

**Technická univerzita v Liberci**  
**Ústav zdravotnických studií**

**Studijní program: B5341 Ošetřovatelství**

**Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra**

**Výskyt a míra stresu u klienta hospitalizovaného pro  
plánovaný operační výkon**  
**Occurrence and Extent of Stress in a Client  
Hospitalized for a Planned Operation**

**Martina Pavlíková, DiS.**

**Bakalářská práce**

**2009**

# Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

## Poděkování

Mé poděkování patří paní Mgr. Blance Ptáčkové za odborné vedení, poskytnutou pomoc a vstřícný přístup při psaní mé bakalářské práce. Dále děkuji sestřám z chirurgického, ortopedického a urologického oddělení v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření.

# **Výskyt a míra stresu u klienta hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon**

## **Anotace**

Bakalářská práce je věnována problematice předoperačního stresu. Jejím cílem je získání informací o výskytu a míře stresorů, které působí na klienta/pacienta hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon. Dále jsou zde shrnuta doporučení pro maximální eliminaci stresorů.

Práce je tvořena dvěma stěžejními oblastmi. V části teoretické je objasněn pojem stres s jeho medicínskými souvislostmi. Praktická část zjišťuje pomocí dotazníku působení stresorů na klienta/pacienta před operací. Výsledky poukazují na důležitost předoperační ošetrovatelské péče. Správný přístup sestry ke klientovi/pacientovi, jeho dostatečná informovanost a útulné nemocniční prostředí pomáhají ke zmenšení stresu před operací.

Klíčová slova: klient/pacient, sestra, operační zákrok, stres, zdraví, nemoc, bolest, strach, úzkost, hospitalizace, potřeba, rodina, informovaný souhlas, komunikace

# **Occurrence and Extent of Stress in a Client Hospitalized for a Planned Operation**

## **S u m m a r y**

This bachelor thesis is devoted to questions of pre-operative stress. The aim is to obtain information about occurrence and extent of stress, which influence a client/patient hospitalized for a planned operation. Further there are summed up recommendations for a maximal elimination of stress.

The thesis constitutes of two main parts. In the theory part the concept of stress with medical connections is explained. The practical part uses a questionnaire to investigate influence of stress on a client/patient before an operation. The results show importance of a pre-operative nursing care. An advisable approach of a nurse to a client/patient, his adequate foreknowledge and a cosy hospital environment help to reduce stress before an operation.

Keywords: client/patient, nurse, operation, stress, health, illness, pain, fear, anxiety, hospitalization, need, family, informed consent, communication

# OBSAH

Obsah.....	7
<b>1 ÚVOD</b> .....	9
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
2.1 Stres .....	10
2.1.1 Definice stresu .....	10
2.1.2 Fyziologie stresu .....	10
2.1.3 Příčiny stresu .....	11
2.1.4 Příznaky stresu .....	12
2.1.5 Průběh stresu .....	13
2.1.6 Reakce na zátěžovou situaci .....	14
2.1.7 Zvládnání stresu .....	16
2.1.8 Psychosomatické poruchy a stres .....	17
2.2 Zdraví a nemoc .....	17
2.2.1 Definice zdraví a nemoci .....	17
2.2.3 Postoj k nemoci .....	18
2.3 Bolest, strach a úzkost v nemoci .....	19
2.3.1 Vymezení bolesti .....	19
2.3.2 Psychologické charakteristiky a mírnění bolesti .....	19
2.3.3 Vymezení strachu a úzkosti .....	20
2.4 Péče o klienta/pacienta v nemocnici .....	21
2.4.1 Příjem klienta/pacienta do nemocnice a vliv nemocničního prostředí .....	21
2.4.2 Role klienta/pacienta v prostředí nemocnice .....	22
2.4.3 Potřeby klienta/pacienta v nemocnici .....	22
2.4.4 Psychologická příprava klienta/pacienta před operačním zákrokem .....	23
2.4.5 Vztah klienta/pacienta s jeho rodinou a zdravotníky .....	24
2.5 Komunikace sestry s klientem/pacientem .....	25
2.5.1 Verbální a neverbální komunikace .....	25
2.5.2 Rozhovor mezi sestrou a klientem/pacientem .....	26
2.6 Informovaný souhlas .....	27
2.6.1 Formy a obsah informovaného souhlasu .....	28
2.6.2 Náležitosti informovaného souhlasu .....	28
2.6.3 Negativní revers .....	29
2.6.4 Informace příbuzným .....	29
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	30
3.1 Cíle a předpoklady práce .....	30
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	30
3.3 Metodologie výzkumu .....	30
3.4 Výsledky výzkumu a jejich analýza .....	31
3.4.1 Anketa .....	31
3.4.2 Dotazníkové šetření .....	33
3.5 Psychologický a psychoterapeutický přístup ke klientovi/pacientovi a důležitým osobám v jeho životě .....	60
3.5.1 Základní pojmy psychologického a psychoterapeutického přístupu .....	60
3.5.2 Cíle a možnosti psychoterapeutického přístupu .....	62
3.5.3 Vztah sestry ke klientovi/pacientovi .....	64
3.5.4 Vztah sestry k rodině klienta/pacienta .....	65
3.5.5 Přístup sestry ke klientovi/pacientovi před plánovaným operačním výkonem .....	66
3.5.6 Verbální komunikace sestry s klientem/pacientem .....	68
3.5.7 Neverbální komunikace sestry s klientem/pacientem .....	72
3.6 Nepsychoterapeutický přístup sestry .....	73
3.7 Diskuze .....	74

<b>4 ZÁVĚR</b> .....	77
<b>5 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ</b> .....	78
<b>6 SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	80

# 1 ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice stresu u klienta/pacienta přijatého do nemocnice pro plánovaný operační výkon. Zaměřuji se na získání informací o stresorech, které na něj před operací působí. Dále zde uvádím doporučení a postupy pro maximální eliminaci předoperačního stresu.

Chirurgické metody léčby se v posledních letech výrazně zdokonalují a operačních výkonů přibývá. Před nástupem do dalšího studia jsem na chirurgii pracovala a vlastní zkušenost mi ukázala, že uspokojování biopsychosociálních potřeb nemocného spolu se zajištěním rychlého provozu chirurgického oddělení je obtížné. Práce je zde ale prací týmovou a výsledek operace je tedy ovlivněn všemi, kteří se na ošetřování klienta/pacienta podílejí.

Operační zákrok, ať už malý nebo velký, vyvolává u každého jedince obavy. Je to právě všeobecná sestra, kdo je v neustálém kontaktu s klientem/pacientem, a proto může jeho prožívání výrazně ovlivnit. Nemocný často otvírá sestře duši a svěřuje se jí se svými pocity. Proto si myslím, že otázka lidského přístupu je velice důležitá a doufám, že má práce částečně přispěje ke zviditelnění důležitosti předoperační ošetrovatelské péče.



## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Stres

#### 2.1.1 Definice stresu

Termín „**stres**“ k nám pronikl z anglického „stress“ (pnutí, namáhání tlakem), které vzniklo z latinského slovesa „stringo, stringere“ (utahovati, svázati napevno). Pojem stres použil již v roce 1936 Hans Selye<sup>1</sup>, díky jehož výzkumům a pracím dalších fyziologů a lékařů si tato oblast získala své výhradní právo v medicíně. (7, 8)

Existuje mnoho pokusů o přesné definování stresu, uveďme dva takové:

*„Stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“ (Hans Selye) (8, s. 10)*

*„Stresem označujeme extrémně vyostřenou situaci, kdy je osobnost vážně ohrožena dlouhodobou frustrací (neuspokojením základních potřeb).“ (M. H. Appley) (8, s. 10)*

Endokrinolog Hans Selye pomohl založit moderní teorii stresu, pohlížel na stres z hlediska fyziologických reakcí, jejichž základem je adreno-kortiko-hypofyzární systém. Vzniklé reakce nazval jako **všeobecný adaptační syndrom (GAS – general adaptational syndrom)**. Tvoří ho systematická tělesná reakce na stres, která probíhá ve třech stádiích: **alarmující reakce, stav rezistence (odolnosti) a stav vyčerpání.** (9)

V současné době používáme pojmu stres spíše ve smyslu psychické zátěže. V psychologickém významu stres znamená, že se jedinec dostává do situace, která je nad jeho psychické síly, a proto ji obtížně zvládá až nezvládá. Tento stav pro něho znamená ohrožení a reaguje na něj také fyziologicky, tak jak je všeobecně známo. (9)

#### 2.1.2 Fyziologie stresu

Varovné signály vysílané do mozku zpracovává **hypotalamus**, který se nachází ve středu mozku. Ten je přenáší prostřednictvím nervového a krevního oběhového systému. Z hypotalamu se signály šíří sympatickým nervovým systémem, který se podílí na činnosti vnitřních orgánů a cév. Nervové signály ovlivňují také dřeň

---

<sup>1</sup> Endokrinolog, r. 1936 se pokusil izolovat nový pohlavní hormon. Při svých pokusech si povšimnul reakce, která se opakovaně objevovala u experimentálních subjektů. U laboratorních zvířat docházelo ke zvětšování kůry nadledvinek, tvorbě žaludečních či dvanácterníkových vředů a atrofii thymu a lymfatických uzlin. (8)

nadledvin, která uvolňuje **adrenalin** a **noradrenalin**. Tyto hormony se dále dostávají do krve a způsobují změny v celém těle. Hypotalamus působí též na činnost **hypofýzy (podvěsek mozkový)**, která produkuje různé hormony. Ty se dostávají do krevního oběhu a ovlivňují celý organismus. Velmi důležitý hormon, který pod vlivem hypotalamu vytváří hypofýza, je **ACTH (adrenokortikotropní hormon)** neboli stresový hormon. Stimuluje kůru nadledvin k produkci dalších hormonů (nejdůležitější z nich je kortizon), které působí na řadu změn v tělesných funkcích. Další hormony ovlivňují štítnou žlázu, pohlavní žlázy a řadu dalších orgánů. (10)

### 2.1.3 Příčiny stresu

Rozumíme-li stresem jev tísně, pak vlivy, které takto na člověka působí, nazýváme „**stresory**“. Nepůsobí na psychiku přímo, ale zprostředkovaně. Do značné míry tedy záleží na jedinci, co hodnotí jako stresující. Stresor můžeme definovat jako požadavek prostředí (stres jako reakci na požadavky prostředí). (7, 9)

#### Druhy stresorů

Stresory mohou vycházet z různých oblastí:

- **fyzikální stresory** (hluk, extrémní teploty, alkohol, viry, genetická zátěž...)
- **fyzilogické stresory** (únava, nemoc, hlad...)
- **psychické stresory** (ztráta blízkého člověka, konflikty s lidmi...)
- **emocionální stresory** (zármutek, úzkost, strach, nenávisť...)
- **sociální stresory** (nejistota v zaměstnání, život v odlišné kultuře...) (8)

**Ministresory (mikrostresory)** vyjadřují poměrně mírné podmínky či okolnosti vyvolávající stres. **Makrostresory** mohou být děsivě působící až vše ničící vlivy. (8)

#### Obecná stanoviska ke stresorům

- 1) Stresory mohou ovlivňovat různé lidi různými způsoby.
- 2) Lidé se vždy pokoušejí o adaptaci na stres.
- 3) Stresor je sám o sobě zdrojem nových stresorů.
- 4) Pouze jeden stresor či příčinný faktor nemůže sám o sobě způsobit onemocnění.
- 5) Pokud stres trvá příliš dlouho a je silný, může přemoci jedince i bez ohledu na to, jak dobře je vyvinuta jeho adaptační schopnost. (9)

## **Náročné životní situace**

Jsou to tzv. **svízelné situace**, které pro nás znamenají zátěž. Pokud se s nimi nemůžeme dostatečně rychle vyrovnat, dostávají se úzkost, strach a ohrožení naší duševní rovnováhy. Mnohým situacím se umíme postupně přizpůsobit. Někdy se však aktivizují obranné mechanismy, které přizpůsobení brání. Pak hovoříme o neadaptivním chování – **maladaptaci**. (17)

### **Mezi náročné životní situace patří:**

- 1) Situace obsahující nepřiměřené požadavky bez ohledu na rozsah tělesných a duševních sil člověka.
- 2) Problémové situace, které jedinec nemůže řešit známými způsoby (např. hospitalizace do nemocnice...).
- 3) Situace obsahující překážky. Vzniká tzv. **frustrace**. Je to psychický stav, který vznikne tehdy, nemůžeme-li dosáhnout cíle pro určitou nepřekonatelnou překážku. Trvá-li tato situace déle, dochází k **deprivaci** (psychickému strádání).
- 4) Konfliktní situace, při kterých dochází ke střetu sil na cestě k cíli.
- 5) **Syndrom vyhoření (burn-out)**, který můžeme definovat jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se emocionálně těžkými situacemi. Setkáváme se s ním u všech subjektivně náročných povolání. (1, 17)

## **2.1.4 Příznaky stresu**

### **1) Fyziologické příznaky stresu:**

- bušení srdce (palpitace), zrychlený dech, zvýšené pocení, svírání za hrudní kostí
- nechutenství, plynatost, bolesti břicha, průjem, časté nucení na močení
- bolesti hlavy, bolesti v krku, dvojité vidění, nedostatek sexuální touhy atd.

### **2) Emocionální (citové) příznaky stresu:**

- změny nálady (od radosti ke smutku a naopak), neschopnost empatie
- nadměrné starosti o fyzický vzhled, zdravotní stav, omezení kontaktu s druhými lidmi
- nadměrná únava, poruchy soustředění, paměti, podrážděnost, poruchy spánku apod.

### **3) Behaviorální příznaky stresu (chování a jednání lidí ve stresu):**

- nerozhodnost, nervozita, netrpělivost, zhoršená kvalita práce, zvýšená nemocnost
- zvýšené pití alkoholu, kouření, vyšší výskyt závislosti na drogách atd. (8)

## 2.1.5 Průběh stresu

Průběh stresu se vztahuje ke komplexu tělesných reakcí, nespecifických nouzových reakcí, reakcí přizpůsobení se a ochranných reakcí, které vystupují ve stresu. Jednotlivé fáze vychází z fyziologického pojetí Obecného adaptačního syndromu (GAS) od H. Selyeho. (2)

### 1) Alarmující (poplachová) fáze

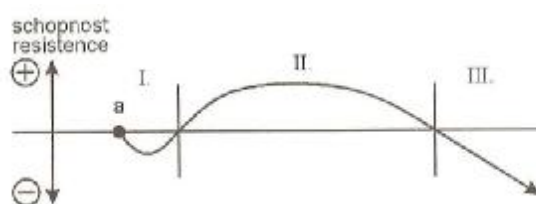
Tato fáze zahrnuje varování, že je přítomen stresový faktor. Dochází ke zmobilizování obranných funkcí (aktivace mozkové kůry, kůry nadledvin...). V organismu se objevují změny, jejichž úkolem je připravit takovou činnost, která by jedince chránila před přetížením. (9, 10)

### 2) Fáze odolávání (rezistence)

Pokud stres překročí počáteční varovnou fázi, dostává se jedinec do fáze odolávání. Rezistence může pokračovat, pokud je působení stresoru slučitelné s adaptací (přizpůsobením se). V organismu dochází ke změnám zaměřeným proti směru působení zátěžových vlivů. (7, 9, 10)

### 3) Fáze vyčerpání

Je-li působení stresoru větší než jsou možnosti rezistence, dochází postupně k vyčerpání sil a organismus podléhá. U jedince se dostávají projevy únavy a stavy úzkosti a deprese. H. Selye ale uvažoval také o kladné formě vyřešení stresové situace, kterou nazývá adaptací. Obrázek č. 1 ukazuje schopnost zvládat stres podle Selyeova modelu GAS. (7, 9, 10)



Obr. 1: Schopnost zvládat stres podle Selyeova modelu GAS

*a... působící stresor*

*I. První fáze – působení stresoru*

*II. Druhá fáze – zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu)*

*III. Třetí fáze – vyčerpání sil, rezerv, obranných možností*

(17)

Dalším velmi významným stresovým modelem je **kognitivní teorie stresu** podle Lazaruse. Obsahuje též tři fáze. (2)

### 1) Fáze ohrožení

Ohrožení může pocházet z vnějších (fyzikálních a sociálních) i vnitřních (fyziologických a psychických) oblastí. Organismus je uveden do pohotovosti. (5)

### 2) Zvažování nebezpečí

Ohrožení na organismus nepůsobí samo o sobě. Jedinec nejprve posoudí, zda je situace ohrožující nebo ne. Mezi lidmi jsou rozdíly v tom, co je pro ně přijatelnou nebo nepřijatelnou zátěží. To, jestli budeme reagovat „přiměřeně“ nebo neadaptivně, závisí jak na zátěžové situaci samotné, tak i na osobnostních charakteristikách jedince. (5, 7)

### 3) Zvládání (coping)

Je-li situace zhodnocena jako ohrožující, dochází k produkci návrhů různých způsobů, jak tuto situaci zvládnout. Pojem **coping** zahrnuje komplex strategií, které se zaměřují na to, jak změnit situaci nebo jí uniknout. Mohou však vést i k tomu, aby oslabily aspekt ohrožení popřením, racionalizací či dalšími obrannými mechanismy. (2, 5, 7)

Podle toho, jak stres působí na člověka, ho můžeme charakterizovat jako negativní či pozitivní. Termín **distres** (negativně působící stres) používáme pro nepříznivé stresové situace. Opakem je **eustres** (kladně působící stres). (8)

## 2.1.6 Reakce na zátěžovou situaci

### Adaptivní reakce na stres

Přirozenou tendencí jedince je udržovat vnitřní integraci či rovnováhu. Základní termíny z oblasti vyrovnávání se se stresem jsou **adaptace**, **coping** a **předjímání (anticipace)**. Adaptací rozumíme přizpůsobení se zátěži, která je relativně v normálních mezích. Termín coping vyjadřuje boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží. Při copingu jde o řešení situací poměrně neobvyklých, kde člověk nemá potřebné znalosti a dovednosti. Příkladem může být právě zvládání hospitalizace či blížící se operace. Předjímání (anticipace) označuje procesy, které probíhají před tím, než se jedinec do těžké situace dostane. Člověk se v mysli připravuje na zátěžovou situaci. Tato anticipační reakce může být nápomocná a ochranná, je-li přiměřená. Pokud ji však nadměrně používáme (např. myslíme na něco nepříjemného), tělo reaguje tak, jako by se nepříjemná situace skutečně odehrávala. (8, 9)

## **Maladaptivní reakce na stres**

Maladaptivní obranné mechanismy jsou nevědomé procesy. Nastupují automaticky, pokud se objeví ohrožení a vypořádání se s ním je pro nás příliš těžké. Mezi základní způsoby, jimiž se člověk vyrovnává s náročnými situacemi, patří „**útěk**“, „**útok**“ a „**volání o pomoc**“. Od těchto strategií můžeme odvodit mnoho **psychických obranných mechanismů**. Patří sem např.: (15, 17)

### **1) Agrese**

Projevuje se nejrozmanitějšími formami útočného chování (fyzický útok, křik, slovní napadení, ironie, výhrůžky, nápadný smích, výstřední oblékání atd.). Agresivní chování může být zaměřeno na okolí (předměty, lidi), ale i vůči sobě samému (autoagrese). (17)

### **2) Únik**

Patří k velice častým formám maladaptace (např. útěk z místa ohrožení – odchod z nemocnice na revers, únik do drog, do nemoci, verbální únik – výmluva, sebevražedné jednání...). (17)

### **3) Negativismus**

Aktivní – jedinec dělá opak toho, co se po něm žádá, pasivní – člověk nereaguje na pokyny. S nemocným je špatná spolupráce. (17)

### **4) Regrese**

Jedinec se začne chovat způsobem, který neodpovídá jeho věku – dítě se začne např. pomočovat, emoční labilita dospělého klienta/pacienta (K/P) apod. (17)

### **5) Fixace**

Jedinec ustrne na určitém způsobu chování k jiné osobě, nebo uspokojování nějaké potřeby. Situaci řeší stále stejným způsobem, i když se řešení ukázalo neúčinné. (17)

