

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecná sestra

POTŘEBA BEZPEČÍ A JISTOTY U PACIENTA
V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM VÝKONEM

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Chlebcová

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Machová

Jihlava 2022

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Hana Chlebcová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Potřeba bezpečí a jistoty u pacienta v souvislosti s operačním výkonem
Vedoucí práce:	Mgr. Jitka Machová
Cíl práce:	Zmapovat potřebu bezpečí a jistoty u pacientů v perioperačním období.

Abstrakt

Každý operační výkon výrazně ovlivňuje potřebu bezpečí a jistoty bez ohledu na rozsah, náročnost nebo trvalé následky samotného výkonu. Potřeba je odlišná v každém daném perioperačním období a odlišné jsou i intervence potřebné k jejímu naplnění. Bakalářská práce se zabývá tématem potřeby bezpečí a jistoty v souvislosti s operačním výkonem a jejím cílem je zmapovat potřebu bezpečí a jistoty během perioperačního období. Zvolena je metoda kvalitativního výzkumu za pomoci dotazníkového šetření. Respondenty jsou pacienti podstupující plánovaný operační výkon na oddělení centrálních operačních sálů v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. Práce se teoreticky zabývá lidskými potřebami, perioperačním ošetřovatelstvím, potřebou bezpečí a jistoty během perioperační péče a projevy nedostatečně naplněné potřeby bezpečí a jistoty. Data z dotazníkového šetření budou zpracována do grafů s popisky. Součástí práce bude i diskuze a návrh řešení a doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Bezpečí a jistota; intimita; perioperační péče; potřeba; předoperační úzkost

Abstract

Every surgical procedure significantly affects the need for the safety and security, regardless of the scope, demandingness, or lasting effects of the procedure itself. The need is different in any given perioperative period, and the needed interventions to meet it are also different. This bachelor's thesis deals with the topic of the need for safety and security in connection with surgery and its aim to map the need for safety and security during the perioperative period. The chosen method is qualitative research using a questionnaire survey. The respondents are patients undergoing planned surgery in the operating central department of the Hospital Jindřichův Hradec a. s. The theoretical focus of this thesis is on the human needs, perioperative nursing, the need for safety and security during perioperative care and demonstrations of the unfulfilled needs for safety and security. Data from the questionnaire survey will be processed into graphs with descriptions. The paper will also include a discussion, suggestions and recommendations for practice.

Keywords

Intimacy; needs; perioperative care; preoperative anxiety; safety and security

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 12. dubna 2022

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Jitce Machové za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost a čas věnovaný mému vzdělávání.

Zároveň děkuji své rodině a přátelům za podporu během mého studia.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Lidské potřeby	11
1.1.1 Teorie potřeb.....	12
1.1.2 Potřeby člověka v nemoci.....	13
1.1.3 Proces naplnění potřeb v nemoci	14
1.1.4 Bariéry v naplňování potřeb nemocného	14
1.1.5 Potřeba bezpečí a jistoty v nemoci	15
1.2 Chirurgické ošetřovatelství	17
1.2.1 Operace	17
1.2.2 Perioperační péče.....	17
1.2.3 Potřeba bezpečí a jistoty v ošetřovatelském procesu.....	19
1.2.4 Projevy nedostatečně saturované potřeby bezpečí a jistoty	19
1.2.5 Předoperační úzkost	21
1.2.6 Role sestry v naplnění potřeby jistoty a bezpečí v perioperačním období.....	22
1.2.7 Bezpečnost pacienta během perioperační péče.....	26
2 Výzkumná část	28
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	28
2.2 Metodika výzkumu.....	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	29
2.4 Průběh výzkumu.....	30
2.5 Zpracování získaných dat	30
2.6 Výsledky výzkumu	30
3 Diskuze	49
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	60
Závěr	61
Seznam použité literatury	63
Přílohy.....	67

Seznam grafů

Graf 1 Struktura respondentů dle pohlaví	31
Graf 2 Pocity před operací	32
Graf 3 Předmět obav před operací	33
Graf 4 Možnosti eliminace předoperačních obav	34
Graf 5 Saturace potřeb informací před operací	35
Graf 6 Saturace potřeby bezpečí a jistoty v předoperační péči	36
Graf 7 Hodnocení předoperační péče	37
Graf 8 Pocity v intraoperačním období	38
Graf 9 Saturace potřeby bezpečí a jistoty v intraoperačním období	39
Graf 10 Informace o intraoperační péči	40
Graf 11 Perioperační rozhovor	41
Graf 12 Hodnocení intraoperační péče	42
Graf 13 Pocity v pooperačním období	43
Graf 14 Saturace potřeby bezpečí a jistoty v pooperační péči	44
Graf 15 Hodnocení pooperační péče	45
Graf 16 Zajištění intimity jako potřeba: ženy/muži	46
Graf 17 Obavy z narušování intimity: ženy/muži	47
Graf 18 Zajištění intimity během perioperačního období žena/muž	48

Seznam zkratek

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
DK	Dolní končetina
EKG	Elektrokardiografie
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku)
RTG	Rentgen
TEN	Trombembolická nemoc
TK	Krevní tlak
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Každý operační výkon je zásahem do organismu nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychosociální. Ovlivňuje potřeby pacienta bez ohledu na rozsah výkonu, akutnost výkonu, možné trvalé následky do budoucna. Vždy je nezbytné pacientovy potřeby identifikovat a následně pomocí vhodných intervencí naplnit. Všeobecná sestra se svými znalostmi, dovednostmi a postoji hraje významnou roli během naplňování potřeb pacienta. Je pro pacienta v danou chvíli nejbližším člověkem, je mu oporou, důvěrníkem, advokátem a pouze za předpokladu uspokojení potřeb nemocného může probíhat úspěšně kvalitní ošetrovatelská péče. Během perioperační péče se o pacienta starají v relativně krátkou dobu postupně tři různé ošetrovatelské týmy. Ošetrovatelský tým na oddělení před operací, ošetrovatelský tým operačního sálu a pooperační tým. Každý z nich má svoji náplň práce, která se významně odlišuje, ale ve své podstatě by prioritou u každého z nich mělo vždy být cílené a systematické uspokojování potřeb pacienta. Stejně jako jsou rozdílné ošetrovatelské úkony v průběhu perioperačního období, rozdílné jsou i potřeby pacientů v každém daném období. Jiné potřeby vnímá pacient bezprostředně před operací, kdy mu péči poskytuje ošetrovatelský tým daného oddělení, jiné potřeby vnímá během času stráveném na operačním sále a následně na pooperačních pokojích. Perioperační ošetrovatelská péče je postavena na týmové spolupráci, kde každý z členů týmu má své nezastupitelné místo.

Bakalářská práce se věnuje lidským potřebám a jejich hierarchii, následně lidským potřebám v nemoci a je zaměřena na potřebu bezpečí a jistoty v obecné rovině, projevům její nedostatečné saturace a možnostem jejího naplnění v jednotlivých fázích ošetrovatelské péče u pacienta podstupující operační výkon. Věnuje se specifikům chirurgického ošetrovatelství, přibližuje pojem perioperační péče a zaměřuje se zejména specifika jednotlivých období v oblasti potřeby bezpečí a jistoty.

Motiv

Motivem pro výběr tématu potřeby bezpečí a jistoty u pacienta v souvislosti s operačním výkonem se zaměřením na perioperační období je snaha o zakořenění aktivního přístupu ošetřujícího personálu k vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta v tak náročném období, jakým je období perioperační. Zajímalo mne, jaké potřeby vnímají pacienti během jednotlivých fází perioperační péče, které z těchto potřeb u pacienta jsou uspokojeny. Zajímalo mne, zda mají pacienti saturovanou potřebu informací o intraoperační péči. Dále mne zajímalo, zda muži a ženy mají v saturaci intimity během perioperační péče rozdílnou potřebu. Přestože je perioperační péče specifickou péčí, jejíž součástí jsou vysoce odborné úkony spojené se samotným operačním výkonem, v jejím středu zájmu by měl stát pacient se svými aktuálními potřebami. Aby mohly být uspokojovány potřeby pacienta, je zapotřebí aktivní snahu všech členů ošetrovatelského týmu potřeby pacienta vnímat a neupřednostňovat před potřebami pacienta odborné úkony spojené s provedením samotného operačního výkonu. Jen tak může být potřeba bezpečí a jistoty u pacienta během perioperační péče uspokojena.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat potřebu bezpečí a jistoty u pacienta v perioperačním období.

1 Současný stav problematiky

Ošetrovatelství je vědní obor, jehož cílem je systematické a všestranné uspokojování potřeb, které s nemocí vznikly nebo se nemocí změnily. Základy ošetrovatelství vychází ze dvou filosofických směrů, a to humanismu a holismu. Mezi humanistické principy přístupu k člověku patří respektování lidské důstojnosti, úcta k lidskému životu, respektování lidských práv, právo na svobodu a štěstí a právo na rozvoj lidských sil a schopností. Druhým filozofickým směrem, který je v současné době základním směrem v ošetrovatelství, je holismus, jehož principem je celostní přístup k člověku, respektování a vnímání jedince jako celek, ne pouze jeho jednotlivé součásti. (Ministerstvo zdravotnictví České..., 2021a.). Každá nemoc, nejen ta, která vyžaduje operační zákrok, potřeby člověka významně ovlivňuje. Dostavují se nepříjemné pocity nejistoty, které se mohou vyústit v úzkost či strach, člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí a dostavuje se potřeba vyhnout se nebezpečí a ohrožení. Tato potřeba aktivuje proces motivace organismu, který následně ovlivňuje fyziologické, emoční i kognitivní stránky lidského organismu. Míru potřeby bezpečí a jistoty, kterou pacient v souvislosti s operačním výkonem pacient vnímá, ovlivňuje i samotný typ operace, její naléhavost nebo následky (Trachtová a kol., 2018). Aby byla péče o pacienta plánována komplexní a systémová, je poskytována pomocí ošetrovatelského procesu, jehož cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta. Povinnost poskytovat ošetrovatelkou péči pomocí ošetrovatelského je v České republice zakotveno vyhláškou 55/2011 Sb. §4. Systematický přístup k holistické péči o pacienta zachovává důstojnost a identitu každého jedince bez předsudků. Tento přístup k pacientovi zavedla a ve svém Etickém kodexu stanovila Mezinárodní rady sester (ICN) a v ČR je zakotven v etickém kodexu sester, který vydala ČAS již v roce 1953. Dle něj, mimo jiné, sestra poskytuje nejvyšší možnou kvalitu péče, dbá na bezpečnost pacienta, důstojnost a lidská práva. V souvislosti s perioperační péčí zatím není v ČR zakotven etický kodex perioperačních sester, ale je vydán Americkou asociací perioperačních registrovaných sester (AORN), kde se mimo jiné uvádí, že sestra během perioperační péče uplatňuje ve své praxi soucit a úctu k důstojnosti člověka a jeho hodnotám (Wendsche a kol., 2012).

1.1 Lidské potřeby

Potřeba je vlastnost organismu, která jej směřuje k vyhledání určité podmínky pro život. Potřeby člověka jsou výsledkem interakce organismu a vnějšího prostředí. Jsou indikátorem narušení vnitřní rovnováhy organismu způsobené pocitem nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní a nutí člověka k jejímu vyrovnání. Lidský život se skládá z neustálého uspokojování potřeb. Potřeby významně ovlivňují kvalitu života jedince a jsou nezbytné pro samotné přežití organismu (Šamánková a kol., 2011). Prožívání potřeby ovlivňuje psychiku člověka, jeho emoce, myšlení a chování. I když mají lidé ve své podstatě potřeby společné, to, jakým způsobem je uspokojují, se u každého jedince liší. Rozdíly ve způsobech uspokojování potřeb jsou určovány vývojovým stadiem člověka, socio-kulturními vlivy a osobností člověka. Vědomí rozdílů v projevech uspokojování potřeb nemocného člověka je zásadní pro kvalitní ošetrovatelskou péči (Trachtová a kol., 2018).

Potřeba je projevem nějakého nedostatku nebo přebytku, která způsobuje aktivizaci hnací síly organismu s cílem potřebu naplnit. Touto hnací silou je tzv. motivace a určuje směr, sílu a trvání konání jedince (Trachtová a kol., 2018). Vnitřní rovnováhu organismu (homeostázu) dosahuje

každý jedinec zcela individuálně. Potřeby se dají rozdělit podle důležitosti zachování života na primární a sekundární. Bez uspokojení primárních potřeb není člověk schopen dlouhodobě přežít. Mezi primární potřeby řadíme potřebu jídla, tekutin, vzduchu, spánku, tepla, potřeba rozmnožování se a další. Sekundární potřeby činí život bohatší a příjemnější. Řadí se sem potřeby sociální, naučené, kulturní. Jedná se o potřeby, které jsou naučené a souvisí s potřebou sociálního kontaktu a interakce s jinými lidmi (Šamánková a kol., 2011).

1.1.1 Teorie potřeb

Na podkladě motivace vznikají motivy neboli pohnutky, které jsou příčinou v jednání s cílem uspokojení některé potřeby a navození životního optima a tím dosažení maximálního možného životního uspokojení. Samotný motiv je zde považován za potřebu. Pocitu životního optima je dosaženo ve chvíli, kdy intenzita potřeby je v rovině s mírou naplnění dané potřeby. Na základě teorie o motivaci existuje mnoho klasifikací potřeb. Jejich základ tvoří tvrzení, že lidé jsou poháněni touhou k dosahování osobního maxima, pokud jim jakákoliv překážka nebrání v plném rozvoji (Šamánková a kol., 2011).

Teorie potřeb dle Murraye

Tento americký psycholog se zasloužil o zavedení pojmu potřeba do psychologie. Vytvořil teorii potřeb založenou na principu potřeby a tlaku. Jeho teorie dělí potřeby na viscerogenní, psychogenní a skryté. Mezi viscerogenní potřeby řadí Murray nedostatky vedoucí k příjmu (potřeba vody, vzduchu, potravy, sexu, dotyku, laktace), tenze směřující ke zbavení se něčeho (potřeba mikce, výdechu, defekace), poškození vedoucí k vyhýbání se (vyhnout se horku, chladu, nákaze, poškození). Psychogenní potřeby pojí s neživými předměty (potřeba získat, udržovat, vytvářet). Skryté potřeby zastupuje skupina přání a tužeb (Šamánková a kol., 2011).

Vroomova teorie očekávání

Victor Vroom je zakladatelem teorie očekávání, jejíž základní myšlenkou je předvídání budoucnosti. Je-li člověk přesvědčen o dosažitelnosti cíle, má i sílu a prostředky stanoveného cíle dosáhnout (Šamánková a kol., 2011).

McClellandova teorie získaných potřeb

David McClelland byl americký behaviorální a sociální psycholog, který svoji teorii postavil na třech základních naučených potřebách – potřebou něčeho dosáhnout, potřebou někam patřit a potřebou moci. Lidé se dle McClellanda liší pouze svým vnitřním žebříčkem hodnot. Achiever je typ člověka, jehož prioritou je úspěch s minimem rizika neúspěchu, Affiliation seeker je typ člověka s touhou někam patřit, který vyhledává harmonické vztahy, Power seeker je člověk se silnou potřebou moci a síly (Šamánková a kol., 2011).

Frommova teorie potřeb

Německý sociální psycholog, psychoanalytik a filozof přináší teorii, že motivací k chování člověka jsou zejména ty síly, které souvisí s existencí člověka. Definoval pět základních lidských potřeb – potřebu sociálního začlenění, potřebu transcendence, potřebu zakořenění, individuální identity a racionality (Šamánková a kol., 2011).

Maslowova hierarchie potřeb

Abraham Maslow byl americký humanistický psycholog, který je považován za nejvýznamnějšího vědce v oblasti potřeb. V roce 1943 uvedl svoji pětiúrovňovou pyramidu potřeb, kde rozdělil potřeby do dvou hlavních skupin. Jsou jimi potřeby z nedostatku nazývané D potřeby a potřeby růstu nazývané B potřeby. Jednání člověka je vždy motivováno potřebami a jejich naplnění má zároveň svoji hierarchii. Nejprve jsou uspokojovány potřeby základní a až poté potřeby vyšší. (Šamánková a kol., 2011).

Maslowova pyramida potřeb, znázorňuje hierarchicky systém potřeb člověka. Základnu Maslowovy pyramidy potřeb tvoří fyziologické potřeby, následuje je potřeba bezpečí a jistoty, potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání a úcty a na vrcholu pyramidy je potřeba seberealizace (Šamánková a kol., 2011).

Fyziologické potřeby – jsou to potřeby nezbytné pro přežití organismu, objevují se ve chvíli, kdy dojde k narušení vnitřní rovnováhy (homeostázy) organismu. Řadí se sem potřeba výživy, pohybu spánku atd. Jejich nenaplnění ovlivňuje chování člověka.

Potřeba bezpečí a jistoty – objevuje se ve chvíli, kdy člověk ztratí životní jistotu. Vyjadřuje potřebu vyhnout se nebezpečí nebo ohrožení, potřebu důvěry, spolehlivosti, potřebu být bez strachu a úzkosti, potřebu být ochráněn atd. Dá se říct, že nemocný člověk téměř vždy ztrácí životní jistotu a objevuje se u něj potřeba bezpečí a jistoty.

Potřeba lásky a sounáležitosti – objevuje se ve chvílích osamocení nebo opuštění. Vyjadřuje potřebu milovat a být milován, vyjadřuje potřebu důvěry v okolní svět a nezávislost na druhých, potřebu respektu, potřebu sociálního postavení.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace – tyto potřeby patří mezi tzv. metapotřeby (potřeby osobního růstu), řadí se sem potřeba realizovat své schopnosti, potřeba být tím, kým člověk touží být, potřeba smysluplnosti, potřeba transcendence (potřebu přesáhnout sám sebe) (Trachtová a kol., 2018).

1.1.2 Potřeby člověka v nemoci

Vznik potřeb a jejich následné uspokojení je dynamický proces, který ovlivňují obecné faktory, mezi které patří například výchova nebo vzdělání, společenské faktory a patologické stavy. Potřeby člověka v nemoci jsou specifickou skupinou potřeb, která je ovlivněna charakterem, onemocněním, samotnou osobností nemocného a jeho vývojovým stadiem, sociálním statutem, mezilidskými vztahy, okolnostmi, za kterých nemoc vznikla (Trachtová a kol., 2018). Uspokojování potřeb člověka v nemoci je prioritním úkolem současného ošetřovatelství, které si klade za cíl systematické a plánované uspokojování potřeb člověka. Dle Zacharové (2011) se dají potřeby člověka v nemoci rozdělit podle svého původu do tří základních skupin, a to na potřeby, které se nemocí nemění, na ty potřeby, které se nemocí modifikovaly, a na potřeby, které nemocí vznikly. Do první skupiny řadí všechny biogenní potřeby jako potřeba vzduchu, výživy, spánku, vyměšování, odpočinku, bezpečí. Druhou skupinou jsou potřeby v nemoci modifikované. Jsou to obecné potřeby specifikované pro nemoc. Jedná se například o potřebu informací o svém zdravotním stavu, potřeba být aktivní, potřeba kulturního prostředí, potřeba být více v kontaktu s rodinou, potřeba zachování sociální role. Třetí skupinou jsou potřeby nemocí vzniklé, mezi které řadí například potřebu navrácení zdraví, zachování funkcí,

potřeba být bez bolesti, potřebu vyhnout se ohrožení života během lékařského výkonu, potřebu důvěry v zdravotnický personál. Aby byly potřeby nemocného uspokojeny, je důležité, aby pečující personál chápal specifika lidských potřeb v nemoci. Pro navození kladného vztahu mezi zdravotníkem a pacientem je důležitá znalost a schopnost zhodnotit problémy nemocného a jeho priority, schopnost posoudit potřeby nemocného, které se mění, edukovat nemocného a podpořit jej v pochopení své situace, pomoci vyhledat nové cíle a zejména pomoci přijmout svoji nemoc. K navázání kladného vztahu mezi zdravotníkem a pacientem je zapotřebí ovládat dovednosti mezilidských vztahů. Toho je možno docílit efektivní komunikací. Tak spočívá ve schopnosti povzbudit pacienta v komunikaci, přiměřeně emočně reagovat, umět reagovat na emoce nemocného, umět použít metakomunikativní prvky, zvládnout navodit u pacienta uvolnění, dát rozhovoru přiměřené tempo, udržovat s pacientem oční kontakt, umět sladit verbální a neverbální projevy. Naplnění potřeb člověka v nemoci je nejen osobní potřebou daného jedince, je také závazné jako morální ochrana všech pomáhajících profesí. V České republice je tato morální ochrana ukotvena v etickém kodexu pacientů, které jako Práva pacientů, vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 1992 (viz Příloha A 1). Tato jsou platná dodnes a pokrývají všechny oblasti potřeb pacientů (Šamánková a kol., 2011).

1.1.3 Proces naplnění potřeb v nemoci

Potřeby člověka, jejich intenzita a množství, jsou závislé na věku, pohlaví, společenské úrovni, sociokulturních podmínkách, ve kterých jedinec žije, zdravotním stavu a také na předchozích zkušenostech. Přestože míra uspokojení potřeb je u každého člověka zcela individuální, existuje určitá míra uspokojení potřeb, která je považována za standard. Jedná se zejména o obecně uznávaný standard (např. snaha pomoci starým lidem), osobnostní standard (souvisí s vyspělostí jedince) a normativní (norma závazná pro určitou skupinu). Naplnění potřeb ovlivňují dva základní faktory. Jsou jimi faktory objektivní a subjektivní. Objektivní faktory jsou objektivně hodnotitelné a často viditelné, např. potřeba dostatku tekutin, potřeba pomoci při pohybu nebo stravování. Dalším objektivním faktorem je vývojové stadium jedince, pohlaví, vzdělání, společenské postavení. Posledním objektivním faktorem jsou mezilidské vztahy, které mohou být vnímány subjektivně, ale mají své objektivní projevy. Mezi subjektivní faktory, které ovlivňují naplňování potřeb, patří sebekoncepce a motivy. Lidé, kteří se mají rádi, snadněji přijímají pomoc, snadněji se adaptují na nemoc a naopak lidé, kteří mají narušenou sebekoncepci, hůře uspokojují své potřeby a vyžadují větší míru pomoci a pozornosti. Proces naplnění potřeb ovlivňují také motivy k jejich naplnění, patří mezi ně pud jako vrozená pohnutka, zájem, ambice, cíl aktivity, osobní ideály a přesvědčení (Šamánková a kol., 2011).

1.1.4 Bariéry v naplňování potřeb nemocného

V procesu uspokojování potřeb se mohou vyskytnout bariéry, které brání v jejich uspokojování. Spektrum bariér pro schopnost uspokojení potřeb je velmi široké, mezi ty nejčastější patří bariéra osobní, psychická, jazyková, fyziologická, z prostředí, neporozumění sdělovanému.

Osobní bariéra zahrnuje nedůvěru, obavu ze zklamání, ostych vyslovit své přání, choulostivé sdělení, bariéru může tvořit vzhlížení nebo naopak podceňování druhého.

Psychická bariéra je způsobena neschopností přijmout pomoc, sympatie nebo antipatie k personálu.

Jazyková bariéra nastává ve chvíli, kdy dochází k neporozumění sdělované informace volbou nevhodných slov.

Fyziologickou bariéru způsobuje tělesný diskomfort.

Bariéru z prostředí může způsobovat neútluné nemocniční prostředí, zima.

Bariéra z neporozumění sdělovanému se dostavuje ve chvíli, kdy pacient sdělovanému nerozumí nebo se ostýchá se znovu zeptat.

S možností vzniku bariér by měl zdravotník počítat a svým jednáním by měl být schopen vzniku bariér předcházet. Mezi dovednosti zdravotníka v oblasti prevence vzniku bariér v naplňování potřeb je schopnost dodržovat obecné zásady rozhovoru; naslouchat, co nám nemocný sděluje; respektovat autonomii nemocného; bez souhlasu jedince neposkytovat získané informace a respektovat osobnost každého člověka a jeho individuální potřeby (Šamánková a kol., 2011).

1.1.5 Potřeba bezpečí a jistoty v nemoci

V Maslowově hierarchii potřeb je potřeba bezpečí a jistoty umístěna na druhém místě hned za biologickými potřebami. Potřeba bezpečí a jistoty je základní lidská potřeba, která souvisí s pudem sebezáchovy a potřebou vyhnout se jakémukoliv ohrožení nebo nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, zbavení bolesti, potřebu ochrany, ale také například touhu po ekonomickém zajištění (Trachtová a kol., 2018). V případě potřeby bezpečí se nejedná pouze o fyzickou bezpečnost jako takovou, ale jedná se zejména o pocit bezpečného nemocničního prostředí, které pacient užívá; vědomí, že o jedince pečují kvalifikovaný personál, kterému důvěřuje; vědomí, že budou respektovány potřeby jedince; že bude nemocnému dána důvěra ve spolupráci; že bude nemocný aktivní součástí ošetrovatelského procesu a nebude přehlížen; naplnění pocitu bezpečí danou dochvilností a plněním slibů (Šamánková a kol., 2011). Trachtová a kol. (2018) člení potřebu bezpečí a jistoty do devíti základních skupin, kterými jsou:

- potřeba vyhnout se ohrožení,
- potřeba ochrany zdraví,
- potřeba důvěry,
- potřeba soběstačnosti,
- potřeba informací a orientace,
- potřeba podnětů,
- potřeba vlastnictví a hromadění majetku,
- potřeba naděje a víry,
- potřeba klidu a míru.

Uspokojená potřeba bezpečí a jistoty umožňuje získání důvěry, životních hodnot, orientaci v materiálním světě a lidské společnosti. Potřebu bezpečí a jistoty ovlivňují čtyři základní skupiny faktorů. Jsou jimi faktory fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně kulturní a faktory životního prostředí. Mezi faktory biologicko-fyziologické se řadí věk a vývojové stádium. Pro novorozence je zdrojem bezpečí matka a kontakt s ní, v období předškolním je to pozitivní vztah k rodičům, ve školním období a období adolescence je stále zdrojem bezpečí a jistoty rodina, ale přiřazuje se k ní i současně úspěch ve studiu a dobré sociální vztahy. V období dospělosti jsou zdrojem jistoty a bezpečí funkční rodinné vztahy, dobrý zdravotní stav, zaměstnání, finanční nezávislost. V období stáří je zdrojem jistoty a bezpečí dobrý zdravotní stav,

vlastní soběstačnost a nezávislost. Druhou skupinu faktorů, které ovlivňují potřebu bezpečí a jistoty, jsou faktory psychicko-duchovní, mezi které se řadí typ osobnosti a jeho vlastnosti a emocionalita. Faktory sociálně-kulturní jsou třetí skupinou faktorů, které ovlivňují potřebu bezpečí a jistoty. Obecně mezi ně patří sociální vztahy a plnění rolí. Jsou to např. fungující vztahy v rodině i v zaměstnání, plnění role živitele rodiny, plnění role matky. Poslední zmiňovaný faktor, který ovlivňuje potřebu bezpečí a jistoty, je faktor životního prostředí. Je jím svět, který nám dává jistotu a bezpečí a zároveň umožňuje člověku přežít (Trachtová a kol., 2018).

