péči sester v souvislosti s uspokojováním potřeb u Vašeho příbuzného?
9. Jak hodnotíte Vaši vzájemnou spolupráci se sestrami v souvislosti u spokojováním potřeb u příbuzného?
10. Jakým způsobem se na uspokojování potřeb podílíte Vy u Vašeho příbuzného během hospitalizace?
11. Jaký význam má Váš podíl na péči o příbuzného?
12. Jakou potřebu Vašeho příbuzného považujete za nejméně uspokojenou a proč?
13. Jak se neuspokojení těchto potřeb projevilo na Vašem příbuzném a jaké to mělo důsledky?

Zdroj: vlastní výzkum, 2022