### **6) Projekce**

Svádění viny za svůj čin na někoho jiného nebo prisuzování vlastních názorů, myšlenek a rysů jiným lidem. (5)

### **7) Racionalizace**

Rozumové vysvětlení nějakého problému, neúspěchu. (17)

### **8) Identifikace**

Proces ztotožnění a vnitřní přijetí toho, co je vlastní někomu jinému. (17)

### **9) Kompenzace**

Jedinec neúspěšný v určitém oboru se snaží vyniknout v jiné oblasti. (17)

### **10) Rezignace**

Zřeknutí se, odevzdání se. Člověk je k zátěži lhostejný, apatický. (17)

### 11) Represe

Potlačení nápadu či přání ještě před jeho vyslovením. Podstatou je úmyslné sebeovládání, kdy si tyto myšlenky uvědomujeme, ale odsouváme je stranou. Někteří nemocní mají např. problémy požádat zdravotnický personál o pomoc. (5, 17)

### 12) Egocentrismus

Nemocný přes své trápení není schopen vnímat situaci kolem sebe, vyžaduje být středem pozornosti a netuší, že svým chováním vytváří problémy ostatním. (17)

### 13) Izolace

Vystupňovaná forma úniku, umožňuje vyhnout se neúspěchům, zklamání. (17)

## 2.1.7 Zvládání stresu

Každý z nás se někdy dostane do náročné životní situace, která znamená zátěž. Při zvládání těchto situací využíváme strategií, které nám pomáhají:

- snížit to, co nás ohrožuje a tolerovat (unést) to, co nepříjemného se děje
- zachovat si pozitivní obraz sebe sama, duševní klid a rovnováhu
- pokračovat v životě s druhými lidmi (sociální interakci). (17)

Mezi **strategie**, které při zvládání těžkých životních situací používáme, patří:

- 1) zlepšení informovanosti a prověření možnosti zvládnutí situace
- 2) zlepšování dovednosti boje s těžkostmi
- 3) posilování obrany změnou životního stylu, úpravou diety atd. (8)

Zvládání těžkých životních situací můžeme chápat jako dynamický proces, ve kterém dochází ke vzájemným interakcím mezi jedincem a danou situací. Souhrn zásad pro zvládání stresu viz příloha č. 1. (17)

Stresu můžeme předcházet a odolávat různými relaxačními technikami. Patří sem např.:

- *svalová relaxace* (př. autogenní trénink – příloha č. 2)
- *dechová cvičení*
- *imaginace* – forma soustředění psychiky s klidovou atmosférou (např. představa moře...)
- *meditace* – zamyšlení nad určitou myšlenkou
- *jóga*. (9, 17)

## 2.1.8 Psychosomatické poruchy a stres

**Psychika** (oblast kognitivní – poznávací, emocionální a duchovní) a **soma** (tělo – biologický a fyziologický stav) jsou citlivé na různé druhy stresorů. Je mezi nimi vzájemný vztah, vytváří jednotný celek. Dlouhodobý, vzrůstající a silný stres, na který již nejsme schopni se adaptovat, označujeme za faktor, který způsobuje vznik **psychosomatických** onemocnění. Pokud již není možné pozitivně zvládat zatížení, vede to k labilním, později fixovaným psychofyziologickým reakcím (aktivace a dysfunkce vegetativní, kardiovaskulární, gastrointestinální). Vlivem těchto reakcí může nakonec nastat poškození orgánu (např. vznik žaludečního vředu). Mezi psychosomatické nemoci řadíme především: vysoký krevní tlak (hypertenzi), vředovou nemoc žaludku a dvanáctníku, ischemickou chorobu srdeční (infarkt myokardu), alergii, obezitu a řadu dalších onemocnění. (8, 9, 17)

## 2.2 Zdraví a nemoc

### 2.2.1 Definice zdraví a nemoci

Velice rozšířená je definice **zdraví**, která je obsažena v Ústavě **Světové zdravotnické organizace (WHO)**: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“* V současnosti si neklademe za cíl pouze zbavit člověka nemoci, ale také podporu optimálního rozvoje a využívání jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností. Zdraví bychom měli chápat jako dynamickou skutečnost, kde je možný maximální rozvoj daný možnostmi organismu. (9)

**Nemoc** má stejně jako zdraví svoji stránku biologickou, psychickou a sociální. Praktický slovník medicíny (1994, s. 229) využívá definici: *„Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.“* Nemoc je pro většinu lidí náročnou životní situací, která narušuje obvyklý způsob života. Nemoc mnohdy ovlivňuje mezilidské vztahy. Pokud je jedinec hospitalizován, musí opustit své blízké, vytvořit si nové vztahy k ošetřujícím personálu i spolupacientům. Náročné jsou situace, kdy nemocný musí podstoupit různá vyšetření a výkony, s kterými se třeba dosud nesešel, nemá o nich potřebné informace, nebo má informace zkreslené. (6, 9)



### 2.2.3 Postoj k nemoci

Reakce K/P a jeho postoj k nemoci mohou být velmi individuální. Většina K/P při běžných onemocněních reaguje přiměřeně situaci, přijímá diagnózu a dodržuje doporučení a pokyny k léčbě. Dle toho, jakou má nemoc pro jedince hodnotu, můžeme rozdělit postoj k nemoci do několika skupin. (17)

#### 1) Normální postoj k nemoci

Nemocný je na situaci přiměřeně adaptován. (17)

#### 2) Bagatelizující postoj

Nemocný snižuje závažnost svého onemocnění, spolupracuje neochotně. (17)

#### 3) Repudiační postoj

K/P nemoc zapudí, nebere ji na vědomí, k lékaři nejde. Jedná se o nevědomou disimulaci. (17)

#### 4) Disimulační postoj

Nemocný záměrně zastírá či zkresluje svoje potíže. (17)

#### 5) Nozofóbní postoj

Nemocný má nepřiměřené obavy z nemoci, nechává se opakovaně vyšetřovat, obává se zejména nevyлéčitelných chorob (AIDS, nádorová onemocnění...). Je si vědom, že obavy jsou přehnané, ale ty se mu neustále vnučují. (5, 17)

#### 6) Hypochondrický postoj

Nemocný si myslí, že trpí vážnou chorobou, nebo prožívá lehčí nemoc velmi zaujatě. Podléhá svým potížím, nebojuje s nimi. (5, 17)

#### 7) Nozofilní postoj

Bývá spojen s příjemnými stránkami nemoci (na jedince jsou brány větší ohledy, okolí o něho více pečuje...). (17)

#### 8) Účelový postoj

Jedná se o vystupňovaný nozofilní stav. Důvody mohou být různé (získání výhod – lázně, odchod do důchodu...). (5, 17)

Rozlišujeme:

1) **agraci** – vědomé či nevědomé zveličování příznaků nemoci

2) **simulaci** – vědomé předstírání nemoci a jejích příznaků

3) **repudiaci** – zapuzení nemoci, můžeme ji označit za nevědomou disimulaci.

Totéž onemocnění může pro různé K/P znamenat zásadně odlišnou životní situaci.

(5, 17)

## 2.3 Bolest, strach a úzkost v nemoci

### 2.3.1 Vymezení bolesti

**Bolest** je jev, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Je varovným signálem a má ochrannou funkci – upozorňuje organismus, že došlo k poškození, nebo že poškození může nastat. Podle **IASP** (International Association for the Study of Pain) se bolest definuje: „*Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.*“ Bolest je subjektivním zážitkem. Každý jedinec je jiný a situaci spojenou s bolestí může prožívat různě (práh bolesti je pro každého člověka jiný). (6, 15, 17)

Bolest můžeme podle způsobu vzniku a délky působení rozdělit na:

#### 1) akutní bolest

- zpravidla vzniká náhle, z plného zdraví. K/P reaguje řadou fyziologických změn (zrychlení pulzu, dechu, pocení...). Silnější intenzita bolesti nemocného tělesně i duševně vyčerpává. Jedinec může reagovat agresivně (vůči okolí i sobě) nebo se uzavře okolnímu světu a rezignuje.

#### 2) chronická bolest

- dlouhodobá, často vyčerpávající. Nemocný je bolestí unaven, má špatnou náladu, mnohdy vznikají deprese. Mohou se vyskytovat poruchy spánku. Jedinec reaguje i na běžné situace nepřiměřeně, nebo se uzavírá do sebe, je apatický. (5, 15, 17)

### 2.3.2 Psychologické charakteristiky a mírnění bolesti

- 1) Bolest je silněji prožívána, je-li jedinec unavený, má-li strach (např. z operace...).
- 2) Bolest obvykle lépe snášejí lidé emočně stabilní a v období střední dospělosti (30 – 50 let).
- 3) Bolest se snáší snáze, pokud ji může nemocný alespoň částečně kontrolovat (např. při využití léků proti bolesti).
- 4) Utrpení fyzické i psychické snadněji překonáme, pokud má smysl a je-li přítomna naděje ve změnu k lepšímu. Tzv. **plánovanou bolest**, o které je jedinec poučen (př. po operaci), prožívá méně intenzivně, pokud zná její příčiny a případně také dobu působení. (15, 17)

Bolest a její tišení znamenají v praxi často svízelný problém. Bolest je nejčastěji léčena farmakologickými, fyzioterapeutickými a chirurgickými prostředky. Léky proti bolesti jsou často upřednostňovány, protože působí rychle. Na druhé straně však mohou mít mnoho nežádoucích účinků, zejména pokud je nemocný užívá dlouhodobě. (15)

Na bolest se nikdy nesmíme dívat odloučeně od osobnosti a jejích pocitů. Zdravotníci by měli při redukci bolesti umět využívat také psychologických prostředků. V postavení sestry je velice důležité porozumění a pochopení K/P. (4)

### 2.3.3 Vymezení strachu a úzkosti

**Strach** a **úzkost** jsou emočně zbarvené prožitky, které vyplývají z pocitu ohrožení. Mezi těmito pojmy není vytvořená přesná hranice. (17)

*„Strach se vymezuje jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení.“* (15, s. 162) Je reakcí na poznané nebezpečí, má signální a obrannou funkci. Strach může být reálný (přirozený, druhými pochopitelný), či nereálný (pro druhé lidi nepochopitelný, např. u lidí duševně nemocných). Strach může být vyvolán také pouhým očekáváním něčeho nepříjemného. K/P se mohou bát řady věcí (bolesti a utrpení, odloučení od svých blízkých, nutnosti změny způsobu života, ztráty soběstačnosti, umírání a smrti atd. (15, 17)

*„Úzkost je nepříjemný prožitek a stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět a situaci, které ji vyvolávají.“* (15, s. 162) Úzkost je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí. Většinou bývá nepříjemnější než strach, protože očekávání něčeho nemilého a neznámého je hůře prožíváno než událost sama, která je jasně poznána. (15)

Strach běžně přechází v úzkost a naopak, nelze je od sebe ostře oddělit. Někteří jedinci svým typem osobnosti více disponují ke strachu (**osoby úzkostlivé**). Mezi somatické příznaky strachu a úzkosti patří např.: zrychlený tep, dech, bledost, sucho v ústech, rozšíření zornic, pocení apod. Jedinec prožívá pocity tísně, vnitřního napětí, neklidu, projevuje obavy a cítí se být ohrožen. Způsob, jak jednat s člověkem, který cítí strach a úzkost, není mnohdy snadný. O zásadách přístupu sestry ke K/P se strachem a úzkostí se zmíníme v praktické části práce. (17)

## 2.4 Péče o klienta/pacienta v nemocnici

### 2.4.1 Příjem klienta/pacienta do nemocnice a vliv nemocničního prostředí

**Hospitalizace** (umístění a léčení K/P v nemocnici) je pro nemocného často novým zážitkem. Pobyt v nemocnici je pro každého významnou událostí. U lidí, kteří musí do nemocnice, převládají většinou v různé míře obavy a strach, nejistota a také touha po lidské blízkosti. Zasažena je také psychosociální sféra (nemocný má omezené soukromí, musí se obnažovat před ostatními, dodržovat klid na lůžku...). (6, 15, 17)

Správné přijetí K/P do nemocnice je velice důležité a patří mezi základní prvky dobrého vztahu mezi nemocným a sestrou. V současné době jsou požadavky kladené na lůžkovou kapacitu nemocnic značné. Přetížení pracovních sil, které je způsobené také přeplněním nemocnic, může způsobit, že nový K/P není přijat s dostatečnou vřídností. K/P však tyto problémy nezajímají a mohou ho i urazit. Právem očekává chování vyjadřující porozumění a ochotu udělat všechno, aby se cítil bezpečně. (4)

**Nemocničním prostředím** je pro K/P souhrn mnoha činitelů (vzhled celé budovy, oddělení, pokojů, umístění nemocných, celková psychická atmosféra na oddělení, působící personál...). Nemocnice se postupně humanizují, před holými bílými stěnami se dává přednost vřídým barvám a obrazům. Důležitými složkami nemocničního prostředí jsou dále fyzikální podmínky (teplota prostředí, hluk, osvětlení...). Základním aspektem celého nemocničního prostředí je vzájemný vztah mezi lékařem, sestrou a K/P. Výzkumy ukázaly, že konflikty a napětí mezi pracovníky mohou významně vést ke zneklidnění nemocného a zhoršení stavu. (4)

Význam má také umístění nemocných. V současné době se již upřednostňují menší pokoje, které zajišťují K/P více klidu. Jsou nemocní, kteří musí mít přísnou izolaci, jiní by zas neměli být na pokoji sami. Mnohdy není seskupení K/P na jednom pokoji lehký problém. Existují lidé, kteří jsou pod vlivem onemocnění podráždění, neklidní a agresivní. Také osobní rozpory, rozdíly v povaze a temperamentu se mohou projevat četnými konflikty, které ruší klid K/P. V takových případech je většinou nejúčelnější nemocné přemístit. (4)

Pokud celé okolí napomáhá tomu, aby se nemocný uzdravil, aby byla léčba co nejúčinnější, mluvíme o tzv. **terapeutickém prostředí**. Velmi se na něm podílí pracovní styl oddělení a dobré kolegiální a lidské vztahy. (4)

## 2.4.2 Role klienta/pacienta v prostředí nemocnice

K/P přichází do nemocnice pln obav, co ho při hospitalizaci čeká. Objevuje se nervozita (z vyšetření, operačního zákroku...). V psychice nemocného člověka dochází k řadě změn (příloha č. 3). Nemocnice často nedělá mnoho pro to, aby uklidnila K/P strach a úzkost. Přitom se od něj očekává, že se bude snažit zdravotníkům pomáhat, spolupracovat s nimi a nebude vyžadovat zvláštní pozornost. (6)

**Mezi negativní stránky K/P života v nemocnici patří:**

### 1) Depersonalizace

K/P byl zvyklý, že je ve svém životě společensky „někdo“. V roli nemocničního pacienta však ztrácí svou sociální identitu (specifické určení „kým je“). (6)

### 2) Neosobní jednání

S nemocným se jedná v určité míře neosobně (je pro řadu lidí „jen případem“). (6)

### 3) Změny v komunikaci

K/P byl zvyklý vést rozhovory s druhými lidmi (v rodině, zaměstnání...). Nyní je jen na mnohé dotazován, moc se mu nenaslouchá a něco se přikazuje. (6)

### 4) Uspokojování potřeb

K/P má velice pestrý soubor potřeb. V nemocnici se ale zdravotníci zajímají často jen o jeho zdravotní potřeby. Ostatní potřeby mohou být zasunuty do pozadí. (6)

### 5) Odloučení od rodiny a přátel

### 6) Aktivita

Jako „dobrý“ pacient je obvykle označen ten, který je pasivní, nedělá zdravotníkům žádné potíže a poslušně koná to, co je mu nařízeno. „Špatným“ pacientem je často označen ten, jenž má mnoho dotazů, připomínek a mnohé problematizuje. (6)

## 2.4.3 Potřeby klienta/pacienta v nemocnici

**Potřeba** je projev nějakého nedostatku, jehož odstranění je pro jedince žádoucí. Potřeby pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, nebo vedou k vyhýbání se určité podmínce, jež je pro život nepříznivá. V průběhu života se mění z hlediska kvantity i kvality. (12, 17)

Potřeby můžeme rozdělit na tělesné, psychické a sociální.

### **1) Tělesné potřeby**

Jsou tvořeny např. potřebou vzduchu, výživy, vyprazdňování, spánku a odpočinku, bezpečí a jistoty. Tyto potřeby souvisejí nejen s přežitím jedince, ale ovlivňují také psychickou stránku člověka. (17)

### **2) Psychické potřeby**

K/P by měl cítit jistotu (opakem je nejistota, strach a úzkost) a pocit, že je personálem a spolupacienty akceptován. Nemocnému je třeba zajistit soukromí a také to, aby se necítil osamělý. (15, 17)

### **3) Sociální potřeby**

Tvoří je např. potřeba komunikace, pozitivního kontaktu (se zdravotníky, rodinou, přáteli apod.). (17)

Podle psychologa A. H. Maslowa<sup>2</sup> je jedinec integrovaný a organizovaný celek. Každá potřeba je vždy výrazem celého jedince. Maslow tvrdil, že jedinec musí mít uspokojeny nejprve potřeby nižší – základní (fyziologické), pak teprve potřeby vyšší (psychosociální). Maslowova hierarchie potřeb (příloha č. 4). (12)

Sklobení individuálních potřeb nemocných a zajištění pravidelného provozu chirurgické ošetrovací jednotky není vždy jednoduché. Lékaři jsou často na operačním sále, proto se mnohdy nemohou vytvořit správné vztahy mezi chirurgem a K/P. Míra a kvalita uspokojování (nebo neuspokojování) tělesných, psychických a sociálních potřeb tvoří kvalitu života K/P v nemocnici. (15)

## **2.4.4 Psychologická příprava klienta/pacienta před operačním zákrokem**

Operační zákrok, větší nebo menší, akutní či plánovaný, je vždy závažným zásahem do tělesné integrity K/P a do jeho psychiky. Operační zákrok obsahuje také poučení nemocného a jeho souhlas, předoperační přípravu, samotný výkon a též pooperační péči. Před chirurgickým zákrokem je z psychologického hlediska největším problémem předoperační strach a úzkost. Tyto stavy lze účinně redukovat aktivní pomocí zdravotníků, kteří podporují pozitivní city, správnou informovanost, překonávání bolesti

---

<sup>2</sup> Americký psycholog (1908 – 1970), který byl 1. prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Vytvořil teorii motivace, z které vychází jeho hierarchická teorie potřeb (každý jedinec má individuální systém motivů, jenž je hierarchicky uspořádán).

a zapojení K/P do psycho-rehabilitačního programu. K/P má strach z utrpení, bolesti, nepříznivého výsledku operace... (14, 15, 17)

Nejlepším léčebným prostředkem proti pocitu úzkosti je prevence. Tomu napomáhá dobrá pověst a celkové klima chirurgického oddělení, dobrý kontakt s K/P, znalost jeho osobnosti a postoje k operaci, informovanost atd. (4)

Cílem psychologické přípravy před operací je nemocného uklidnit a také poučit, jaké chování z jeho strany by bylo žádoucí. Zmírnění strachu a úzkosti vede i ke snížení případných komplikací operačního zákroku. Operační výkon je pro organismus i z biologického hlediska stresem (krevní ztráty...). Pokud se připojí i zátěž psychogenního charakteru, zvyšuje se riziko pooperačních komplikací. (4, 15)

#### **2.4.5 Vztah klienta/pacienta s jeho rodinou a zdravotníky**

Dobré rodinné vztahy tvoří jeden z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Vědomí K/P, že ho někdo potřebuje a záleží mu na jeho uzdravení, mnohdy pomůže nemocnému překonat negativní stránky pobytu v nemocnici. Zdravotníci by měli věnovat pozornost návštěvám K/P. (4, 17)