Neuspokojená potřeba bezpečí a jistoty působí jako stresor, na který každý jedinec reaguje adaptačními mechanismy organismu (Trachtová a kol., 2018). Tyto adaptační mechanismy slouží k udržení vnitřní rovnováhy organismu a tím ke zvládnutí nastalé stresové situace, navození opětovného klidu a uvolnění. Dochází k tzv. přizpůsobení se neboli adaptaci. Pokud k adaptaci nedojde dostatečně rychle, dostavuje se strach, úzkost, tenze a je tím narušena psychická rovnováha člověka. Způsob a schopnost adaptace na zátěžovou situaci je dán vrozenými vlastnostmi jedince, ale zároveň je ovlivněn učení se v jeho životních a sociálních podmínkách. Mechanismy, jakými se pacient vyrovnává se zátěžovými situacemi, se nazývají copingové strategie. Jejich cílem je eliminovat ohrožení, přijmout danou situaci, zachovat si pozitivní obraz sám sebe, zachovat si duševní rovnováhu a pokračovat v sociální interakci. To, jakým způsobem toho každý jedinec dosáhne, je individuální. Mezi nečastější taktiky zvládnutí náročné situace je relaxace, dechová cvičení, imaginace, meditace, poslech hudby, beletrie, humor nebo poskytování sociální opory pozitivním příkladem (Zacharová a kol., 2011).

Pokud stresová situace překračuje možnosti jedince, aktivují se tzv. obranné mechanismy organismu, které brání jedinci se na danou situaci adaptovat. Jedná se o tzv. neadaptivní chování neboli maladaptaci. Takovéto chování nevede k vyřešení stresové situace, naopak celou situaci komplikuje. Mezi maladaptivní reakce se řadí agrese, negativismus, regrese, únik, identifikace, kompenzace, rezignace, represe, disociace, egocentrismus, izolace, opačné reagování, uzavření se do sebe, potlačení, sebeobviňování a fantazie. Znalosti o maladaptivním chování a způsob přístupu k pacientovi s maladaptivním chováním by měli zdravotničtí pracovníci ovládat. Zacharová a kol. (2011) zmiňuje základní principy přístupu zdravotnických pracovníků k pacientovi s maladaptivním chováním:

- pacienta vnímat jako bio-psycho-sociálně-spirituální jednotu,
- pacient má právo reagovat tak, jak reaguje, a zdravotničtí pracovníci jej nesoudí, nekritizují,
- zdravotnický pracovník by měl vždy hledat příčinu v daném způsobu jednání a tuto příčinu se snažit efektivně vyřešit,
- při jednání s pacientem jej psychicky podporovat (pochválit, respektovat, ocenit, motivovat),
- předcházet konfliktům,
- snažit se udržet soběstačnost pacienta a pozitivně hodnotit jeho drobné úspěchy,
- chovat se k pacientovi s úctou a respektem za dodržení všech společenských norem chování (pozdravit, oslovovat jménem, zajišťovat intimitu).

1.2 Chirurgické ošetřovatelství

Chirurgické ošetřovatelství je aplikovaný obor vycházející ze dvou základních oborů, ošetřovatelství a chirurgie. Ošetřovatelství je samostatným vědním oborem, který má za cíl aktivně vyhledávat a uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby člověka (Ministerstvo zdravotnictví České..., 2021a.). Chirurgie je lékařský obor, který je specifický tím, že léčba pacienta je prováděna rukou chirurga přímo nebo nepřímo pomocí nástrojů a přístrojů. V dnešní době je chirurgie považována za obecný pojem, který obsahuje velké množství specifických oborů, které ze samotné chirurgie vzešly a zaměřují se na chirurgickou léčbu zaměřenou na konkrétní orgán, systém nebo část lidského těla. Vznikly tak obory jako obecná chirurgie, urologie, gynekologie, ortopedie, traumatologie. Postupně i z těchto základních chirurgických oborů se vyčlenily vysoce specializované obory jako například hrudní chirurgie, neurochirurgie, kolorektální chirurgie, chirurgie ruky, cévní chirurgie, kardiochirurgie a mnoho dalších (Páral a kol. 2020).

1.2.1 Operace

Operace je výkon, při kterém dochází k zásahu do integrity nemocného, začíná protětním kůže, podkoží a následně do hlubších struktur, dle typu operace, zpřístupnění a lokalizace patologického orgánu nebo tkáně, provedení samotného výkonu a následuje ukončení operace sešitím prořezaných struktur, čímž se opět obnoví narušená integrita tkání (Janíková, Zeleníková, 2013). Operace se dají dle Zemana a kol. (2011) rozdělit podle různých kritérií na operace krvavé nebo nekrvavé, diagnostické nebo terapeutické, plánované nebo naléhavé, jednodobé nebo vícedobé, radikální nebo paliativní, septické nebo aseptické. Typem operace se řídí veškerá ošetřovatelská péče. Hlavní náplní činnosti chirurgického ošetřovatelství je asistence u operací a invazivních zákroků, intervence zaměřené na péči o pacienta před zákrokem, během zákroku a po něm a péče o operační rány. Pro obor chirurgického ošetřovatelství je zásadní a specifické posuzování stavu pacienta, znalost operačních výkonů, rizik a komplikací spojených s chirurgickým výkonem (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2.2 Perioperační péče

Pod pojmem perioperační péče je míněna péče o pacienta v období bezprostředně před operací, během operace a bezprostředně po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013).

Předoperační péče zahrnuje intervence vedoucí k dosažení nejlepšího možného fyzického a psychického stavu pacienta s cílem eliminovat na minimum rizika během intraoperační a pooperační péči. Tato péče se dá rozdělit z hlediska času na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Wichsová a kol., 2013).

Dlouhodobá předoperační péče probíhá obvykle 14 dní před samotným výkonem a standardně zahrnuje interní vyšetření, screeningové vyšetření moči, screeningové vyšetření krve, EKG, RTG vyšetření srdce a plic (Wichsová a kol., 2013). Vyšetření u jiného specialisty je požadováno v případě, že je u něj pacient léčen (Páral a kol., 2020).

Krátkodobá předoperační péče probíhá obvykle již na oddělení příslušného oddělení v období 24 hodin před operací a zahrnuje fyzickou přípravu, anesteziologickou přípravu a psychickou přípravu. Krátkodobou předoperační péči a přípravu vykonává personál oddělení, kde je pacient

hospitalizován. Jsou jimi všeobecné sestry případně sestry specialistky, které absolvovaly specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech. Mezi fyzickou přípravu se řadí hygienická péče, příprava samotného operačního pole, péče o spánek a odpočinek, zajištění cenností a prevence TEN. Anesteziologická příprava zahrnuje u pacienta návštěvu lékaře anesteziologa, kdy ten zhodnotí pacientův zdravotní stav, zhodnotí rizika operace, seznámí pacienta s typem anestezie a naordinuje premedikaci. Psychická příprava pacienta je nedílnou a velmi důležitou součástí předoperační péče a jejím cílem je zbavit pacienta nepříjemných pocitů spojených s očekávaným operačním výkonem nazývanými souhrnně předoperační úzkost (Slezáková a kol., 2019).

Bezprostřední příprava pacienta probíhá na příslušném oddělení zhruba 2 hodiny před výkonem a je prvním obdobím zasahující do perioperační péče. Zahrnuje kontrolu dokumentace pacienta, operačního pole, bandáží DK, chrupu, kontrolu lačnění a provedení speciálních ordinací jako například zavedení močového katetru, žilního přístupu, žaludeční sondy a na základě ordinace anesteziologa se aplikuje premedikace (Slezáková a kol., 2019). Po celou dobu bezprostřední předoperační péče je důležitá komunikace s pacientem a jeho psychická podpora (Janíková, Zeleníková, 2013).

Intraoperační ošetrovatelská péče probíhá v prostorách operačního sálu, je poskytována personálem operačních sálů, který tvoří anesteziologická sestra, sestra pro perioperační péči a sanitář operačních sálů. Kompetence zdravotnických pracovníků poskytujících péči během intraoperačního období jsou stanoveny vyhláškou č.55/2011 Sb. (viz Příloha A 2). Anesteziologická sestra je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí pro intenzivní péči, sestra pro perioperační péči je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí pro perioperační péči, sanitář operačních sálů je absolvent kurzu k výkonu povolání Sanitář, který pracuje pod dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry. Operační tým tvoří operátor a jeho asistent/i, lékař anesteziolog, anesteziologická sestra, dvě sestry pro perioperační péči, sanitář operačních sálů a v případě potřeby doplňuje tým např. RTG laborant, endoskopický tým. Intraoperační péče začíná převzetím pacienta do traktu operačních sálů vstupním filtrem pro pacienty a končí ve chvíli, kdy pacient opustí trakt operačních sálů. Základní podmínkou kvalitní intraoperační péče je týmová spolupráce. Hlavním úkolem anesteziologa a anesteziologické sestry je zajistit u pacienta vhodnou anestezii dle plánovaného výkonu a sledovat fyziologické funkce. Úkolem sestry pro perioperační péči je zajistit přípravu operačního sálu včetně potřebného instrumentaria, pomůcek a přístrojů, instrumentovat u operace, zajistit bezpečí pacienta v operační poloze, dbá na prevenci tlakových lézí, o tepelný komfort pacienta. Hlavním úkolem sanitáře operačních sálů je překlad pacienta na operační stůl, pomoc při ukládání pacienta do operační polohy, přeložení pacienta po operaci z operačního stolu zpět na lůžko. Operátor s asistentem pomáhají při ukládání pacienta do operační polohy a provádějí samotný operační výkon (Wichsová a kol., 2013).

Pooperační péče začíná ve chvíli, kdy pacient opustí prostory operačních sálů, a končí propuštěním pacienta do domácí péče. Do perioperační péče je zahrnuta bezprostřední pooperační péče, kterou zajišťuje oddělení ARO po dobu 2 hodin po operaci. Cílem bezprostřední pooperační péče je stabilizace fyziologických funkcí a nabytí vědomí. Tato péče probíhá obvykle na dospávacích nebo pooperačních pokojích. O pacienta zde pečují sestry pro intenzivní péči. Sestry zde dle indikace a potřeb pacienta aplikují léky např. analgetika, antiemetika, infusní přípravky, monitorují fyziologické funkce (TK, puls, dech, vědomí, TT),

drenážní systémy a dbají také o tepelný komfort pacienta. Pokud ve zdravotnickém zařízení probíhá pooperační péče na dospávacím pokoji, měl by být pacient o této skutečnosti informován. Součástí těchto informací by mělo být, jak dlouhou dobu pacient na dospávacím pokoji stráví, kdo a jak tam o něj bude pečovat. Zároveň je důležité upozornit, že se jedná o standardní postup, který neznačí na možné komplikace operace. Nedostatek těchto informací může vést k pooperačnímu neklidu způsobenému nejistotou, která pramení z neznalosti (Libová a kol., 2019).

1.2.3 Potřeba bezpečí a jistoty v ošetrovatelském procesu

„Ošetrovatelský proces představuje systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta/pacienta. Jako standard byl přijat Americkou asociací sester v roce 1988“ (Mastiliaková, 2014, s. 92). Ošetrovatelský proces probíhá v pěti fázích, jsou jimi posuzování, diagnostika, plánování péče, realizace péče a vyhodnocení efektu poskytované péče. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta. Mezi základní dovednost sestry při poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu patří kritické myšlení. Kritické myšlení znamená schopnost systémově a rychle vyřešit situaci, která se jeví zdánlivě neřešitelná. Jedná se o způsob racionálního myšlení, které podporuje již získané znalosti a zároveň objasňuje vlastní neznalost. Kritické myšlení spolu s technickými dovednostmi a kladnými mezilidskými vztahy jsou základem pro poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče (Mastiliaková, 2014). Součástí ošetrovatelského procesu u pacienta operačního oboru je respektování specifík perioperačního období. Toto období je rozděleno do tří částí, na bezprostřední předoperační období, intraoperační a pooperační období a v každém z nich jsou ovlivněny potřeby pacienta jinak (Wendsche a kol., 2012). Hlavní oblast ošetrovatelských diagnóz NANDA, které mají souvislost s potřebou bezpečí a jistoty, je doména č. 9 Zvládání zátěže. Jedná se o ošetrovatelské diagnózy strach, úzkost, beznaděj, bezmoc. Při posuzování potřeby jistoty a bezpečí je hlavním předpokladem vědomí, že jakýkoliv operační výkon zasahuje oblast potřeby bezpečí a jistoty (Trachtová a kol., 2018).

1.2.4 Projevy nedostatečně saturované potřeby bezpečí a jistoty

Za potřebu bezpečí a jistoty v nemoci se považuje vše, co napomáhá nemocnému ke zvládnutí situace. V souvislosti s operačním výkonem je jedinec vystaven situaci, kdy s očekávanou operací ztrácí jistotu a pocit bezpečí. Potřeba bezpečí a jistoty je odlišná v každém perioperačním období. Nedostatečně saturovaná potřeba bezpečí a jistoty má negativní vliv na psychiku nemocného, jeho emoce a následně i na fyziologické procesy v organismu. Psychickou odezvou na nedostatečně saturovanou potřebu bezpečí a jistoty bývá strach, úzkost, bezmoc, beznaděj, hněv, smutek (Trachtová a kol., 2018).

Strach je pocit děsu mající konkrétní zdroje. Předmětů strachu v souvislosti s operačním výkonem může být celá řada. Mezi ty nejčastější patří:

- bolest, která se v souvislosti s operačním výkonem vyskytuje přirozeně, ale může být umocněna negativní zkušeností v minulosti nebo zážitky druhých,
- ztráty životních možností, která je výraznější u dlouhodobých hospitalizací a jedná se např. strach z nemožnosti péče o rodinu nebo nemožnost chodit do práce,

- odloučení od blízkých,
- vzhled, který může být výrazně změněn např. amputací končetiny, výrazné jizvy nebo u žen po mastektomii,
- změna způsobu života, která je na relativně malém prostoru nemocničního prostředí, výrazně odlišná, člověk ztrácí vlastní společenské postavení a dostavuje se obava ze ztráty autority, společenského nebo pracovního postavení,
- strach ze smrti a umírání se dostavuje bez rozdílu náročnosti operačního výkonu a je nevysvětlitelný ve své podstatě,
- z léčení, které souvisí s množstvím vyšetření, která jsou pro pacienta neznámá a mnohdy nepříjemná nebo bolestivá,
- vlastní představivost je spouštěcím mechanismem strachu v případě nedostatku informací, které vedou k nereálným představám,
- následky onemocnění, které vedou ke změně v sociální oblasti člověka. Nejzásadnější je obava z vlastní nesoběstačnosti. Dalšími podněty mohou být ztráta možnosti výkonu povolání, ztráta společenského postavení,
- negativní zkušenost se zdravotnickým personálem, kterou člověk zažil v minulosti, může být příčinou strachu v budoucnosti. Zejména setkal-li se nemocný s necitlivým přístupem zdravotníků, nerespektováním projevů bolesti nebo nadřazeným chováním zdravotníků (Zacharová a kol., 2011).

Strach se projevuje na úrovni fyziologické, emoční, a kognitivní. Mezi fyziologické projevy strachu se řadí bušení srdce, zvýšený TK, tělesný třes, zrudnutí v obličeji, nespavost, únava, zrychlené dýchání. Emočními projevy strachu jsou pocity bezmoci, nervozita, napětí, sebekritika, kritika druhých, agrese, křik, pláč, výbuchy vzteku. Kognitivními projevy strachu bývá porucha soustředěnosti, roztěkanost, nadměrná pozornost, ostražitost (Trachtová a kol., 2018). Zdrojem strachu může být vrozená přecitlivělost na zevní podněty. V ostatních případech se jedná o zdroje zevní, kterými je úzkostná výchova, která nenaučí jedince překonávat překážky, přehnané zdůrazňování rizik, barvitě líčení negativních zážitků z pobytu v nemocnici nebo zastrasování lékařem nebo nějakým lékařským výkonem (Zacharová a kol., 2011).

Úzkost je tíživý pocit vyvolaný možným ohrožením jistoty nebo hodnoty člověka. Jen velmi těžko se dají určit její zdroje (Zacharová a kol., 2011). V souvislosti s operačním zákrokem může úzkost vyvolávat např. představa samotné operace, možnost rakoviny, změna sociální role. Úzkost se projevuje stejně jako strach na třech úrovních. Na úrovni fyziologické, emoční a kognitivní. Fyziologickými projevy úzkosti je bušení srdce, „mravenčení“ u žaludku, pocení, třes, nutkání jít na toaletu. Emoční projevy úzkosti může být nesoustředěnost, nervozita, pocit bezmoci. Kognitivními projevy úzkosti bývá nadměrné dotazování se, vyhýbavé chování, opakované ujišťování se doprovázené vtíravými otázkami: Co když se po operaci neprobudím, co když se operace nepovede, co když... (Praško, 2012). Úzkost může přecházet ve strach a naopak, navzájem podmiňují, splývají a mají podobné způsoby projevu (Zacharová a kol., 2011).

Bezmoc je stav způsobený pocitem neschopnosti zvládnout nebo nějak ovlivnit určitou situaci nebo událost. Bezmoc může být způsobena nedostatkem informací, ztrátou intimity, změnou sociálního postavení, změnou sociální role, ale také onemocněním, způsobujícím poruchu komunikace nebo zdravotní stav omezující člověka v běžných denních činnostech. Projevuje

se vyjadřováním nespokojenosti, odmítáním se aktivně účastnit léčby, apatií, úzkostí, depresí, neschopností komunikovat (Trachtová a kol., 2018).

Stav nedostatku informací nastává ve chvíli, kdy člověk prokazuje neinformovanost, neznalost nebo neporozumění problému. Tento stav bývá způsobený nesprávnou interpretací informací, neznalostí dané problematiky, nezájmem o informace, poruchami paměti. Nedostatek informací se může projevit nesprávným plněním doporučení, nedodržování léčebného režimu, žádostí o informace, strachem, úzkostí nebo neadekvátními způsoby chování, jakými je např. hysterie, agrese nebo apatie (Trachtová a kol., 2018).

1.2.5 Předoperační úzkost

Každý operační zákrok je pro nemocného zátěžovou situací, která narušuje vnitřní rovnováhu organismu, je pro jedince situací zatěžující, náročnou a probíhá na úrovni biologické, psychologické a behaviorální. Takovéto zátěžové situace se obecně nazývají stres a nastávají ve chvíli, kdy zátěžová situace překročí možnosti adaptačních mechanismů organismu. Je závislá na délce a intenzitě zátěžové situace a osobnostních předpokladech jedince zvládat zátěžové situace. Závažný a silný podnět, který překročí adaptační mechanismy organismu, se projeví akutní stresovou reakcí, která může být aktivní nebo pasivní. Aktivní reakcí na stres bývá svalové napětí, třes rukou, řeči, nesoustředěnost, roztěkanost. Opačnou reakcí na stres je méně často se vyskytující pasivní reakce. Ta se projevuje ztuhlostí, studeným opocněním, rozšířením zornic, chyběním zarudnutí v obličeji, rychle se měnící mimikou, psychomotorickým neklidem, výraznými emocemi, rychlým tempem emocí, omezením mimiky, neschopností navázat oční kontakt, sníženou schopností porozumět verbálnímu sdělení. To, jakým způsobem jedinec vnímá zátěžovou situaci a jak na ni reaguje, je ovlivněno vrozenými vlastnostmi, typem vyšší nervové činnosti, věkem, aktuálním zdravotním stavem a konkrétní situací. Ke zvládnutí zátěžové situace v souvislosti s operačním výkonem je důležitá pomoc zdravotníků zvenčí. Jedná se zejména o poskytnutí bezpečí, emoční podporu, uklidnění a poskytnutí informací (Paulík, 2017).

Každý chirurgický výkon bez ohledu na typ operace, způsob anestezie, následky samotné operace je spojen se stresem a úzkostí na základě strachu z neznámého. Období, kdy pacient bezprostředně čeká na operační zákrok, vytváří prostor pro zamyšlení, nervozitu, napětí a obavy ze samotného operačního zákroku, což umocňuje vnímání úzkosti. Předoperační úzkost může být psychologickými intervencemi výrazně eliminována. Aby mohla být předoperační úzkost redukována, je zapotřebí ji identifikovat a hodnotit. Existuje několik standardizovaných nástrojů k měření předoperační úzkosti (Janíková, Zeleníková, 2013).

Standardizované měřicí nástroje předoperační úzkosti

STAI (Spilberger's State-Trait Anxiety Inventory) – jedná se o sebesposuzovací nástroj obsahující 40 otázek ve dvou škálách. Jedna z nich hodnotí úzkostné rysy, které jsou neměnné a stabilní bez ohledu na danou situaci. Druhá škála hodnotí stav úzkosti, která je proměnná v souvislosti se stresovou situací. Skóre je 20–80 a čím vyšší hodnota je dosažena, tím je i vyšší stupeň úzkosti.

VAS (vizuální analogová škála) – linka, která představuje škálu 0–10, kde 0 je žádná úzkost a 100 nejvyšší možná úzkost.

GAS (Graphic Anxiety Scale) – jedná se o jednosložkovou škálu, ve které pacienti hodnotí, jak úzkost prožívají.

APAIS (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) – Amsterdamská škála předoperační úzkosti a potřeby informací je jednoduchý a praktický nástroj. Obsahuje dvě škály, škálu úzkosti a škálu potřeby informací, obě jsou hodnoceny odděleně. Pacient hodnotí položky na Likertově stupnici 1–5. Dosáhne-li pacient hodnoty 11 a více na škále úzkosti, je považován za pacienta s výskytem předoperační úzkosti. Pokud na škále potřeby informací dosáhne pacient hodnoty 5 a více, měly by mu být poskytnuty další informace.

BAI (The Beck Anxiety Inventory) – v 21 složkách jsou popisovány subjektivní pocity, somatické příznaky a příznaky úzkosti.

HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale) – je 14 položkový dotazník na určení úzkosti a deprese.

HARS (The Hamilton Anxiety Rating Scale) – je 14 položková škála, kde pacienti hodnotí na stupnici 1–5 závažnost příznaků úzkosti (Janíková, Zeleníková, 2013).

Mezi základní intervence v redukci předoperační úzkosti se řadí poskytování informací, muzikoterapie, aplikace premedikace a relaxační techniky. Informace od lékaře, které se týkají samotného pooperačního výkonu, jeho typu, následků či způsobu anestezie, jsou pro pacienta stejně důležité jako informace od sestry. Ta informuje pacienta o průběhu perioperační péče, co a kdy se bude dít, které úkony může pacient v průběhu perioperační péče očekávat, jak bude probíhat období bezprostředně po operaci. Součástí těchto informací jsou i informace ohledně osobních věcí v případě přeložení pacienta na pooperační pokoj nebo na jiné oddělení. Pro naplnění potřeby informací je nezbytný i perioperační rozhovor. Tento rozhovor probíhá před operací, v jejím průběhu i po ní a vede jej sestra pracující na operačním sále, kterou je buď anesteziologická sestra nebo sestra pro perioperační péči. Cílem perioperačního rozhovoru je zmírnit strach a úzkost, zajistit potřebu bezpečí, chránit a respektovat pacientovu důstojnost. Dalším účinným prvkem eliminace předoperační úzkosti je premedikace. Jedná se o farmakologickou přípravu pacienta na anestezii a operační výkon. Jejím hlavním cílem je eliminace strachu a úzkosti. Muzikoterapie je poslech hudby, která metodou odvedení pozornosti eliminuje předoperační úzkost. Obvykle se jedná jen o pasivní poslouchání hudby, ale existuje i možnost poskytnutí muzikoterapie profesionálně školeným terapeutem. Poslech hudby je nejčastěji využívanou intervencí k redukci úzkosti (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2.6 Role sestry v naplnění potřeby jistoty a bezpečí v perioperačním období

Aby mohla být poskytována péče v perioperačním období holisticky, je třeba věnovat pozornost zejména psychice pacienta a aktuálním potřebám (Wendsche a kol., 2012). Komunikace mezi sestrou a pacientem se řadí mezi sociální komunikace a tvoří základ komunikace v ošetrovatelské praxi. Sestra má během ošetrovatelské péče nepostradatelnou roli v oblasti komunikace s pacientem, je chápána jako součást týmu, a kromě základní ošetrovatelské péči se od sestry očekává i schopnost profesionální komunikace, pomocí níž sestra pečuje i o psychiku nemocného. Tento způsob komunikace se nazývá psychologický přístup k pacientovi. Jedná se o takový způsob komunikace, při kterém se uplatňují pozitivně působící vlivy. Jejimi základními prvky je šetrné zacházení s lidmi, respektování lidských práv a dodržování etických norem. To vše je podmíněno odbornými znalostmi sester a psychologickým přístupem

k pacientovi. Během předoperační péče je pro pacienta jedna z prioritních potřeb potřeba informovanosti. Jedná se nejen o informace o svém aktuálním zdravotním stavu, předpokládaném výkonu a prognóze onemocnění, ale také o průběhu operačního dne, omezeních, následném léčebném režimu, informace, které jsou nezbytné v rámci předoperační přípravy a pooperační péče, úkony nezbytné v rámci předoperační přípravy. Neuspokojená potřeba informací vede ke vzniku úzkosti, která vede k nedůvěře ke zdravotníkům a má následně negativní dopad na zdravotní stav pacienta. Během komunikace s pacientem a poskytování informací by měla každá sestra brát zřetel na to, že úzkost a stres snižují chápavost a schopnost udržet informace, a tou operační výkon bezesporu je. Při nadměrném množství informací nemusí pacient rozeznat informace o tom, co smí nebo může. Obdobně problematická může být i oblast samozřejmosti informací. Co je samozřejmé pro sestru, není samozřejmé pro pacienta a špatně vyložená informace může následně vést k nedodržování léčebného režimu (Zacharová a kol., 2011).

Role sestry během kvalitní intraoperační ošetrovatelské péči je nejen péče o fyzickou stránku člověka, která obnáší bezpečné uložení do operační polohy, prevenci takových lézí, ošetřování žilních vstupů, drenážních systémů atd., ale velkou úlohu v tomto období má sestra při péči o psychiku nemocného a s tím souvisí i její profesionální komunikace. Péče o psychiku nemocného je jedním z nejzásadnějších článků v uspokojování potřeb nemocného během perioperační péče. Obnáší šetrné zacházení s nemocným, uvědomění si individuality každého jedince, respektování lidských práv, práv pacientů a etické jednání, které je základním stavebním kamenem při jednání s pacientem (Zacharová, 2016). Během intraoperační péče se potřeby pacienta mění, Wendsche a kol. (2012) uvádí, že nejzásadnější vliv na saturaci potřeby bezpečí a jistoty během intraoperační péče má efektivní komunikace, předoperační edukace, haptický kontakt s pacientem a zachování intimity pacienta.

Efektivní komunikace

Každý kontakt je komunikací a probíhá vždy na dvou úrovních. První z nich je obsah a druhou je vztah. Obsahem komunikace je sdělované, o čem se mluví. Vztahem je to, jakým způsobem si povídáme. Vztah v komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem je vždy. Od samého počátku komunikace se vyvíjí tím, jak se k sobě vzájemně obě strany chovají. Stejně jako nelze nekomunikovat, nelze ani během komunikace nevyjádřit nějakým způsobem vztah. Komunikace je vždy ovlivněna tím, co si o druhém myslíme, co k němu cítíme, co mu o sobě chceme sdělit nebo kam druhého chceme nasměrovat. Vztah v komunikaci se vždy projevuje neverbálními projevy – intonací hlasu, gesty, mimikou, řečí těla. Během intraoperační péče neverbální komunikace nabývá na svém významu. Časový úsek před navozením anestezie je relativně krátký, a to, jak zdravotník s pacientem neverbálně komunikuje, ho vždy významně ovlivňuje. Přístup k pacientovi ze strany ošetřujícího personálu by měl vždy ctít individuální potřeby nemocného. Důležitým prvkem ošetrovatelské péče je pozorování nemocného, pomocí kterého může zdravotník usuzovat z vnějších projevů o projevech vnitřních. Pozorování je velmi náročná disciplína, pomocí níž je možné odhadnout prožívání nemoci nebo dané situace, ale zároveň je věcí zcela individuální. Snadno může být jeden člověk ve stejnou chvíli naprosto rozdílně hodnocen dvěma zdravotníky. Často je nemocný hodnocen dle prvního dojmu, který je ale v mnoha případech zavádějící a může mít naopak negativní vliv na následnou ošetrovatelskou péči. Při pozorování a následném posuzování pacienta je třeba brát zřetel na postoj nemocného k nemoci, jeho emoční reaktivitu a adaptabilitu. Správným rozpoznáním pacienta jako osobnosti

je možné individuálně reagovat a naplňovat jeho potřeby (Zacharová a kol., 2011). Pokud je komunikace vedena tak, že pacient pociťuje důvěru, pochopení, pomoc jedná se o komunikaci terapeutickou. V opačném případě se jedná o komunikaci traumatizující, kdy se pacient cítí odmítnutý, nepochopený. Nevhodnou komunikací lze nepříznivě ovlivnit nejen psychický stav pacienta, ale i fyzické projevy nemoci. Aby byl zdravotník schopen terapeutické komunikace s pacientem, je zapotřebí znát a rozumět vlastním komunikačním projevům, umět rozpoznat komunikační projevy pacienta a rozumět jim, umět vést komunikaci tak, aby naplnila cíle i potřeby pacienta. Základem efektivní komunikace je osobní, pomáhající a upřímný přístup k pacientovi (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Předoperační edukace

Pojem edukace je dán definicí: „*Edukace – výchova, při poskytování zdravotní péče jde o zdravotní výchovu. Edukace není podávání informace ani prosté poučení o konkrétní věci. Edukace je prováděna osobním jednáním sestry nebo pomocí pomůcek, tiskovin, obrázků*“ (Vondráček, 2011, s. 30). Přístup zdravotníků orientovaný na pacienta umožňuje vnímat pacienta jako celek a upřednostňovat jeho subjektivní prožívání nemoci. Pacient není pouze pasivní součástí péče, ale aktivně se podílí na léčbě a uzdravování. Podmínkou úspěšné péče orientované na pacienta je podání včasných, jasných a srozumitelných informací pacientovi, respektování preferencí pacienta, zapojení pacienta do rozhodování, zajištění emocionální podpory, tělesné pohody (Plevová a kol., 2018). Perioperační edukace je nedílnou součástí perioperační ošetrovatelské péče, jejím smyslem je cíleně působit na pacienta tak, aby pochopil smysl celého perioperačního období a byl připraven na činnosti související s operačním výkonem. Cílem perioperační edukace je zmírnit předoperační obavy, úzkost, strach nebo nejistotu související s operačním výkonem, neznámým prostředím operačních sálů. Edukaci pacientů o intraoperační péči pohovorem zajišťuje edukační perioperační sestra, která v rámci svých kompetencí vysvětluje pacientovi průběh intraoperační ošetrovatelské péče. Edukace pacienta probíhá obvykle odpoledne před výkonem na pokoji pacienta nebo jiném místě s ohledem na soukromí pacienta. Edukace pomocí letáků nebo brožur může probíhat již v době plánování operace. Pacienti od edukační perioperační sestry získají informace o operační poloze, o jednotlivých částech intraoperační péče, o činnostech na operačním sále souvisejících s jeho výkonem, z letáku či brožury mají možnost vidět prostředí operačních sálů a utvořit si částečně představu prostor operačních sálů a průběhu intraoperační péče. Další z možností, jak pacient může získat potřebné informace o intraoperační péči, je edukační video o perioperační péči a jejích jednotlivých fázích, umístěné na webových stránkách daného zdravotnického zařízení. Správná edukace pacienta o perioperační péči snižuje riziko problémových situací před samotným výkonem (Jedličková a kol., 2019). Perioperační edukace je činnost, která zatím není standardizovaná a nepatří k povinnostem sester pro perioperační péči. Je na každém jednotlivém poskytovateli zdravotních služeb, jakou formou pacienty v oblasti perioperační péče edukuje (Wichsová a kol., 2013).

Haptický kontakt

Haptiku definuje Zacharová (2016) jako komunikaci prostřednictvím dotyků. V ošetrovatelství je haptický kontakt sestry s pacientem důležitým prvkem jejich vztahu. Pouhé podání ruky a představení se pacientovi tvoří zdravý základ pro vybudování zdravého vztahu důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. Každý dotyk má svůj základní charakter, a to pozitivní,

např. pohlazení, nebo negativní, např. odstrčení. Pozitivní doteky jsou projevem přátelství, blízkosti, lásky, sdílení emocí, starostí. Doteky se dají dle významu rozdělit na formální a neformální, společenské a přátelské. Ve zdravotnictví mluvíme o haptice na formální úrovni. Doteky značí náklonnost, podporu ve smutku nebo bolesti a nepostradatelný význam mají i tzv. funkční doteky, potřebné při fyzické pomoci, doteky potřebné během ošetrovatelských výkonů. Podle míst, kde se pacienta dotýkáme, mluvíme o dotekových pásmech těla. V oblasti paži a rukou se jedná o pásmo společenské, zdvořilostní nebo také profesionální. Oblast doteků na paži, obličeji nebo vlasech je pásmem přátelským či osobním a poslední dotekovou zónou je zóna intimní. Tato zóna není přesně lokalizovaná, dá se říci, že obsahuje všechny oblasti vyjma společenského a osobního dotekového pásma (Tomová, Křivková, 2016). V intraoperačním období je haptika velmi důležitá k nabytí pacientovy jistoty a vytvoření důvěry. Ze strany ošetřujícího personálu je zapotřebí schopnosti empatie. To pomáhá odhadnout pacientovy pocity a potřeby dotyku. Snadno může být pacient dotyky personálu přesycen, nebo naopak se mu jich nemusí dostávat v potřebné míře. Cílem haptického kontaktu v perioperačním období je zklidnění nemocného, jeho psychická podpora a tím možnost saturace pacientovy potřeby informovanosti a pocitu bezpečí (Wendsche a kol., 2012).

Zachovávání intimity

Každá hospitalizace je spojena se změnou životních stereotypů. Pacient se ocitá v jiné sociální roli, je nucen přizpůsobit se jinému dennímu režimu, stravovacím návykům, ocitá se izolován od rodiny. Kromě toho jeho psychiku ovlivňuje obava z budoucnosti, nejistota, obavy z neznalosti průběhu choroby a pocity spojené se ztrátou soukromí a narušením osobní intimity. Intimita je považována za hlavní prvek lidské důstojnosti, čímž souvisí s vlastní identitou. Ztráta vlastní identity vede ke ztrátě jistoty (Petrovicová, Trešlová, 2016). Velkým zásahem do soukromí pacienta bývá obnažování. Obnažení pacienta je nezbytnou součástí zdravotní péče, je nutné během vyšetření, předoperační přípravě, během ošetrovatelské péče, vykonávání vyprazdňovacích potřeb. Při každém úkonu, kdy je pacient obnažen, by měl zdravotník respektovat stud pacienta a jeho potřebu zajištění intimity. Tato potřeba je individuální u každého a má vliv na celkové prožívání nemoci a je úkolem zdravotníků, aby byly potřeby nemocného uspokojeny, a tím byla zachována jeho bio-psycho-sociální jednota. Podmínkou uspokojení potřeby v oblasti zajištění intimity je ohleduplný, citlivý a šetrný přístup k pacientům s cílem zachovat sebeúctu nemocného. V běžné komunikaci se zdravotníci ocitají v různých zónách. Nejvzdálenější je zóna veřejná, je to vzdálenost asi 360 cm, kdy je zřetelně vidět celá postava, pohyby, mluva. Bližší je pak zóna společenská neboli sociální, která je v rozsahu 120–360 cm, v této oblasti se udržuje dobře oční kontakt, ale nedochází ke kontaktu tělesnému, vzdálenost 45–120 cm je zóna osobní, kdy je možný tělesný kontakt ve formě podání ruky, doteku na rameno, je možno vnímat mimiku, oční kontakt a tělesné teplo. Intimní zóna je vzdálenost 15–30 cm. Do této zóny vstupují jen nejbližší osoby jako rodiče, děti, přátelé a je provázeno libými pocity. Pokud ovšem do této zóny vkročí někdo, kdo tam nepatří, je toto provázeno nepříjemnými pocity a potřebou z dané situace utéci. Během perioperační péče vstupuje ošetrovatelská personál do intimní zóny pacienta relativně často. Počínaje předoperační přípravou a s tím spojené holení a příprava operačního pole, během intraoperační péče už samotné odložení oděvu je narušením soukromí pacienta, poté uložení do operační polohy s fixací všech končetin je vnímáno jako veliký zásah do intimity pacienta. Po operačním výkonu jde o opakované kontroly operační rány. Perioperační období je pro pacienta velmi

náročné z pohledu zajištění intimity a udržení osobního komfortu v této oblasti. Zdravotnický personál je během výkonu své profese nucen do intimní zóny pacienta vstupovat i opakovaně, měl by proto vždy přistupovat k pacientovi s taktem a před každým vkročením do pacientovy intimní zóny by měl zdravotník s pacientem komunikovat a o této skutečnosti jej informovat. Jen v takovém případě je možné zachovat úctu pacienta a jeho důvěru v ošetřující personál (Zacharová a kol., 2011).

1.2.7 Bezpečnost pacienta během perioperační péče

Aby byla naplněna potřeba bezpečí u pacienta podstupujícího operační zákrok, je nezbytná jeho důvěra v to, že o něj pečují personál pro výkon svého povolání kvalitně a kvalifikovaně vzdělaný, což je mimo jiné zakotveno i v Právech pacientů. Součástí kvalitní péče o pacienta v souvislosti s operačním výkonem je zajištění jeho bezpečnosti a tím eliminace možných rizik poškození během operačního výkonu (Šamánková a kol., 2011). Pod záštitou WHO probíhá program Safe Surgery Saves Lives (Bezpečná chirurgie zachraňuje životy) k zajištění bezpečnosti pacienta v souvislosti s operačním výkonem. WHO v roce 2005 stanovila deset zásad pro bezpečnost chirurgických výkonů. Tyto zásady uvádí ve své publikaci Wichsová (2020, s. 34):

1. „Chirurgický tým bude operovat správného pacienta na správném místě“.
2. „Pacientovi bude podána bezpečná anestezie včetně prevence bolesti“.
3. „Tým bude připraven na problémy se zajištěním dýchacích cest a dýcháním“.
4. „Tým bude připraven na problémy s krvní ztrátou“.
5. „Tým bude připraven na problémy vyplývající ze známé alergické reakce, případně nežádoucí reakce na léky“.
6. „Tým bude používat metody, které omezují rizika vzniku infekce v místě chirurgického zákroku“.
7. „Tým bude předcházet nezamýšlenému ponechání nástroje či materiálu v ráně“.
8. „Tým zajistí bezpečné a správné označení vzorků biologického materiálu“.
9. „Tým bude efektivně komunikovat pro bezpečné vedení operace“.
10. „Nemocnice i veřejné zdravotnictví budou provádět stálý dozor nad výsledky chirurgické péče“.

V souvislosti s operačním výkonem a zajištěním bezpečné operace a tím i bezpečné perioperační péče byl WHO doporučen postup pro eliminaci nežádoucích událostí, a tím zvýšení bezpečnosti pacienta během perioperační péče. Jedná se o bezpečnostní proceduru v období předoperačním a používání chirurgického kontrolního listu v intraoperačním období. Bezpečnostní procedura v souvislosti s operačním výkonem v předoperačním období probíhá na oddělení a zahrnuje identifikaci pacienta, verifikaci výkonu a případně strany, kterou potvrzuje jak zdravotnický personál, tak sám pacient, místo předpokládaného výkonu se označí nesmazatelným fixem. Tohoto značení se pacient aktivně účastní. Následuje kontrola dokumentace pacienta – mimo standartních součástí chorobopisu musí být přiložen Souhlas pacienta s operačním výkonem, Souhlas pacienta s typem anestezie a další Souhlasy dle plánovaného výkonu např. Souhlas s aplikací transfusního přípravku, Souhlas pacienta s odběrem kostního štěpu do kostní tkáňové banky, Souhlas s aplikací transplantátu. Všechny tyto uvedené dokumenty musí být vlastnoručně podepsány, včetně uvedení data a hodiny podpisu jak pacientem, tak lékařem a další svědkem (obvykle je jím všeobecná sestra na oddělení). Při příjezdu pacienta na patientský filtr operačního sálu probíhá další fáze bezpečnostní procedury, tu dle vnitřních

předpisů daného zdravotnického zařízení provádí obvykle anesteziologický tým. Provádí se identifikace pacienta, verifikace předpokládaného výkonu a operované strany, informace potvrzuje sám pacient a zároveň se kontroluje shoda informací s dokumentací včetně přítomnosti všech potřebných souhlasů, alergií a proběhlé předoperační přípravy (Wichsová, 2020).

V intraoperačním období probíhá péče s využitím tzv. chirurgického kontrolního seznamu (viz Příloha B), který je pomůckou k dodržení všech postupů a kroků během perioperační péče, a jeho používání minimalizuje možnost poškození pacienta. Chirurgický kontrolní list je rozdělen na tři části a potvrzuje se vždy v danou chvíli, tj. před úvodem do anestezie, před započítáním samotného výkonu a těsně před odjezdem pacienta z operačního sálu. Před úvodem do anestezie se potvrzuje identita pacienta, operační výkon a případně strana, průchodnost dýchacích cest, známé alergie a připravenost přístrojů, pomůcek a léků. Tuto proceduru potvrzuje anesteziolog a pokud možno i chirurg. Druhým krokem Checklistu je tzv. Time out. Jedná se o krátký časový úsek před samotným započítáním výkonu, kdy všichni členové operačního týmu zastaví svoji činnost a společně si ověří identitu pacienta, potvrdí si předpokládaný operační výkon, ověří si operovanou stranu (pokud je to z anatomického hlediska možné), sestry pro perioperační péči potvrdí sterilitu a připravenost instrumentaria a funkčnost přístrojů potřebných k operaci, zkontrolují operační polohu a ujistí se o bezpečném uložení pacienta v operační poloze. Ujasní si možná rizika – chirurg předpokládané krevní ztráty, možné komplikace a předpokládanou délku operace. Anesteziolog potvrzuje možná rizika a antibiotickou profylaxi. Posledním krok Checklistu nastává těsně před odjezdem pacienta z operačního sálu, kdy sestry pro perioperační péči potvrzují kontrolu počtu nástrojů a materiálu, označení odebraných vzorků, operatér a anesteziolog si potvrzují pooperační péči. Provedení bezpečnostní procedury v praxi není nijak časově náročné a mělo by ji mít zavedenou každé zařízení, ve kterém pacient podstupuje operační zákrok (Wichsová, 2020), (Wichsová a kol., 2013).

2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na výzkumné šetření týkající se potřeby bezpečí a jistoty během jednotlivých fází perioperační péče. Východiskem pro stanovení cíle výzkumu bylo studium odborné literatury a vypracování teoretické části bakalářské práce.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Stanoven byl jeden cíl výzkumu a čtyři výzkumné otázky.

Cíl

Zmapovat potřebu bezpečí a jistoty u pacienta v perioperačním období.

Výzkumné otázky

1. Jaké potřeby z oblasti bezpečí a jistoty mají pacienti v jednotlivých obdobích perioperační péče?
2. Jak vnímají pacienti saturaci potřeby bezpečí a jistoty v perioperační péči
3. Jak vnímají pacienti potřebu informací o intraoperační péči?
4. Jaký vliv na potřebu zajištění intimity má pohlaví pacienta?

2.2 Metodika výzkumu

Pro zmapování potřeby bezpečí a jistoty u pacienta během jednotlivých fází perioperační péče byla použita kvantitativní výzkumná metoda prostřednictvím dotazníkového šetření. Použit byl dotazník vlastní tvorby (viz Příloha D), který nejlépe umožnil v průběhu perioperačního období sběr potřebných dat pro zodpovězení výzkumných otázek. V jeho úvodu je představen autor výzkumu, uvedeny důvody výzkumného šetření a jeho cíl. Zároveň je vysvětleno, jak dotazník vyplnit a jak s ním po vyplnění naložit. Součástí je i motivace ke spolupráci, poděkování za ochotu ke spolupráci a zároveň ujištění respondentů o jejich anonymitě.

Pilotní studie

Před započítím vlastního výzkumu, byla realizována pilotní studie, která probíhala v průběhu měsíce září 2021. Jejím cílem bylo ověření jasnosti a srozumitelnosti otázek dotazníku, ověření funkčnosti zvoleného způsobu distribuce a navracení dotazníků a ochota respondentů ke spolupráci. Pilotní studie se zúčastnilo 10 respondentů, kteří splňovali potřebná kritéria výzkumu. Návratnost dotazníků byla 90 %. Pilotní studie ověřila funkčnost zvoleného způsobu distribuce a navracení dotazníků. Zároveň ověřila ochotu respondentů ke spolupráci. Dotazníky respondentů pilotní studie nejsou součástí výzkumného šetření.

Dotazník

Dotazník tvoří 15 číslovaných otázek a tři otázky nečíslované, které jsou zaměřené na věk a vzdělání respondentů a oddělení, na kterém jsou před operací hospitalizováni. Otázka číslo 1 byla uzavřená. Otázky číslo 5, 6, 8, 9, 10, 14 byly uzavřené s možností více odpovědí. Otázky číslo 2, 3, 4, 13 byly polouzavřené s možností více odpovědí. Otázky číslo 7, 11, 12, 15 byly uzavřené s využitím Likertovy škály. Dotazník je rozdělen do dvou hlavních částí. V první části jsou dotazy

číslo 2, 3, 4, 5, 6, 7 zaměřeny na potřeby bezpečí a jistoty v předoperačním období. Její součástí je otázka číslo 1 zaměřena na pohlaví respondenta a tři nečíslované otázky zaměřené na věk, vzdělání a oddělení, na kterém jsou respondenti hospitalizováni. Tuto část vyplňují respondenti před operací. V druhé části dotazníku, kterou respondenti vyplňují až po operaci, jsou otázky číslo 8, 9, 12, týkající se potřeby bezpečí a jistoty během intraoperační, a otázky číslo 13, 14, 15 se týkají potřeby bezpečí a jistoty v pooperační péči.

Pro první výzkumnou otázku „Jaké potřeby z oblasti bezpečí a jistoty mají pacienti v jednotlivých obdobích perioperační péče?“ odpovídají v dotazníku otázky číslo 2, 3, 4, 8, 13.

Pro druhou výzkumnou otázku „Jak vnímají pacienti saturaci potřeby bezpečí a jistoty v perioperační péči?“ byly určeny otázky 6, 7, 9, 12, 14, 15.

Třetí výzkumné otázce „Jak vnímají pacienti potřebu informací o intraoperační péči?“ odpovídají v dotazníku otázky číslo 5, 10, 11.

Údaje pro čtvrtou výzkumnou otázku „Jaký vliv na potřebu zajištění intimity má pohlaví pacienta?“ jsou data získána z otázek číslo 1, 3, 4, 6, 9, 14.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenti, kteří se výzkumného šetření účastnili, museli splnit následující kritéria:

- věk 18 a více let,
- podstoupení plánovaného operačního výkonu na oddělení centrálních operačních sálů v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. v období září 2021 až leden 2022,
- ochota ke spolupráci ve výzkumu.

Výzkum probíhal v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. na oddělení chirurgickém, ortopedickém a gynekologicko-porodnickém. Celkem bylo distribuováno 130 kusů dotazníků. Z celkového počtu se vrátilo 114 ks (87 %) dotazníků. Z tohoto množství nebylo možno do výzkumu zařadit 8 ks dotazníků pro jejich neúplné nebo chybné vyplnění. Do výzkumu bylo zařazeno celkem 106 ks dotazníků. Jedná se o 82 % z celkového počtu distribuovaných dotazníků. Celkový počet respondentů, kteří se účastnili výzkumu, byl 106 (100 %).

Ve věku 18–30 let se výzkumu účastnilo 11 % (12) respondentů, ve věku 31–40 let bylo 13 % (14) respondentů, nejpočetnější skupinou byla skupina respondentů ve věku 41–50 let, kterou tvořilo 29 % (31) respondent, ve věku 51–60 let se účastnilo 22 % (23) respondentů ve věku 61 a více let 25 % (26) respondentů.

Respondentů, kteří měli základní vzdělání, se účastnilo 8 % (8) respondentů, nejpočetnější skupinu tvořili respondenti se středním vzděláním s výučním listem 42 % (44), střední vzdělání s maturitou uvedlo 38 % (40) respondentů, vyšší odborné vzdělání uvedl 1 % (1) respondent a vysokoškolské 12 % (13) respondentů.

Nejvíce respondentů 39 % (41) bylo před operací hospitalizováno na ortopedickém oddělení, na chirurgickém oddělení bylo před operací hospitalizováno 38 % (40) respondentů a z gynekologicko-porodnického oddělení se výzkumu účastnilo 24 % (25) respondentů.

2.4 Průběh výzkumu

Kvantitativní výzkum probíhal v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. po schválení Žádosti o provádění výzkumného šetření hlavní sestrou Nemocnice Jindřichův Hradec a. s. Mgr. Danou Velimskou, MBA (viz Příloha C). Sběr dat pro výzkumné šetření probíhal v období září 2021 až leden 2022 na oddělení ortopedickém, chirurgickém a gynekologicko-porodnickém. Dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě sestrami anesteziologické ambulance. Do této ambulance přicházejí objednaní pacienti obvykle dva týdny před plánovaným operačním zákrokem na předanestetické vyšetření. Sestry byly poučeny o kritériích respondentů, kterým byl dotazník určen. Výhodou této možnosti distribuce je možnost respondentů prostudovat si dotazník předem v domácím prostředí. Jako nevýhodu této možnosti spatřuji, že je zde prostor pro nepřinesení dotazníku s sebou k hospitalizaci. Vyplněné dotazníky vkládali respondenti po operaci do přiložené nadepsané obálky a zalepené předávali sestře na příslušném oddělení. Zde docházelo k osobnímu vyzvedávání zalepených obálek s dotazníky, čímž byla zajištěna anonymita respondentů.

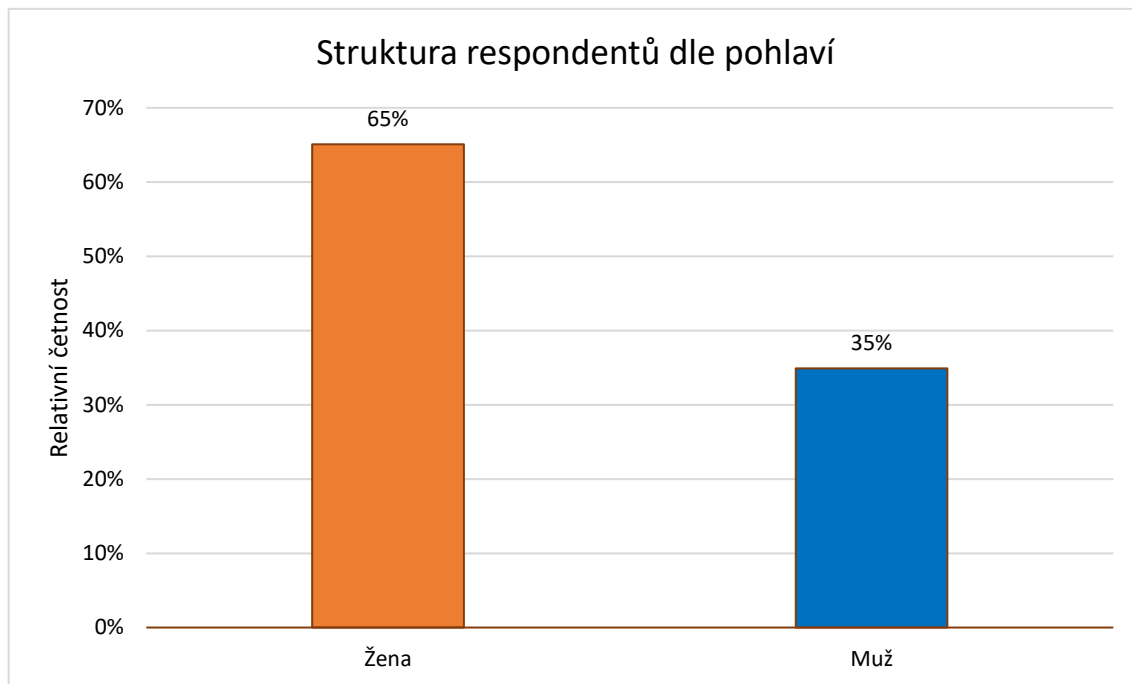
2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracovávána za použití programu Microsoft Office Excel 2019, do něhož byla získaná data zaznamenána a pomocí něhož byly vytvořeny jednotlivé grafy. Psaný text byl vytvořen programem Microsoft Office Word 2019.

2.6 Výsledky výzkumu

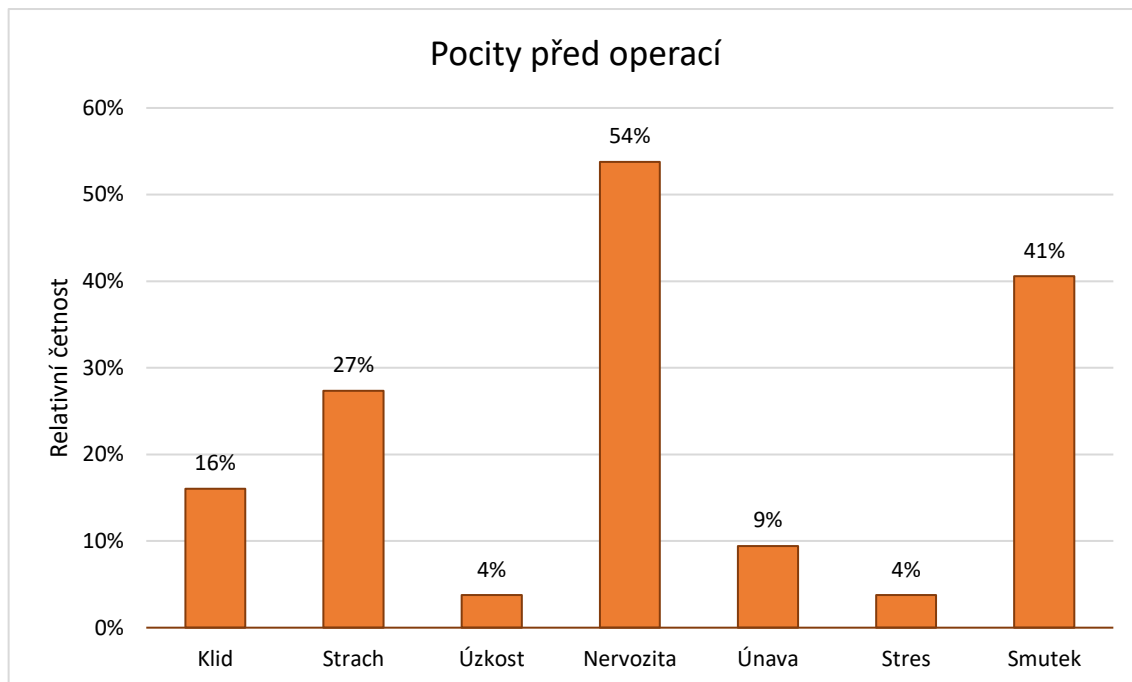
Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v grafech a doplněny o výstižný popis.