Vztah K/P k rodině nás zajímá zejména proto, že příbuzní většinou nepůsobí neutrálně. Buď nemocného ovlivňují příznivě a při léčbě spolupracují, nebo je jejich vliv nežádoucí. V současné praxi se často na rodinu příliš nemyslí. Takový postoj vychází z předpokladu, že všichni mají zájem na úzdavě K/P a důvěřují pokynům zdravotnických pracovníků, kteří jsou pro ně autoritou. Tento přístup je však nesprávný a je nutné rodinu pro spolupráci průběžně získávat. Důležité je získat si důvěru pacientova okolí. K/P více důvěřuje zdravotníkům tehdy, jestliže jim důvěřuje i rodina. Je tedy potřeba, aby rodina byla spojencem zdravotníků. (4, 15)

Rodina je většinou pozitivním článkem v zajištění podmínek pro uzdravení nemocného. Velkou část nemocných navštěvuje rodina pravidelně, psychicky je podporuje a pečuje o ně. Někdy však návštěvy ovlivňují léčebný proces negativně. Nemocného zbytečně rozrušují a zatěžují informacemi, které mohou jeho zdravotní stav negativně ovlivnit. Setkáváme se i s nemocnými, které nikdo nenavštěvuje a kteří jsou zanedbáváni. Často se cítí osamoceni a opuštěni. S takovými nemocnými je důležité jednat s ještě větší empatií. Zásady při jednání s rodinou jsou uvedeny v praktické části práce. (4, 17)

## 2.5 Komunikace sestry s klientem/pacientem

**Komunikaci** můžeme definovat jako vzájemnou výměnu informací. Slouží nám k vytvoření vztahu a spolupráce s K/P. (15)

### 2.5.1 Verbální a neverbální komunikace

#### Verbální komunikace

Dochází při ní ke sdělování informací pomocí slov. Řeč a komunikace mají nezastupitelnou úlohu v mezilidském styku (sdělují myšlenky, informace a znalosti, udržují vzájemné vztahy, ovlivňují postoje k věcem a lidem apod.). U řeči sledujeme dvě úrovně:

- 1) **Obsahovou úroveň sdělení** (věcná informace – význam sdělení)
- 2) **Neobsahovou úroveň sdělení** (intenzita, tón a barva hlasu, délka sdělení, rychlost řeči...). Základní pravidla účinné komunikace uvádíme v praktické části práce. (17, 20)

#### Neverbální komunikace

Tato komunikace (tzv. řeč těla) často zprostředkuje naše pocity lépe než slova. Do neverbální komunikace patří:

##### 1) **Chůze a držení těla**

Často jsou ukazatelé sebehodnocení, nálady. (17)

##### 2) **Vzdálenost (proxemika)**

Rozlišujeme 4 zóny: intimní (soukromá) – od 15 – 30 cm, osobní (přátelská) – od 45 – 120 cm, sociální (formální, pracovní) – od 150 – 350 cm, veřejná (lhostejná) – asi 800 cm a více. Ve zdravotnictví často dochází k narušování všech zón (zejména osobní a intimní). (17, 20)

##### 3) **Posturitika (tělesný postoj)**

Naznačuje nám psychický stav druhého člověka. (17)

##### 4) **Mimika (výraz obličeje)**

Pokrčené čelo, výraz očí nám můžou sdělit pocity strachu, úzkosti, bolesti... Dolní část obličeje může naznačit uvolnění, úsměv, klid... (17, 20)

##### 5) **Pantomimika (gestikulace – pohyby rukou)** (17)

##### 6) **Haptika (doteky)** (17)

##### 7) **Pohledy** (17)

Působení sestry z hlediska neverbálních projevů je zachyceno v praktické části práce.



## 2.5.2 Rozhovor mezi sestrou a klientem/pacientem

**Rozhovor** je chápán jako rozmluva, konverzace dvou nebo více lidí. Je nejrozšířenějším druhem komunikace. Termínem **dialog** rozumíme určitý typ komunikace, pro který je charakteristický společný cíl účastníků. Dochází zde ke vzájemnému ovlivňování, obohacování informacemi a k vývoji vztahů. Prostřednictvím rozhovoru K/P ovlivňujeme, získáváme a dodáváme potřebné informace. (1, 5, 17)

### Druhy rozhovoru používané v medicíně

Podle cíle, který je rozhovorem sledován, můžeme rozhovory používané v medicíně rozdělit na ty, jimiž:

#### **1) Informace získáváme**

- První rozhovor: za jeho pomoci většinou sestra přichází do kontaktu s K/P.
- Anamnestický rozhovor: hlavním zdrojem v oblasti biopsychosociální roviny nemoci.
- Diagnostický rozhovor: často se překrývá s anamnézou.
- Explorativní rozhovor: je zaměřen na určitou oblast života K/P či jeho obtíže. (17)

#### **2) Informace dodáváme**

- Vysvětlující rozhovor: sdělujeme např. průběh vyšetření, ošetřovatelský plán...
- Závěrečný rozhovor: např. před propuštěním z nemocnice.
- Poradensko-informační rozhovor: dodá K/P objektivní informace. (17)

#### **3) Navozuje změny psychického stavu, chování a osobnosti**

Patří sem různé psychosomatické rozhovory. (17)

- Nedirektivní empatický rozhovor: sestra se vcitíuje do situace K/P, naslouchá, nevnučuje své názory. Nemocný má prostor najít vlastní řešení, ventilovat napětí.
- Podpurný a uklidňující rozhovor: sestra K/P povzbuzuje a dává najevo, že je na jeho straně. Předpoklady úspěšného rozhovoru jsou uvedeny v praktické části práce. Sestra by měla umět užívat základní techniky nedirektivního rozhovoru. Tyto techniky rovněž uvádíme v praktické části spolu se základními chybami. (17)

## 2.6 Informovaný souhlas

V poslední době se stále častěji hovoří o tzv. **informovaném souhlasu**. Jde o formu a rozsah jak informovat K/P o způsobu diagnostiky a léčby, o rizicích a možnostech jiného postupu. (3, 13)

Parlament České republiky ratifikoval v roce 2001 mezinárodní smlouvu – **Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (tzv. Úmluva o biomedicíně)**. Je to nejvyšší zdravotnický zákon země, který je založen na strategii partnerského vztahu mezi lékařem a K/P. V této smlouvě nalezneme také ustanovení, která se týkají náležitého informování nemocných. (3)

25. 12. 1992 CEK MZ ČR (Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky) formulovala a vyhlásila definitivní českou verzi Práv pacientů (příloha č. 5). Kodex Práv pacientů není sám o sobě právně vymahatelný, tvoří mravní normu, která má být zdravotníky naplňována. V české verzi kodexu Práv pacientů je uvedeno: *„Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a 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 více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo.“* (3, s. 18)

V Etickém kodexu České lékařské komory se problému informovanosti věnuje toto ustanovení: *„Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech, včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení nastanou.“* (3, s. 19)

Článek 5 Úmluvy o biomedicíně obsahuje: *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.“* (3, s. 25)

Výjimku tvoří stav krajní nouze. K/P nemůže dát příslušný souhlas a pro záchranu zdraví a života K/P je nutné provést lékařský zákrok bezodkladně. Souhlas musí být **poučený, kvalifikovaný a svobodný**. Poučený souhlas je vyžadován proto, aby se nemocný mohl „kvalifikovaně“ rozhodnout pro navrhovanou léčbu. K/P by se měl rozhodovat svobodně (sám za sebe). (3)

## 2.6.1 Formy a obsah informovaného souhlasu

Právo K/P na informace o jeho zdravotním stavu se může realizovat: **ústně**, **konkludentně**, nebo **písemně**. Při běžných lékařských výkonech se souhlas „mlčky předpokládá“, pokud je K/P dostatečně informován. Konkludentní forma znamená, že souhlas nemocného vyplyne ze situace, je udělen mlčky, s významně souhlasným gestem (např. K/P natáhne paži při odběru krve...). Písemný informovaný souhlas je nutné požadovat vždy u invazivních diagnostických a léčebných úkonů. (3)

Podle stávající platné vyhlášky č. 64/2007 Sb. musí informovaný souhlas obsahovat:

- údaje o povaze, účelu, předpokládaném prospěchu a možných komplikacích výkonu
- poučení o alternativních možnostech léčby
- údaje o možných omezeních v obvyklém způsobu života po provedení výkonu, lze-li taková omezení předpokládat, údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti
- údaje o léčebném režimu, preventivních opatřeních
- zápis a vyjádření K/P, že byl poučen, uvedeným údajům rozumí a měl možnost klást doplňující otázky. Tyto otázky byly nemocnému zodpovězeny.
- datum, podpis K/P a zdravotníka, který mu údaje a poučení poskytl. Pokud se K/P nemůže podepsat, uvede se jméno a podpis svědka, který byl projevu souhlasu přítomen. Dále se uvede důvod, proč se K/P nemohl podepsat. Svědek může být kdokoliv (další lékař, sestra, příbuzný).
- u nezletilého K/P, nemocného zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo K/P s omezenou způsobilostí k právním úkonům, jsou příslušné údaje poskytnuty jeho zákonnému zástupci. V přiměřené podobě též K/P. Zákonný zástupce podepisuje písemný souhlas. Pokud odmítne souhlas podepsat, uvede se jméno a podpis svědka, který je přítomen odmítnutí. Je uveden také důvod, proč se zákonný zástupce nepodepsal. (3)

## 2.6.2 Náležitosti informovaného souhlasu

- 1) Písemný informovaný souhlas vždy vyžaduje lékař (po náležitém ústním poučení).
- 2) Povinnost informovat K/P mají i další zdravotničtí pracovníci, vždy s ohledem na své profesně stanovené odborné kompetence. Sestra seznamuje nemocného s úkony, které se v souvislosti s léčbou nebo vyšetřením uskutečňují.
- 3) Písemný informovaný souhlas má být vyhotoven ve dvou exemplářích (jeden je součástí dokumentace, druhý zůstává K/P – u nás je to zatím neustáleno).

- 4) Je nezbytné, aby lékař ověřil, zda K/P informacím porozuměl.
- 5) Informovaný souhlas může dát pouze kompetentní K/P (rozuměl poučení, je schopen se v situaci své nemoci jednoznačně rozhodnout).
- 6) Příbuzní nemohou rozhodovat za K/P, který je kompetentní.
- 7) Je-li K/P na základě nemoci dočasně nekompetentní, nemají jeho blízcí právo dát souhlas s léčbou, nebo ji odmítnout. Lékař musí vždy jednat v nejlepším zájmu K/P.
- 8) Systém tzv. **kontraindikace poučení** lze uplatnit tehdy, pokud stav K/P směřuje ke konci života a kdy poučení nemocného „postrádá smysl“.
- 9) Kompetentní K/P má právo uvažovat o medicínské regulaci svého zdraví i do budoucna (předem vyslovená přání) – tato problematika však u nás nemá tradici, zatím není ošetřena.
- 10) K/P může kdykoli svůj souhlas odvolat (změna rozhodnutí nemocného musí být respektována). K/P nemusí uvádět důvody pro odvolání informovaného souhlasu, má být vždy seznámen s důsledky takového rozhodnutí. (3, 13)

Vzorový informovaný souhlas je uveden v příloze č. 6.

### 2.6.3 Negativní revers

Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu (**negativní revers**) se nejčastěji používá tam, kde K/P odmítne navrhovanou léčbu, i když s ní byl náležitě seznámen. K/P má právo zdravotní péči odmítnout. Na základě písemného prohlášení (reversu) lékař nemusí a nemá léčebné či vyšetřovací výkony provést. Odmítnutí léčby či její části je závažným aktem, na který se váže řada etických i praktických problémů. (3, 16)

### 2.6.4 Informace příbuzným

Podle Úmluvy o biomedicíně má právo na informace pouze nemocný. Ostatní osoby mohou být informovány pouze tehdy, pokud s tím souhlasí nemocný. Podle zákona č. 111/2007 Sb. má K/P právo určit, kdo může být informován o jeho zdravotním stavu. Může to být kdokoli (i osoba bez příbuzenského vztahu k nemocnému). K/P může kdykoli souhlas s poskytováním informací určité osobě změnit nebo odvolat. Toto informování musí provést ošetřující lékař. Všeobecná sestra není kompetentní poskytovat závažné informace. Potvrdí pouze obecné informace dle svých kompetencí, jméno ošetřujícího lékaře a dobu, kdy je k dispozici k poskytnutí informací. (3)

## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 Cíle a předpoklady práce

**Cíl 1.** Získání informací o výskytu a míře stresorů, které působí na klienta/pacienta hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon.

**Cíl 2.** Shrnutí základních doporučení pro maximální eliminaci stresorů u klienta/pacienta přijatého pro plánovaný operační výkon.

**Předpoklad 1.** Předpokládám, že poskytnutí dostatečných informací o operačním výkonu a pooperačním režimu může významně přispět ke zmenšení prožívaného stresu u klienta/pacienta hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon.

**Předpoklad 2.** Domnívám se, že působení nemocničního prostředí a přístupu zdravotnických pracovníků má významný vliv na prožívání stresu u klienta/pacienta přijatého pro plánovaný operační výkon.

### 3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběrový soubor tvoří 120 náhodně vybraných respondentů hospitalizovaných pro plánovaný operační výkon. Je to 60 mužů a 60 žen různých věkových kategorií. Nejnižší věková hranice je 18 let. Výzkum byl proveden během měsíců říjen a listopad 2008 v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. na oddělení chirurgie, urologie a ortopedie u již hospitalizovaných nemocných. Kritériem bylo, aby objektem výzkumu byli K/P před plánovaným operačním výkonem.

### 3.3 Metodologie výzkumu

Jako první jednoduchou výzkumnou techniku jsem použila anketu, která mi pomohla k následnému zaměření předpokladů práce. Oslovila jsem celkem 50 K/P hospitalizovaných na interním, chirurgickém, ortopedickém a urologickém oddělení

v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. Anketu tvoří jedna stěžejní položka, kterou uvádím spolu s výsledky v kapitole 3.4.1 Anketa.

Pro realizaci výzkumného šetření jsem použila dotazníkovou metodu sběru dat. Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný. Zpracovala jsem ho na základě stanovených cílů a předpokladů práce. Jeho vzor uvádím v příloze č. 7.

Pro ověření dotazníkové techniky sběru dat jsem provedla pilotní šetření. Dotazník vyplnilo 12 náhodně vybraných probandů na urologickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., kteří čekali na operační zákrok.

Dotazník obsahuje 23 uzavřených otázek. Respondenti vybírali nabídnuté varianty odpovědí. Úvodní položky jsou identifikační, další zjišťují pocity K/P před plánovaným operačním výkonem. Jednotlivé otázky se zaměřují na období před příjmem do nemocnice a období samotného příjmu na oddělení. Další zjišťují informace o možném výskytu stresorů plynoucích z komunikace mezi K/P a ošetřujícím personálem, péče, předoperačních procedur a budoucího pooperačního období.

Z celkového počtu 160 distribuovaných dotazníků se vrátilo 136 vyplněných (návratnost 85 %). Byla provedena kontrola získaných dat a 9 dotazníků muselo být pro neúplné vyplnění vyřazeno. Ve výzkumu jsem použila celkem 120 dotazníků. Jednotlivá data jsem zpracovala kvantitativní metodou sumarizace odpovědí. Výsledky šetření uvádím v tabulkách, pro přehlednost jsou některé tabulky doplněny také grafy.

## **3.4 Výsledky výzkumu a jejich analýza**

### **3.4.1 Anketa**

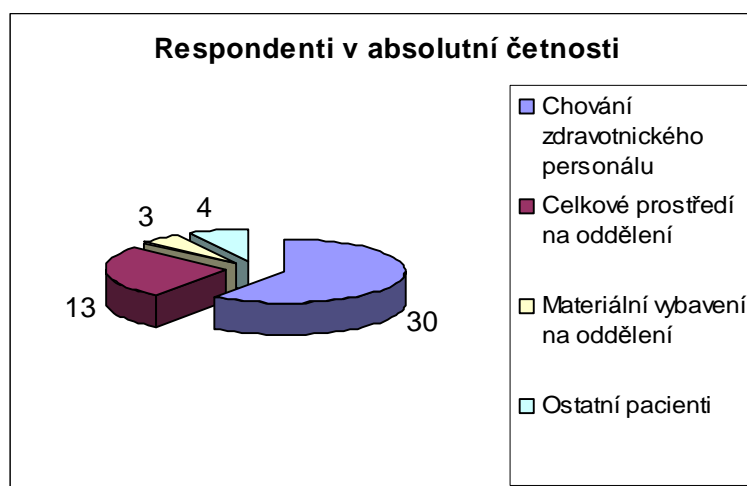
50 K/P hospitalizovaných v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. odpovídalo na anketní položku, která zněla:

#### **Při příjmu na oddělení na mě nejvíce působilo:**

- a) *Chování zdravotnického personálu*
- b) *Celkové prostředí na oddělení*
- c) *Materiální vybavení na oddělení*
- d) *Ostatní pacienti*

Tab. 1: Výsledky ankety v absolutní i relativní četnosti

Při příjmu na oddělení mě nejvíce ovlivnilo	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chování zdravotnického personálu	30	60%
Celkové prostředí na oddělení	13	26%
Materiální vybavení na oddělení	3	6%
Ostatní pacienti	4	8%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



Obr. 2: Graf výsledků ankety v absolutní četnosti

### **Komentář ankety**

Anketa měla zjistit, jaký faktor působil na K/P při příjmu do nemocničního zařízení nejvíce. Výsledky ankety jsou uvedeny v tabulce č. 1, následně v obrázku č. 2. 30 dotazovaných uvedlo *chování zdravotnického personálu*, 13 oslovených označilo *celkové prostředí na oddělení*. 4 K/P odpověděli, že je nejvíce ovlivnili *ostatní pacienti*. Pouze 3 dotázaní uvedli možnost *materiálního vybavení na oddělení*. Z výsledků anketního průzkumu jasně vyplývá, že chování zdravotnického personálu velice ovlivňuje pocity K/P při příjmu do zdravotnického zařízení.

### 3.4.2 Dotazníkové šetření

#### Otázka č. 1

##### Jaké je Vaše pohlaví?

#### Otázka č. 2

##### Kolik je Vám let?

Tab. 2: Počet mužů v jednotlivých věkových skupinách

<b>Muži</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>18 - 25</b>	8	13,3%
<b>26 - 45</b>	14	23,3%
<b>46 - 65</b>	23	38,3%
<b>66 a více</b>	15	25%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tab. 3: Počet žen v jednotlivých věkových skupinách

<b>Ženy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>18 - 25</b>	2	3,3%
<b>26 - 45</b>	15	25%
<b>46 - 65</b>	29	48,3%
<b>66 a více</b>	14	23,3%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

#### Komentář otázky č. 1 a č. 2

Výzkumného šetření se účastní **120** respondentů, **60 mužů** a **60 žen**.

Tabulka č. 2 ukazuje počet mužů v jednotlivých věkových skupinách. Nejvíce je zastoupena věková kategorie 46 – 65 let, ve které je 23 mužů. 15 mužů má věk 66 let a více, 14 mužů je ve věku 26-ti – 45-ti let. Nejméně je zastoupena věková kategorie 18 – 25 let, ve které je 8 mužů.

V tabulce č. 3 je zaznamenán počet žen v jednotlivých věkových skupinách. Nejpočetnější skupinou je opět věková kategorie 46 – 65 let, ve které se nachází 29 žen. 15 žen je ve věku mezi 26-ti – 45-ti lety a 14 žen má 66 a více let. Pouze 2 ženám je mezi 18-ti – 25-ti lety.



### Otázka č. 3

#### Už jste byl/a někdy hospitalizovaný/á v nemocnici?

Tab. 4: Předchozí hospitalizace respondentů v absolutní a relativní četnosti

<b>Předchozí hospitalizace</b>	<b>Abs. četnost</b>	<b>Rel. četnost</b>
<b>Ano</b>	99	82,5%
<b>Ne</b>	21	17,5%
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

#### Komentář otázky č. 3

Tabulka č. 4 ukazuje, že ze zkoumaného souboru 120 respondentů bylo 99 K/P již hospitalizováno někdy v nemocnici. 21 K/P uvedlo, že nebylo dosud hospitalizováno v nemocničním zařízení. Výsledek je pravděpodobně velice ovlivněn skutečností, že nejpočetnější část výběrového souboru tvoří K/P ve věkové kategorii 45 – 65 let, dále to jsou i K/P starší. U těchto respondentů můžeme předpokládat větší výskyt morbidity (nemocnosti) a tudíž i častější nutnost hospitalizace do nemocnice. U mladší populace je zdravotní stav většinou dobrý a k lékaři se tyto K/P dostávají spíše z důvodu akutní nemoci nebo preventivních prohlídek.