Otázka číslo 1 „Vaše pohlaví je?“

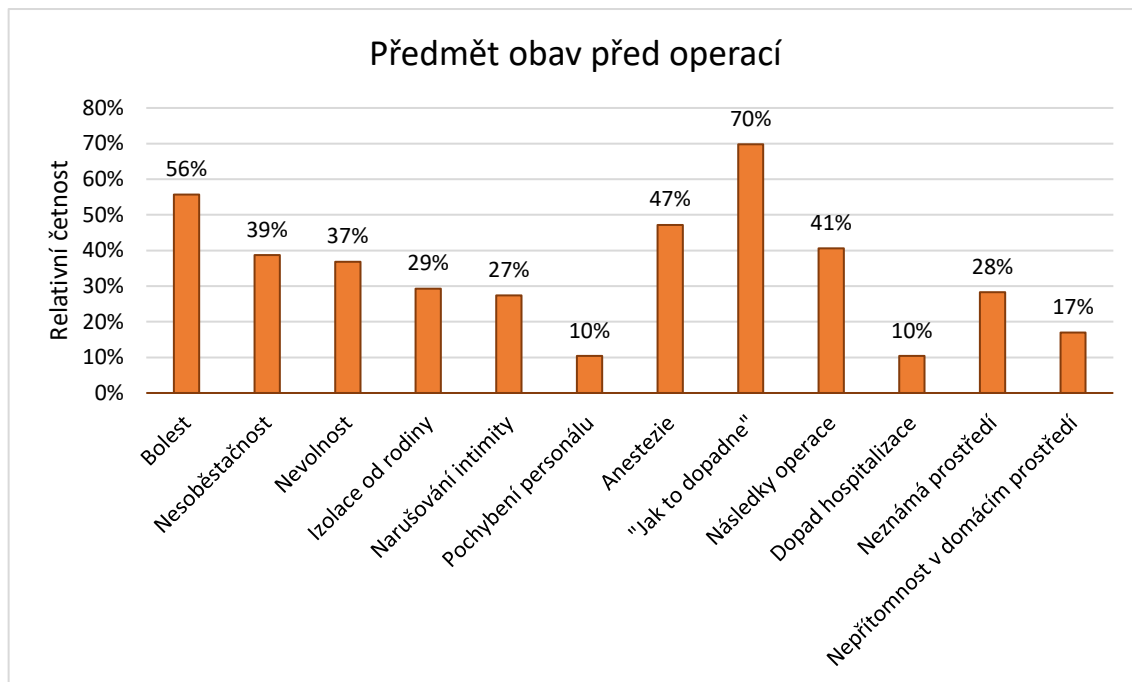


Graf 1 Struktura respondentů dle pohlaví

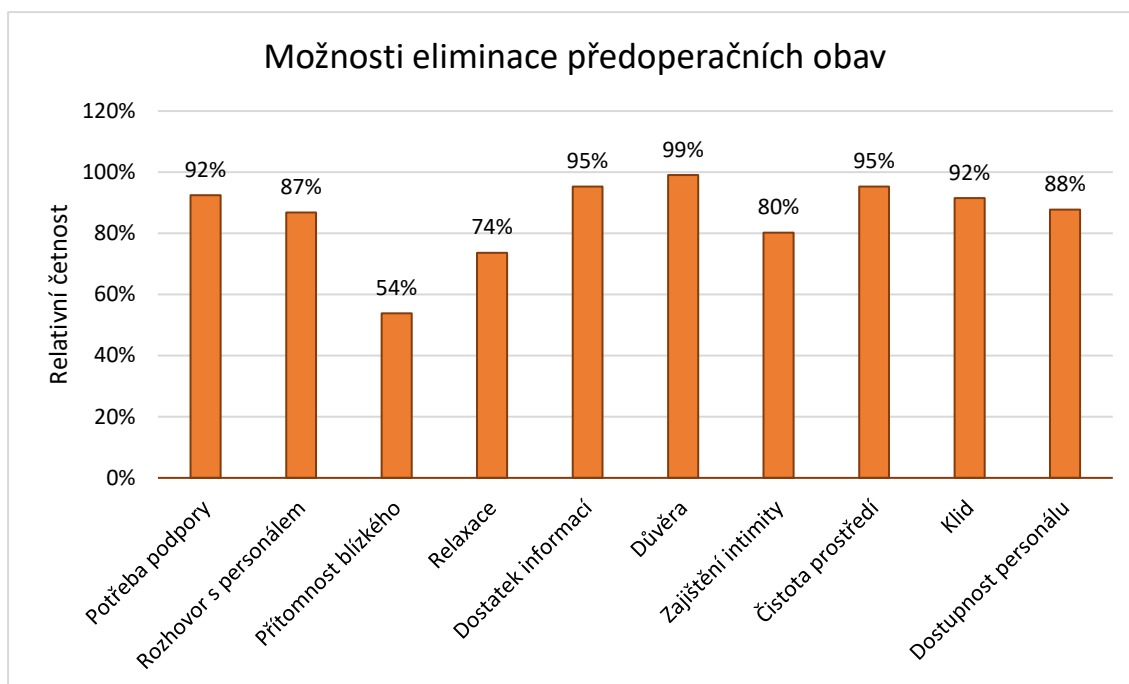
Graf 1 znázorňuje zastoupení žen a mužů, kteří se výzkumu zúčastnili. Celkový počtu 106 respondentů (100 %) tvořilo 65 % (69) žen a 35 % (37) mužů.

Otázka číslo 2 „Jaké máte před operací pocity?“**Graf 2 Pocity před operací**

Graf číslo 2 prezentuje odpovědi na polouzavřenou otázku týkající se pocitů, které respondenti vnímali před operací. U této otázky měl každý respondent možnost označit více odpovědí a zároveň mohl uvést svou vlastní volbu. Nejčastěji respondenti uvedli, že prožívají nervozitu. Toto uvedlo 54 % (57) respondentů. Druhým nejčastěji uváděným pocitem před operací byl „smutek“, který označilo 41 % (43) respondenti. Pocit smutku a jeho významné zastoupení výrazně přesáhl zastoupení pocitů strachu, úzkosti nebo stresu. Třetím nejčastěji uváděným pocitem byl „strach“, který uvedlo 27 % (29) respondentů. Možnost „klid“ uvedlo 16 % (17) respondentů a svojí četností výskytu výrazně přesáhl výskyt pocitů únavy, stresu nebo úzkosti. Únavu uvedlo 9 % (10) respondentů, „úzkost“ označilo pouze 4 % (4) respondenti a přítomnost stresu označilo 4 % (4) respondenti. Možnost uvedení vlastní volby nevyužil žádný z respondentů.

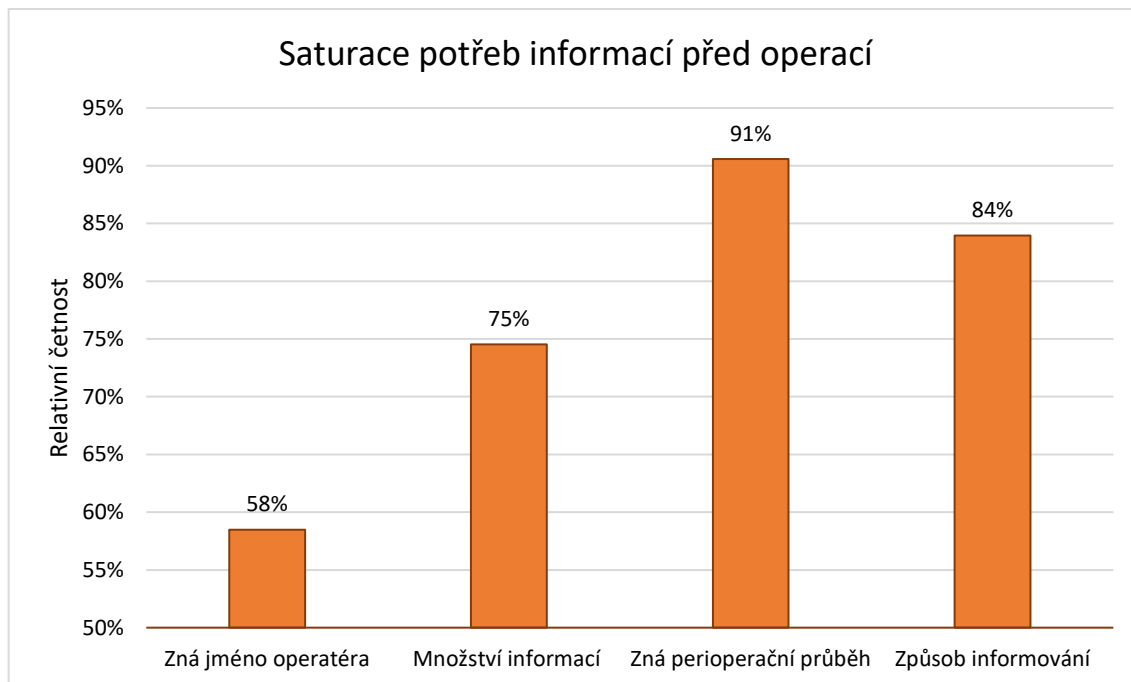
Otázka číslo 3 „Čeho se před operací obáváte?“**Graf 3 Předmět obav před operací**

V Grafu 3 jsou znázorněny odpovědi respondentů na příčiny obav před operací. U této otázky měl každý respondent možnost označit více odpovědí a zároveň mohl uvést svou vlastní volbu. Nejčastější situace, kterou respondenti uvedli jako předmět obav před operací, byla námi nazvána „Jak dopadne operace.“ Tato možnost je předmětem obav u 70 % (74) respondentů. Obavu z bolesti po operaci uvedla druhá největší skupina, označilo ji 56 % (59) respondentů. Výkony spojené s anestézií jako předmět předoperačních obav uvedlo 47 % (50) respondentů. Další tři předměty obav před operací označilo podobné množství respondentů. 41 % (43) respondenti označili předmětem svých obav následky samotné operace např. jizva, omezení hybnost. 39 % (41) respondent uvedl, že předmětem jeho obav před operací je nesoběstačnost v běžných denních činnostech a 37 % (39) respondentů má obavy z nevolnosti po operaci. Izolace od rodiny se obává 29 % (31) respondent. „Neznámá prostředí“ jako např. operační sál, pooperační pokoj, dospávací pokoj uvedlo jako předmět svých obav 28 % (30) respondentů. Obavy z narušení intimity uvedlo 27 % (29) respondentů. Obavu z toho, jak rodina zvládne respondentovu nepřítomnost v domácím prostředí, uvedlo 17 % (18) respondentů. „Dopad hospitalizace“ v oblasti sociální např. ztráta zaměstnání, finanční ztráty uvedlo jako předmět svých obav 10 % (11) respondentů. Obavu z pochybení personálu uvedlo 10 % (11) respondentů. Možnost uvedení vlastní volby nevyužil žádný respondent.

Otázka číslo 4 „Co má pozitivní vliv na Vaše pocity před operací?“**Graf 4 Možnosti eliminace předoperačních obav**

Graf 4 znázorňuje odpovědi na otázku, která se týkala potřeby bezpečí a jistoty v oblasti eliminace předoperační úzkosti. U této otázky měl opět každý respondent možnost označit více odpovědí a zároveň mohl uvést svou vlastní volbu. U poloviny možností se množství odpovědí vždy pohybovalo nad 90 % hodnotou. Pro 99 % (105) respondentů je to důvěra v ošetrovatelský personál. 95 % (101) respondent označil možnost mít saturovanou potřebu informací a velmi zajímavé bylo zjištění, že pro stejné množství 95 % (101) respondentů má pozitivní vliv na jeho pocity čistota prostředí. 92 % (97) respondentů označilo možnost „Potřeba podpory“ stejně jako možnost „klid“. 88 % (93) respondenti označili, že na ně má pozitivní vliv dostupnost personálu. Obdobné množství 87 % (92) respondenti uvedli možnost komunikace s personálem. Pro 80 % (85) respondentů je důležité zajištění soukromí. Relaxace oproti ostatním variantám nebyla překvapivě označována tak často, přesto ji uvedlo 74 % (78) respondentů. Nejméně se vyskytovala možnost přítomnosti blízké osoby, kterou jako pozitivní element během perioperační péče uvedlo 54 % (57) respondentů. Možnost uvedení vlastní volby nevyužil žádný respondent.

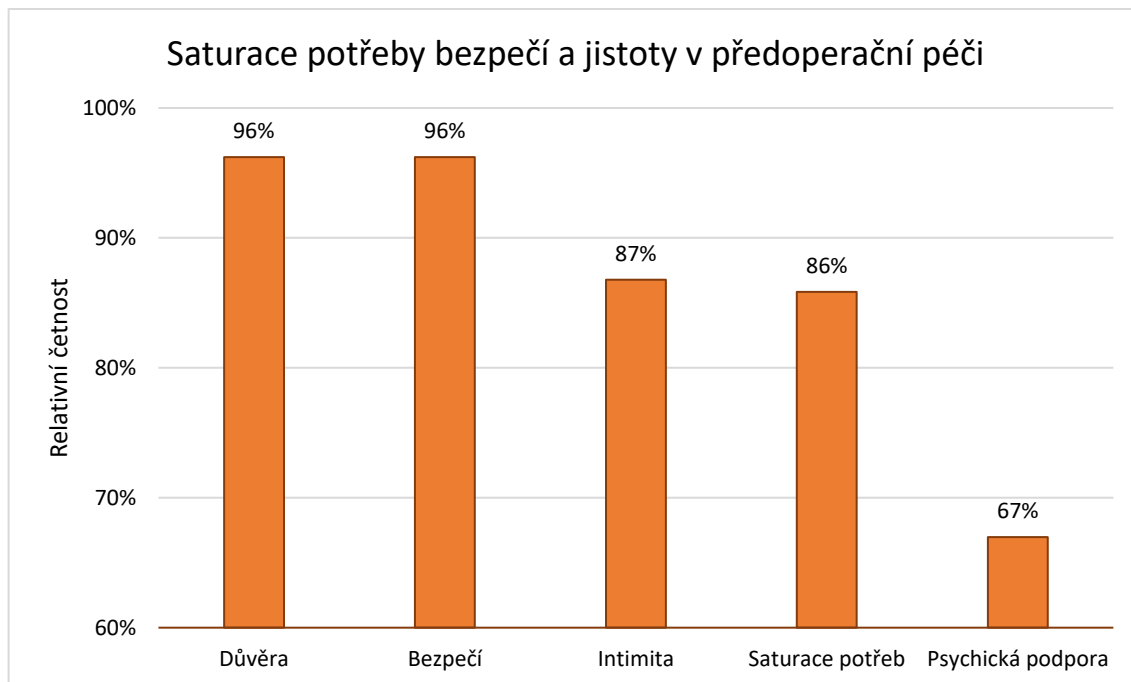
Otázka 5 „Jak hodnotíte poskytnuté informace před operací?“



Graf 5 Saturace potřeb informací před operací

Graf 5 znázorňuje, jak jsou respondenti spokojeni se saturací potřeby informací v předoperačním období. Nejvíce respondentů 91 % (96) odpovědělo, že zná harmonogram operačního dne. 84 % (89) respondentům vyhovoval způsob, jakým mu byly potřebné informace předány, ale množství informací o průběhu operačního dne považuje pouze 75 % (79) respondentů za dostačující. Podle našeho názoru zásadní informace o tom, kdo bude respondenta operovat, se ukázala v saturaci potřeb informací jako nejhůře saturována, protože pouze 58 % (62) respondenti znají jméno lékaře, který jej bude operovat.

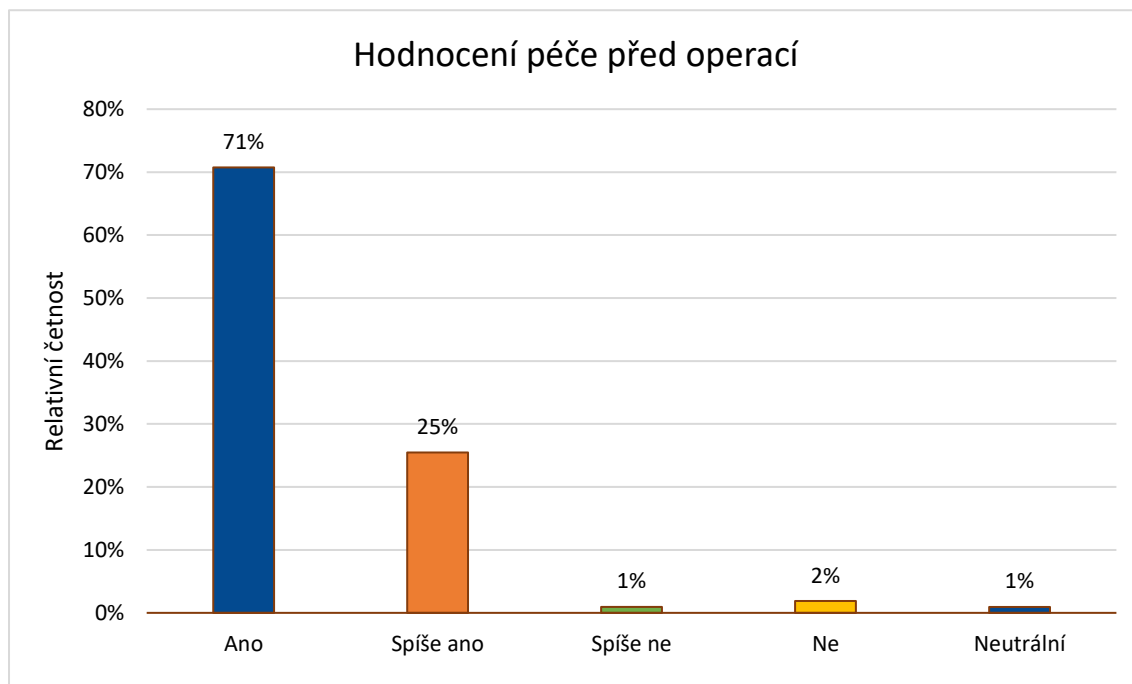
Otázka číslo 6 „Jak hodnotíte péči na oddělení před operací?“



Graf 6 Saturace potřeby bezpečí a jistoty v předoperační péči

Graf 6 znázorňuje, jak respondenti hodnotili, jak se cítili v předoperačním období na oddělení. Shodně hodnotili otázku bezpečí a důvěry. 96 % (102) respondenti se vyjádřili, že důvěřují ošetřujícímu personálu. Stejně se na oddělení cítí bezpečně 96 % (102) respondenti. Další důležitou otázkou z oblasti bezpečí a jistoty je otázka intimity. V této oblasti se 87 % (92) respondenti vyjádřili, že byli spokojeni se zajištěním intimity během předoperační péče. Důležitou roli v bezpečí a jistoty má personál, který reaguje na potřeby pacientů, tak aby docházelo k jejich saturaci. 86 % (91) respondent se vyjádřil, že personál reagoval během předoperační péče na jeho potřeby. Neméně významná je v perioperačním období psychická podpora ze strany ošetřujícího personálu, kterou pocítilo pouze 67 % (71) respondent.

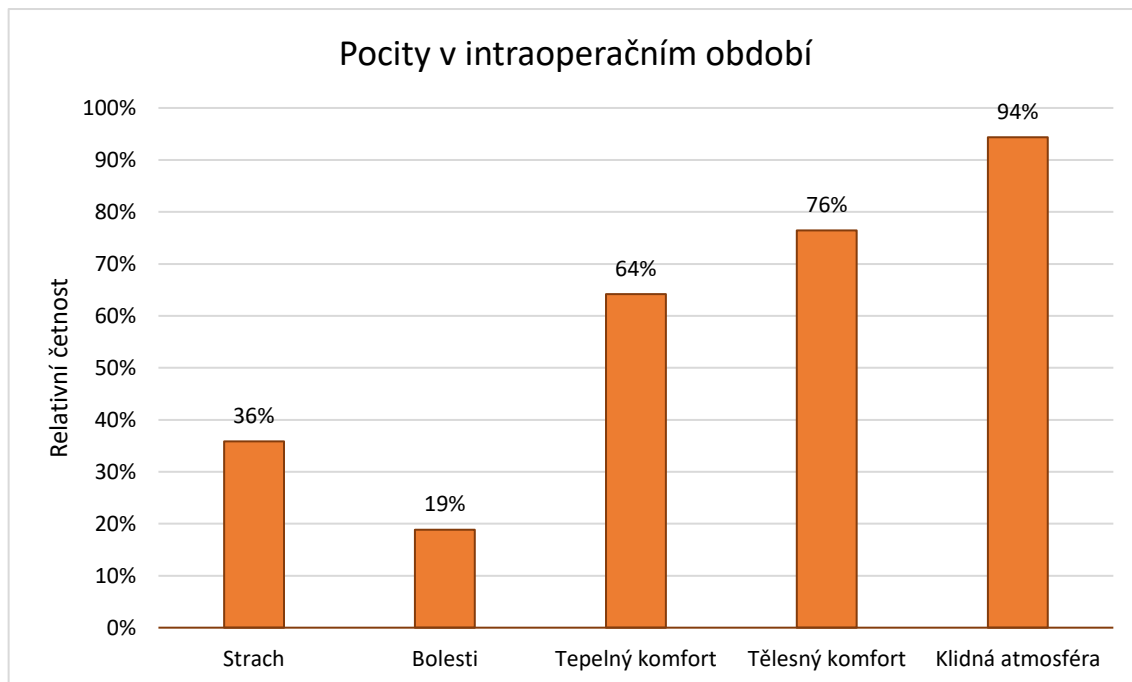
Otázka číslo 7 „Hodnotíte celkově péči na oddělení před operací pozitivně?“



Graf 7 Hodnocení předoperační péče

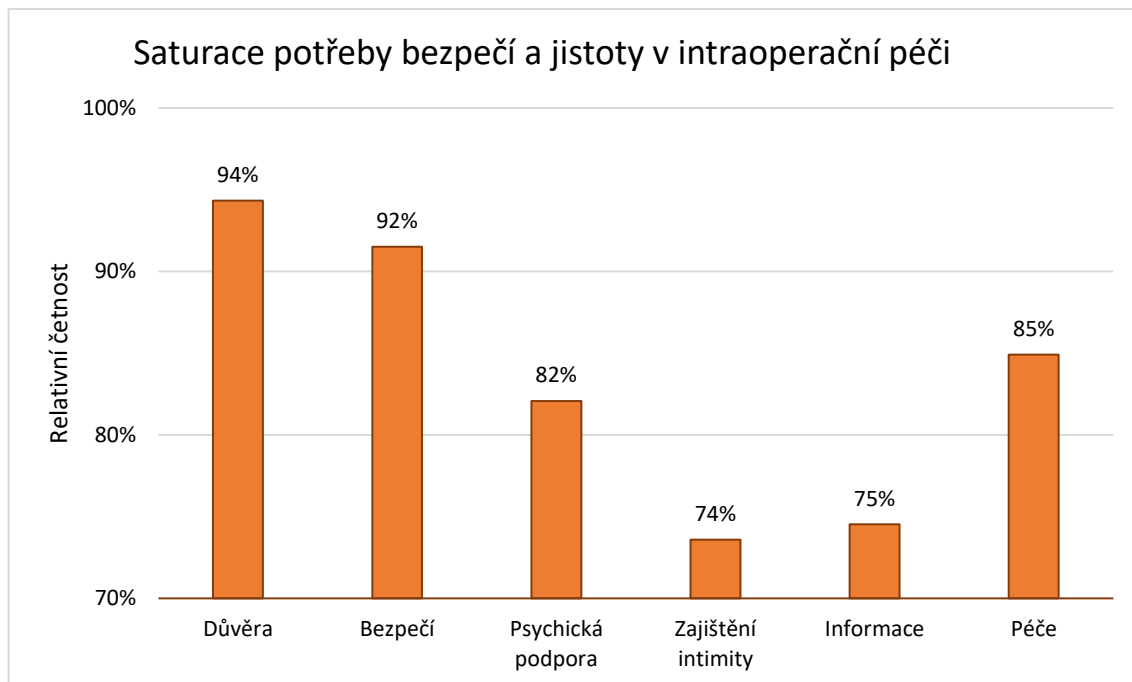
V Grafu 7 je znázorněno hodnocení respondentů na otázku, zda celkově péči v období před operací hodnotí pozitivně. Většina respondentů 71 % (75) hodnotilo pozitivně celkovou péči na oddělení před operací a 25 % (27) respondentů označilo možnost „spíše ano“. Celkově se dá říci, že předoperační péči na oddělení pozitivně hodnotí 96 % (102) respondenti. Možnost „spíše ne“ označilo 1 % (1) respondent a možnost „ne“ pak 2 % (2) respondenti. Neutrální možnost uvedlo 1 % (1) respondent.

Otázka číslo 8 „Jak jste se cítil/a na operačním sále?“

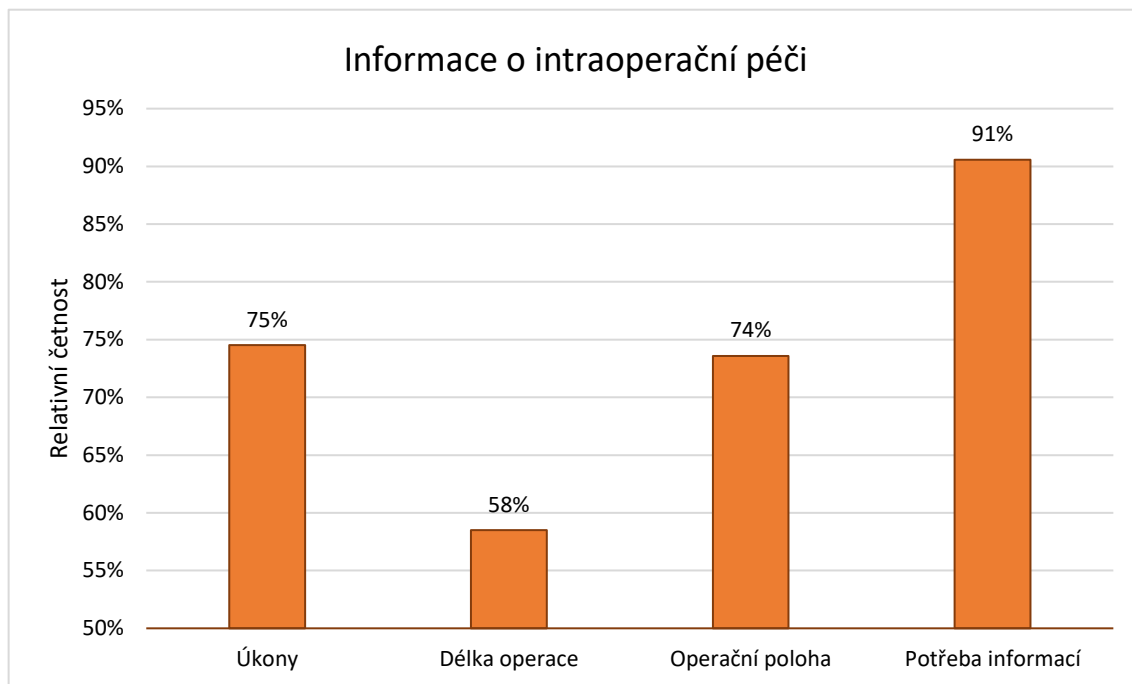


Graf 8 Pocity v intraoperačním období

Graf 8 znázorňuje, které pocity respondenti vnímali během intraoperační péče. U této otázky měl opět každý respondent možnost označit více odpovědí. 94 % (100) respondentů uvedlo, že na operačním sále byla klidná atmosféra. V operační poloze se pohodlně leželo 76 % (81) respondentů. Otázka zajištění tepelného komfortu již je uváděna respondenty pouze v 64 % (68). Množství respondentů, kteří měli během intraoperační péče strach nebo bolesti, je sice v porovnání s tělesným a tepelným komfortem téměř třetinové, nejedná se však o zanedbatelný údaj. Strach během pobytu na operačním sále prožívala téměř pětina respondentů 36 % (38) respondentů. Bolesti během pobytu na operačním sále mělo 19 % (20) respondentů.

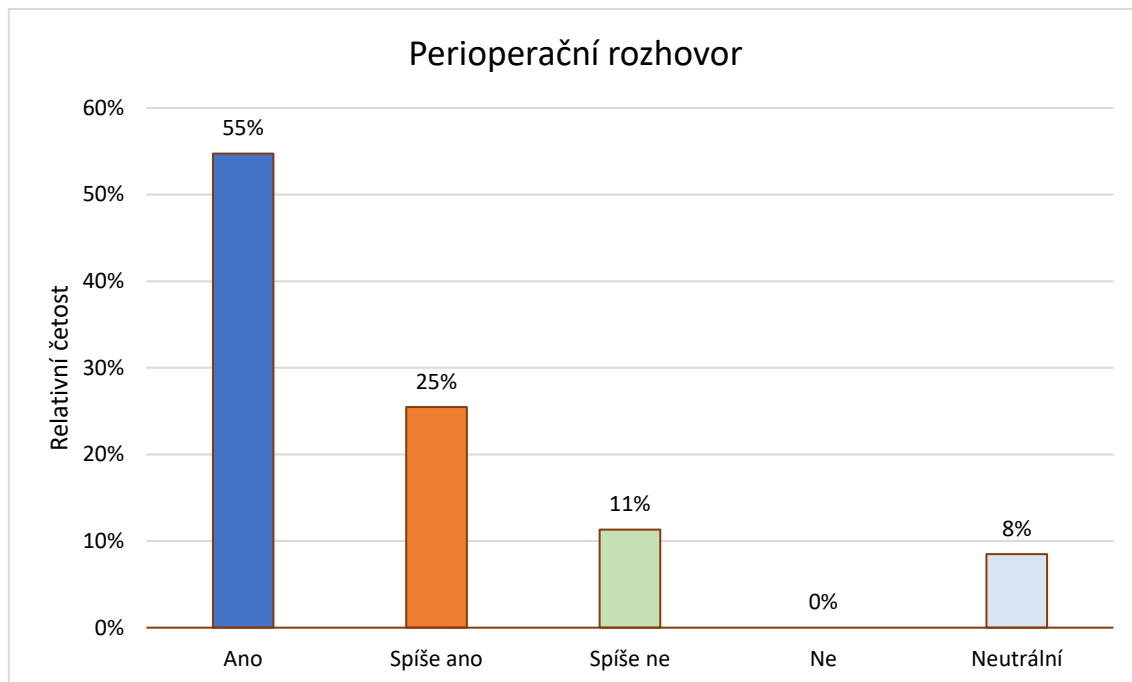
Otázka číslo 9 „Jak hodnotíte péči na operačním sále?“**Graf 9 Saturace potřeby bezpečí a jistoty v intraoperačním období**

Otázka číslo 9 byla zaměřena na potřebu bezpečí a jistoty a její saturaci během intraoperační péče. U této otázky měl opět každý respondent možnost označit více odpovědí. V Grafu 9 je vidět, že většina respondentů měla saturovanou potřebu bezpečí a jistoty během intraoperační péče a rozdíly v saturaci jednotlivých oblastí potřeby bezpečí a jistoty nejsou výrazné. Největší množství respondentů 94 % (100) uvedlo, že cítilo důvěru v personál operačních sálů. 92 % (97) respondentů pociťovalo v prostorách operačního sálu bezpečí, a mělo tak saturovanou potřebu bezpečí. S péčí personálu v oblasti uspokojování potřeb uvedlo 85 % (90) respondentů, že se personál na jejich potřeby reagoval. Psychickou podporu ze strany personálu vnímalo 82 % (87) respondentů. Mezi nejhůře saturované potřeby v intraoperační péči hodnotili respondenti oblast informací a zajištění intimity. Pouze 75 % (79) respondentům byly na operačním sále průběžně poskytovány informace o úkonech, které budou během intraoperační péče u respondenta probíhat. Nejhůře v oblasti bezpečí a jistoty byla hodnocena oblast zajištění intimity během intraoperační péče. Pouze 74 % (78) respondentů uvedlo, že během intraoperační péče byla zajištěna jeho intimita.

Otázka číslo 10 Hodnocení saturace potřeby informací o intraoperační péči**Graf 10 Informace o intraoperační péči**

V Grafu 10 jsou znázorněny odpovědi na dotazy týkající se saturace potřeb informací o intraoperační péči. U této otázky měl opět každý respondent možnost označit více odpovědí. Pro 92 % (96) respondentů jsou důležité informace o intraoperační péči. 75 % (79) respondentů odpovědělo, že vědí, jaké úkony, např. přeložení na operační lůžko, zavedení kanyly do žíly, uložení do operační polohy, mohou na operačním sále očekávat. Informace o tom, v jaké přibližně poloze probíhá daná operace, má 74 % (78) respondentů. Nejméně respondentů bylo informováno o předpokládané délce jejich operace. Odpověď „Znal/a jsem orientačně délku operace“ označili pouze 58 % (62) respondenti.

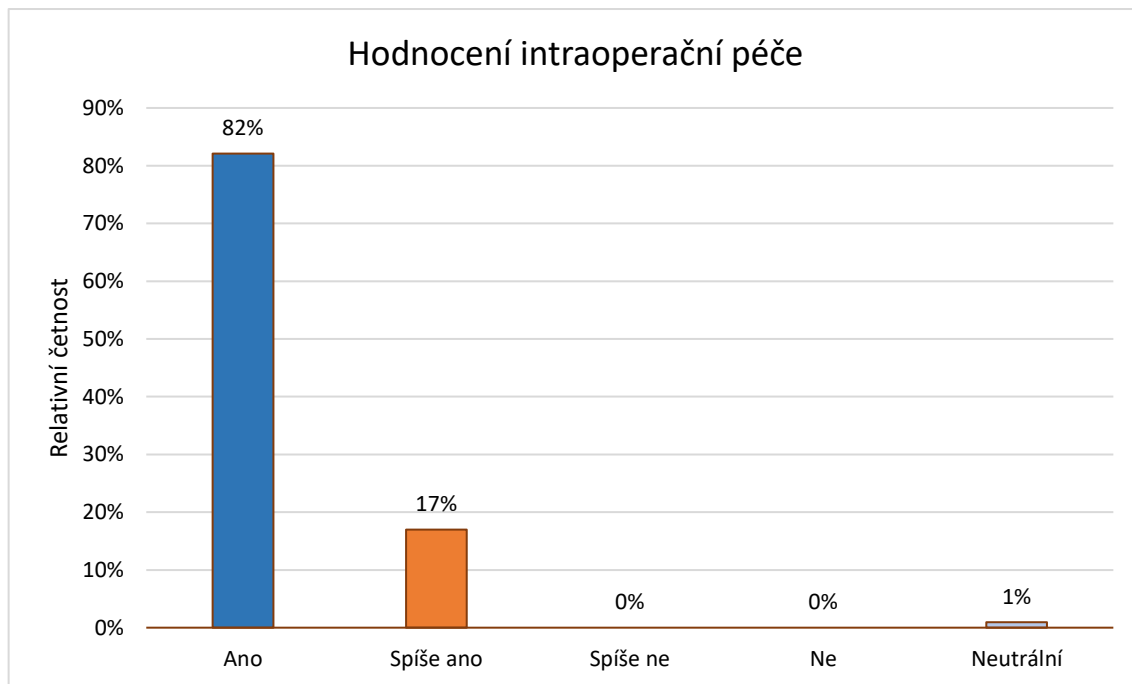
Otázka 11 Uvítal/a byste před operací možnost rozhovoru s operační sestrou?



Graf 11 Perioperační rozhovor

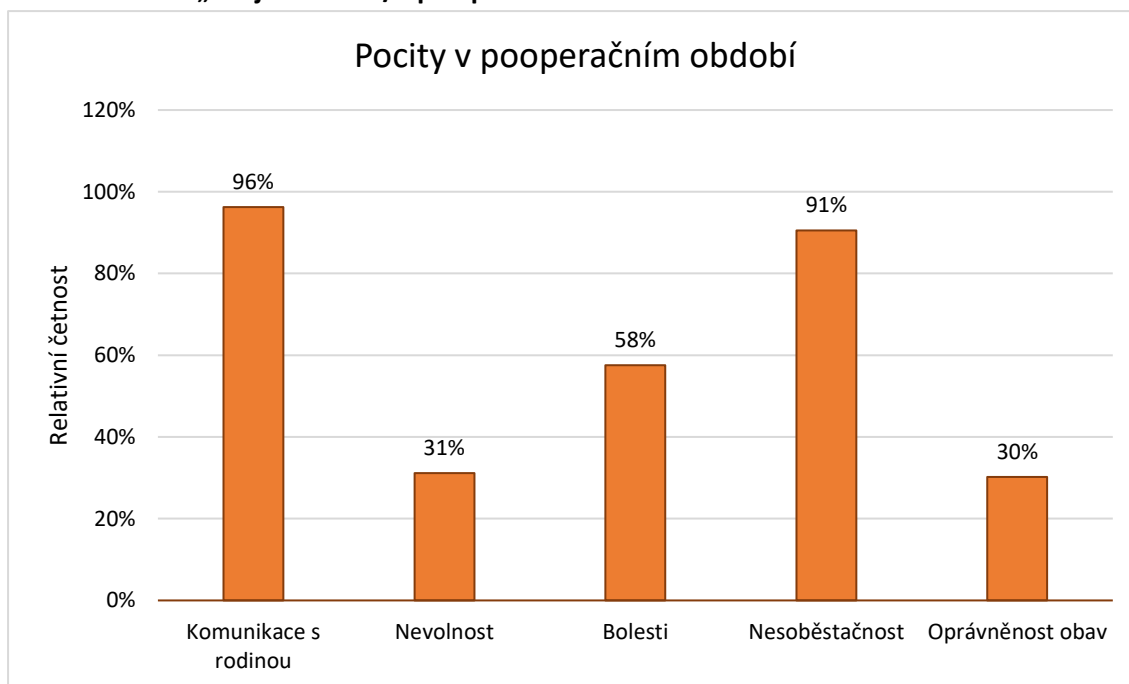
Otázka číslo 11 byla cílena na potřebu informací o intraoperační péči. Graf 11 znázorňuje poměrně jasně u 80 % respondentů potřebu informací o intraoperační péči. Návštěvu sestry z operačního sálu, která by poskytla informace o průběhu intraoperační péče, by v období před operací jednoznačně přivítalo 55 % (55) respondentů. Možnost „spíše ano“ zvolilo dalších 25 % (27) respondentů. 11 % (12) respondentů uvedlo, že návštěvu sestry z operačního sálu by spíše nechtělo. Možnost „ne“ neuvedl žádný respondent. K možnosti „neutrální“ se přiklonilo 8 % (9) respondentů.

Otázka číslo 12 „Hodnotíte celkově péči na operačním sále pozitivně?“

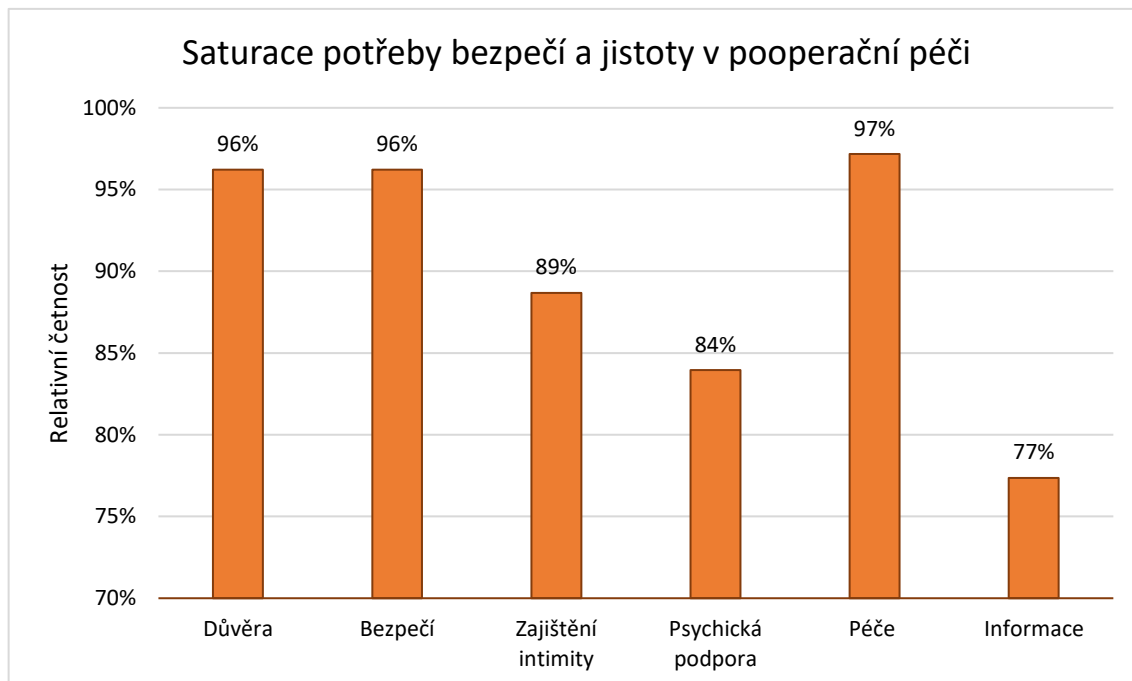


Graf 12 Hodnocení intraoperační péče

Graf 12 znázorňuje, jak respondenti hodnotili celkově intraoperační péči. Dá se říci, že téměř všichni respondenti byli s intraoperační péčí spokojeni. Celkem v 99 % bylo hodnocení intraoperační kladné. Na otázku, zda respondent celkově hodnotí péči na operačním sále kladně, odpovědělo 82 % (87) respondentů „ano“ a 17 % (18) respondentů zvolilo možnost „spíše ano“. Žádný z respondentů neoznačil možnost „ne“. Možnost „neutrální“ označilo 1 % (1) respondent.

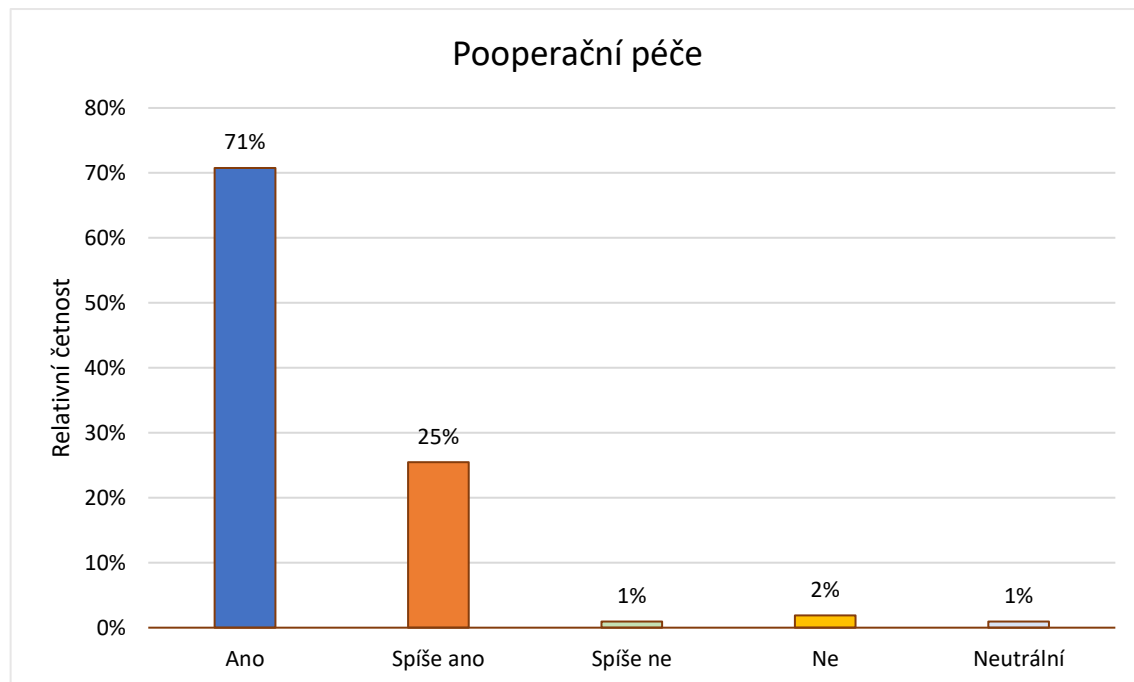
Otázka číslo 13 „Jak jste se cítil/a po operaci?“**Graf 13 Pocity v pooperačním období**

Graf 13 vyjadřuje, jak se respondenti cítili po operaci. U této otázky měl opět každý respondent možnost označit více odpovědí a zároveň měl možnost vlastní volby. Samotný dotaz vychází z oblasti předoperačních obav respondentů. 96 % (102) respondenti označili, že měli po operaci možnost komunikace s rodinou. Velkou skupinu respondentů tvořili ti, kteří měli po operaci pocit nesoběstačnosti, jednalo se o 91 % (96) respondentů. Více než polovina respondentů 58 % (61) uvedl, že měl po operaci bolesti a 31 % (33) respondenti uvedli, že měli po operaci nevolnost. Poslední otázka byla zaměřena na zhodnocení předoperačních obav a ptala se respondentů zda „Obavy, které jsem měl/a před operací, byly oprávněné“. 30 % (32) respondenti uvedli, že jejich předoperační obavy byly oprávněné. Možnost vlastní volby nevyužil žádný z respondentů.

Otázka číslo 14 „Jak hodnotíte péči na oddělení po operaci?“**Graf 14 Saturace potřeby bezpečí a jistoty v pooperační péči**

Graf 14 znázorňuje, jak respondenti hodnotili pooperační péči v oblasti potřeby bezpečí a jistoty. U této otázky měl každý respondent možnost označit více odpovědí. Celkově se dá říci, že pooperační péče byla respondenty hodnocena kladně a nebylo výrazných rozdílů v jednotlivých oblastech. 97 % (103) respondenti hodnotili péči personálu v oblasti saturace potřeb kladně. Tito respondenti označili, že se personál zajímal o jejich potřeby. Potřebu důvěry vnímalo jako uspokojenou 96 % (102) respondenti. Stejně tak tomu bylo u saturace potřeby bezpečí, kdy 96 % (102) respondenti uvedli, že se v období po operaci cítí bezpečně. V oblasti zajištění intimity už je spokojeno méně respondentů. Naplněnou potřebu zajištění intimity v pooperačním období uvedlo 89 % (94) respondenti. O něco méně 84 % (89) respondentů pak uvedlo, že pociťovalo psychickou podporu ze strany personálu. Z pohledu bezpečí a jistoty v pooperačním období byla respondenty nejhůře hodnocena oblast informací. Jedná se o informace s možnostmi situací po operaci, jako je např. zavedení permanentního katetru, odvodných drénů z operačních ran nebo možnost překladi bezprostředně po operaci na jiné oddělení. V této oblasti uvedlo 77 % (82) respondenti, že měli dostatek informací o pooperačním období.

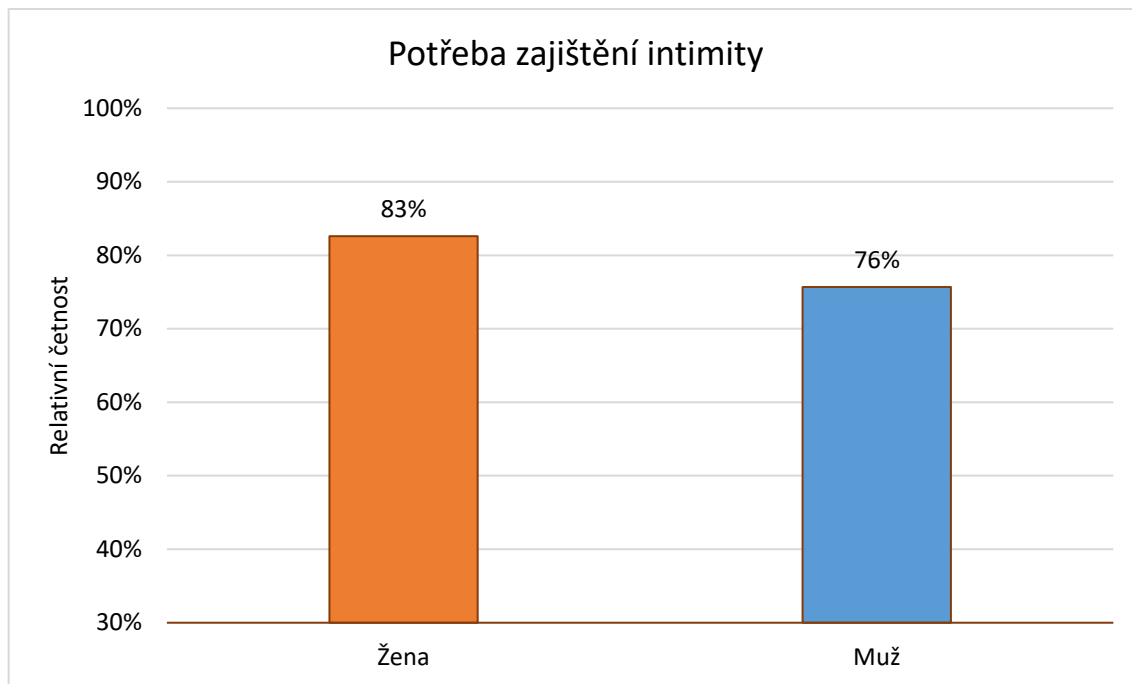
Otázka číslo 15 „Hodnotíte celkově péči na pooperačním oddělení pozitivně?“



Graf 15 Hodnocení pooperační péče

Graf 15 znázorňuje, jak respondenti hodnotili celkově pooperační péči. Na dotaz, zda respondent hodnotí celkově na pooperačním oddělení péči pozitivně, odpovědělo 71 % (75) respondentů „ano“. Možnost „spíše ano“ uvedlo 25 % (27) respondentů. Jedná se o převážnou většinu respondentů. Možnost „spíše ne“ uvedlo 1 % (1) respondent a nespokojeny s pooperační péčí byly 2 % (2) respondenti. Možnost neutrální uvedlo 1 % (1) respondent.

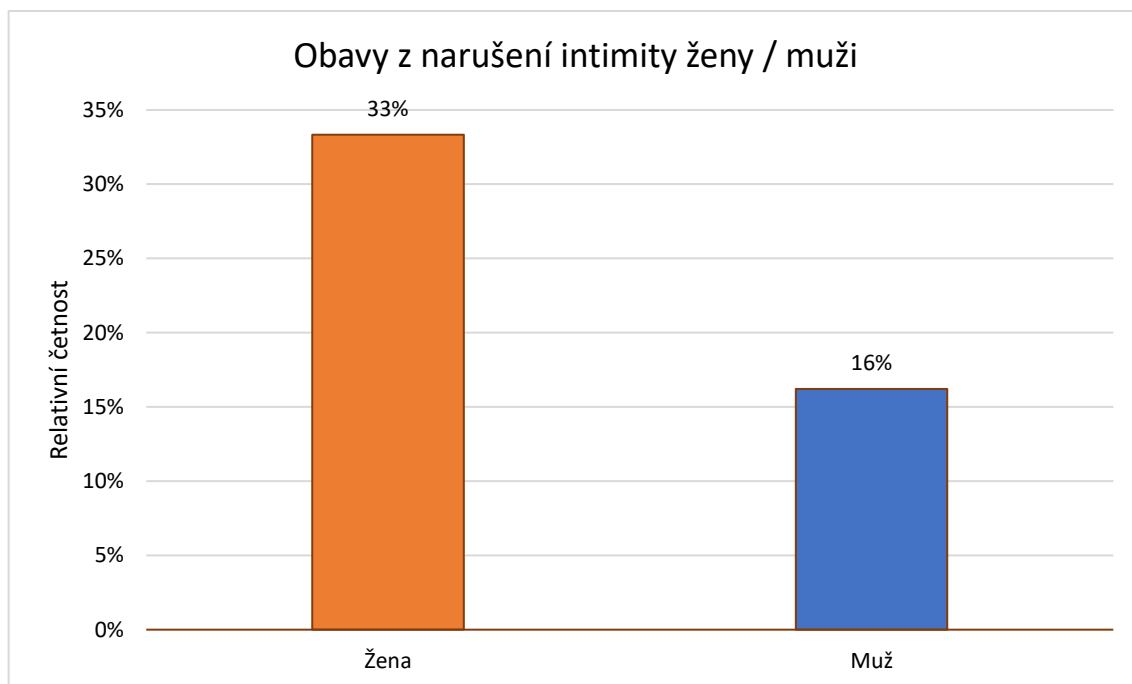
Potřeba zajištění intimity jako faktor bezpečí a jistoty v kontextu s pohlavím respondentů



Graf 16 Zajištění intimity jako potřeba: ženy/muži

Graf 16 znázorňuje důležitost zajištění soukromí jako součásti potřeby bezpečí a jistoty. 83 % (57) žen uvedlo, že zajištění soukromí vnímá jako jednu z potřeb bezpečí a jistoty během perioperační péče. Muži hodnotili zajištění soukromí jako jednu součást potřeby bezpečí a jistoty obdobně. 76 % (28) mužů považuje zajištění soukromí za faktor potřeby bezpečí a jistoty v perioperační péči.

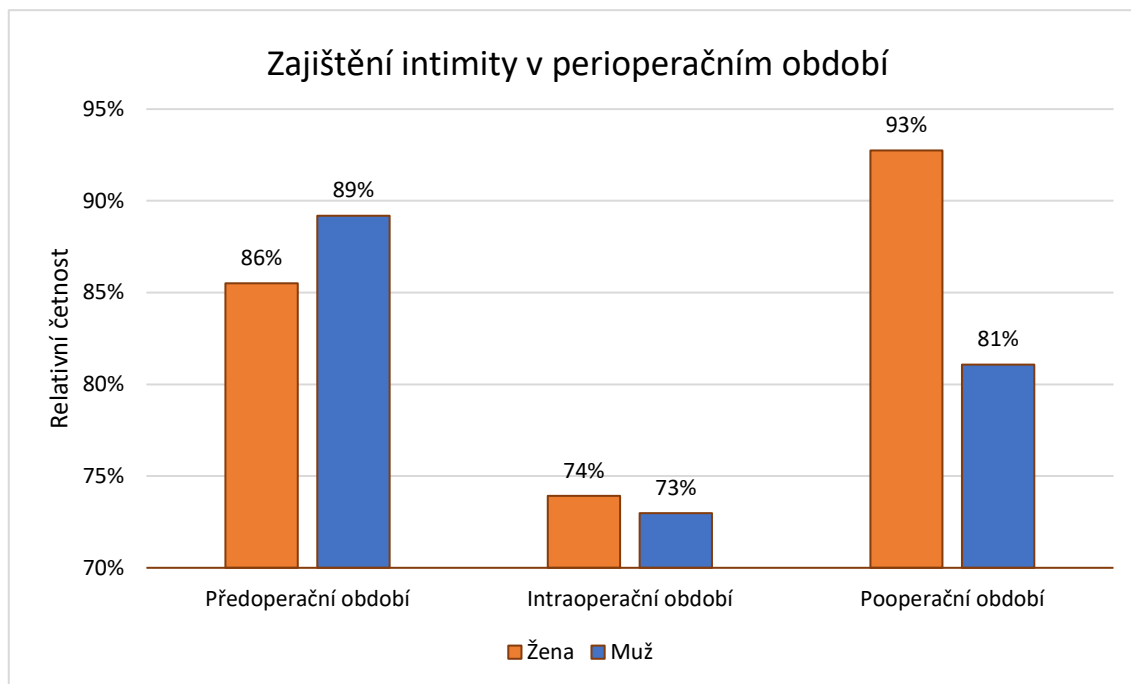
Obavy z narušování intimity v kontextu s pohlavím respondentů



Graf 17 Obavy z narušování intimity: ženy/muži

Graf 17 znázorňuje odděleně odpovědi mužů a žen na otázku číslo 5, která zněla „Čeho se před operací obáváte?“ Obavy z narušení intimity označilo 33 % (23) respondentek, což bylo významně méně, než jsme na začátku výzkumu očekávali. Pouze 16 % (6) mužů uvedlo, že má obavy z narušování intimity během perioperační péče.