### Otázka č. 4

#### Na jakém oddělení jste nyní hospitalizován/a?

Tab. 5: Počet respondentů na jednotlivých odděleních v absolutní četnosti

<b>Pohlaví / oddělení</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Urologie</b>	<b>Ortopedie</b>	<b>Celkem</b>
<b>Muži</b>	20	20	20	<b>60</b>
<b>Ženy</b>	20	20	20	<b>60</b>
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>120</b>

#### Komentář otázky č. 4

Do výzkumu jsou zařazeni K/P hospitalizovaní na oddělení chirurgie, urologie a ortopedie v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. (viz tabulka č. 5). Na každém z těchto oddělení bylo vybráno 20 mužů a 20 žen, kteří čekali na plánovaný operační výkon.

## Otázka č. 5

### Bylo pro Vás stresující období čekání na příjem do nemocnice?

Tab. 6: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 5 v absolutní a relativní četnosti

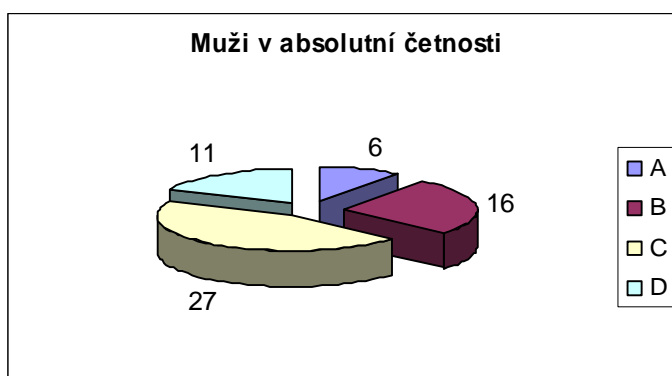
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	6	10%	16	26,7%	22	18,3%
B	16	26,7%	23	38,3%	39	32,5%
C	27	45%	14	23,3%	41	34,2%
D	11	18,3%	7	11,7%	18	15%

A – určitě ano, neustále jsem na to myslel/a

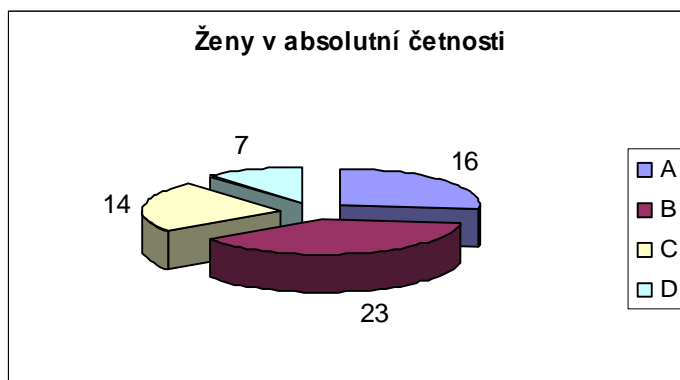
B – spíše ano, občas jsem na to myslel/a

C – spíše ne, myslel/a jsem na to jen málo

D – určitě ne, vůbec jsem na to nemyslel/a



Obr. 3: Graf odpovědí mužů na otázku č. 5 v absolutní četnosti



Obr. 4: Graf odpovědí žen na otázku č. 5 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 5**

Tabulka č. 6 ukazuje odpovědi mužů a žen na výše uvedenou otázku. V odpovědi A (*určitě ano, neustále jsem na to myslel/a*) byl zaznamenán rozdíl mezi muži a ženami největší. Uvedlo ji 6 mužů a 16 žen. Myslím, že tento výsledek může být do jisté míry ovlivněn genderovou problematikou pohlaví ve společnosti. Již malí chlapci jsou často podporováni v tom, aby neplakali, byli stateční a svůj strach nedali tak najevo. U dívek je naopak společnost k těmto souvisejícím emocím shovívavější. Ve větším vzorku respondentů by se tento rozdíl ve vyjádření pocitů mezi muži a ženami mohl samozřejmě ještě zvýraznit, proto se domnívám, že zde vzniká také prostor pro další výzkumné projekty. Odpověď B (*spíše ano, občas jsem na to myslel/a*) označilo také více žen – 23 žen a 16 mužů. U varianty C (*spíše ne, myslel/a jsem na to jen málo*) se výsledek obrátil, zvolilo ji 27 mužů a 14 žen. 11 mužů a 7 žen určilo odpověď D (*určitě ne, vůbec jsem na to nemyslel/a*). Pro názornost jsou výsledky odpovědí mužů a žen na 5. otázku ukázány v obrázku č. 3 a č. 4.

### **Otázka č. 6**

**Myslíte si, že jste před příjmem do nemocnice obdržel/a dostatek informací o Vaší chorobě a důvodu operace?**

Tab. 7: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 6 v absolutní a relativní četnosti

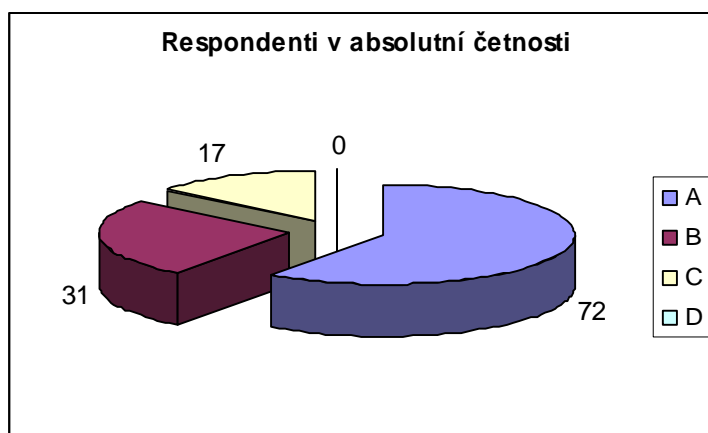
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	34	56,7%	38	63,3%	72	60%
B	17	28,3%	14	23,3%	31	25,8%
C	9	15%	8	13,3%	17	14,2%
D	0	0%	0	0%	0	0%

A – *určitě ano, vše mi bylo důkladně vysvětleno*

B – *spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět*

C – *spíše ne, dostal/a jsem jen základní informace*

D – *určitě ne, připadám si zcela neinformován/a*



Obr. 5: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 6 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 6**

Tabulka č. 7 ukazuje, že v odpovědích mezi muži a ženami nebyl i vzhledem k velikosti zkoumaného souboru 120 respondentů velký rozdíl. Nejčastěji byla volena varianta A (*určitě ano, vše mi bylo důkladně vysvětleno*). Označilo ji 34 mužů a 38 žen. Odpověď B (*spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět*) uvedlo 17 mužů a 14 žen. 9 mužů a 8 žen vybralo možnost C (*spíše ne, dostala jsem jen základní informace*). Nikdo z mužů ani žen neuvedl odpověď D (*určitě ne, připadám si zcela neinformován/a*).

Za zmínku však určitě stojí výsledek odpovědí všech respondentů dohromady, který je znázorněn v obrázku č. 5. 72 K/P zvolilo odpověď A. 31 respondentů vybralo odpověď B. Výsledek nám ukazuje, že tito K/P sice byli před operací poučeni, ale některé informace postrádají a potřebovali by se je ještě dovědět. Ještě zajímavější pro nás může být výsledek, že 17 K/P označilo odpověď C. Tito respondenti uvedli, že před operací dostali jen základní informace. Myslím si, že toto zjištění není rozhodně zanedbatelné a pokud by byl výběrový soubor větší než 120 K/P, mohlo by toto číslo nebezpečně narůstat. Žádný respondent neuvedl odpověď D. Domnívám se, že v současné úrovni našeho zdravotnictví obdrží všichni K/P před plánovaným operačním výkonem informace o své chorobě a důvodu operace. Otázka je ale v jaké míře a jakým způsobem, který by měl být přizpůsoben individuálním potřebám každého K/P.

## Otázka č. 7

### Působil na Vás příjem na oddělení nepříjemným dojmem?

Tab. 8: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 7 v absolutní a relativní četnosti

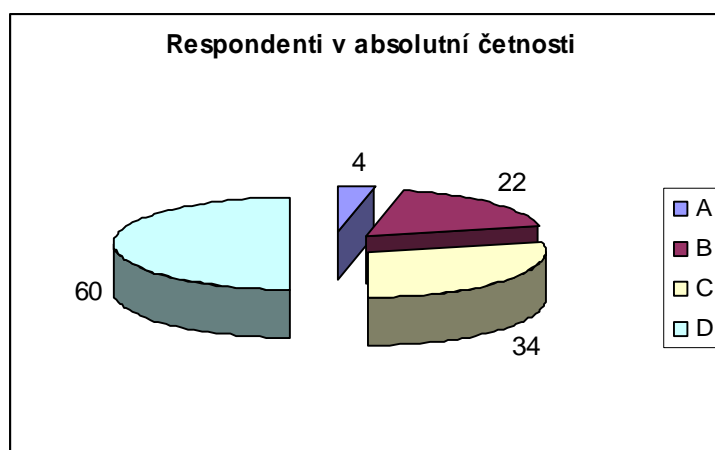
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	2	3,3%	2	3,3%	4	3,3%
B	11	18,3%	11	18,3%	22	18,3%
C	22	36,7%	12	20%	34	28,3%
D	25	41,7%	35	58,3%	60	50%

A – určitě ano, příchod do nemocničního prostředí a mezi cizí lidi mi byl velmi nepříjemný

B – spíše ano, obával/a jsem se nemocničního prostředí a cizích lidí

C – spíše ne, rychle jsem si zvykl/a na nové prostředí i lidi

D – určitě ne, při příjmu na mě personál i prostředí působili velmi příjemně



Obr. 6: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 7 v absolutní četnosti

### Komentář otázky č. 7

Odpovědi respondentů na otázku jsou uvedeny v tabulce č. 8. Variantu A (*určitě ano, příchod do nemocničního prostředí a mezi cizí lidi mi byl velmi nepříjemný*) vybrali 2 muži a 2 ženy. Možnost B (*spíše ano, obával/a jsem se nemocničního prostředí a cizích lidí*) uvedl také stejný počet mužů i žen – 11 mužů a 11 žen. 22 mužů a 12 žen označilo odpověď C (*spíše ne, rychle jsem si zvykl/a na nové prostředí i lidi*). Variantu D (*určitě ne, při příjmu na mě personál i prostředí působili velmi příjemně*) zvolilo 25 mužů a 35 žen.

Odpovědi mužů i žen dohromady znázorňuje obrázek č. 6. 60 respondentů zvolilo odpověď D. Domnívám se, že výsledek je také do jisté míry ovlivněn složením výzkumného vzorku, který tvoří z větší míry starší populace. Hospitalizace u těchto K/P jsou častěji opakované oproti mladší populaci, popřípadě se starší lidé mohou cítit více osaměle. 34 K/P označilo variantu C. Odpověď B vybralo 22 jedinců. Na tyto K/P působil příjem do nemocničního prostředí spíše nepříjemným dojmem. 4 respondenti uvedli možnost A, kdy nemocniční prostředí i neznámí lidé (můžeme předpokládat zdravotnický personál i ostatní K/P) na ně působili velmi nepříjemně. Lidé mohou příjem do nemocnice prožívat velice různě, proto by zdravotníci měli respektovat jejich individuální pocity.

### **Položka č. 8**

**Zaškrtněte 3 oblasti v nemocničním prostředí, které na Vás působily při příjmu na oddělení nejvíce pozitivně.**

Tab. 9: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 8 v absolutní a relativní četnosti

Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. Četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. Četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	56	93,3%	55	91,7%	111	92,5%
<b>B</b>	25	41,7%	21	35%	46	38,3%
<b>C</b>	1	1,7%	2	3,3%	3	2,5%
<b>D</b>	57	95%	54	90%	111	92,5%
<b>E</b>	21	35%	28	46,7%	49	40,8%
<b>F</b>	20	33,3%	20	33,3%	40	33,3%

*A – úprava a čistota mého pokoje*

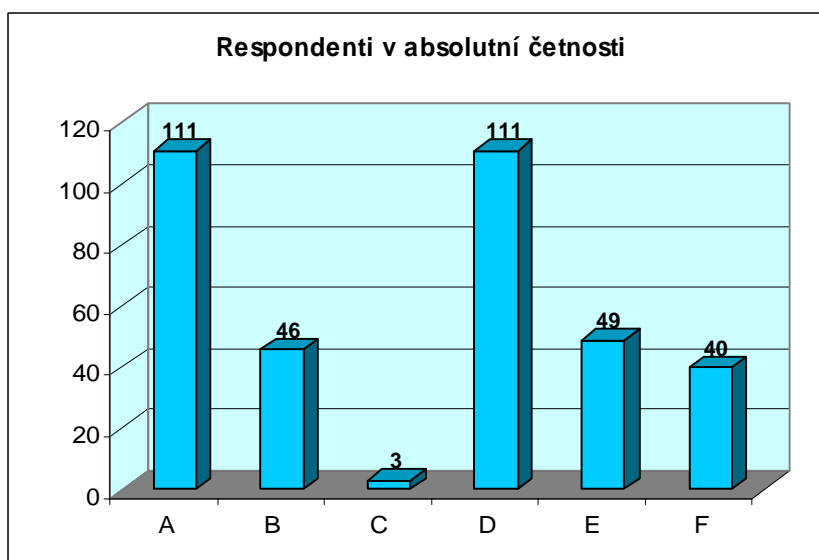
*B – úprava a čistota toalet a sprch*

*C – nemocniční pach*

*D – úprava a vystupování zdravotnického personálu*

*E – ostatní pacienti na oddělení*

*F – materiální vybavenost oddělení*



Obr. 7: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 8 v absolutní četnosti

### **Komentář položky č. 8**

Respondenti vybírali 3 možnosti. Tabulka č. 9 ukazuje, že převážná část respondentů vybrala z odpovědí variantu *A (úprava a čistota mého pokoje)* a *D (úprava a vystupování zdravotnického personálu)*. Obě volilo 111 K/P. Z tohoto výsledku můžeme vidět, že upravenost a chování zdravotnického personálu jsou pro K/P velice důležité, jakož i čistota a upravenost pokojů, kde K/P tráví převážnou část svého pobytu v nemocnici. Možnost *B (úprava a čistota toalet a sprch)* se objevila v odpovědích 46 krát. Pouze 3 K/P označili odpověď *C (nemocniční pach)*. Obecně můžeme předpokládat, že nemocniční dezinfekce a občasné nevyhnutelný zápach biologického materiálu vyvolávají ve většině lidí nepříjemné pocity. Proto by tento fakt neměli zdravotníci opomíjet a měli by se snažit zajišťovat dostupnými prostředky příjemné ovzduší v nemocničním prostředí. Odpověď *E (ostatní pacienti na oddělení)* byla na 3. nejčastějším místě, respondenti ji označili 49 krát. Domnívám se, že přítomnost ostatních spolupacientů významně ovlivňuje psychiku jedince přijatého k plánovanému operačnímu výkonu. Když pomineme i samozřejmé případy negativního působení (např. těžkým zdravotním stavem jiného K/P a jeho utrpením), mnohdy se K/P na oddělení (často na jednom pokoji) vzájemně pozitivně povzbuzují, podporují a pomáhají si. Psychika K/P je tímto velice ovlivněna a domnívám se, že úkolem zdravotníků by měla být také podpora pozitivních vzájemných vztahů mezi K/P. Odpověď *F (materiální vybavenost oddělení)* byla zvolena 40 respondenty.

Graficky je četnost odpovědí respondentů zaznamenána v obrázku č. 7.

## Otázka č. 9

### Je pro Vás komunikace s ošetřujícím personálem stresující?

Tab. 10: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 9 v absolutní a relativní četnosti

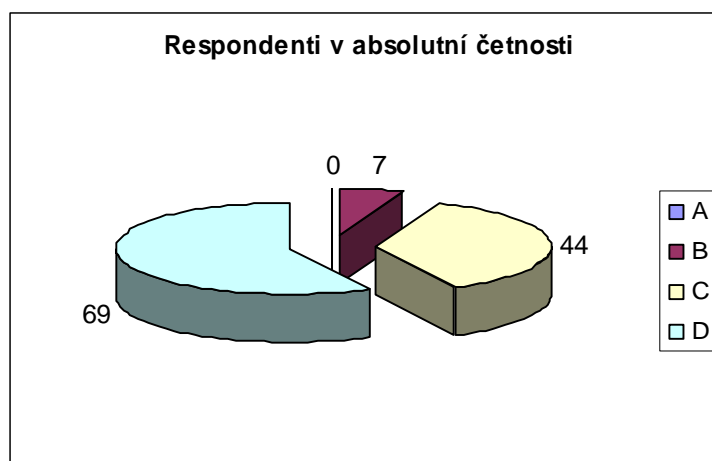
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	0	0%	0	0%	0	0%
B	2	3,3%	5	8,3%	7	5,8%
C	27	45%	17	28,3%	44	36,7%
D	31	51,7%	38	63,3%	69	57,5%

A – určitě ano, musím komunikovat s cizími lidmi o důvěrných věcech

B – spíše ano, i když si personál snaží získat moji důvěru

C – spíše ne, přístup personálu umožňuje dobré podmínky pro komunikaci

D – určitě ne, komunikace s personálem mi nečiní žádné problémy



Obr. 8: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 9 v absolutní četnosti

### Komentář otázky č. 9

V tabulce č. 10 a grafu č. 8 můžeme vidět, že 69 respondentů volilo variantu D (určitě ne, komunikace s personálem mi nečiní žádné problémy). 44 K/P označilo odpověď C (spíše ne, přístup personálu umožňuje dobré podmínky pro komunikaci). 7 respondentů vybralo možnost B (spíše ano, i když si personál snaží získat moji důvěru). Pro tyto K/P je komunikace s personálem spíše stresující. Připouští, že si ošetřující personál snaží získat jejich důvěru, ale komunikace jim přesto činí potíže. Žádný respondent neuvedl odpověď A (určitě ano, musím komunikovat s cizími lidmi o důvěrných věcech).



Od K/P je potřeba získat mnohdy velmi důvěrné údaje. Domnívám se, že pro většinu K/P je nepříjemné mluvit s námi o těchto věcech, ale na druhou stranu nás vnímají jako profesionály a sdělené informace jako potřebné k léčebnému procesu. Samozřejmě jsou K/P, se kterými je spolupráce velmi obtížná. Zdravotníci by se měli snažit dodržovat určité zásady efektivní komunikace a uvědomit si, že všechny informace jsou důvěrné.

#### Otázka č. 10

**Myslíte si, že Vám ošetřující personál poskytuje informace v odborných termínech, kterým nerozumíte?**

Tab. 9: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 10 v absolutní a relativní četnosti

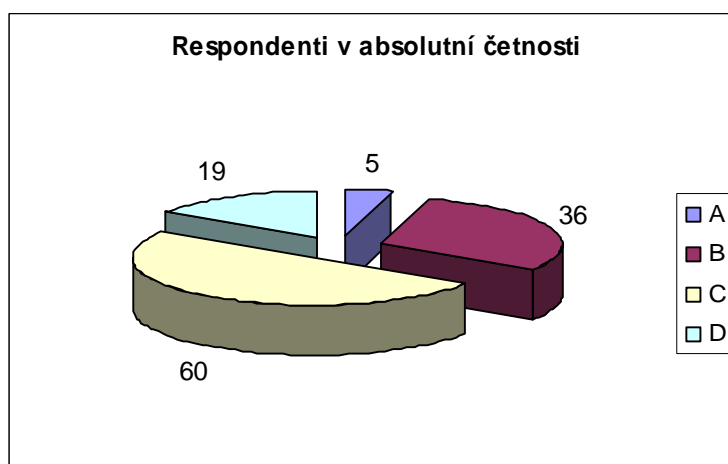
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	2	3,3%	3	5%	5	4,2%
<b>B</b>	16	26,7%	20	33,3%	36	30%
<b>C</b>	33	55%	27	45%	60	50%
<b>D</b>	9	15%	10	16,7%	19	15,8%

*A – určitě ano, většinou se musím na informace znovu zeptat*

*B – spíše ano, občas nerozumím a musím se zeptat*

*C – spíše ne, personál příliš odborných termínů neuzívá*

*D – určitě ne, personál nikdy žádné odborné termíny neuzívá*



Obr. 11: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 10 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 10**

V tabulce č. 11 jsou zaznamenány odpovědi respondentů, jejich rozdíl mezi muži a ženami není velký. Zajímavý je výsledek všech odpovědí dohromady. 5 K/P uvedlo odpověď A (*určitě ano, většinou se musím na informace znovu zeptat*). Pro tyto jedince je jistě velmi nepříjemné a stresující, pokud se musí ošetřujícího personálu často ptát znovu na již řečené informace. 36 K/P označilo možnost B (*spíše ano, občas nerozumím a musím se zeptat*). Z těchto výsledků vyplývá, že zdravotnický personál při komunikaci s K/P odborných termínů užívá. Zkoumaný vzorek je tvořen spíše staršími K/P, což také mohlo ovlivnit výsledky. Starší K/P mohou sice zdravotníkům rozumět, ale mnohdy potřebují informaci znovu zopakovat (potřebují ujistit, mohou častěji zapomínat než mladší populace). 60 respondentů uvedlo odpověď C (*spíše ne, personál příliš odborných termínů neužívá*) a 19 K/P vybralo možnost D (*určitě ne, personál nikdy žádné odborné termíny neužívá*).

Myslím si, že lidé obecně předpokládají, že se v nemocnici setkají s výrazy, kterým nebudou příliš rozumět. Zdravotníci by však neměli zapomínat na to, že K/P jsou většinou laici, kteří potřebují informace vysvětlit a také zopakovat. Obrázek č. 9 ukazuje odpovědi K/P na výše uvedenou otázku.

### **Otázka č. 11**

**Domníváte se, že jste dostal/a dostatek informací o Vašem předoperačním období a operaci?**

Tab. 12: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 11 v absolutní a relativní četnosti

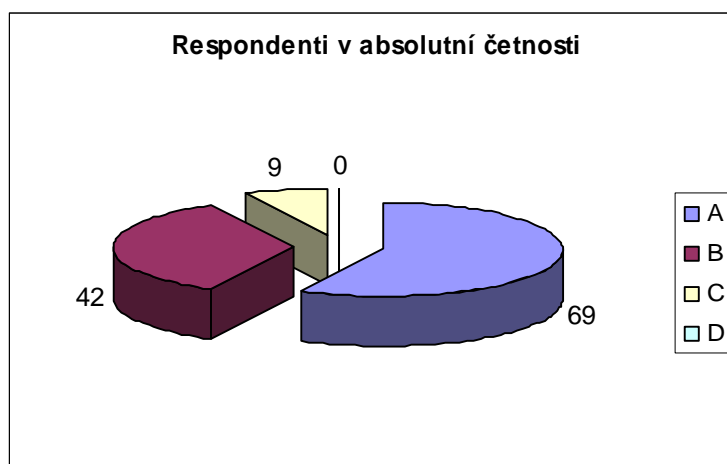
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. Četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	32	53,3%	37	61,7%	69	57,5%
<b>B</b>	22	36,7%	20	33,3%	42	35%
<b>C</b>	6	10%	3	5%	9	7,5%
<b>D</b>	0	0%	0	0%	0	0%

A – *určitě ano, cítím se být o všem informován/a*

B – *spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět*

C – *spíše ne, dostal/a jsem jen základní informace*

D – *určitě ne, necítím se být nijak informován/a*



Obr. 10: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 11 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 11**

Odpovědi všech respondentů jsou zaznamenány v tabulce č. 12. 69 K/P uvedlo možnost A (*určitě ano, cítím se být o všem informován/a*). 42 respondentů zvolilo variantu B (*spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět*). Můžeme tedy vidět, že velká část K/P měla před operací ještě nějaké nezodpovězené otázky. *Odpověď C* (*spíše ne, dostal/a jsem jen základní informace*) označilo 9 K/P. Tito respondenti měli nedostatek informací, což mohlo být pro ně velmi stresující. Žádný respondent nevedl odpověď D (*určitě ne, necítím se být nijak informován/a*).

Domnívám se, že informovanost K/P o jeho předoperačním režimu a samotném operačním výkonu je dnes již samozřejmou součástí péče o K/P na chirurgických pracovištích. Na těchto odděleních je vyžadován rychlý provoz, což se může projevit také na komunikaci mezi ošetřujícím personálem a K/P, kteří se pak mohou cítit nedostatečně informovaní. Grafické znázornění odpovědí na výše zmíněnou otázku je vyjádřeno v obrázku č. 10.

## Otázka č. 12

### Jste dostatečně informován/a, jak bude probíhat Vaše pooperační období?

Tab. 13: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 12 v absolutní a relativní četnosti

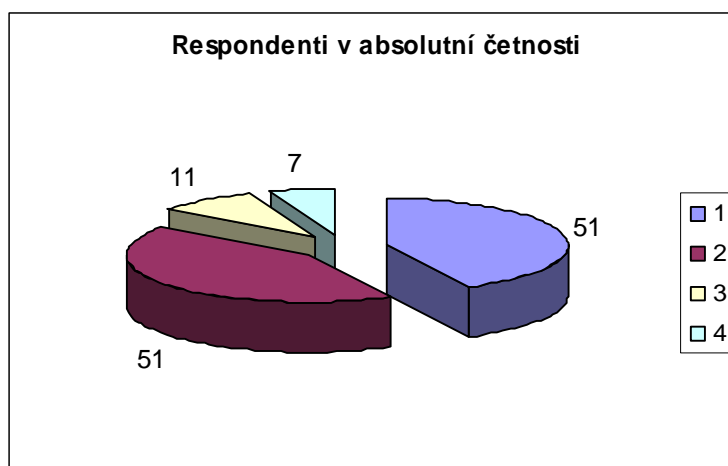
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	22	36,7%	29	48,3%	51	42,5%
<b>B</b>	29	48,3%	22	36,7%	51	42,5%
<b>C</b>	7	11,7%	4	6,7%	11	9,2%
<b>D</b>	2	3,3%	5	8,3%	7	5,8%

*A – určitě ano, jsem naprosto poučen/a o pooperačním období*

*B – spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět*

*C – spíše ne, informace o pooperačním období jsou nedostačující*

*D – určitě ne, vůbec nikdo mi neřekl, co se mnou bude po operaci*



Obr. 11: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 12 v absolutní četnosti

Tab. 14: Informovanost o předoperačním a pooperačním období u respondentů v absolutní četnosti

	Předoperační obd.	Pooperační obd.
<b>určitě ano</b>	69	51
<b>spíše ano</b>	42	51
<b>spíše ne</b>	9	11
<b>určitě ne</b>	0	7
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>120</b>

## **Komentář otázky č. 12**

Tabulka č. 13 ukazuje odpovědi K/P na výše uvedenou otázku. 51 všech respondentů označilo možnost *A* (*určitě ano, jsem naprosto poučen/a o pooperačním období*). Variantu *B* (*spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět*) zvolilo také 51 K/P. 11 respondentů vybralo odpověď *C* (*spíše ne, informace o pooperačním období jsou nedostačující*). Možnost *D* (*určitě ne, vůbec nikdo mi neřekl, co se mnou bude po operaci*) uvedlo celkově 7 K/P. Z uvedených výsledků zjevně vyplývá, že ze zkoumaného vzorku 120 K/P by si jich mnoho přálo být více informováno o svém pooperačním období. Grafické znázornění odpovědí respondentů ukazuje obrázek č. 11.

Tabulka č. 14 porovnává hodnocení informovanosti K/P o předoperačním a pooperačním období. Můžeme zde vidět, že respondenti se cítí být ještě méně informováni o svém pooperačním období, než o předoperačním. 7 K/P dokonce uvedlo, že jim nikdo nepodal informace o tom, co s nimi bude po operaci.

Neinformovanost může být pro K/P velmi stresující. Jistě mají spoustu otázek, které se týkají kvality jejich dalšího života po operaci. Zdravotníci by podání informací o pooperačním období neměli opomíjet. Často stačí jen pár vět nebo gest, které K/P uklidní a podporují zlepšení celého perioperačního období.

## **Otázka č. 13**

**Máte pocit, že Vám byl poskytnut dostatečný prostor na otázky, pokud jste něčemu nerozuměl/a?**

Tab. 15: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 13 v absolutní a relativní četnosti

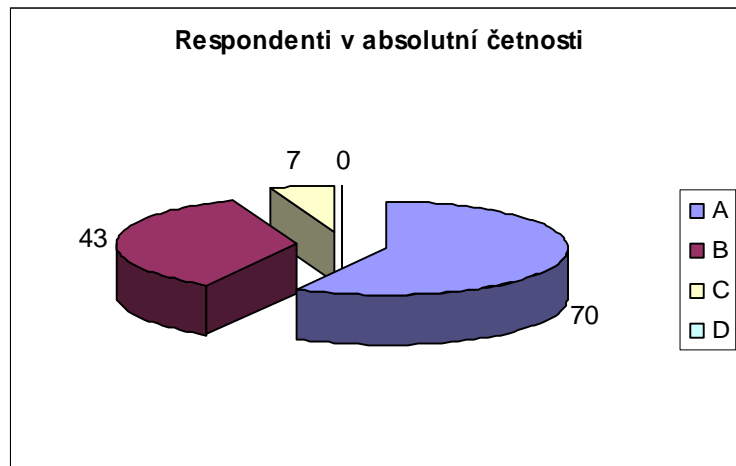
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	33	55%	37	61,7%	70	58,3%
<b>B</b>	24	40%	19	31,7%	43	35,8%
<b>C</b>	3	5%	4	6,7%	7	5,8%
<b>D</b>	0	0,%	0	0%	0	0%

*A – určitě ano, měl/a jsem dostatek prostoru pro své otázky*

*B – spíše ano, ale své otázky jsem si nestačil/a dostatečně promyslet*

*C – spíše ne, cítil/a jsem nedostatek prostoru pro své otázky*

*D – určitě ne, vůbec jsem se nemohl/a na nic zeptat*



Obr. 12: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 13 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 13**

Odpovědi K/P jsou uvedeny v tabulce č. 15. 70 respondentů vybralo možnost *A* (*určitě ano, měl/a jsem dostatek prostoru pro své otázky*). 43 K/P označilo variantu *B* (*spíše ano, ale své otázky jsem si nestačil/a dostatečně promyslet*). Variantu *C* (*spíše ne, cítil/a jsem nedostatek prostoru pro své otázky*) zvolilo 7 respondentů. Žádný K/P neoznačil odpověď *D* (*určitě ne, vůbec jsem se nemohl/a na nic zeptat*).

Většina respondentů ze zkoumaného vzorku tedy cítila dostatečný prostor pro své otázky. Nemalá část K/P ale uvedla, že si své otázky nestačila dostatečně promyslet. Tento výsledek nám ukazuje, že by zdravotníci měli nechávat dostatečně velký prostor pro otázky K/P. Nemocní mají mnohdy spoustu nejasností a otázek, které se mohou objevit postupně, či se měnit. Ošetřující personál by se proto měl ujisťovat opakovaně, že K/P všemu rozumí a nechtějí se na nic dalšího zeptat. Obrázek č. 12 znázorňuje celkové odpovědi respondentů.

#### Otázka č. 14

#### Jste na péči ošetrovatelského personálu s něčím nespokojen/a?

Tab. 16: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 14 v absolutní a relativní četnosti

Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	52	86,7%	52	86,7%	104	86,7%
B	8	13,3%	7	11,7%	15	12,5%
C	0	0%	0	0%	0	0%
D	0	0%	1	1,7%	1	0,8%
E	0	0%	0	0%	0	0%

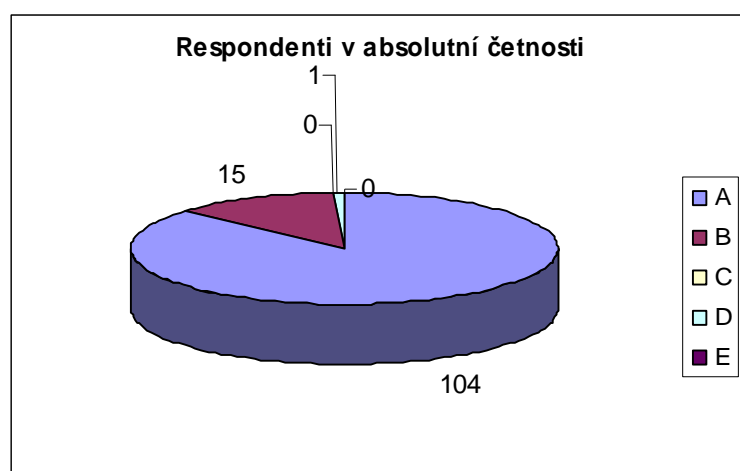
A – s péčí ošetrovatelského personálu jsem zcela spokojen/a

B – nedostatek času na péči z důvodu uspěchaného provozu na oddělení

C – nedostatek pomůcek

D – nedostatečný zájem personálu o mě

E – nedostatečná odbornost a znalosti personálu



Obr. 13: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 14 v absolutní četnosti

#### Komentář otázky č. 14

Výsledky zvolených odpovědí respondentů jsou uvedeny v tabulce č. 16. Převážná část (104 K/P) uvedla odpověď A (*s péčí ošetrovatelského personálu jsem zcela spokojen/a*). 15 respondentů zvolilo variantu B (*nedostatek času na péči z důvodu uspěchaného provozu na oddělení*). Možnost C (*nedostatek pomůcek*) a E (*nedostatečná odbornost a znalosti personálu*) nevybral žádný z respondentů. 1 žena označila odpověď D (*nedostatečný zájem personálu o mě*).

Výsledky ukazují, že většina K/P z výzkumného vzorku byla s péčí ošetrovatelského personálu spokojena. Někteří respondenti ale uvedli, že cítili nedostatek času na péči.

K/P velice vnímají celkový provoz oddělení. Zejména chirurgická pracoviště se vyznačují častým spěchem. Pokud se to však projeví na péči o K/P, může to být pro něj velmi stresující. Měli bychom si uvědomit, že v těchto situacích si pak naši K/P mohou myslet, že nám jsou na obtíž nebo že o ně nemáme dostatečný zájem. Obrázek č. 13 graficky znázorňuje odpovědi všech respondentů.

### Otázka č. 15

#### Je pro Vás zatěžující sdílet pokoj s ostatními pacienty?

Tab. 17: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 15 v absolutní a relativní četnosti

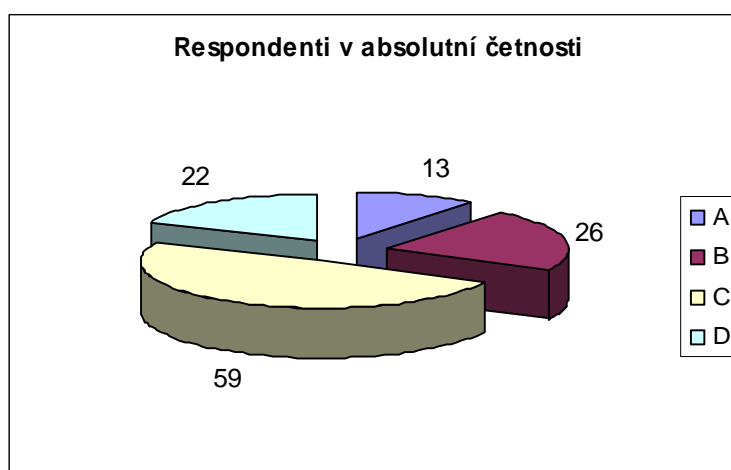
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	5	8,3%	8	13,3%	13	10,8%
B	14	23,3%	12	20%	26	21,7%
C	33	55%	26	43,3%	59	49,2%
D	8	13,3%	14	23,3%	22	18,3%

A – určitě ano, chtěl/a bych být na pokoji sám/a

B – spíše ano, ale zvykl/a jsem si

C – spíše ne, po seznámení s ostatními pacienty jsem se dobře adaptoval/a

D – určitě ne, nechtěl/a bych být na pokoji sám/a



Obr. 14: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 15 v absolutní četnosti



### **Komentář otázky č. 15**

Tabulka č. 17 obsahuje odpovědi respondentů na tuto otázku. Nejvíce K/P (59) v našem vzorku zvolilo možnost C (*spíše ne, po seznámení s ostatními pacienty jsem se dobře adaptoval/a*). Varianta B (*spíše ano, ale zvykl/a jsem si*) byla vybrána 26 respondenty. 13 K/P označilo odpověď A (*určitě ano, chtěl/a bych být na pokoji sám/a*). Možnost D (*určitě ne, nechtěl/a bych být na pokoji sám/a*) volilo 22 respondentů. Obrázek č. 14 ukazuje odpovědi respondentů na výše uvedenou otázku.

Výsledky odpovědí ukazují, že téměř polovina K/P z výběrového vzorku se po seznámení se spolupacienty na pokoji cítila dobře. Nemalá část K/P ale uvedla, že je pro ni pobyt s jinými nemocnými na pokoji spíše zatěžující. Této situaci se sice přizpůsobili, ale můžeme předpokládat, že je to pro ně v různé míře stresující. K/P si musí na sebe navzájem zvyknout a tolerovat jeden druhého. 13 jedinců dokonce uvedlo, že je pobyt s jinými K/P určitě zatěžuje a chtěli by být na svém pokoji sami.

### **Otázka č. 16**

**Pocítujete obavu ze zavádění žilní kanyly nebo močové cévky v rámci Vaší přípravy na operaci?**

Tab. 18: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 16 v absolutní a relativní četnosti

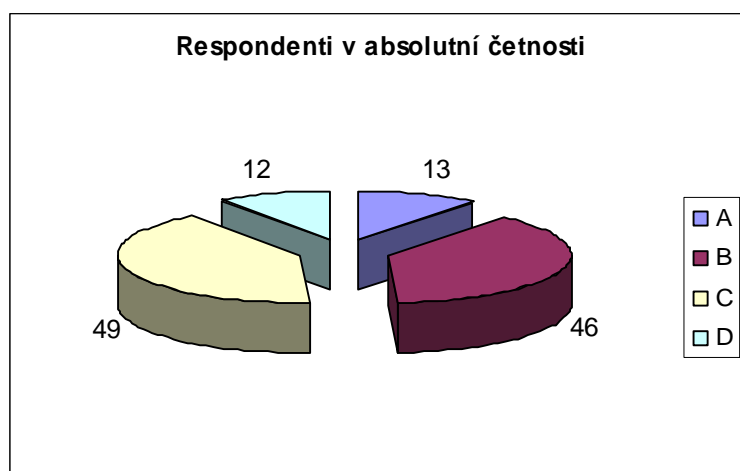
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	5	8,3%	8	13,3%	13	10,8%
<b>B</b>	28	46,7%	18	30%	46	38,3%
<b>C</b>	25	41,7%	24	40%	49	40,8%
<b>D</b>	2	3,3%	10	16,7%	12	10%

A – *určitě ano, mám velký strach z těchto výkonů*

B – *spíše ano, docela se obávám těchto výkonů*

C – *spíše ne, moc se neobávám těchto výkonů*

D – *určitě ne, vůbec nemám strach z těchto výkonů*



Obr. 15: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 16 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 16**

V tabulce č. 18 vidíme výsledky odpovědí respondentů. 49 z nich označilo variantu *C* (*spíše ne, moc se neobávám těchto výkonů*). 12 respondentů vybralo možnost *D* (*určitě ne, vůbec nemám strach z těchto výkonů*). Předpokládám, že tyto výsledky ovlivňuje fakt, že přes 80 % K/P z výzkumného vzorku bylo v nemocnici již někdy hospitalizováno. Mnoho K/P tedy mohlo mít se zaváděním žilní kanyly a močové cévky zkušenosti. 46 respondentů ale uvedlo odpověď *B* (*spíše ano, docela se obávám těchto výkonů*). 13 jedinců vybralo variantu *A* (*určitě ano, mám velký strach z těchto výkonů*). Obrázek č. 15 znázorňuje odpovědi všech respondentů.