Saturace potřeby zajištění intimity během perioperačního období v kontextu s pohlavím respondentů



Graf 18 Zajištění intimity během perioperačního období žena/muž

Pro Graf 18 byly informace získány z otázek 6 c); 9 d); 14 c). Graf znázorňuje, do jaké míry byla v jednotlivých obdobích perioperační péče naplněna potřeba zajištění intimity, a to v kontextu žen a mužů. Nejvíce žen mělo naplněnou potřebu zajištění intimity v pooperačním období, jinak tomu bylo u mužů, kde nejvíce mužů, mělo saturovanou potřebu zajištěním intimity v předoperačním období. Nejvíce žen 93 % (64) uvedly, že jejich intimita byla zajištěna v pooperačním období, v předoperačním období bylo se zajištěním intimity spokojeno 86 % (59) žen. Intraoperační období je ženami v oblasti zajištění intimity hodnoceno nejhůře. Pouze 74 % (51) žena měla v intraoperačním období naplněnou potřebu zajištění intimity. Muži nejlépe hodnotili zajištění intimity v předoperační období. Zde bylo 89 % (33) muži se zajištěním intimity spokojeni. V pooperačním období bylo spokojeno 81 % (30) mužů a nejméně spokojeno bylo se zajištěním intimity 73 % (27) mužů, stejně jako u žen v intraoperačním období.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat potřebu bezpečí a jistoty u pacienta během perioperační péče. Výzkum probíhal v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. od září 2021 do ledna 2022, respondenty byli pacienti starší 18 let, kteří podstoupili plánovaný operační výkon na oddělení centrálních operačních sálů. Celkem se výzkumu účastnilo 106 (100 %) respondentů, zastoupených žen bylo výrazně více než mužů. Žen bylo 69 (65 %) a mužů 38 (35 %). Dotazník obsahoval 15 otázek a tři otázky nečíslované. Byl konstruován tak, že se jednotlivé otázky týkaly vždy konkrétního perioperačního období. Před operačním výkonem vyplnili respondenti dotazy týkající se předoperačního období a po operačním výkonu vyplnili dotazy týkající se intraoperačního a pooperačního období.

Ve výzkumné části jsme srovnatelná data porovnávali s výzkumy Andrey Bellové (2014) *Zajištění intimity pacienta při převazu*, Věry Dodkové (2013) *Pobyt na operačním sále z pohledu pacienta*, Lukáše Hlaváčka (2020) *Vnímání pacientů před a po operačním výkonu*, Pavlíny Homzové (2020) *Hodnocení předoperační úzkosti a strachu*, Antonia Kallogianni (2016) *Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?* Marie Klomínkové (2019) *Respektování studu a intimity klienta při poskytování ošetrovatelské péče*, Veroniky Krejčové (2017) *Identifikace obav pacienta spojených s operačním výkonem*, Denisy Kubíkové (2020) *Prostředí operačního traktu a jeho vliv na pacienta*, Pavlíny Nestrojilové (2015) *Problematika anestezie a perioperační péče z pohledu pacientů*, Seifu Nigussie (2014) *Predictors of preoperative anxiety among surgical patients*, Evy Petrovicové (2015) *Respekt autonomie a intimity pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti*, Michaely Riegorové (2019) *Strach a úzkost pacienta před operací*, Disicy Stamenkovic (2018) *Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery*, Adély Urbanové (2021) *Respektování soukromí a intimity pacienta*.

První výzkumná otázka „Jaké potřeby z oblasti bezpečí a jistoty mají pacienti v jednotlivých obdobích perioperační péče?“

Pro zodpovězení první výzkumné otázky byly v dotazníku určeny otázky číslo 2, 3, 4, 8, 13.

Otázka číslo 2 zjišťuje, jaké pocity respondenti v předoperačním období vnímají. Tato otázka je zaměřena na přítomnost předoperační úzkosti. Ta v sobě zahrnuje skupinu nepříjemných psychických stavů v souvislosti s operačním výkonem. Respondentům byly nabídnuty možnosti „klid“, „strach“, „úzkost“, „nervozita“, „únava“, „stres“ a „smutek“. Respondenti nejčastěji uvedli, že pociťují nervozitu. Tuto možnost uvedlo 54 % respondentů. Druhým nejčastěji uváděným pocitem před operací byl „smutek“, který označilo 41 % respondentů. Tato možnost volby v takovém rozsahu nás překvapila, protože výrazně přesáhla zastoupení pocitů strachu, úzkosti nebo stresu, které jsme očekávali na předních místech. Třetím nejčastěji uváděným pocitem byl „strach“, který uvedlo 27 % respondentů. Únavu uvedlo 9 % respondentů, „úzkost“ označila pouze 4 % respondentů a přítomnost stresu označila 4 % respondentů. Možnost uvedení vlastní volby nevyužil žádný z respondentů. Možnost „klid“ uvedlo 16 % respondentů. Naše výsledky, které ukazují, že předoperační úzkost v některé z definovaných podob prožívalo 84 % respondentů, se shodují s výsledky výzkumu Krejčové (2017), která stejně jako my uvádí, že 84 % respondentů mělo nějaké nepříjemné pocity. Naše výsledky se zásadně neliší

např. od výzkumu Seifu Nigussie (2014), ve kterém uvádí, že předoperační úzkost prožívalo 70,3 % pacientů.

Otázka číslo 3 je zaměřena na předmět předoperační úzkosti. Respondenti měli možnost vybrat více možností na tuto otázku a zároveň měli možnost uvést svou vlastní volbu. Respondentům byla nabídnuta široká škála možností a tomu odpovídala i četnost odpovědí, kdy bylo respondenty označeno celkem 436 možností, což znamená, že jeden respondent označil v průměru čtyři odpovědi. Největší množství respondentů označilo možnost, která byla námi označena „Jak to dopadne“, to znamená obavy z výsledků operace. Tato možnost byla předmětem obav u 70 % respondentů a významně překročila obavy z bolesti po operaci, kterou uvedlo 56 % respondentů, a obav z výkonů týkajících se anestezie, které uvedlo 47 % respondentů. Čtvrtou nejčastěji uváděnou možností předmětu obav jsou následky samotné operace v podobě jizvy nebo trvalých následků, které v našem výzkumu uvedlo 41 % respondentů. Nejčastěji uváděné důvody obav před operací jsme porovnávali s prací Krejčové (2017) a Riegrové (2019) a Dodkové (2013), které byly blízké naší práci. Naše data výzkumu v této oblasti nekorespondují s výzkumem Krejčové (2017), která uvádí, že nejvíce se respondenti obávali komplikací operace (33 %), shodně poté uvádí druhou nejčastěji uváděnou obavu z bolesti po operaci (20 %), jako třetí nejčastěji uvedenou má obavu z trvalých následků (15 %) a čtvrtou v pořadí „odloučení od rodiny“ (12 %). Naprosto rozdílné byly výsledky výzkumu Dodkové (2013), která uvádí, že 28 % respondentů se obává samotné operace, 15 % se obává období po operaci, 14 % respondentů se obává anestezie, 12 % respondentů neznámého prostředí a pouze 9 % respondentů se obává bolesti. Výsledky výzkumu s Riegrovou (2019), která se zabývala strachem a úzkostí u pacientů před operací, korespondovaly s našimi výsledky více, když ona uvádí, že respondenti jejího výzkumu se nejvíce obávají bolesti po operaci (48 %) a výsledku operace (28 %). Na třetím místě má uvedenou možnost „smrt“. Tu v našem výzkumu ani výzkumu Krejčové neuvedl žádný respondent. Domníváme se, že to mohlo být ovlivněno neuvedením možnosti v dotazníku, i když měli respondenti možnost toto uvést jako vlastní volbu. Čtvrtým nejčastěji uváděným předmětem obav má Riegerová uvedenou obavu z pooperační nevolnosti, kterou prožívalo 27 % respondentů, tuto obavu prožívalo 37 % respondentů. V našem výzkumu byla druhou nejčastěji uvedenou možností, kterou uvedlo 47 % respondentů, obava z výkonů spojených s anestezií“. Výsledky našeho výzkumu se výrazně liší s výsledkem Riegrové (2019), která uvádí, že obavy v souvislosti s anestezií má pouze 15 % respondentů, podobné výsledky jako Riegerová uvádí Dodková (2013), která obavy z anestezie zaznamenala také pouze u 14 % respondentů. Zajímalo nás i porovnání výsledků v oblasti intimity, kdy její zachování značí zachování lidské důstojnosti a má podle nás nezastupitelný význam na vnímání pocitů bezpečí a jistoty v perioperačním období. V našem výzkumu má obavy z narušování intimity během perioperační péče 27 % (29) respondentů. Ve výzkumu Krejčové ani Dodkové bohužel tato možnost není vůbec zmíněna, naopak Riegerová (2019) uvádí, že 17 % respondentů má obavy z narušování intimity. Zajímalo nás také, pro jaké množství respondentů je představa neznámého prostředí jako např. operační sál, JIP nebo dospávací pokoj předmětem obav před operací. V našem výzkumu uvedlo obavu z neznámého prostředí 28 % respondentů v porovnání s výzkumem Riegrové (2019) je to výrazně vyšší zastoupení. Ta uvádí, že neznámé prostředí v podobě operačního sálu nebo JIP vzbuzuje obavy pouze u 10 % respondentů. Stejnou otázku ve svém výzkumu pokládala i Dodková (2013), která uvádí, že obavy z neznámých prostředí prožívalo 12 % respondentů. Obavy z oblasti sociální uvedené v našem dotazníku pod možnostmi obava z „izolace od rodiny“,

„dopad hospitalizace“, nebo jak rodina zvládne moji nepřítomnost. V této oblasti se respondenti nejvíce obávali své vlastní izolace od rodiny (29 %), následně toho, jak rodina zvládne jejich nepřítomnost (17 %), a jako poslední z této oblasti uvedlo (10 %) respondentů dopad hospitalizace, např. obavu o práci nebo finanční ztrátu. Riegerová (2019) ani Dodková bohužel obavy z této oblasti neuvádí vůbec, ale touto možností se zabývala Krejčová (2017), která zmiňuje, že obavy z odloučení od rodiny má 13 % respondentů. V našem případě se tuto obavu označilo 29 % respondentů.

Otázka číslo 4 hodnotila, která z možností je pro respondenty důležitá, aby tím byly pozitivně ovlivněny jejich pocity před operací a eliminovala se předoperační úzkost. Respondenti v poskytnutém výběru mohli na tuto otázku vybrat více možností a zároveň měli možnost uvést svou vlastní volbu. V této otázce bylo celkem označeno 907 odpovědí, což odpovídá tomu, že každý respondent označil v průměru 8,5 odpovědi. Z našeho úhlu pohledu toto množství zaznamenaných odpovědí značí míru důležitosti těchto možností pro uspokojení potřeby bezpečí a jistoty. V našem výzkumu se pět nejčastěji označených možností pohybovalo nad hranicí 90 %. Jednalo se o možnosti „důvěra“, kterou uvedlo 99 % respondentů, „Dostatek informací“ a „čistota prostředí“ měla shodné zastoupení 95 % respondentů, stejně jako možnost „klid“ a potřeba psychické podpory ze strany personálu měla shodné zastoupení 92 % respondentů. Pro 88 % respondentů má pozitivní vliv dostupnost personálu a pro 87 % rozhovor s personálem. Zajištění intimity je důležité pro 80 % respondentů. Možnost relaxace např. četbou, poslechem rádia nebo využitím internetu má pozitivní vliv pro 74 % respondentů. Přítomnost blízké osoby byla označena oproti ostatním možnostem pouze v 54 %, neznamená však zanedbatelnou část. Stále se jedná o více než polovinu respondentů. Otázkou pozitivního ovlivnění pocitů před operací a tím možnosti ovlivnit předoperační strach se zabývala Riegerová (2019). Její a naše data jsou diametrálně odlišná. Respondenti našeho výzkumu uvedli nejčastěji možnosti v tomto pořadí: „důvěra“, „dostatek informací“, „čistota prostředí“, „klid“, „psychická podpora“, „dostupnost personálu“, „rozhovor s personálem“, „zajištění intimity“, „relaxace“ a na posledním místě „přítomnost blízkého“. Riegerová uvádí četnost pořadí nabízených možností ve svém výzkumu takto: „četba“, „více času na rozhovor s lékařem“, „jiné“, „častější kontakt s rodinou“, „sledování TV“, „více informací o hospitalizaci“, „více informací o operačním výkonu“.

Otázka číslo 8 se zabývá potřebami respondentů v období intraoperační péče. Jednalo se o potřebu být bez bolesti, potřebu psychické pohody, tepelného a tělesného komfortu a klidné atmosféry. Náš výzkum z období intraoperační péče budeme porovnávat s výzkumem Dodkové (2013), která se zabývala také potřebami respondentů během intraoperační péče. Nejvíce respondentů (94 %) hodnotilo atmosféru na operačním sále jako klidnou. Potřeba klidného prostředí je důležitá v souvislosti s předoperační úzkostí. Člověk s úzkostí je daleko více vnímavý na senzorické podněty, proto i běžná úroveň hluku může být pro operovaného stresující (Janíková, Zeleníková, 2013). Stejně hodnocení jako my zaznamenala ve své práci i Dodková (2013), která uvádí, že téměř všem respondentům (91 %) bylo příjemné prostředí (intenzita a míra hluku) operačního sálu. Se zajištěním tělesného komfortu už bylo spokojeno o něco méně respondentů, svoji spokojenost vyjádřilo 76 % respondentů. Tato informace je pro nás důvodem k zamyšlení a zajištění takových intervencí v praxi, které by vedly k vyšší míře spokojenosti. Porovnání výsledků s Dodkovou (2013), která zjišťovala také tělesný komfort operační polohy, nám ukazuje odlišnost ve výsledcích, když uvádí, že většina respondentů

(93 %) bylo s operační polohou spíše spokojeno. Zajištění tepelného komfortu je podle našeho názoru jedna z nejobtížnějších částí intraoperační péče, protože je ovlivňována na hned několika faktory. Jak jsme již zmiňovali, a uvádí to i Janíková, Zeleníková (2013), téměř všichni lidé podstupující operační zákrok prožívají stres, který vede ke změně senzorické citlivosti. Ve stresu vnímá člověk větší potřebu tepla než obvykle. Dalším faktorem je fakt, že na operačním sále je operant oděn pouze v lehkém operačním oblečení, přikryt lehkou jednorázovou přikrývkou. Třetím, a možná nejzásadnějším negativním faktorem pro zajištění tepelného komfortu, je zajištění potřebné teploty samotného prostředí operačního sálu, která se musí pohybovat v rozmezí 20–24 °C (Jedličková a kol., 2019). V intraoperační péči se pro zajištění tepelného komfortu na zkoumaném oddělení využívají elektrické vyhřívací podložky, přesto v našem výzkumu mělo zajištěno tepelný komfort pouze 64 % respondentů. Tato informace pro nás není příjemným zjištěním, protože jsme očekávali, že tepelný komfort má zajištěno větší procento respondentů. Naš výzkum v této oblasti již nekoresponduje s výzkumem Dodkové (2013), která uvádí, že většina respondentů (85 %) hodnotila tepelný komfort jako příjemný, rozdílné informace uvádí i Wendsche a kol. (2012), který uvádí, že 39 % respondentů uvedlo spokojenost s tepelným komfortem na operačním sále. Poslední dva dotazy byly zaměřeny na základní potřebu v oblasti bezpečí a jistoty, a to necítit ohrožení a být bez bolesti. První dotaz zněl, zda měl respondent na operačním sále strach. Tuto možnost uvedlo 36 % respondentů. Zdálo by se, že to není číslo velké, ale v celkovém kontextu se jedná o jednu třetinu respondentů. Vezmeme-li v úvahu dostupné intervence, které uvádí Janíková, Zeleníková (2013) pro eliminaci předoperační úzkosti jako je edukace, poskytnutí dostatku informací, psychické podpory, relaxačních techniky, poslech muziky nebo farmakologického ovlivnění úzkosti, vedou nás data k zamyšlení, proč nebyla úzkost eliminována u respondentů na minimum. Na druhou stranu je potřeba zamyslet se i z druhého úhlu pohledu, který nastiňuje, že pokud v našem výzkumu mělo před operací nějakou obavu 86 % respondentů, došlo k eliminaci předoperační úzkosti u 50 % respondentů. Naprosto stejný výsledek uvádí i Dodková (2013), která zaznamenala na operačním sále strach u 36 % respondentů. Poslední faktor, kterým jsme se zabývali, byla bolest na operačním sále. V našem výzkumu bolest během intraoperační péče pociťovalo 19 % respondentů. Jsme stejného názoru jako u přítomnosti strachu na operačním sále, že bolest lze efektivně účinnými intervencemi ovlivnit, proto s tímto výsledkem našeho výzkumu nejsme spokojeni. Ujišťuje nás v tom i výsledek šetření Dodkové (2013), která uvádí, že během intraoperační péče mělo bolesti pouze 5 % respondentů.

Otázka číslo 13 hodnotila saturaci potřeby bezpečí a jistoty v pooperačním období. Zajímalo nás, zda byla zajištěna komunikace respondentů s rodinou a tím mohla být naplněna potřeba nezůstat v nemoci sám, která významně ovlivňuje potřebu bezpečí a jistoty (Trachtová a kol., 2018). Naš výzkum probíhal v době zákazu návštěv pacientů v souvislosti s pandemií Covid 19. Možnost komunikace s rodinou mělo 96 % respondentů. Myslíme si, že právě zákaz návštěv ovlivnil tuto oblast potřeb, která nedosáhla 100 % hodnotu. Překvapivé pro nás bylo hodnocení respondentů v oblasti nesoběstačnosti. 91 % respondentů označilo, že mělo pocit vlastní nesoběstačnosti, přestože této situace se před operací obávalo pouze 39 % respondentů. Tento pocit vnímalo v pooperačním období největší množství respondentů. Bolest v pooperačním období mělo 58 % respondentů. Je to číslo vysoké, s ohledem na možnosti její eliminace, ale pokud zohledníme informace z následující otázky, která se ptala, zda se ošetřující personál zajímal o potřeby respondenta. Na tuto otázku odpovědělo 97 % respondentů, že personál reagoval na jejich potřeby. Z toho usuzujeme,

že i když bolest je přirozeným projevem pooperační nemoci, je cílem ošetrovatelské péče, aby byla naplněna pacientova potřeba být bez bolesti, a v tomto případě byla potřeba být bez bolesti naplněna. Stejně přistupujeme k pooperační nevolnosti. Tu uvedlo 31 % respondentů. Zajímalo nás i to, jak po operaci zhodnotili respondenti to, zda jejich obavy před operací byly oprávněné. Dá se říci, že třetina respondentů považovala své obavy za oprávněné. Před operací udávalo některou z obav 84 % respondentů, a pouze 30 % respondentů tyto obavy naplnilo. Dá se říci, že 54 % respondentů nepovažuje předoperační obavy za oprávněné. Stejnou otázku ve své práci položil svým respondentům Hlaváček (2020). Ten ovšem uvádí, že téměř všichni respondenti považovali své předoperační obavy za oprávněné, ale ne v takové intenzitě. V tomto se ve výsledcích neshodujeme. Myslíme si, že rozdíl je způsoben individuálním přístupem každého konkrétního pracoviště, v tomto případě je pro nás potěšujícím zjištěním, že v této oblasti potřeby bezpečí a jistoty vedla naše péče k uspokojení potřeby ve větší míře, než uvádí Hlaváček.

Analyzovali jsme data získaná z otázek číslo 2, 3, 4, 8, 13. Pomocí těchto dat můžeme říci, že potřebu bezpečí a jistoty plánovaný operační výkon významně ovlivňuje. Téměř u všech respondentů došlo ke ztrátě jistoty. Potřeba bezpečí a jistoty v perioperačním období je ovlivněna různými faktory. Nejčastěji byla označena obava z toho, jak operace dopadne. Zároveň jsme zjistili, že je v jednotlivých obdobích odlišná perioperační péče. Potřeba bezpečí a jistoty v předoperačním období se týká zejména budoucnosti, kdy se tyto potřeby ukázaly jako dominantní. Jednalo se o výsledky samotné operace. Následovala potřeba být bez bolesti, mít informace, které vedou k nabytí pocitu jistoty, a potřeba psychické podpory. V intraoperačním období se jednalo o potřeby bezprostředně se týkající člověka, které byly v danou chvíli aktuální. Jednalo se o potřebu tělesného a tepelného komfortu, potřebu být bez ohrožení v podobě strachu, zachování lidské důstojnosti v podobě zajištění intimity a dostatku informací pro nabytí jistoty. V pooperačním období je se jednalo o potřebu být soběstačný, která se ukázala jako dominantní, následovala potřeba být bez bolesti, potřeba informací pro nabytí jistoty a potřeba psychické podpory.

Druhá výzkumná otázka „Jak vnímají pacienti saturaci potřeby bezpečí a jistoty v perioperační péči“?

Pro zodpovězení druhé výzkumné otázky byly v dotazníku určeny otázky číslo 6, 7, 9, 12, 14, 15.

Otázka číslo 6 byla zaměřena na základní oblasti bezpečí a jistoty v předoperační péči a jejich naplnění. Zjišťovala, zda respondenti důvěřují personálu, zda se na předoperačním oddělení cítí bezpečně, zda je dostatečně zajišťována intimita v předoperačním období, zda se personál zajímal o potřeby respondenta a zda cítil respondent psychickou podporu ze strany personálu. Na tyto elementy bezpečí a jistoty se v našem výzkumu zaměříme zvláště v každém období perioperační péče. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Potřeba bezpečí a jistoty v hierarchii potřeb dle Maslowa je hned za potřebami fyziologickými. To naznačuje i jejich důležitost a nezbytnost jejich naplnění pro zachování vnitřní rovnováhy (Trachtová a kol., 2018). Operační zákrok významně zasahuje do potřeby bezpečí a jistoty a úkolem zdravotnického personálu je pomocí ošetrovatelského procesu systematicky uspokojovat všechny potřeby pacienta (Trachtová a kol., 2018). Příjemným zjištěním pro nás bylo, že 96 % respondentů mělo během předoperační péče pocit bezpečí a důvěry v ošetřující personál. Stejně tak i informace o tom, že byla dostatečně zajištěna intimita během předoperační péče u 87 % respondentů.

O něco méně, 86 % respondentů, označilo, že se personál zajímal o jejich potřeby. Z oblasti saturace potřeby a jistoty v předoperačním období bylo nejhůře respondenty hodnoceno, zda vnímali psychickou podporu ze strany ošetřujícího personálu. Tuto možnost uvedlo, ve srovnání s ostatními oblastmi této otázky, pouze 67 % respondentů. Ve srovnání s výzkumem Riegrové (2019), která řešila podobnou otázku, se jednalo o téměř totožné množství 64 % respondentů.

Otázka číslo 7 zjišťovala, do jaké míry hodnotí péči na oddělení před operací pozitivně. Pro hodnocení této otázky byla použita Likertova škála. Přes všechny možné nedostatky, pacienti hodnotili péči převážně pozitivně. 96 % respondentů uvedlo, že předoperační péči hodnotí pozitivně nebo spíše pozitivně. Dá se říci, že potřeba bezpečí a jistoty byla v předoperačním období u respondentů naplněna. Naplnění této potřeby dává dobrý základ pro budoucí hospitalizace v souvislosti s nějakým dalším operačním výkonem, protože, jak udává Riegerová (2019), předchozí pozitivní zkušenost s operačním výkonem má pozitivní vliv na prožívání předoperační úzkosti.

Otázka číslo 9 je zaměřena na saturaci potřeby bezpečí a jistoty v intraoperačním období. Zjišťovala, zda respondenti pociťují důvěru v ošetřující personál, zda během intraoperační péče mají pocit bezpečí, zda cítil respondent psychickou podporu ze strany personálu, zda je dostatečně zajišťována intimita v tomto období, zda měl respondent dostatek průběžných informací o probíhající intraoperační péči a zda se personál operačního sálu zajímal o potřeby respondenta. Wendsche a kol. (2012) uvádí, že kvalitní intraoperační péče musí být poskytována v souladu s potřebami pacienta a zároveň se zvýšenou pozorností na potencionální rizika pacienta. Mimořádně důležitou pro saturaci potřeby bezpečí a jistoty v perioperačním období považuje informovanost pacienta nejen lékařem, ale také sestrou v rámci svých kompetencí. Nedostatek informací je předmětem nejistoty a rozvoje úzkosti. Ošetřovatelská péče o pacienta během intraoperačního období by měla vzbuzovat v pacientovi důvěru a pocit bezpečí. Důležitým prvkem je zachování lidské důstojnosti v podobě zajištění intimity (Wendsche, 2012). Pacienti v neznámém prostředí a v nové situaci, pro ně v nepříjemné situaci, potřebují psychickou podporu ošetřujícího personálu, potřebují se ujistit ve svých myšlenkách i o tom, že jejich pocity personál sdílí a podpoří je v saturaci potřeb. Stejně důležitá pro zajištění důvěry je komunikace jednotlivých členů operačního týmu. Pacient v rámci intraoperační péče vnímá komunikaci personálu v rámci organizace intraoperační péče. Ta by vždy měla probíhat tak, aby v pacientovi podpořila pocit důvěry (Jedličková a kol., 2019). V našem výzkumu označilo 94 % respondentů, že důvěru pociťovalo. Pro ošetřující personál je tato informace zpětnou vazbou, že ošetřovatelská intraoperační péče probíhá kvalitně. Sestra v intraoperační péči by měla při péči poskytovat projevy úcty k pacientovi, vnímat individuality člověka se všemi bio-psycho-sociálními potřebami a svým příjemným vystupováním podpořit vnímání pocitu bezpečí u pacienta na operačním sále. V našem výzkumu uvedlo 92 % respondentů, že se cítilo na operačním sále bezpečně. Pro zajištění potřeb bezpečí a jistoty na operačním sále je důležité zajištění intimity, dostatek informací a psychická podpora v podobě efektivní komunikace, která vede k naplnění potřeb během intraoperační péče (Wendsche a kol., 2012). V těchto oblastech se již v rámci výzkumu objevily rozdíly. 85 % respondentů označilo, že se personál zajímal o jeho potřeby během intraoperační péče. Naplnění potřeby informací v podobě průběžného poskytování informací o průběhu a úkonech, které může respondent očekávat, už označilo pouze 75 % respondentů. Oproti tomu respondenti Kubíkové (2020) uvedli poskytování

informací v 92 %. V našem výzkumu bylo ze všech potřeb v intraoperační péči nejhůře hodnoceno zajištění intimity. Sestra, nejen ta v perioperační péči, by krom jiného měla vždy chránit autonomii člověka jeho důstojnost a lidská práva (Wichsová a kol., 2013). Do této oblasti jednoznačně spadá oblast zajištění intimity. V našem výzkumu označilo 74 % respondentů, že jejich intimita byla během perioperační péče zajištěna, což by mělo být pro ošetřující personál signálem ke zkvalitnění jeho péče v této oblasti. Kubíková (2020) uvádí, že se zajištěním intimity na operačním sále bylo spokojeno 100 % respondentů, což nekoresponduje s našimi výsledky.

Otázka číslo 12 pomocí Likertovy škály zjišťovala, zda respondenti celkově hodnotili intraoperační péči pozitivně. Tyto data potvrdila, že během intraoperační péče byla naplněna potřeba bezpečí a jistoty u 99 % respondentů, což je pro nás uspokojivý výsledek. Tato data jsou pro nás a ošetřující personál velmi cennou informací.

Otázka číslo 14 byla zaměřena na základní oblasti bezpečí a jistoty v pooperační péči a jejich naplnění. Zjišťovala, zda respondenti důvěřovali personálu, zda měli pocit bezpečí na pooperačním oddělení, zda byla během pooperační péče zajišťována jejich intimita, zda cítili psychickou podporu ze strany personálu, zda péče personálu v oblasti uspokojování potřeb byla dostatečná a zároveň zjišťovala zpětnou vazbu, zda informace, které byly respondentům před operací poskytnuty o období pooperačním, jako např. možnost překlada na oddělení pooperační péče nebo JIP, možnost zavedení drénů z operační rány nebo permanentního katetru, považují za dostatečné. Obecnému významu uspokojení těchto potřeb jsme se věnovali v otázce číslo 6. Na tomto místě zhodnotíme jednotlivé atributy bezpečí a jistoty a jejich saturaci v průběhu perioperačního období. Důvěru personálu uvedli shodně v 96 % respondenti během předoperační a pooperační péče. Během intraoperační péče se jednalo o 94 % respondentů. Obdobně byl respondenty hodnocen pocit bezpečí. 96 % respondentů opět shodně uvedlo, že se cítilo bezpečně během předoperační a pooperační péče. Během intraoperační péče mělo pocit bezpečí 92 % respondentů. S péčí personálu v oblasti naplňování potřeb už se objevují větší rozdíly. Nejlépe respondenti hodnotili pooperační péči na oddělení (97 %), poté péči předoperační (86 %) a nejhůře byla hodnocena intraoperační péče, kde pouze 85 % respondentů uvedlo, že personál se zajímal o jejich potřeby. Psychickou podporu ze strany personálu hodnotili respondenti nejlépe v pooperačním období (84 %), poté v intraoperačním období (82 %), nejhůře a s výrazným rozdílem byla hodnocena předoperační péče, kde psychickou podporu vnímalo pouze 67 % respondentů. Oblast zajištění intimity se také výrazně odlišovala. Nejlépe bylo hodnoceno zajištění intimity v pooperačním období (89 %), v předoperačním období bylo spokojeno 87 % respondentů. Nejhůře byla v oblasti zajištění intimity hodnocena intraoperační péče, kde spokojenost uvedlo pouze 74 % respondentů. Na výsledky našeho výzkumu by se dalo pohlížet tak, že během intraoperační péče je pacient nejvíce ze všech období perioperační péče obnažen, to by se mohlo zdát jako jasný fakt, proč je intraoperační péče hodnocena nejhůře. Porovnáme-li však data s Dodkovou (2013), která uvádí, že spokojenost se zajištěním intimity v intraoperačním období uvedlo 85 % respondentů nebo Kubíkovou (2020), která uvádí 100 % spokojenost, přivádí nás to k myšlence, že nedostatky bohužel vznikají na straně ošetrovatelského personálu a je třeba identifikovat slabé místo v péči o intimitu pacienta a zajistit potřebné intervence všech členů operačního týmu, aby byla intimita pacientů zajišťována v intraoperační péči v dostatečné kvalitě. V oblasti naplnění potřeby informací se neobjevují velké rozdíly, ale významně kleslo množství respondentů, kteří měli naplněnou potřebu informací. Nejvíce spokojeno bylo 77 % respondentů v pooperačním období. Shodně

bylo hodnoceno předoperační a intraoperační období 75 % spokojených respondentů v oblasti informovanosti. Jedličková a kol. (2019) se věnovala podobnému tématu a uvádí, že perioperační edukace je zásadní součástí efektivní předoperační přípravy a zmiňuje její význam v prevenci problémových situací v období perioperační péče vzniklé z důvodu nejasností nebo nedostatku informací. Stejně jako Kalogianni a kol. (2016), která se zabývala vlivem edukace na pooperační úzkost a zotavování, uvádí, že předoperační edukace má pozitivní vliv na psychiku nemocného a pooperační průběh. V našem výzkumu 91 % respondentů odpovědělo, že jsou pro ně informace o perioperační péči důležité. Porovnáním dat našeho výzkumu v oblasti saturace potřeby informací a potřeby informací, považujeme oblast informací za nejproblémovější.

Otázka číslo 15 hodnotila celkově pooperační péči pomocí Likertovy škály. Přestože nebyla pooperační péče ve všech oblastech hodnocena nejlépe, respondenti byli celkem v 96 % s péčí spokojeni nebo spíše spokojeni. V porovnání všech oblastí perioperační péče byla 99 % stejně hodnocena předoperační a intraoperační péče, pooperační péče byla hodnocena sice nejhůře, ale jednalo se o 96 % respondentů. Celkově můžeme říci, že během perioperační péče byli respondenti spokojeni s péčí na jednotlivých odděleních perioperační péče.

Analýzou dat získaných z otázek 6, 7, 9, 12, 14, 15 jsme zjistili, že respondenti v průběhu perioperačního období mají saturovanou potřebu bezpečí a jistoty. Téměř všichni respondenti uváděli v průběhu celého perioperačního období, že mají pocit důvěry a bezpečí, což jsou pro nás pečující zásadní informace. Jelikož je třeba kvalitu ošetrovatelské péče stále zlepšovat, zastavíme se u oblastí, které vykazují známky nedostatečné saturace potřeb. Oblast, kterou hodnotíme jako nedostatečně saturovanou, je oblast saturace potřeby informací ve všech oblastech perioperační péče. Výrazné nedostatky se objevovaly v informovanosti v souvislosti s intraoperační péčí. Nenaplněná potřeba psychické podpory se objevovala u respondentů v předoperačním období. V předoperačním období vidíme nedostatky v oblasti psychické podpory, která zřejmě koresponduje s faktem, že ve zdravotnickém zařízení, kde probíhal výzkum, není nikterak hodnocena předoperační úzkost. V oblasti zajištění intimity vidíme nedostatky během intraoperační péče. V pooperační péči se potřeba významně týkala vlastní soběstačnosti. Nenaplněné potřeby být soběstačný a být bez bolesti, dominovaly pooperačnímu období.

Třetí výzkumná otázka „Jak vnímají pacienti potřebu informací o intraoperační péči?“

Na třetí výzkumnou otázku odpovídají v dotazníku otázky číslo 5, 10, 11.

Otázka číslo 5 hodnotila kvalitu poskytovaných informací o perioperační péči. Zajímalo nás, zda respondenti znají jméno lékaře, který je bude operovat. Tuto informaci v našem výzkumu znalo pouze 58 % respondentů. Stejnou otázku položila respondentům i Riegerová (2019) a zjistila, že 77 % respondentů zná jméno lékaře, který jej bude operovat. Nestrojilová (2015) ve svém výzkumu získala odpověď, že 91 % respondentů zná jméno lékaře, který jej bude operovat. Myslíme si, že jakýkoliv operační výkon významně zasahuje potřebu bezpečí a jistoty, a znalost jména operátora by proto měla být nepostradatelnou informací v oblasti perioperační informovanosti. V této oblasti se domníváme, že potřeba naplněna není. Další dotazy byly zaměřeny na to, zda považují respondenti množství informací o průběhu perioperačního období za dostatečné a zda jim způsob poskytování informací vyhovoval. Dnešní ošetrovatelství je zaměřeno na pacienta, pacient je vnímán jako celek a je kladen důraz na jeho individuální

potřeby. Sám pacient je aktivním členem týmu, který si aktivně vyhledává informace, diskutuje o své nemoci, věří v možnost vlastního ovlivnění a v závěru si vytvoří své „laické pojetí nemoci“. Úkolem zdravotníků pak je vnímat pacientovo subjektivní pojetí nemoci a přizpůsobit tomu množství informací, jejich obsah i způsob předání (Plevová a kol., 2018). Právě subjektivní vnímání své nemoci pacientem může být zdrojem pro spokojenost či nespokojenost s poskytovanými informacemi od zdravotníků. V našem výzkumu 84 % respondentům vyhovoval způsob poskytování informací, ale pouze pro 74 % respondentů bylo těchto informací dostatečné množství. Riegerová (2019) ve svém výzkumu uvádí, že na otázku, jak se respondenti cítí být informováni v souvislosti se svou operací, 89 % respondentů odpovědělo, že „dobře“ nebo „velmi dobře“, což jen potvrzuje, že v oblasti informovanosti je potřeba věnovat během ošetrovatelské péče více pozornosti.

Otázka číslo 10 byla zaměřena na potřebu informací o intraoperační péči. Důležitá pro nás byla zejména otázka, zda jsou tyto informace pro respondenty důležité. Pro 91 % respondentů tyto informace důležité jsou, což potvrdilo naše očekávání. Další dotazy byly směřovány na konkrétní situace na operačním sále. Jednalo se o to, zda, respondent zhruba ví, které úkony může na operačním sále očekávat, zda zná přibližně délku operace a jestli ví přibližně, v jaké poloze bude jeho operace probíhat. Tyto dotazy byly vybrány záměrně, protože se v praxi opakují překvapivé reakce zejména mužů, při ukládání do gynekologické polohy, nebo reakce respondentů, kteří jsou operováni ve svodné anestezii, „že nečekali, že to bude trvat tak dlouho“. 74 % respondentů vědělo v jaké poloze jeho operace bude probíhat. Tato informace nás nepřekvapila, ale vedla nás k hlubšímu zamyšlení. Součástí každého informovaného souhlasu s operačním výkonem na našem pracovišti je informace i o tom, v jaké poloze operace probíhá. Každý pacient tento souhlas musí před operací podepsat a svým podpisem potvrdit, že informace přečetl a že jim rozumí. Zde pravděpodobně dochází k situaci, kdy poskytované informace nemají potřebnou formu, nebo jich je mnoho, nebo není dostatek času na jejich prostudování. To potvrzuje i Wendsche a kol. (2012), který oblast informací a její saturace v perioperační péči považuje za jednu z nejdůležitějších oblastí, která zásadním způsobem ovlivňuje psychickou stránku nemocného. Uvádí, že informace mají být poskytovány v dostatečné míře a takové úrovni, které odpovídají mentalitě a aktuálnímu psychickému stavu pacienta, a zároveň přikládá důležitost načasování informací, aby zbyl prostor na tzv. vstřebání informací. Otázku očekávaných úkonů hodnotili respondenti podobně, a to 75 %. Tato data se ale neshodují s daty, které uvádí Wendsche a kol. (2012), že pouze 28 % respondentů mělo představu o intraoperační péči, stejně jako Kubíková (2020), která uvádí 25 %. Domníváme se, že tato data jsou pro nás zpětnou vazbou, jak probíhá předoperační informovanost. Předpokládanou délku samotné operace znalo 58 % respondentů. Dle našeho názoru je tato informace velice důležitá zejména pro respondenty, kteří jsou operováni ve svodné anestezii. Ne zřídka trvá operace dvě a více hodin. V tu dobu vzniká prostor pro přemýšlení, zda vše probíhá tak, jak má, zda nenastala nějaká komplikace, a může se tak spustit úzkostná reakce, která se následně projeví i fyzicky tachykardií, pocitem vnímání bolesti, třesem a může zkomplikovat jinak klidný průběh operačního výkonu. Pacient v tu chvíli intenzivně vnímá veškeré doprovodné zvuky na operačním sále, soukromé hovory personálu, které mohou mít ve svém důsledku negativní vliv na psychický stav nemocného (Jedličková a kol., 2019).

Otázka číslo 11 řešila potřebu edukace perioperační sestrou. Naš výzkum probíhal v nemocnici, kde edukace perioperační sestrou v rámci předoperační přípravy neprobíhá. Zajímalo nás, jak

na tuto možnost nahlíží sami pacienti. Respondentů jsme se zeptali, zda by uvítali možnost, že by je před operací navštívila sestra z operačního sálu a poskytla jim bližší informace o intraoperační péči. Tuto otázku hodnotili respondenti pomocí Likertovy škály. Očekávali jsme, že se respondenti jednoznačně vyjádří pro edukaci. Výsledek tak jasný nebyl. Možnost by jednoznačně uvítalo 55 % respondentů a 25 % respondentů uvedlo možnost „spíše ano“. 11 % respondentů volilo možnost „spíše ne“ a 8 % uvedlo neutrální možnost. Tento výsledek nás překvapil, nicméně 80 % respondentů by tuto možnost uvítalo, což opět nekoresponduje s daty, která uvádí Wendsche a kol. (2012). V jeho případě by uvítalo více informací o intraoperační péči 53 % respondentů. Stamenkovic (2018) ve své publikaci uvádí, že z jejich zkušenosti pacienti obecně rádi přijímají informace o perioperační péči, stejně tak je zajímají jména ošetřujícího a lékařského personálu a zároveň poukazuje na význam předoperační edukace nejen o samotné operaci a typu anestezie, ale zároveň o poskytnutí konkrétních informací z úst lékaře, ale zároveň považuje za zásadní poskytování konkrétních informací o perioperační péči ze strany sester.

Analýzou otázek 5, 10, 11 jsme došli k závěru, že respondenti mají zájem o informace o intraoperační péči a že naplnění potřeb informací má pozitivní vliv na jejich pocity během perioperační péče.

Čtvrtá výzkumná otázka „Jaký vliv na potřebu zajištění intimity má pohlaví pacienta?“

Údaje pro čtvrtou výzkumnou otázku jsou data získána z otázek číslo 1, 3, 4, 6, 9, 14.

Pomocí dat z otázky 1 a 3 d jsme získali informace o tom, jak rozdílně prožívají obavy z narušení intimity muži a ženy. Z Grafu 3 je patrné, že 27 % všech respondentů prožívalo předoperační úzkost způsobenou obavami z narušení intimity. V Grafu 17 už je patrný rozdíl v prožívání obav mezi muži a ženami. V našem výzkumu obavu z narušení intimity v souvislosti s operačním výkonem prožívalo 33 % žen a 16 % mužů. To, že významným rozdílem prožívalo obavu před operací více žen než mužů, nám potvrdilo naše očekávání, které potvrzují i jiní autoři (Janíková, Zeleníková, 2013; Homzová, 2013).

Pomocí dat získaných z otázek číslo 1 a 4 f, jsme získali odpověď, zda potřeba zajištění intimity jako jednoho z prvků bezpečí je vnímáno rozdílně u mužů a u žen. Jak ukazuje Graf 16, v potřebě zjištění intimity významné rozdíly mezi muži a ženami nejsou. 83 % žen a 76 % mužů uvedlo, že je pro ně zajištění intimity důležité. Dá se tak říci, že potřebu zajištění intimity mají obě pohlaví obdobnou. Potřebě zajištění intimity se věnovala také Urbanová (2021), která má ve svém výzkumu porovnatelná data. Její výsledky korespondují s našim výzkumem, když uvádí, že 79 % respondentů považuje za důležité zajištění intimity během ošetrovatelské péče. Rozdílná data ale přináší Klomínková (2019) a Bellová (2014). Klomínková uvádí, že zajištění intimity je důležité pro 100 % respondentů, a u Bellové to bylo 93 %. Ani jedna z výše uvedených autorek se ale nezabývala rozdíly v této potřebě mezi muži a ženami.

Pomocí dat z otázky číslo 1; 6 c; 9 d; 14 c jsme získali data pro porovnání zajištění intimity během jednotlivých fází perioperační péče v kontextu mužů a žen. Získaná data jsou zobrazena v grafu 18. Ženy hodnotily nejlépe zajištění v pooperační péči (93 %), poté v předoperačním období (83 %) a nejhůře byly spokojeny se zajištěním intimity během intraoperační péče (74 %). Muži byli nejvíce spokojeni se zajištěním intimity v předoperační péči (89 %), poté v pooperačním období (81 %) a shodně s vyjádřením žen hodnotili zajištění intimity v intraoperačním období (73 %). Období pooperační péče z pohledu zajištění intimity bylo

v našem výzkumu hodnoceno rozdílně muži a ženami, muži lépe hodnotili předoperační péči, ženy naopak pooperační péči. Zhodnotíme-li veškerá získaná data pro tuto otázku, můžeme říci, že potřebu zajištění intimity mají obě pohlaví téměř totožnou. V předoperačním období mělo obavu z narušení intimity během perioperačního období významně vyšší procento žen. Potřebu zajištění intimity hodnotili muži a ženy v předoperačním a pooperačním období obdobně, bez významných rozdílů. Obě pohlaví hodnotila nejhůře oblast zajištění intimity období intraoperační péče. Zajímavým zjištěním v souvislosti s předoperační obavou pro nás byla celková spokojenost mužů a žen. Přestože před operací mělo obavy z narušení intimity 33 % žen na konci perioperačního období bylo se zajištěním intimity spokojeno v průměru 84 % žen. U mužů se v předoperačním období vyskytovaly obavy z narušování intimity u 16 %, což bylo téměř o polovinu méně než u žen, přesto bylo se zajištěním intimity spokojeno v průměru 81 % mužů, což je o něco méně než u žen. Z tohoto výsledku lze soudit, že celkem 33 % žen mělo obavy z narušení intimity a nespokojeno se zajištěním intimity bylo 16 % žen. 16 % mužů mělo před operací obavy a na konci perioperačního období bylo nespokojeno se zajištěním intimity 19 % mužů.

Analýzou dat otázek 1, 3 d, 4 f, 6 c, 9 d a 14 c jsme došli k závěru, že potřeba zajištění intimity není závislá na pohlaví pacienta. Rozdíly jsou vidět pouze v její nedostatečné saturaci v předoperačním období, kdy ženy v souvislosti s operačním výkonem vnímají výrazně více obav z narušování intimity než muži. Zároveň jsme zjistili, že potřebu zajištění intimity měli respondenti nejvíce v intraoperačním období a obě pohlaví v téměř stejném zastoupení. V předoperačním období a pooperačním období byla potřeba satureována ve větší míře než na operačním sále a opět u obou pohlaví stejně. Muži vyjádřili v závěru větší míru nespokojenosti se zajištěním intimity než ženy, a to nejvíce v intraoperačním období a pooperačním období. Závěrem lze říci, že pohlaví pacienta nemá vliv na potřebu zajištění intimity, je důležitá pro obě pohlaví téměř stejně. Rozdíly panují v nedostatečném uspokojení této potřeby, která se následně projevila v přítomnosti obav z možného narušení intimity během perioperační péče významně více u žen než u mužů. Ty mají významně více ženy než muži. Nejvíce pociťovali respondenti potřebu zajištění intimity v intraoperačním období, a to téměř shodně muži i ženy.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Potřeba bezpečí a jistoty se objevuje ve chvíli ztráty životní jistoty, kterou bezesporu je i plánovaný operační výkon. Zásadní význam pro nabytí jistoty je uspokojení potřeby informací.

Podle zjištěných výsledků našeho výzkumu bychom doporučili zlepšit informovanost pacientů o oblasti perioperační péče, zejména pak o intraoperační péči. Otevřením diskuze o zavedení edukace perioperační sestrou bychom rádi zvýšili kvalitu poskytované ošetrovatelské perioperační péče, která by prokazatelně vedla ke zlepšení předoperační úzkosti pacientů a celkového prožívání předoperačního období.

Vytvořili jsme edukační brožuru (viz Příloha E), která v rámci kompetencí sester pro perioperační péči, stručně informuje o průběhu perioperační ošetrovatelské péče. Jejím cílem je pomocí fotografií a stručného textu uspokojit potřebu informací o intraoperační péči a zmírnit obavy z neznámého prostředí. Brožura bude poskytována pacientům před plánovaným operačním výkonem v předanestetické ambulanci a na jednotlivých lůžkových odděleních v rámci předoperační přípravy.

Zároveň bychom doporučili zaměřit se během ošetrovatelské péče na předoperační úzkost, kterou před operačním výkonem v různé míře prožívá většina pacientů. Doporučujeme zavedení hodnocení předoperační úzkosti pomocí dostupných hodnotících škál.

Pro oblast zajištění intimity bychom doporučili zavedení a používání jednorázového spodního prádla během intraoperační péče, které může mít významný pozitivní vliv na oblast zajištění intimity pacienta.

Zároveň doporučujeme ke zkvalitnění perioperační ošetrovatelské péče využívání školení a odborných seminářů, které se zabývají holistickým přístupem k pacientovi.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá potřebou bezpečí a jistoty u pacienta v souvislosti s operačním výkonem se zaměřením na období perioperační ošetrovatelské péče. V současném stavu přibližuje problematiku lidských potřeb, jejich teorií, potřebu bezpečí a jistoty v nemoci, zároveň specifikuje obor chirurgického ošetrovatelství a oblast perioperační péče, zabývá se specifiky potřeby bezpečí a jistoty v perioperačním období, věnuje se tématu předoperační úzkosti, projevům nenaplněné potřeby bezpečí a jistoty v souvislosti s operací a rolí sestry v perioperační péči.

Cílem práce bylo zmapovat potřebu bezpečí a jistoty v jednotlivých obdobích perioperační péče. Zvoleny byly čtyři výzkumné otázky: Jaké potřeby z oblasti bezpečí a jistoty mají pacienti v jednotlivých obdobích perioperační péče? Jak vnímají pacienti saturaci potřeby bezpečí a jistoty v perioperační péči? Jak vnímají pacienti potřebu informací o intraoperační péči? Jaký vliv na potřebu zajištění intimity má pohlaví pacienta?

Zjistili jsme, že potřebu bezpečí a jistoty plánovaný operační výkon významně ovlivňuje. Téměř každý respondent v souvislosti s operačním výkonem ztratil svoji jistotu, která se následně projevila přítomností některé z potřeb. Zjistili jsme, že ztrátu jistoty před plánovaným operačním výkonem vnímali respondenti nejčastěji v podobě nervozity, smutku a strachu. Předmětem těchto pocitů byla obava z toho, jak samotná operace dopadne, obava z bolesti a obava z úkonů spojených s anestezií. Pro opětovné nabytí pocitu jistoty byla pro respondenty nejdůležitější důvěra ve zdravotnický personál, dostatek informací a čistota prostředí. Potřeby, které respondenti v průběhu perioperačního období měli, se ošetrovatelský personál snažil uspokojovat a celkově respondenti vnímali saturaci svých potřeb za uspokojenou. Celkově respondenti byly respondenti i přes zjištěné nedostatky, s ošetrovatelskou péčí na všech odděleních perioperační péče spokojeni.

V první výzkumné otázce nás zajímaly informace, jak je potřeba bezpečí a jistoty v každém perioperačním období odlišná. V předoperačním období měli respondenti nejčastěji potřebu jisté budoucnosti v podobě konkrétních výsledků operace. Měli potřebu být bez bolesti a mít uspokojenou potřebu informací. V intraoperačním období se potřeby týkaly bezprostředně samotného respondenta v danou chvíli. Jednalo se o potřebu tepelného komfortu, potřebu zajištění intimity a potřebu informací. V bezprostředním pooperačním období se potřeba bezpečí a jistoty projevovala nejčastěji jako potřeba vlastní soběstačnosti, potřebu být bez bolesti a mít informace. První výzkumnou otázkou jsme zjistili, že potřeba bezpečí a jistoty se v každém jednotlivém období perioperační péče je odlišná.

Druhá výzkumná otázka se zabývala naplňováním potřeby bezpečí a jistoty v jednotlivých obdobích perioperační péče. Nejlépe hodnotili respondenti celkově saturaci potřeb v pooperačním období. Období předoperační a intraoperační péče pak byla hodnocena srovnatelně. Téměř všichni respondenti měli během perioperačního období saturovanou, pro nás pečující zásadní, potřebu bezpečí a důvěry ve zdravotnický personál, a to na všech odděleních obdobně. Zjistili jsme ale, že během perioperační péče se ostatní oblasti potřeby bezpečí a jistoty na jednotlivých odděleních liší. Přestože respondenti hodnotili celkově péči a uspokojování potřeb na jednotlivých odděleních kladně, nedostatky v uspokojování potřeby bezpečí a jistoty jsme zaznamenali. Tyto nedostatky se stejně jako samotná potřeba bezpečí

a jistoty odlišovaly dle jednotlivých oddělení perioperační péče. Nedostatky v naplnění potřeby během celého období perioperační péče se objevily v oblasti informovanosti, a to ve všech jednotlivých obdobích perioperační péče stejně. V předoperačním období vidíme nedostatky v oblasti psychické podpory, která zřejmě koresponduje s faktem, že nebyla nikterak hodnocena předoperační úzkost. Stejně tak jsme zjistili nedostatky v naplnění potřeby zajištění intimity, která se týkala intraoperační ošetrovatelské péče. Pooperačnímu období dominovala potřeba být soběstačný a být bez bolesti. I přes tato veškerá zjištění hodnotila většina respondentů saturaci potřeby bezpečí a jistoty za naplněnou a celkovou péči na jednotlivých odděleních perioperační péče hodnotili kladně.

Třetí výzkumná otázka se zabývala potřebou informací o intraoperační péči. Zjistili jsme, že v souvislosti s operačním výkonem mají respondenti dostatek informací o průběhu operačního dne, přesto nepovažují množství poskytnutých informací za dostatečné. Zároveň mají potřebu získat více konkrétnějších informací o intraoperační péči. Ve zdravotnickém zařízení, kde probíhal náš výzkum, neprobíhá perioperační edukace sestrou pro perioperační péči a neprobíhá ani perioperační rozhovor. Stejně tak není ani vytvořen jakýkoliv informační materiál pro pacienty, který by alespoň částečně nahrazoval perioperační edukaci nebo perioperační rozhovor. Zjistili jsme, že by pacienti přivítali před operací možnost rozhovoru se sestrou pro perioperační péči. V této oblasti považovali respondenti naplnění potřeby informací o intraoperační péči za nedostatečné.

Čtvrtá výzkumná otázka se týkala potřeby zajištění intimity. Zajímalo nás, zda jsou rozdíly ve vnímání zajištění intimity mezi muži a ženami. Zjistili jsme, že potřebu zajištění intimity mají obě pohlaví obdobnou. Významný rozdíl jsme zaznamenali v oblasti její saturace v předoperační období. Ztráta intimity byla předmětem předoperační úzkosti přítomna významněji u žen než u mužů. Respondenti nejhůře ze všech období perioperační péče hodnotili zajištění intimity během intraoperačního období. V celkovém pohledu na zajištění intimity během perioperační péče lze říci, že potřeba zajištění intimity je u obou pohlaví obdobná. V souvislosti s operací je ztráta intimity předmětem obav výrazněji u žen. Ale nespokojeno se zajištěním intimity bylo o málo více mužů než žen.