### Otázka č. 17

Jaké další předoperační výkony by pro Vás byly nejméně stresující? (vyberte 2 položky)

Tab. 19: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 17 v absolutní a relativní četnosti

Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	5	8,3%	5	8,3%	10	8,3%
B	54	90%	53	88,3%	107	89,2%
C	52	86,7%	56	93,3%	108	90%
D	8	13,3%	4	6,7%	12	10%
E	1	1,7%	2	3,3%	3	2,5%

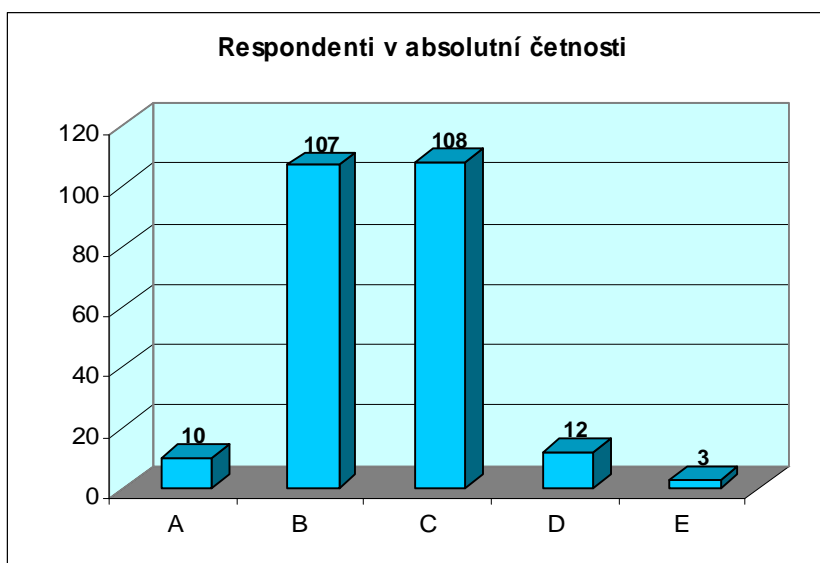
A – holení operačního pole

B – provedení klyzmatu (klystýru) tlustého střeva

C – zavedení sondy do žaludku

D – odběr krve

E – přiložení bandáží na dolní končetiny (elastická obinadla či punčochy)



Obr. 16: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 17 v absolutní četnosti

### Komentář otázky č. 17

Odpovědi mužů a žen na výše uvedenou otázku obsahuje tabulka č. 19. Respondenti vybírali 2 možnosti. 107 K/P označilo odpověď B (provedení klyzmatu - klystýru tlustého střeva). Variantu C (zavedení sondy do žaludku) zvolilo 108 respondentů. Možnost A (holení operačního pole) označilo 10 K/P. 12 respondentů uvedlo odpověď

*D (odběr krve). Pouze 3 K/P vybrali variantu E (přiložení bandáží na dolní končetiny – elastická obinadla či punčochy).*

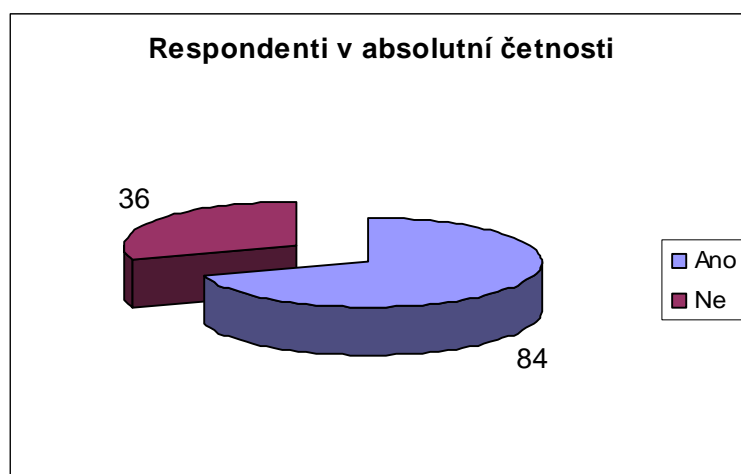
Z výsledků jasně vyplývá, že nejvíce stresující pro K/P ve vzorku je zavedení žaludeční sondy a provedení klyzmatu tlustého střeva. Jsou to výkony nepříjemné, bolestivé a často také zasahují do intimity K/P. Proto by je ošetrovatelský personál neměl v žádném případě provádět stereotypně, ale vždy s maximální empatií a ohleduplností ke K/P. Důležité je vysvětlit nemocnému postup prováděného výkonu a zajistit mu maximální možné soukromí (např. využitím koupelny). Při výkonu by sestra měla neustále s K/P komunikovat a svým vlídným přístupem se snažit o eliminaci stresu. Obrázek č. 16 znázorňuje odpovědi respondentů graficky.

### Otázka č. 18

#### Máte strach, že budete mít po operaci bolesti?

Tab. 20: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 18 v absolutní a relativní četnosti

Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
Ano	38	63,3%	46	76,7%	84	70%
Ne	22	36,7%	14	23,3%	36	30%



Obr. 17: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 18 v absolutní četnosti

### Komentář otázky č. 18

Výsledky odpovědí respondentů na tuto otázku ukazuje tabulka č. 20. 84 K/P uvedlo, že strach z pooperační bolesti má. 34 respondentů označilo, že strach z bolesti po operaci nemá. Obrázek č. 17 znázorňuje odpovědi respondentů celkově.

Můžeme tedy vidět, že strach z bolesti má většina K/P z výzkumného vzorku. Pro většinu z nás je představa bolesti nepříjemným zážitkem. Ošetrovatelský personál by si měl být této skutečnosti vědom a ke K/P zaujmout správný psychologický přístup.

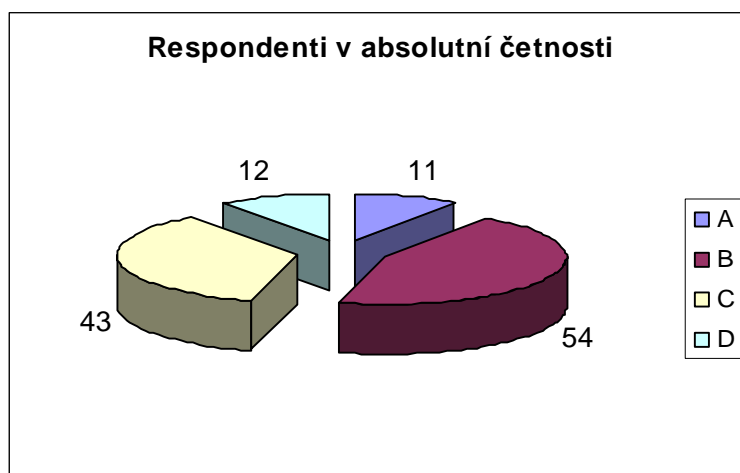
### **Otázka č. 19**

#### **Obáváte se, že budete po operaci závislý/á na pomoci ošetřujícího personálu?**

Tab. 21: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 19 v absolutní a relativní četnosti

Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	2	3,3%	9	15%	11	9,2%
<b>B</b>	27	45%	27	45%	54	45%
<b>C</b>	26	43,3%	17	28,3%	43	35,8%
<b>D</b>	5	8,3%	7	11,7%	12	10%

- A – určitě ano, velmi se toho obávám*  
*B – spíše ano, docela se toho obávám*  
*C – spíše ne, příliš se toho neobávám*  
*D – určitě ne, vůbec se toho neobávám*



Obr. 18: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 19 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 19**

Tabulka č. 21 obsahuje odpovědi respondentů na výše uvedenou otázku. Možnost *A* (*určitě ano, velmi se toho obávám*) uvedlo 11 K/P. 54 respondentů označilo variantu *B* (*spíše ano, docela se toho obávám*). 43 K/P vybralo možnost *C* (*spíše ne, příliš se toho neobávám*). Odpověď *D* (*určitě ne, vůbec se toho neobávám*) uvedlo 12 respondentů. Grafické zobrazení odpovědí ukazuje obrázek č. 18.

Největší část respondentů ze zkoumaného vzorku tedy uvedla, že se spíše obává závislosti na ošetrovatelském personálu. 11 K/P se této situace dokonce velmi obává. Představa nesoběstačnosti může být pro K/P velmi stresující. Proto je důležité, aby se personál snažil na případná pooperační omezení K/P připravit.

### **Otázka č. 20**

**Byla by pro Vás pomoc ošetřujícího personálu v některé oblasti stresující?**

Tab. 22: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 20 v absolutní a relativní četnosti

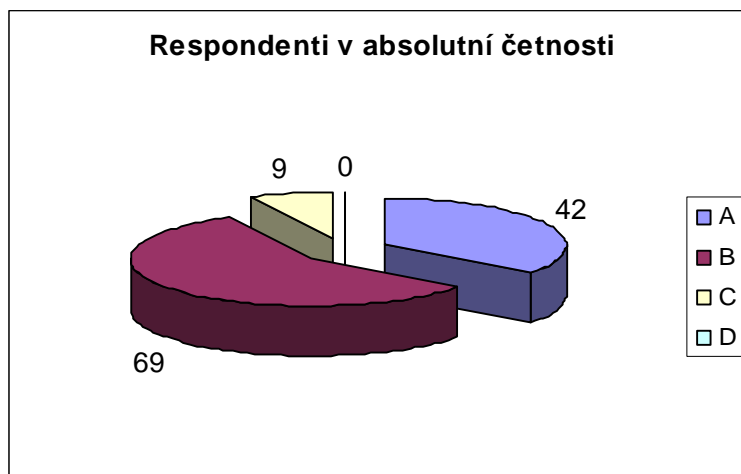
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	17	28,3%	25	41,7%	42	35%
<b>B</b>	34	56,7%	35	58,3%	69	57,5%
<b>C</b>	9	15%	0	0%	9	7,5%
<b>D</b>	0	0%	0	0%	0	0%

*A – ne, nestresovala by mě žádná pomoc*

*B – ano, pomoc při vyprazdňování na podložní mísu*

*C – ano, pomoc při hygieně*

*D – ano, pomoc při převlékání*



Obr. 19: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 20 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 20**

Odpovědi respondentů jsou uvedeny v tabulce č. 22. 42 K/P označilo možnost A (*ne, nestresovala by mě žádná pomoc*). 69 respondentů vybralo variantu B (*ano, pomoc při vyprazdňování na podložní mísu*). Odpověď C (*ano, pomoc při hygieně*) zvolilo 9 K/P, všichni byli mužského pohlaví. Žádný z respondentů neuvedl možnost D (*ano, pomoc při převlékání*). Grafické znázornění odpovědí obsahuje obrázek č. 19.

Z těchto výsledků můžeme vidět, že představa vyprazdňování na podložní mísu je pro mnoho K/P nepříjemná a stresující. Myslím si, že někteří K/P s tím mají své zkušenosti, protože již byli v nemocnici někdy hospitalizováni. Přesto můžeme předpokládat, že nepřírozené vyprazdňování na lůžku, často v přítomnosti jiných K/P a sester, je pro ně velmi stresující. 9 mužů uvedlo, že by pro ně byla stresující pomoc při hygieně. Domnívám se, že roli zde hraje stud, jelikož ošetrovatelský personál tvoří převážně ženy.

## Otázka č. 21

### Čeho se nejvíce obáváte v pooperačním období?

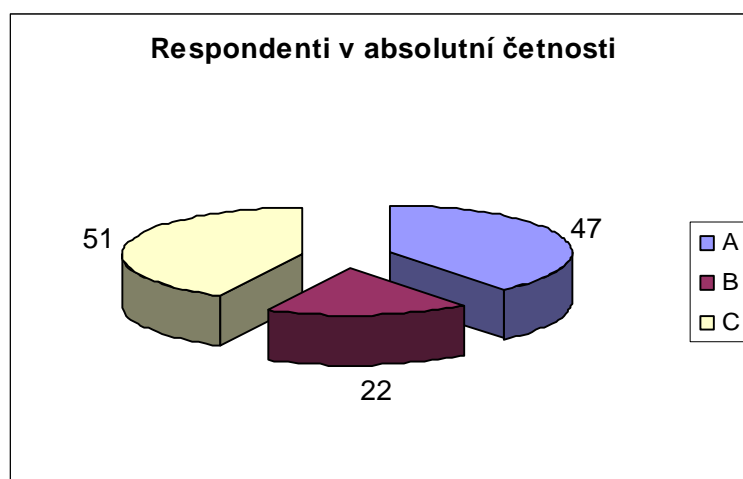
Tab. 23: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 21 v absolutní a relativní četnosti

Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	21	35%	26	43,3%	47	39,2%
B	11	18,3%	11	18,3%	22	18,3%
C	28	46,7%	23	38,3%	51	42,5%

A – bolesti

B – závislosti na ošetřujícím personálu

C – zhoršeného hojení operační rány



Obr. 20: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 21 v absolutní četnosti

### Komentář otázky č. 21

V tabulce č. 23 jsou obsaženy odpovědi K/P. 47 z nich označilo variantu A (*bolesti*). 22 K/P vybralo možnost B (*závislosti na ošetřujícím personálu*). Odpověď C (*zhoršeného hojení operační rány*) zvolilo 51 respondentů. Názorné zobrazení odpovědí je v obrázku č. 20.

Vidíme, že většina respondentů z výzkumného vzorku se nejvíce obává zhoršeného hojení operační rány nebo bolesti. Pro některé K/P je ale nejvíce stresující představa závislosti na pomoci ošetřujícího personálu.



## Otázka č. 22

### Je pro Vás zatěžující, že jste odloučen/a od svých blízkých?

Tab. 24: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 22 v absolutní a relativní četnosti

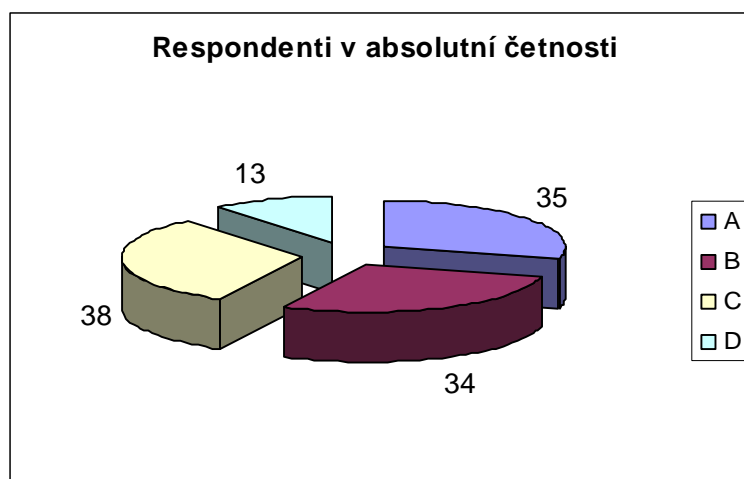
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
A	14	23,3%	21	35%	35	29,2%
B	18	30%	16	26,7%	34	28,3%
C	21	35%	17	28,3%	38	31,7%
D	7	11,7%	6	10%	13	10,8%

A – určitě ano

B – spíše ano

C – spíše ne

D – určitě ne



Obr. 21: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 22 v absolutní četnosti

### Komentář otázky č. 22

Odpovědi respondentů na tuto otázku ukazuje tabulka č. 24. 35 K/P volilo možnost A (*určitě ano*). 34 respondentů vybralo odpověď B (*spíše ano*). Variantu C (*spíše ne*) byla označena 38 K/P. 13 jedinců zvolilo možnost D (*určitě ne*). Četnosti odpovědí jsou graficky znázorněny v obrázku č. 21.

Myslím si, že výsledky odpovědí jsou ovlivněny také tím, že respondenti vyplňovali dotazník v brzkém čase po přijetí. Můžeme předpokládat, že s delší dobou hospitalizace by bylo pro většinu K/P odloučení od rodiny ještě zatěžující. Ošetřující personál by měl

vědět, že rodina a přátelé K/P mohou zásadním způsobem ovlivnit celý jeho léčebný proces.

### Otázka č. 23

**Zatěžuje Vás myšlenka, jaký bude Váš život po operaci (např. návrat ke koníčkům, zaměstnání...)?**

Tab. 25: Odpovědi u mužů a žen na otázku č. 23 v absolutní a relativní četnosti

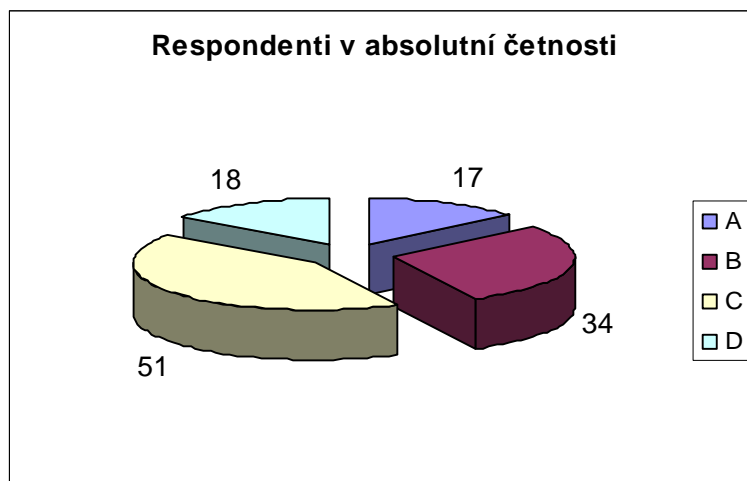
Odpověď / hodnota	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost	Abs. četnost	Rel. četnost
<b>A</b>	8	13,3%	9	15%	17	14,2%
<b>B</b>	19	31,7%	15	25%	34	28,3%
<b>C</b>	26	43,3%	25	41,7%	51	42,5%
<b>D</b>	7	11,7%	11	18,3%	18	15%

*A – určitě ano, neustále na to myslím*

*B – spíše ano, občas na to myslím*

*C – spíše ne, příliš na to nemyslím*

*D – určitě ne, vůbec na to nemyslím*



Obr. 22: Graf odpovědí respondentů na otázku č. 23 v absolutní četnosti

### **Komentář otázky č. 23**

Tabulka č. 25 obsahuje odpovědi respondentů. 17 z nich označilo možnost *A* (*určitě ano, neustále na to myslím*). 34 K/P volilo variantu *B* (*spíše ano, občas na to myslím*). 51 respondentů vybralo odpověď *C* (*spíše ne, příliš na to nemyslím*). Možnost *D* (*určitě*

ne, vůbec na to nemyslím) zvolilo 18 jedinců. Graficky jsou odpovědi znázorněny v obrázku č. 22.

Předpokládám, že výsledek odpovědí je ovlivněn mnoha faktory. Patří sem určitě závažnost onemocnění a celkový zdravotní stav, druh operace, ale také např. věk K/P.

### **3.5 Psychologický a psychoterapeutický přístup ke klientovi/pacientovi a důležitým osobám v jeho životě**

#### **3.5.1 Základní pojmy psychologického a psychoterapeutického přístupu**

**Psychologický přístup** ke K/P můžeme chápat jako soubor psychologicky příznivě působících vlivů, které pomáhají vytvářet atmosféru pochopení, jistoty, důvěry a naděje. Patří sem řada faktorů, např. dobrá informovanost, slušné jednání zdravotníků, respektování soukromí K/P, upravenost prostředí na oddělení a další. Moderní pojetí medicíny zdůrazňuje nejen psychologický, ale také **psychoterapeutický přístup**. Je to takové chování zdravotníků, které psychologickými prostředky přispívá k dosažení záměrů léčby. Mezi zdravotníkem, K/P a jeho blízkými se tak vytváří vztah, který je založený na zájmu, spolupráci a respektu. (5, 15)

Psychoterapie se u nás užívá zejména v psychiatrických zařízeních, kde je nedílnou součástí léčby K/P. Svě široké uplatnění může mít také v somatické medicíně. Např. právě před operačními zákroky pomůže psychoterapeutická příprava zmírnit negativní emoce (strach, úzkost a pochybnosti). (5)

Psychoterapeutický přístup je založen na **porozumění** a respektu **individuality** K/P (i s jeho zvláštnostmi a odlišnostmi, které sestra nemusí vždy schvalovat). Znamená tolerantní postoj, jež uznává rozdíly mezi lidmi. Sestry by měly i v zanedbaném, postiženém či těžce dementním K/P vidět člověka, který má právo na to, abychom s ním zacházeli jako s lidskou bytostí, jež má své hodnoty. Naše K/P oslovujeme vždy jménem, známe jejich anamnézu, zvláštnosti reaktivity, potřeb a další charakteristiky. Správný psychologický přístup zdravotníků by měl vycházet z **principu lidské vzájemnosti**, který můžeme shrnout takto: „jednejte tak, jak byste si přáli, aby druhí jednali s Vámi.“ (5, 15)

Psychoterapeutický přístup zdravotnických pracovníků se projevuje těmito postoji:

- 1) autorita a pravdivost vůči K/P a jeho blízkým
- 2) úcta a respekt ke K/P a jeho blízkým
- 3) empatie a porozumění pro K/P a jeho blízké. (15)

### **Autorita a pravdivost**

Lékaři i sestry jsou pro K/P **autoritou** (z lat. auctoritas – vzor, moc), tedy těmi, kteří se starají a mají odpovědnost. Nemocného vedou, protože ví, umí a mají prostředky. Autoritou rozumějme přirozenou převahu, jíž se K/P podvolí. Na K/P působí uklidňujícím dojmem a podílí se na vytvoření jeho důvěry. Z našeho projevu by měla vyzařovat jistota, klid a převaha. S autoritou se pojí také **pravdivost**. Znamená to, že bychom měli být ke K/P a jeho blízkým ohleduplně a taktně upřímní. (15)

### **Úcta a respekt**

**Úcta** a **respekt** ke K/P a jeho blízkým by měly být základní součástí psychologického přístupu. Podporují lidskou **důstojnost**. Nepatří sem pouze „slušné chování“ s atributy zdvořilosti, vlídnosti a trpělivosti. Na K/P pohlížíme jako na plnohodnotnou bytost, která nám je rovna a vážíme si jí. S nemocným ovšem nemusíme ve všem souhlasit, dokonce nám může být i nesympatický v běžném slova smyslu. Úcta a respekt se týkají i oblasti fyzické a psychické intimity K/P. V jednání zdravotníků se snížené respektování lidské důstojnosti častěji vyskytuje tehdy, ztrácí-li nemocný lidské charakteristiky (např. je zmatený, v bezvědomí, znečištěn...). I v těchto případech však musíme s K/P slušně zacházet, neboť i on je lidská bytost. Nemocní vnímají a rozumí našemu projevu často mnohem více, než bychom vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a chování očekávali. Pokud základní postoj úcty a respektu nedodržíme, poškozujeme také sami sebe sníženou citlivostí k sobě samým i blízkým našeho života. (15)

### **Empatie a porozumění**

Pro K/P je velmi důležitý pocit jistoty, že stojíme na jeho straně a může od nás očekávat reálnou pomoc. Rozpoznání negativních pocitů (strach, úzkost, stud, beznaděj...) umožňuje **empatie** (porozumění vcítěním). Pomocí empatie se snažíme pochopit, jaké jsou motivy chování nemocného. Vyžaduje to trpělivost a zájem K/P vyslechnout. Jestliže naše K/P vyslechneme, vzbudíme jejich důvěru a motivujeme je ke spolupráci. Pokud mohou hovořit o tom, co je trápí, vede to k úlevě a také odreagování.

Projevem pomoci je i dodávání odvahy, ocenění a pochvala snahy a úsilí K/P. Porozumění vcítěním se by ale nemělo vést ke ztrátě našeho subjektivního odstupu a k identifikaci (ztotožnění se) s K/P. Vnitřní ztotožnění s nemocným představuje komplikaci a nebezpečí jeho ohrožení neobjektivním poznáváním, hodnocením a rozhodováním. (5, 15)

### **3.5.2 Cíle a možnosti psychoterapeutického přístupu**

#### **Cíle psychoterapeutického přístupu**

- 1) Zlepšení spolupráce s nemocným tak, aby se sám na léčbě aktivně podílel.
- 2) Udržení nebo zlepšení kvality života K/P.
- 3) Uspokojování biopsychosociálních potřeb K/P. (5)

Sestry by si měly uvědomit, že uplatňování psychoterapeutického přístupu nemusí klást zvláštní nároky na jejich čas. Ke zlepšení jejich vztahu k nemocným vede:

- 1) Uvědomění si a uplatňování zásad psychoterapeutického přístupu.
- 2) Lepší porozumění sobě samému.
- 3) Zkvalitňování komunikace a učení se i jiným možnostem komunikace.
- 4) Věnování pozornosti somatickému i psychickému stavu K/P. (5)

Jednou z možností, jak svůj vztah k nemocným lépe poznat a kultivovat jej, jsou tzv. **balintovské supervizní skupiny**<sup>3</sup>. Je to určitý typ seminářů, které jsou zaměřené na vztah mezi zdravotníkem a nemocným. Pracuje se ve skupině, jež pomáhá účastníkům orientovat se ve vztazích, které mají se svými tzv. „problémovými pacienty“. Důvodem horší spolupráce bývá často vztah plný komunikačních nedorozumění. K/P mohou mít očekávání, která nesplňujeme, protože pro nás třeba nejsou srozumitelná. Účast v těchto skupinách sestrám může pomoci porozumět tomu, co se ve vzájemném vztahu s K/P děje. To může v důsledku přinášet i větší uspokojení z práce. (5)

#### **Možnosti psychoterapeutického přístupu**

Pomocí psychologických prostředků sestry mohou ovlivňovat rozumovou, citovou a akční stránku osobnosti K/P.

---

<sup>3</sup> Balintovské skupiny vznikly v 50. letech 20. století na Tavistocké klinice v Londýně. Jejich zakladatelem byl lékař a psychoanalytik maďarského původu Michael Balint. Skupiny byly primárně určeny pro lékaře a zdravotnický personál, ale mají též dobré uplatnění i v ostatních pomáhajících profesích.

### Působení sestry na rozumovou (racionální) stránku K/P

Sestra se obrací k rozumu, inteligenci, soudnosti a kritičnosti K/P. Smyslem tohoto působení je porozumění a náhled. Racionální působení sestry je uskutečněno především rozhovorem, informováním, ale také vysvětlováním, přesvědčováním a vedením. Tento přístup je efektivní, pokud je K/P schopen informace přijímat, není ve stavu rozrušení, paniky. Sestra nemocnému poskytuje pomoc při orientaci ve zdravotnickém zařízení, vysvětluje doporučení, podává informace o vyšetřeních a očekávaných zákrocích (samozřejmě v rámci svých kompetencí). Se svými K/P tráví daleko více času než ošetřující lékař. Nemocní se proto častěji obrací se svými dotazy právě na sestru. Očekávají od ní také srozumitelnější vysvětlení než od lékaře. Pokud se tak neděje, K/P se mohou snažit shánět informace, kde se dá (např. od spolupacientů), ale ty jsou často zkreslené a zavádějící. Na sestru jsou ovšem kladeny požadavky, aby dobře rozuměla problematice, kterou s nemocným probírá. (5)

### Působení sestry na citovou stránku K/P

Někdy je lepší, pokud sestra pomůže K/P zvládnout nejprve jeho emoce (strach, úzkost, nejistotu...) a racionální působení ponechá až jako další krok. Hlavním psychologickým prostředkem, kterým sestra působí na citovou stránku nemocného, je **vztah**, který by měl být **podpůrný** a **pomáhající**. Také vzájemné vztahy na pracovišti ovlivňují prožívání K/P. Pokud je zde atmosféra vzájemné spolupráce a dobré nálady, i nemocní se cítí lépe. K/P samozřejmě ovlivňují i vztahy ke spolupacientům, se kterými tráví mnoho času. Součástí psychoterapeutického přístupu je i péče o tyto vztahy. Chování sestry a lékaře působí na prožívání K/P, protože jsou pro něj autoritou. Bude-li sestra vykonávat vše, co se od ní žádá, ale bez projevů emocí, mohou K/P vnímat její chování jako odtažité a povýšené. (5)

### Působení sestry na chování a jednání K/P

Sestra učí K/P novým dovednostem pomocí různých nácviků, tréninků, přeučování atd. Možnosti ovlivňování tří složek (racionální, citová, chování) nelze od sebe oddělit a sestra na ně většinou působí současně, jen s větším důrazem na jednu či druhou oblast podle toho, jaké cíle sleduje. (5)

### 3.5.3 Vztah sestry ke klientovi/pacientovi

Nemocný vnímá sestru jako součást celého zdravotnického týmu, v úzké spolupráci s lékařem, ale také samostatně. Sestra by měla v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit takt, trpělivost a porozumění. Je zasvěcována do jeho starostí, nálad či osobnostních zvláštností. K výkonu svého povolání by sestra měla mít určité

#### **osobnostní předpoklady:**

- 1) tvůrčí přístup, kterým řeší svěřené úkoly, je schopna vnímat a realizovat nové podněty
- 2) dostatečnou kritičnost a sebekritičnost
- 3) schopnost empatie
- 4) rozvážené, klidné vystupování s pohotovými reakcemi
- 5) trpělivost a umění se ovládat
- 6) smysl pro humor (ne však přehnaný optimismus, který může budit spíše nedůvěru)
- 7) zájem o člověka a práci, smysl pro povinnost a odpovědnost
- 8) humánní vztah ke K/P
- 9) vyrovnanou osobnost s přiměřeně sebevědomým vystupováním. (17)

#### Sestra má ve vztahu k nemocným **základní povinnosti:**

- 1) poskytovat pomoc člověku, který její péči potřebuje
- 2) jednat s úctou k lidské důstojnosti, respektovat K/P právo na sebeurčení
- 3) nenechat se negativně ovlivnit osobností nemocného, věkem, pohlavím apod.
- 4) zachovávat úctu k individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu K/P
- 5) hájit K/P právo na soukromí, veškeré informace o něm považovat za důvěrné
- 6) chránit K/P a veřejnost v případech, kdy jsou zdravotní péče a bezpečí narušeny protiletickými, neoprávněnými či protiprávními zákroky jakékoliv osoby. (17)

#### Aby sestra mohla úspěšně plnit svoji roli, musí realizovat **3 základní přístupy:**

- 1) Kolektivní orientaci (sociocentrismus) – sestra vychází z potřeb K/P, upřednostňuje je před potřebami svými. Orientuje se na druhého člověka.
- 2) Univerzalismus – sestra se chová ke všem nemocným stejně, žádného neupřednostňuje.
- 3) Emocionální neutralitu – sestra je schopna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole. (17)

V rámci psychoterapeutického přístupu by sestra měla na K/P působit tzv. **produktivním chováním:**

- 1) Uvést nemocného do prostředí léčebného zařízení, poučit a vysvětlit věci, které pomáhají jeho celkové orientaci.
- 2) Usilovat o redukci záporných emocí (strachu, úzkosti, beznaděje, studu...) prostředky, jež má sestra k dispozici.
- 3) Upozornit a varovat před nepříjemnostmi, nebezpečím.
- 4) Projevit zájem o nemocného, náklonnost, empatii.
- 5) Aktivně usilovat o spolupráci, dodávat odvalu nemocnému.
- 6) Udržovat oboustranný kontakt, vytvářet ovzduší optimismu, smysl pro humor.
- 7) Trpělivě nemocného vyslechnout, ocenit jeho snahu a úsilí. (17)

### **3.5.4 Vztah sestry k rodině klienta/pacienta**

Nemocný a jeho rodina, přátelé a kolegové tvoří nerozlučnou jednotu. Také v době nemoci by neměli být od sebe navzájem izolováni. Informace od okolí K/P mohou sestře významně doplnit obraz jeho nemoci a osobnosti. Sestra by měla s rodinnými příslušníky nemocného pravidelně hovořit. Tím je získá pro vzájemnou spolupráci a pomůže tím také spolupráci K/P se zdravotníky. (4, 17)

Ze strany rodinných příslušníků směrem k nemocnému může sestra pozorovat několik rovin:

- 1) jejich zájem o nemoc K/P a cíle vedoucí k uzdravení
- 2) úroveň informací o nemoci a možnostech léčby
- 3) celkové postavení K/P v systému ošetrovatelské péče
- 4) schopnost komunikace rodinných příslušníků s K/P a personálem. (17)

Sestra by měla dodržovat určité **zásady při jednání s rodinou:**

- 1) Ubezpečit rodinu, že je o K/P dobře postaráno s využitím všech dostupných léčebných metod.
- 2) Poskytovat správné a dostatečné informace z diagnostické a terapeutické oblasti.
- 3) Poučit příbuzné, jak mohou při léčbě pomoci a spolupracovat.
- 4) Získat dostatek anamnestických údajů, které mohou být prospěšné v průběhu léčebného procesu. (17)



Dobrá spolupráce zdravotnického týmu, rodiny a K/P může mít velmi pozitivní vliv na celý léčebný proces. Zejména v počátku své praxe si sestra často neví rady, jak má návštěvy rodiny uvést v soulad se svými denními povinnostmi. Příbuzní mají mnohdy řadu dotazů, mají o nemocného obavy, na sestru kladou nejrůznější požadavky a mohou si i stěžovat. Sestra by však měla umět jejich starost využít ve prospěch K/P. Většinou jsou příbuzní chápatí a mají k nemocnému správný vztah. Poznání jejich osobnosti umožňuje sestře zmenšit jejich obavy a úzkost a tím také kladně ovlivňovat prožívání K/P. I od sestry chtějí příbuzní často informace o stavu nemocného. V takových případech zajistí sestra jejich kontakt s lékařem a s rodinou komunikuje samozřejmě v rámci svých kompetencí. (4, 17)

### 3.5.5 Přístup sestry ke klientovi/pacientovi před plánovaným operačním výkonem

Z psychologického hlediska jsou mnohdy největším problémem **úzkost** a **strach** K/P, většinou jejich „nadbytek“. Obavy z operace jsou normální a přirozené, ale nesmí se pohybovat v extrému. Bylo zjištěno, že nemocný se před operací „musí bát“, ale přiměřeně. Příliš vysoká úzkost sebou přináší nežádoucí fyziologické změny. Úplná absence strachu ale může mít za následek, že K/P pak špatně snáší pooperační období (bezmocnost). Hůře se vyrovnává s případnými důsledky operace a může reagovat zkratkovitě, agresivně nebo panicky. (15)

Sestra si musí všimnout, v jakém psychickém stavu se nemocný nachází. Bylo zjištěno, že výše předoperačního strachu souvisí s úzkostností jako povahovým rysem. Nemocní povahově úzkostnější mívají větší strach, po operaci také uvádějí větší bolesti. Naopak K/P více extrovertní (společenská, orientovaní navenek) udávají relativně menší bolesti. Zdá se tedy, že prožívání nemocných v souvislosti s operačním výkonem velice záleží na jejich osobnosti. (15)

Příprava nemocného na operaci závisí na jeho celkovém stavu, postoji, vzdělání, typu a podmínkách operace atd. Sestra se účastní jak fyzické, tak neméně důležité psychické přípravy na operaci. Pocity strachu a úzkosti z operace (či vyšetření) může sestra významně zredukovat dodáním potřebných informací. Při komunikaci s K/P samozřejmě spolupracuje s lékařem a informace podává pouze s ohledem na své kompetence. Sestra se podílí na předoperačním informování tím, že:

- pomáhá lékaři zdůvodnit K/P nutnost operace (či vyšetření)

- stručně popíše průběh zákroku, jaké chování se očekává od K/P
- informuje nemocného, jaká omezení a opatření jsou důležitá v souvislosti s výkonem.

(15)

Cílem psychické přípravy je K/P uklidnit a také poučit, jaké chování je z jeho strany žádoucí. Důležité je, aby byly informace dodány v dostatečném časovém předstihu, nikoliv těsně před operací. Nemocný se tak může na zákrok lépe „vnitřně připravit“. Před každým operačním výkonem K/P obdrží písemný informovaný souhlas. Vyžaduje ho vždy lékař, předchází mu náležité slovní poučení. Lékaři i sestry by měli poskytnout nemocným dostatek času na přemýšlení a utřídění získaných informací. Někdy je nutné i opětovné vysvětlení a zdůvodnění operačního výkonu. (15, 18, 19)

### **Zásady přístupu sestry ke klientovi/pacientovi se strachem a úzkostí**

- 1) Sestra se snaží rozptýlit strach a úzkost především svojí vlídností, trpělivostí, klidem.
- 2) Sestra usiluje správným psychologickým přístupem o získání důvěry nemocného.
- 3) Sestra nikdy neodsuzuje projevy strachu a úzkosti („Jak se může dospělý člověk takhle bát?“) K/P má vždy právo bát se svým způsobem.
- 4) Účelně vedeným rozhovorem sestra dává najevo, že má pro obavy K/P pochopení, nepohrdá jím, nepovyšuje se.
- 5) Sestra dává nemocnému možnost, aby o svém strachu hovořil, protože se tak uvolní a uleví se mu. Také správnými informacemi sestra snižuje strach a úzkost z budoucnosti. Připraví-li se K/P na pravděpodobnou zátěž, omezení, bolest..., lépe se pak s těmito situacemi vyrovnává.
- 6) Vhodné zaměstnání nemocného napomůže snížení předoperačního strachu a orientaci myšlenek jiným směrem. (17)

V ideálním případě se předoperační příprava skládá z **psychoterapeutických rozhovorů**, které mohou uskutečňovat kliničtí psychologové. Jsou zde probrány pocity a myšlenky týkající se operace, pooperačního období a také dlouhodobé perspektivy po operaci. Cílem psychoterapeutického rozhovoru je poskytnout K/P informace, uklidnit ho, připravit na operační zákrok a na to, co přijde po něm. Sestra seznámí K/P s prvky pooperačního režimu, zařízeními a prostory, s nimiž přijde do styku (př. jednotka intenzivní péče). Mnohdy může být pro nemocného užitečná možnost kontaktu s K/P již v rekonvalescenci. Ten ho může z „patientského hlediska“ informovat o tom, co ho čeká a pozitivně naladit. (15)

K/P před operačním zákrokem mají často obavy z bolestí a špatného hojení ran. Mohou mít strach, že bolest „nevydrží“, mnohdy se za tento pocit stydí. Zvláštní pozornost by sestra měla věnovat hypochondrickým, ale i nadměru „ukázněným“ K/P, kteří však svými vegetativními příznaky prozrazují, že trpí úzkostí. Před chirurgickým zákrokem, převazem atd. by K/P měl být na akutní bolest připraven předem. Samozřejmě jsou zákroky, při kterých je bolest nevyhnutelná. Tzv. **plánovaná bolest** je prožívána méně intenzivně, protože K/P byl o ní informován, zná její příčiny a případně i dobu trvání. Pak je velmi důležitý správný přístup sestry ke K/P, její trpělivost a komunikace. Sestra si může s nemocným domluvit případné znamení, pokud je bolest silná. Lidé obecně snášejí bolest lépe, pokud mají její intenzitu pod vlastní kontrolou a mohou ji sami regulovat. Při komunikaci sestra používá spíše výrazy „nepříjemné“, „protivné“ apod. Slovo bolet může prožívání bolesti a reakci nemocného na ni ještě zvýraznit. (4, 15)

### 3.5.6 Verbální komunikace sestry s klientem/pacientem

Schopnost dobré komunikace patří k nejdůležitějším dovednostem každého zdravotníka. Kvalitní ošetrovatelská péče není možná bez komunikace mezi sestrou, dalšími členy zdravotnického týmu, K/P a jeho blízkými. Sestra bývá také prvním článkem v komunikaci mezi nemocným a lékařem. (15, 20)

Sestra by měla znát a dodržovat určitá **pravidla komunikace**:

- 1) Poslouchat K/P vždy pozorně, být citlivá k tomu, co jí nemocný sděluje a sledovat jeho mimoslovní projevy.
- 2) Vysvětlit vždy všechno jasně a srozumitelně.
- 3) Vytvořit si zpětnou vazbu a ujistit se, že jí K/P porozuměl.
- 4) Projevit porozumění, cítit úctu k nemocnému.
- 5) Respektovat práva K/P a jeho individuální potřeby.
- 6) Ponechat K/P autonomii a samostatnost.
- 7) Zachovat vždy důvěrnost informací, respektovat přání K/P.
- 8) Nekritizovat veřejně K/P.
- 9) Udržovat oční kontakt během rozhovoru.
- 10) Podávat jednoznačné rady, doporučení, bez povýšenosti a srozumitelně.
- 11) Hovořit s K/P pravidelně o prevenci.
- 12) Zachovávat individuální přístup ke každému K/P.