Aby mohla být během perioperační péče uspokojena potřeba bezpečí a jistoty, je zapotřebí přistupovat k člověku s vědomím jeho celistvosti a ctít pravidla holistické péče o pacienta zejména v tak náročné životní situaci, jakou je právě operační výkon.

Seznam použité literatury

- BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací* [online]. Praha: Grada Publishing, 232 s. [cit. 2021-10-24]. ISBN 978-80-271-1967-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/komunikace-s-nemocnym-619803/#>
- BELLOVÁ, Andrea, 2014. *Zajištění intimity pacienta při převazu* [online]. [cit. 2022-02-22]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3agf2y>
- DODKOVÁ, Věra, 2013. *Pobyt na operačním sále z pohledu pacienta* [online]. [cit. 2022-02-24]. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/erh9gd/>
- HLAVÁČEK, Lukáš, 2020. *Vnímání pacientů před a po operačním výkonu* [online]. [cit. 2022-02-23]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/msycw/>
- HOMZOVÁ, Pavlína, 2013. *Hodnocení předoperační úzkosti a strachu* [online]. [cit. 2022-02-22]. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1kaczf/>
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium* [online]. Praha: Grada Publishing, 256 s. [cit. 2021-09-23]. ISBN 978-80-247-8893-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelstvi-v-chirurgii-i-607106/#>
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol., 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.
- KALOGIANNI, Antonia a kol., 2016. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [online]. **15**(6), 447-458 [cit. 2022-02-23]. ISSN 1474-5151. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurjcn/article/15/6/447/5932402>
- KLOMÍNKOVÁ, Marie, 2019. *Respektování studu a intimity klienta při poskytování ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2022-02-23]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/dfzd34>
- KREJČOVÁ, Veronika, 2017. *Identifikace obav pacienta spojených s operačním výkonem* [online]. [cit. 2022-02-28]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/pew7m6/>
- KUBÍKOVÁ, Denisa, 2020. *Prostředí operačního traktu a jeho vliv na pacienta* [online]. [cit. 2022-02-23]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/12iicu/>

- LIBOVÁ, L'ubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii* [online]. Praha: Grada Publishing, 168 s. [cit. 2021-11-17]. ISBN 978-80-271-1404-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelsky-proces-v-chirurgii-524374/>
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi* [online]. Praha: Grada Publishing, 192 s. [cit. 2021-10-17]. ISBN 978-247-8-9268-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/posuzovani-stavu-zdravi-a-osetrovatelska-diagnostika-523740/#>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021a. *MZCR: Věstník 6/2021* [online]. [cit. 2021-09-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021b. *MZCR: Kontrolní seznam* [online]. [cit. 2021-11-01]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/7644/17487/Kontroln%C3%AD_seznam_-_bezpe%C4%8D%C3%AD_chirurgick%C3%A9ho_v%C3%BDkonu\[1\].pdf](https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/7644/17487/Kontroln%C3%AD_seznam_-_bezpe%C4%8D%C3%AD_chirurgick%C3%A9ho_v%C3%BDkonu[1].pdf)
- NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, 2021. *Práva pacientů* [online]. [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://www.nemjh.cz/prava-pacientu/>
- NESTROJILOVÁ, Pavlína, 2015. *Problematika anestezie a perioperační péče z pohledu pacientů* [online]. [cit. 2022-02-28]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/verh4/>
- NIGUSSIE, Seifu, 2014. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery* [online]. **14**(67) [cit. 2022-02-22]. ISSN 1471-2482. Dostupné z: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2482-14-67>
- PÁRAL, Jiří a kol., 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult* [online]. Praha: Grada Publishing, 192 s. [cit. 2021-11-17]. ISBN 978-80-241-4070-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/chirurgicka-propedeutika-607128/#>
- PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti* [online]. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 376 s. [cit. 2021-11-05]. ISBN 978-80-271-9577-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychologie-lidske-odolnosti-574876/#>
- PETROVICOVÁ, Eva a Marie TREŠLOVÁ, 2016. Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty lidské důstojnosti. *Ošetrovatel'stvo: teória - výskum - vzdelávanie*. Martin: Osveta, **6**(1), 19-25. ISSN 1338-6263.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2018. *Ošetrovatelství I.: Druhé, přepracované a doplněné vydání* [online]. Praha: Grada Publishing, 288 s. [cit. 2021-10-24]. ISBN 978-80-271-2327-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelstvi-i-352703/>
- PRAŠKO, Ján a kol., 2012. *Úzkost a obavy: jak je překonat* [online]. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 232 s. [cit. 2021-10-19]. ISBN 978-80-262-0348-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/uzkost-a-obavy-512511/>

- RIEGEROVÁ, Michaela, 2019. *Strach a úzkost pacienta před operací* [online]. [cit. 2022-02-23]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73664/RiegerovaM_StrachUzkost_EH_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I: Druhé, přepracované a doplněné vydání* [online]. Praha: Grada Publishing, 276 s. [cit. 2021-10-15]. ISBN 987-80-271-2861-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelstvi-v-chirurgii-i-607106/#>
- STAMENKOVIC, Dusica a kol., 2018. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Editioni Minerva Medica: Journals and books on medicine since 1909* [online]. **11**(84), 1307-1317 [cit. 2022-02-24]. ISSN 1303-17. Dostupné z: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2018N11A1307>
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu* [online]. Praha: Grada, 136 s. [cit. 2022-10-11]. ISBN 978-80-247-3223-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/lidske-potreby-ve-zdravi-a-nemoci-508142/#>
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči* [online]. Praha: Grada Publishing, 136 s. [cit. 2021-10-26]. ISBN 978-80-271-9539-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/komunikace-s-pacientem-v-intenzivni-peci-622786/>
- TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013590-7.
- URBANOVÁ, Adéla, 2021. *Respektování soukromí a intimity pacienta* [online]. [cit. 2022-02-25]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/127695>
- VONDRÁČEK, Lubomír a kol., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: Příručka pro výuku a praxi* [online]. Praha: Grada Publishing, 136 s. [cit. 2021-10-24]. ISBN 978-80-247-7315-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zaklady-prakticke-terminologie-pro-sestry-620010/>
- Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55> [online]. [cit. 2021-10-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
- WICHISOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada Publishing, 88 s. ISBN 978-80-271-1029-2.
- WICHISOVÁ, Jana a kol., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

- ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovateľskej praxi* [online]. Praha: Grada Publishing, 128 s. [cit. 2021-10-21]. ISBN 978-80-271-9238-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/komunikace-v-oseetrovateľskej-praxi-561510/#>
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory* [online]. Praha: Grada Publishing, 288 s. [cit. 2021-09-07]. ISBN 978-80-247-7107-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zaklady-psychologie-pro-zdravotnické-obory-500369/>
- ZEMEAN, Miroslav a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika: Třetí doplněné a přepracované vydání* [online]. 2011. Praha: Grada Publishing, 192 s. [cit. 2021-10-15]. ISBN 978-80-247-7442-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/chirurgická-propedeutika-531840/#>

Přílohy

Příloha A 1 Práva pacientů

Příloha A 2 Činnosti zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti

Příloha B Kontrolní seznam

Příloha C Žádost o provedení výzkumného šetření v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s.

Příloha D Dotazník

Příloha E Informační brožura

Příloha A 1 Práva pacientů ČR

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva pacientů jsou platná ke dni 25. 2. 1992.

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
- Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas

nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj: (Nemocnice Jindřichův Hradec, 2021)

Příloha A 2 Činnosti zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti

Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí

§ 54

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení,
3. koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
4. hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
5. provádět ošetrovatelský výzkum, zejména identifikovat oblasti výzkumné činnosti, realizovat výzkumnou činnost a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
6. připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
7. vést specializační vzdělávání v oboru své specializace,
8. provádět a dokumentovat fyzikální vyšetření pacienta;

b) na základě indikace lékaře

1. provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetrovat po výkonu,
2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

§ 55

Sestra pro intenzivní péči

Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,

2. zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,

3. pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

4. zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je,

5. hodnotit a ošetřovat arteriální vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,

2. provádět katetrizaci močového měchýře mužů,

3. zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,

4. provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

5. vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,

6. vykonávat činnosti v souvislosti s umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,

7. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,

8. vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,

9. provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis,

10. podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru;

c) pod odborným dohledem lékaře

1. aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady,

2. provádět extubaci tracheální kanyly,

3. provádět externí kardiostimulaci.

Sestra pro intenzivní péči při poskytování přednemocniční neodkladné péče, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17.

§ 56

Sestra pro perioperační péči

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravovat instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
2. provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádět antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádět ve spolupráci s lékařem-operátérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťovat stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům,
6. provádět zarouškování operačního pole,
7. instrumentovat při operačních výkonech;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. asistovat u méně náročných operačních výkonů

§ 61

Sestra pro péči v chirurgických oborech

Sestra pro péči v chirurgických oborech vykonává u dospělého pacienta činnosti podle § 54 a dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu, včetně přípravy na návrat do vlastního sociálního prostředí,
2. vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu zaměřené na posílení a udržení soběstačnosti, mentální schopnosti se zohledněním jeho věku prostřednictvím cílených aktivit,
3. poskytovat paliativní péči, vyhledávat aktuální potřeby pacienta a koordinovat týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stadiu,
4. vykonávat preventivní a protiepidemická opatření u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu,

5. edukovat pacienta a jím určené osoby v oblastech zdravotní prevence a ošetřování; přitom spolupracovat zejména s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a zdravotně-sociálním pracovníkem,
 6. provádět poradenskou a dispenzární činnost zaměřenou na problematiku onemocnění vyžadujícího chirurgickou léčbu, indikovat zdravotnické prostředky,
 7. hodnotit a ošetřovat chronické rány a doporučovat vhodné krycí materiály;
- b)** bez odborného dohledu na základě indikace lékaře poskytovat preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu.

Zdroj: (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Příloha B Kontrolní seznam

Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu			World Health Organization	Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care
Před úvodem do anestézie (účastní se: alespoň anesteziologická sestra a anesteziolog)	Před provedením incize (účastní se: perioperační sestra, anesteziolog a operátor)	Před transportem z operačního sálu (účastní se: perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operátor)		
Potvrdil/a pacient/ka svoji identitu, místo, výkon a souhlas s ním? ☐ Ano ☐ Ne	☐ Všichni členové operačního týmu se představili jménem a uvedli svoji úlohu. ☐ Byla ověřena identita pacienta(ka), operační výkon, a místo incise. Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut? ☐ Ano ☐ Ne	Zdravotní sestra ústně potvrdí: ☐ Název výkonu ☐ Spočítání nástrojů, tamponů, roušek a jehel ☐ Označení odebraných vzorků (přečte hlasitě štítky na nádobkách se vzorky včetně jména pacienta(ka)) ☐ Zda během výkonu nenastaly nějaké problémy s vybavením, které je nutné řešit		
Je místo výkonu označeno? ☐ Ano ☐ Nehodí se pro tento případ	Byla ukončena kontrola medikace a anesteziologického přístroje? ☐ Ano ☐ Ne			
Má pacient/ka aplikován pulsní oximetr, který funguje? ☐ Ano ☐ Ne	Očekávané kritické události Otázky pro chirurga: ☐ Jaké jsou kritické nebo nerutinní kroky? ☐ Jak dlouho výkon potrvá? ☐ Jak velká ztráta krve se dá očekávat? Otázky pro anesteziologa: ☐ Existují nějaké obavy specifické pro tohoto pacienta(ka)? Otázky pro perioperační sestry: ☐ Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů) ☐ Jsou nějaké problémy s vybavením nebo existují nějaké obavy?			
Má pacient/ka: Známa alergii? ☐ Ne ☐ Ano Obtíže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace? ☐ Ne ☐ Ano, příslušné přístroje / asistence jsou k dispozici Riziko ztráty krve větší než 500ml (7ml/kg u dětí)? ☐ Ne ☐ Ano, a plánuje se dvojitá dodání tekutin intravenózně nebo centrálním katétre	Je nezbytná obrazová dokumentace zobrazena – dostupná? ☐ Ano ☐ Nehodí se pro tento případ	Chirurg, anesteziolog a sestry: ☐ Nejdůležitější problémy pacienta pro nejbližší pooperační období (recovery – dospání) a zachování kontinuity péče		

Tento seznam není zamýšlen jako vyčerpávající. Velmi se doporučuje doplnit dodatky a modifikace, vhodné pro místní praxi.

Revize 1 / 2009 © WHO, 2009

Obrázek 1 Kontrolní seznam

Zdroj: (Ministerstvo zdravotnictví České..., 2021b.)

Příloha C Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.

Mgr. Dana Velimská, MBA
hlavní sestra
Nemocnice Jindřichův Hradec a. s.
U Nemocnice 380/III
377 38 Jindřichův Hradec

ve Stříbřeci 30. 8. 2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s.

Vážená paní magistro,
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s., které by mělo být součástí mé bakalářské práce.
Jmenuji se Hana Chlebcová a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, bakalářského studijního programu obor všeobecná sestra kombinovaná forma.
Bakalářská práce nese název: *Potřeba bezpečí a jistoty u pacienta v souvislosti s operačním výkonem*. Výzkum se bude zabývat potřebou bezpečí a jistoty u pacientů podstupující operační výkon a jeho cílem je zmapovat potřebu bezpečí a jistoty u pacientů v perioperačním období. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dotazník, který by dobrovolně a anonymně vyplňovali pacienti podstupující operační výkon na oddělení centrálních operačních sálů. Výzkum by probíhal v období září 2021–leden 2022. Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Jitky Machové

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem Hana Chlebcová
Stříbřec 37
37901 Třeboň

Vyjádření vedení instituce:

☒ **Souhlasím**
☐ Nesouhlasím

Datum: 30. 8. 2021

Mgr. Dana VELIMSKÁ, MBA
hlavní sestra
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Podpis a razítko :

Mgr. Dana Velimská, MBA

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
U Nemocnice 380/III
377 38 Jindřichův Hradec
IČ 260 95 157 DIČ CZ26095157
DIČ pro DPH CZ699003406

Příloha D Dotazník

Potřeba bezpečí a jistoty u pacienta v souvislosti s operačním výkonem

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku.

Jmenuji se Hana Chlebcová a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě. Zároveň pracuji jako sestra instrumentářka na centrálních operačních sálech v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Součástí ukončení mého studia je vypracování bakalářské práce na téma „**Potřeba pacienta v souvislosti s operačním výkonem**“. Uvědomuji si, že každý operační výkon je obrovským zásahem do života člověka. Považuji za nezbytné, aby byly na minimum eliminovány veškeré situace, které mohou být v souvislosti s operačním výkonem negativně vnímány.

Vámi vyplněný dotazník je zcela anonymní, nebude nikde prezentován. Data výzkumu, která díky Vaší spolupráci získám, využiji ke zkvalitnění péče o pacienty na operačním sále. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více než 10 minut času. Aby byl výstup mého výzkumu věrohodný, snažte se, prosím, odpovídat pravdivě a objektivně.

Dotazník si, prosím, nezapomeňte vzít s sebou do nemocnice.

Vyplňte jej v průběhu hospitalizace.

Po vyplnění vložte dotazník do přiložené nadepsané obálky, zalepte a předejte sestře na oddělení.

Dotazník si poté na oddělení vyzvednu sama.

Vaší spolupráce si velmi cením a zároveň upřímně děkuji.

Hana Chlebcová

DOTAZNÍK

Zakroužkujte vždy jednu možnost, která nejvíce vystihuje Váš názor.

U otázek, které mají možnost označení více odpovědí, je to vždy uvedeno.

PŘED OPERACÍ vyplňte, prosím, pouze otázky do otázky č. 7

Váš věk je?

- a) 18–30 let
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51–60 let
- e) 61 a více let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

- a) Základní
- b) Střední s výučním listem
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské
- f) Jiné, prosím, uveďte:

Na jaké oddělení jste byl/a před operací přijata?

- a) Chirurgické
- b) Ortopedické
- c) Gynekologicko-porodnické

1. Vaše pohlaví je?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaké máte před operací pocity? Je možné označit více odpovědí.

- a) Klid
- b) Strach
- c) Úzkost
- d) Nervozita
- e) Únava
- f) Stres
- g) Smutek
- h) Jiné, prosím, uveďte:

3. Čeho se před operací obáváte? Je možné označit více odpovědí.

- a) Bolesti po operaci
- b) Vlastní nesoběstačnosti
- c) Nevolnosti po operaci
- d) Narušování intimity
- e) Pochybení personálu
- f) Následků samotné operace (jizva, trvalé následky...)
- g) Výkonů spojených s anestezií („uspávání“ nebo částečné „umrtvení“)
- h) Neznámých prostředí (operační sály, dospávací pokoj, pooperační pokoj...)
- i) Dopadů hospitalizace (př. finanční ztráta, obavy o práci...)
- j) Jak rodina zvládne Vaši nepřítomnost
- k) „Jak dopadne operace“
- l) Izolace od rodiny
- m) Jiná možnost: prosím, uveďte.....

4. Co má pozitivní vliv na Vaše pocity před operací? Je možné označit více odpovědí.

- a) Komunikace s ošetřujícím personálem
- b) Přítomnost blízké osoby
- c) Možnost relaxace (četbou, sledování TV, wifi...)
- d) Dostatek informací
- e) Důvěra v personál
- f) Zajištění soukromí
- g) Čisté prostředí
- h) Klidné prostředí
- i) Dostupnost personálu
- j) Psychická podpora ošetřujícím personálem
- k) Jiná možnost: prosím, uveďte.....

5. Jak hodnotíte poskytnuté informace před operací? Označte všechna tvrzení, která vystihují váš názor.

- a) Zním jméno lékaře, který mě bude operovat
- b) Informace o harmonogramu operačního dne jsou pro mě důležité
- c) Množství informací o průběhu operačního dne považuji za dostatečné
- d) Vyhovuje mi způsob poskytnutí informací

6. Jak hodnotíte péči na oddělení před operací? Označte všechna tvrzení, která vystihují váš názor.

- a) Důvěřuji ošetřujícímu personálu
- b) Mám pocit bezpečí
- c) Je zajištěna má intimita
- d) Ošetřující personál se zajímá o mé potřeby
- e) Personál mě psychicky podporuje

7. Hodnotíte celkově péči na oddělení před operací pozitivně?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Neutrální

PO OPERACI vyplňte, prosím, následující otázky č. 8–15

8. Jak jste se cítil/a na operačním sále? Označte všechna tvrzení, která vystihují váš názor.

- a) Měl/a jsem strach
- b) Měl/a jsem bolesti
- c) Byla mi příjemná teplota prostředí
- d) Na operačním lůžku se mi leželo pohodlně
- e) Na operačním sále byla klidná atmosféra

9. Jak hodnotíte péči na operačním sále? Označte všechna tvrzení, která vystihují váš názor.

- a) Personál operačních jsem důvěřoval/a
- b) Měl/a jsem pocit bezpečí
- c) Personál mě psychicky podporoval
- d) Byla zajištěna má intimita
- e) Byly mi průběžně poskytovány informace o úkonech na operačním sále
- f) Personál se zajímal o mé potřeby

**10. Kterých informací, týkajících se období na operačním sále, máte dostatečné množství?
Označte všechna tvrzení, která vystihují váš názor**

- a) Věděl/a jsem, které úkony mohu očekávat na operačním sále (např. přeložení z lůžka, zavedení kanyly do žíly, uložení do operační polohy)
- b) Znal/a jsem orientačně délku operace
- c) Věděl/a jsem přibližně v jaké poloze operace probíhá
- d) Informace o období, které strávím na operačním sále jsou pro mě důležité

11. Uvítal/a byste před operací možnost rozhovoru s operační sestrou, která by Vám poskytla více informací o období, které strávíte na operačním sále?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Neutrální

12. Hodnotíte celkově péči na operačním sále pozitivně?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Neutrální

13. Jak jste se cítil/a po operaci? Označte všechna tvrzení, která vystihují váš názor

- a) Měla jsem možnost komunikace rodinou
- b) Měl/a jsem bolesti
- c) Bylo mi nevolno
- d) Měl/a jsem pocit vlastní nesoběstačnosti
- e) Obavy, které jsem měl/a před operací byly oprávněné
- f) Jiná možnost: prosím, uveďte

14. Jak hodnotíte péči na oddělení po operaci? Označte všechna tvrzení, která vystihují váš názor

- a) Důvěřuji ošetřujícímu personálu
- b) Mám pocit bezpečí
- c) Byla zajištěna moje intimita
- d) Personál mě psychicky podporuje
- e) Ošetřující personál se zajímá o mé potřeby
- f) Měl/a jsem dostatek informací o pooperační péči (např. možnost zavedení katetru na močení, odvodných drénů z operační rány, přeložení na jiné oddělení)

15. Hodnotíte celkově péči na pooperačním oddělení pozitivně?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Neutrální

Děkuji Vám mnohokrát za Vaši spolupráci, která je velmi důležitou zpětnou vazbou pro nás zdravotníky, díky níž může být péče o pacienty zkvalitňována.

Přeji Vám pevné zdraví, Hana Chlebcová

Vyplněný dotazník, prosím, vložte do přiložené obálky nadepsané mým jménem, zalepte a předejte sestře na oddělení.

Co vás čeká za dveřmi operačního sálu?



Pacientský filtr a co vás zde čeká?



Budete přivezeni do místnosti určené pro přeložení pacienta na operační lůžko. Sanitář operaceřskou sítu vám pomůže s převléknutím do jednorázového operačního prádla včetně jednorázového spodního prádla (pokud to operační výkon umožňuje) a dá vám čepici ke krytí vlasové části hlavy. Toto vše probíhá s maximálním ohledem na zajištění vaší intimitaty. Pomocí přeložkového zařízení, které vidíte na obrázku, budete přeloženi na operační lůžko, přikryti a sanitář vás převezme na anesteziologickou přípravnu.

Anesteziologická přípravná a co vás zde čeká?



Zde o vás bude pečovat anesteziologická sestra a lékař anesteziolog. Ti se vás zeptají na vaše jméno, předpokládaný operační výkon a případně stranu operačního výkonu, pokud to lze určit (např. levé koleno, kyčla vpravo...). Dále se vás sestra zeptá na případné alergie, kdy jste naposledy jedl a pil, a zda nemáte v dutině ústní zubní protězu. Poté vám sestra zavede do žíly na horní končetině kanylu, která je zapotřebí pro průběh anestezie. Pokud bude vaše operace probíhat v čístečném umrtvení injekcí do zad, probíhá tento úkon hned v této přípravně. V přípravně strávíte asi 10 minut.

Operační sál a co vás zde čeká?



Na operační sál vás sanitář přiveze z anestezilogické přípravné. Zde s vámi budou přítomny dvě sestry instrumentárky, lékař anesteziolog, anesteziologická sestra, která o vás pečovala v přípravně, lékař operatér a sanitář operačního sálu. Opět se vás personál operačního sálu zeptá na vaše jméno, stranu výkonu, alergie, kdy jste naposledy jedl a pít, zda nemáte zubní protézu v ústech, jaká je vaše aktuální hmotnost a předchozí zkušenosti s anestetikami. S pomocí sanitáře a sestry instrumentárky budete uloženi do operační polohy. Po celou dobu této přípravy je brán ohled na zajištění vaší intimity. Anesteziologický tým vám je k dispozici za vaší hlavou a jakékoliv dotazy nebo pocity můžete kdykoliv sdělit (žízeň, nepohodu, bolest, pocit na zvracení...). Pokud operace probíhá v částečném umrtvení, neustálejte se kdykoliv během operace oslovit personál. Jsme tu pro vás a našim cílem je vaše spokojenost.

Po operaci

Probudíte se ještě na operačním sále, ale pravděpodobně si to nebudete pamatovat. Sanitář s anesteziologickou sestrou vás předají na dopravní pokoj, kde o vás opět bude pečovat anesteziologická sestra. Až se probudíte do plného vědomí, budete převezeni sestrou a sanitářem zpět na oddělení.

Odpovědi na mnohá „PROČ?“

Proč se mě neliší lidé ptají, jak se jmenuji?

Nemohli se znepokojit myšlenkou, že personál neví, kde jste a jaký operační výkon vás čeká. Je to důležitý prvek v prevenci záměry pacienta. Povinnost vyřít se na operačním sále vaše jméno a předpokládaný výkon má jak anesteziolog, tak sestra i operace.

Proč se mě ptají, kdy jsem jedl/a a pil/a?

Naznačujíte skutečnost. Důležitou skutečností je k uvolnění svalstva a potavy nebo tekutiny tak mnoha zátěží do dýchacích cest a způsobit tak vážnou komplikaci.

Proč se mě ptají na hmotnost?

Léky potřebné k anestezii jsou dávkovány dle hmotnosti pacienta. Uvádíte-li značně výrazně nepřesné údaje, nebude moci anesteziolog určit optimální množství léků potřebného pro vaši klidnou anestezii.

Proč se mě ptají na předchozí anestezii?

Je velká pravděpodobnost, že váš organismus bude reagovat obdobně jako při vaší předchozí zkušenosti s anestezii. Anesteziolog má tedy možnost předvídat např. pooperační nevolnosti.

Proč je na operačním sále málok lidí?

U každého operačního výkonu je přítomno minimálně sedm lidí. Jedná se o lékaře a sestru, kteří mají na starost anestezii, dvě sestry instrumentářky, které zajišťují nástroje a přístroje potřebné pro vaši operaci, lékaře, kteří vás budou operovat, a sanitář. Nemohli se tímto počtem personálu zneklamat, každý má zde svoji nezbytnou úlohu.

Proč je na operačním sále taková síma?

Očekáváte, že na operačním sále je pravděpodobně chladnější prostředí než to, na které jste zvyklí. Důvod je prostý: chladné prostředí zamezuje množení a šíření choroboplodných zárodků, které mohou způsobovat pooperační infekce. Máme pro vás připraveno řešení v podobě vyhřívacích podložek. Na nich přímo ležte nebo jste jimi přikryti. Pokud vám bude chladno, neváhejte oslovit personál, který je schopen zajistit váš tepelný komfort.

Proč mám informace o umělé hybnosti nebo bolestivosti kteréhokoliv kloubu?

Často operace probíhají v rozmožnění dolní končetiny (jako při gynekologické prohlídce), stejně jako jedna horní končetina bude po celou dobu v upravení. Pokud má personál operačního sálu informace o umělé hybnosti nebo bolestivosti kteréhokoliv kloubu, může lépe zajistit vaše pohodlí a bezpečí.

Proč nemohu být naličená, mít umělé řasy a mít umělé nehty?

U každého člověka, který podstoupí operační výkon, se monitorují různé parametry. Jedním z nich je monitorování okysličování krve, která se měří na koncových prstech. Umělé nehty touto výměnou znemožňují. Make-up brání hodnocení barvy kůže, stejně jako znesnadňuje možnost foukní rourky, pomocí které při anestezii dýcháte. Mikrokrystálky pudru se mohou zadržet na ní a způsobovat pooperační podráždění. Aby nedošlo k vyschlání očí během operace, kryjí se speciálními krytkami. Může tedy snadno dojít k nechtěnému odstranění umělých řas.

**Uvědomujeme si, že prostředí operačního sálu je pro mnohé z vás
neznámým prostředím, které samo o sobě může vzbuzovat obavy.**

**Proto doufáme, že pro vás budou tyto informace
v předoperačním období přínosem.**

**Pevné zdraví
vám přeje kolektiv operačních sálů**

Autor textu a fotografií: Hana Chlebová, 2022