13) Být vždy upravená.

14) Nenavazovat s K/P sexuální vztahy a nepožadovat od nich finanční podporu. (3, 20)

Nejrozšířenějším druhem komunikace sestry s K/P je **rozhovor**. Jeho základem by mělo být efektivní **naslouchání**. Sestry mohou mít tendenci být stále aktivní, reagovat hodnocením a hledat řešení problému nemocného. Za tím však mohou následovat nevyžádané rady. Naslouchání je však něčím jiným. Znamená vnímat, sledovat, slyšet, ale zároveň být opatrný k vlastním interpretacím. Sestra by měla umět **efektivně naslouchat**: (1, 20)

1) Uklidnit nemocného.

K/P by měl mít pocit, že může volně hovořit. Sestra si všímá jeho pocitů, je empatická. Nemocní většinou netouží po hodnocení a radách. Touží od sestry dostat spíše uklidňující odpověď, která nějakým způsobem říká: „Respektuji Vaše pocity, máte na ně právo.“ (1, 20)

2) Akceptovat pocity nemocného.

Sestra pocity K/P nezlehčuje, nedevaluje. (1)

3) Dát najevo, že chce naslouchat.

Sestra by měla umět upozornit K/P, pokud ztratila pozornost nebo něčemu nerozuměla. „Teď jsem Vám zcela nerozuměla, můžete mi to zopakovat...?“ (1)

4) Poskytovat jednoduchou ozvěnu.

Sestra může zopakovat pár posledních slov. K/P se tím ujistí, že ho sestra poslouchá. (1)

5) Nabídnout shrnutí sdělovaných myšlenek.

K/P dostává zpětnou vazbu, že mu sestra rozumí. (1)

6) Neinterpretovat, nevnášet do hovoru vlastní témata, povzbuzovat K/P. (1)

Sestra by si při rozhovoru s K/P měla uvědomit, že se nachází v tzv. svízelné situaci a nějakým způsobem ji prožívá. Prostřednictvím rozhovoru sestra může získat cenné informace a nemocného svým působením také velmi ovlivnit. **K úspěšnému rozhovoru** by měly být dodrženy některé **předpoklady**:

1) Sestra si vyjasní cíl rozhovoru.

2) Rozhovor by měl probíhat ve vhodné době, klidném prostředí, beze spěchu.

3) Sestra respektuje individuální zvláštnosti K/P, snaží se mu porozumět.

4) Sestra K/P vysvětlí důvod rozhovoru.

5) Při rozhovoru sestra sedí přiměřeně blízko K/P, dívá se mu do tváře, čímž mu dává najevo vstřícnost.

- 6) Sestra klade jednoduché, krátké otázky. Mluví pomalu, srozumitelně (používá co nejméně odborné terminologie), otázky případně zopakuje, nezvyšuje hlas, dbá na klidný a přátelský tón.
- 7) Sestra je trpělivá, taktní, nenechá se vyprovokovat úhybnými manévry K/P nebo jeho upovídání.
- 8) Sestra počítá s jistou nepřesností paměti K/P. Případná zkreslení či nepravdy nechápe jako záměrnou lež.
- 9) Sestra se vyvaruje ukvapených interpretací pod vlivem sympatie či antipatie k nemocnému.
- 10) Sestra neslibuje to, co nemůže splnit, nevzbuzuje marná očekávání. (5, 17, 20)

### **Nedirektivní pomáhající rozhovor**

K/P má často potřebu hovořit o svých problémech a pocitech, být sestrou vyslechnut a pochopen. Příprava na operaci, závažná nemoc...jsou pro většinu lidí těžké situace. Sestra by měla ovládat tzv. **nedirektivní pomáhající rozhovor**. Výraz „nedirektivní“ neznamená být při rozhovoru pasivní, ale umět naslouchat a nevnucovat svá stanoviska. Nedirektivní komunikace dává K/P možnost najít vlastní řešení situace a vyventilovat své pocity. Pomáhající rozhovor může sestra vést již při prvním setkání s K/P, kdy vycítí, že si potřebuje s někým pohovořit. Položit může nemocnému otázku typu: „Co se děje?“ Častěji však pomáhající rozhovor probíhá jako cílený, předem naplánovaný typ komunikace. Sestra již zná anamnézu K/P, cíl a průběh rozhovoru si naplánuje. (5)

### **Hlavní cíle rozhovoru:**

- 1) doplnit a upřesnit informace získané z dokumentace a při pozorování
- 2) doplnit a upřesnit anamnestické údaje potřebné pro ošetrovatelskou péči
- 3) získat a objektivizovat údaje o subjektivních potížích a příznacích
- 4) poučit a uklidnit K/P, uspokojit jeho potřeby kontaktu, bezpečí a jistoty
- 5) získat K/P ke spolupráci v léčebném a ošetrovatelském procesu. (20)

### **Fáze rozhovoru:**

#### **1) Úvodní fáze**

Slouží sestře k navázání kontaktu s K/P, získání jeho důvěry a ke vzájemnému naladění pro rozhovor. Sestra zajistí, aby důvěrný rozhovor neposlouchali cizí lidé.

## **2) Vzestup a pokračování**

Sestra zejména naslouchá K/P, do hovoru zbytečně nezasahuje, neprojevuje netrpělivost. Sestra se věcně a konkrétně ptá na to, co potřebuje vědět. Ostýchavého K/P k hovoru povzbuzuje, ale nenaléhá na něj.

## **3) Vrchol a rozuzlení**

Rozhovor dospěje k podstatě problému.

## **4) Závěr**

Rozhovor sestra zakončí tak, aby se dalo pokračovat. Někdy bývá ukončení hovoru obtížné, zvláště u K/P, který se rozhovoří a má pocit, že sestře ještě všechno nesdělil. Pokud sestra slíbí nemocnému další rozhovor, měla by jej také naplánovat a uskutečnit.

(5, 20)

### Techniky používané v nedirektivním rozhovoru

#### **1) Naslouchání**

#### **2) Podněcování, stimulace hovoru**

Sestra povzbuzuje K/P k rozhovoru, nebo naopak vhodně usměřňuje nemocného, který je mnohmluvný a od tématu odbíhá.

#### **3) Parafrázování**

Sestra shrne podstatné body sdělení. Zbytečně však nemocnému nenabízí vlastní myšlenky a interpretace.

#### **4) Zrcadlení**

Sestra doslovně zopakuje sdělení K/P. Tím dostává nemocný prostor pro ventilaci svých pocitů.

#### **5) Mlčení**

Je jednou ze základních komunikačních technik, které by sestra měla ovládat.

#### **6) Empatické poznámky**

Sestra používá přirozené empatické reakce na sdělení K/P.

#### **7) Tzv. „HM“ terapie**

Sestra doprovází komunikaci nemocného souhlasným kýváním hlavy a verbálním „hm“ doprovodem. K/P má odezvu, že ho sestra vnímá.

(5, 17)

### Chyby v nedirektivním rozhovoru

1) Sestra je netrpělivá, opakovaně usměřňuje téma.

2) Sestra klade otázky příliš formálně, autoritativně.

3) Sestra klade sugestivní otázky a otázky nevhodně zasahující do soukromí K/P.

- 4) Sestra se příliš vyptává, neumožňuje dialog.
- 5) Sestra neposkytuje K/P dostatek času na přemýšlení a kladení otázek.
- 6) Sestra používá odborné terminologie a výrazy K/P nevysvětlí. Nemocný často ze zdvořilosti přikyvuje, ale sestře nerozumí. (5, 17)

### 3.5.7 Neverbální komunikace sestry s klientem/pacientem

Sestra by si měla uvědomovat, jak velké účinky mohou mít neverbální signály, které vysílá ke K/P, jejich blízkým a také ke spolupracovníkům. **Působení sestry z hlediska neverbálních projevů:** (1)

#### 1) Mimický výraz a pohled očí

Sestra dbá na to, jakým způsobem a jak dlouho se na K/P dívá. Při komunikaci udržuje s nemocným přiměřený oční kontakt. Dlouhý upřený pohled však není vhodný, může působit agresivně. Naopak příliš krátký pohled a odhlížení si K/P může vyložit jako nezájem, přehlížení či nejistotu sestry. Nevhodný je také pohled „svrchu“ na nemocného, proto se sestra pokud možno ke K/P posadí. Úsměvem sestra může uklidnit nemocného nebo rychleji navázat kontakt. (1, 20)

#### 2) Proxemika (vzdálenost) a posturitika (tělesný postoj)

Sestra se musí při ošetřování K/P často přibližovat a vstupovat do jeho osobní a intimní zóny. Měla by to dělat s ohleduplností, citlivostí, taktem a nemocného předem informovat o následujících úkonech. Všímá si reakcí K/P. Sestra komunikuje také svým postojem. Stojí-li nad ležícím K/P, s rukama v bok, nebude jím vnímána jako vlídná a důvěryhodná. (1, 20)

#### 3) Haptika (dotek)

Tělesný kontakt s K/P patří do každodenní činnosti sestry. Některé doteky mohou být nepříjemné, ale přesto nutné, sestra je proto musí vykonávat profesionálním způsobem. Jiné doteky však mohou být velice žádoucí. Sestra by měla umět pohladit, vzít K/P za ruku, povzbudit ho. (1)

#### 4) Pantomima (gestikulace)

Sestra by se měla vyvarovat agresivních gest (např. pevně zkřížené ruce, ruce v bok, zatínání pěstí apod.). Pro nemocné mohou být zneklidňující rychlé pohyby naznačující spěch, nervozitu nebo nezájem. (1)

## 5) Úprava zevnějšku

Sestra má být samozřejmě čistá, upravená, měla by působit profesionálním dojmem. Rovněž není vhodné agresivní líčení, vyzývavý pracovní oděv. (1)

## 3.6 Nepsychoterapeutický přístup sestry

Nepsychoterapeutický přístup zdravotníka je chování, které nejenže nemocnému nepomáhá, ale může mu také škodit. Je zde nebezpečí tzv. **iatropatogenie** (poškození nemocného lékařem) či **sororigenie** (poškození K/P sestrou). Nepsychoterapeutické chování často nebývá záměrné. Sestry si ho mnohdy neuvědomují a také si ho nerady u sebe připouštějí. Pokud jsou na toto chování upozorněny, často hledají argumenty, kterými by se ospravedlnily. Argumentují chováním K/P, nedostatkem času, kompetencí apod. Některé jsou i přesvědčeny, že je v jejich působení vše v pořádku. (5)

Nevhodný přístup má za následek zhoršení vztahu mezi sestrou a K/P. Za **neproduktivní chování sestry** můžeme považovat:

- 1) Sdělování nepravdivých nebo polopravdivých informací, které sestře sice mohou usnadnit práci v dané chvíli, ale v K/P vyvolávají strach či nerealistická očekávání.
- 2) Nezájem a neochota ke spolupráci s K/P.
- 3) Projevy nepřátelství ke K/P, odmítavé chování (odměřenost, štítivost...).
- 4) Škodolibost sestry, zábava na účet nemocného, posměšné poznámky, pomluvy.
- 5) Nesdílnost a uzavřenost sestry vůči K/P, neposkytování informací.
- 6) Stereotypní komandování, poučování, mentorování.
- 7) Debatování „o nemocném nad nemocným“.
- 8) Kritizování a zlehčování práce jiných zdravotníků, zdůrazňování vlastních zásluh, egocentrismus.
- 9) Litování a neproduktivní utěšování nemocného.
- 10) Snižování úsilí K/P, nedostatek uznání. (5, 17)



### 3.7 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala předoperačním stresem. Cílem bylo získat informace o výskytu a míře stresorů, které působí na K/P hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon. Můj další cíl tvořilo shrnutí základních doporučení pro maximální eliminaci stresorů u těchto K/P.

Nejprve jsem provedla anketní šetření, které ukázalo, že při příjmu na oddělení na K/P nejvíce působilo chování zdravotnického personálu. Jistě by bylo zajímavé zkoumat, jestli nemocní hodnotí chování zdravotníků při příjmu jako pozitivní, nebo ne. Pro mě však bylo důležité samotné zjištění, že faktor chování významně ovlivňuje pocity K/P při příjmu.

Ve výzkumu se zúčastnilo 120 K/P, 60 mužů a 60 žen. Byli to K/P hospitalizovaní na chirurgickém, ortopedickém a urologickém oddělení v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o., kteří čekali na plánovaný operační výkon.

**Hypotéza č. 1** se mi dotazníkovým šetřením **potvrdila**. Předpokládala jsem, že poskytnutí dostatečných informací o operačním výkonu a pooperačním režimu může významně přispět ke zmenšení prožívaného stresu u K/P hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon.

Ze zjištěných výsledků informovanosti K/P o předoperačním období, operaci a pooperačním období vyplývá následující. Nemalá část nemocných by si přála od zdravotnického personálu zjistit ještě další informace. Jejich předoperační obavy by tím mohly být ve značné míře omezeny. Někteří dotázaní označili, že poskytnuté informace jsou nedostačující. Překvapující pro mě byla odpověď 7 nemocných, kteří uvedli, že jim vůbec nikdo neřekl, co s nimi bude po operaci. Nejistota a nevědomost jejich předoperační stres ještě zvýraznily. Domnívám se, že někteří respondenti mohli od sester a lékařů dostat potřebné informace o předoperačním režimu, operaci a pooperačním období až po vyplňování mého dotazníku, což také mohlo ovlivnit jejich odpovědi. Pro nás je ale důležité už i samotné zjištění, že pro K/P před operačním zákrokem je pocit dostatečné informovanosti velmi důležitý.

Z výzkumného vzorku 120 respondentů jich 60 uvedlo, že ošetřující personál neuzívá příliš odborných termínů. 36 K/P ale označilo, že nám občas nerozumí a musí se na informace znovu zeptat. 5 jedinců odpovědělo, že se většinou musí opětovně na informace ptát. Myslím si, že abychom K/P informovali dostatečně, musíme se zaměřit také na srozumitelnost informací. Nemocní vnímají zdravotníky jako autoritu a mohou

se bát znovu zeptat či se stydět, že nerozumí. To může zvýraznit jejich obavy a předoperační stres.

Z dotazníkového šetření dále vyplývá, že K/P většinou cítili při komunikaci se zdravotníky dostatečný prostor pro své otázky. Ze 120 respondentů však 43 uvedlo, že si své dotazy nestačili dostatečně promyslet. 7 K/P cítilo nedostatek prostoru pro své otázky. Ne každému nemocnému stačí jednorázové podání všech informací. Každý člověk je jiný, navíc má strach z blížící se operace. Ten a mnoho dalších možných souvisejících faktorů nás zdravotníky musí vést k tomu, abychom byli trpěliví a ke každému K/P přistupovali individuálně.

**Hypotéza č. 2** se mi také **potvrdila**. V ní jsem předpokládala, že působení nemocničního prostředí a přístupu zdravotnických pracovníků má významný vliv na prožívání stresu u K/P přijatého pro plánovaný operační výkon.

Již anketní průzkum nám ukázal, že na většinu K/P nejvíce při příjmu působil faktor chování zdravotnického personálu. Dále dotázaní volili celkové prostředí na oddělení.

Z výzkumného vzorku 120 respondentů jich 60 uvedlo, že při příjmu na oddělení na ně personál i prostředí působily velmi příjemně. Nejvíce pozitivně na K/P působila úprava a čistota jejich pokoje a úprava a vystupování zdravotnického personálu. Pokud je prostředí na oddělení čisté a útulné, také nemocní se cítí příjemněji. Rovněž vystupování a úprava personálu napomáhá k získání důvěry K/P k celému léčebnému procesu.

Převážná většina respondentů (104) uvedla, že je s péčí ošetrovatelského personálu zcela spokojena. 15 K/P cítilo nedostatek času na péči z důvodu uspěchaného provozu na oddělení. Pokud sestra při ošetřování nemocného spěchá a odbývá komunikaci, předoperační stres se může ještě zvýraznit. Naopak klidný, pečlivý, uvážlivý přístup sestry napomáhá K/P k získání pocitu bezpečí a jistoty. 44 nemocných odpovědělo, že jim přístup personálu umožňuje dobré podmínky pro komunikaci. 69 K/P nečinila komunikace s personálem žádné problémy. Pro 7 dotázaných byla komunikace s ošetrovatelským personálem stresující. Připouštěli ale, že si personál snažil získat jejich důvěru. U těchto K/P můžeme předpokládat např. stud, strach a celkově pomalejší adaptaci na nemocniční prostředí.

Dále bylo zjištěno, že pobyt s ostatními spolupacienty na jednom pokoji byl pro některé respondenty ze zkoumaného vzorku stresující. Pro 13 K/P byla tato situace velmi stresující, chtěli by být na pokoji sami. 26 nemocných uvedlo, že jim je pobyt

s ostatními K/P na pokoji nepříjemný, ale zvykli si. 59 respondentů odpovědělo, že se po seznámení s ostatními dobře adaptovalo. 22 jedinců by určitě na pokoji nechtělo být samo. Z vlastní zkušenosti vím, že chirurgická pracoviště bývají často maximálně naplněna K/P. Někteří na operaci teprve čekají, jiní už se z ní zotavují. Obrat K/P je zde mnohdy velmi rychlý. Sestra by si měla uvědomovat, že lidé jsou různí, mají odlišné povahy a také potřeby. Jak již bylo řečeno, podporování pozitivních vztahů mezi K/P je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Téměř polovina respondentů uvedla, že pocituje obavy ze zavedení žilní kanyly a močové cévky v předoperačním období. 13 K/P mělo velký strach z těchto výkonů. Jako další nejvíce stresující předoperační výkony vybrala převážná část K/P klyzma tlustého střeva a zavedení žaludeční sondy. Myslím si, že většina K/P předpokládá nepříjemnost a bolestivost těchto výkonů. Sestra by měla tyto pocity respektovat a správným psychoterapeutickým přístupem se snažit, aby byly nutné předoperační výkony pro nemocné co nejméně stresující.

70 % respondentů mělo strach, že bude mít po operaci bolesti. Velká část K/P se obávala zhoršeného hojení operační rány. Lékař ani sestra nikdy nemohou nemocnému zaručit bezproblémové hojení operační rány nebo vyloučit bolest. U každého K/P může pooperační období probíhat individuálně. Co však můžeme, je K/P na toto období maximálním způsobem připravit.

Pro více než polovinu respondentů byla stresující představa závislosti na pomoci ošetrojícího personálu v pooperačním období. Pouze 10 % K/P se závislosti na naší pomoci vůbec neobávalo. Za nejvíce stresující označili nemocní pomoc při vyprazdňování na podložní mísu. Porucha soběstačnosti v intimních oblastech může být tedy pro naše K/P stresující. Sestra však může svým profesionálním přístupem nepříjemné pocity velmi pozitivně ovlivnit.

Přes polovinu respondentů uvedlo, že je pro ně zatěžující odloučení od jejich blízkých. Proto by sestra měla podporovat návštěvy nemocných. Rodina a přátelé K/P mohou zásadním způsobem ovlivnit jeho léčebný proces. Stresující mohou být pro K/P před operací také myšlenky na budoucnost. Sestra by je neměla opomíjet. K/P mohou mít v perioperačním období různé biopsychosociální potřeby a sestra jim může významně pomoci k jejich naplnění.

## 4 ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsem zaměřila na problematiku předoperačního stresu. Domnívám se, že je to oblast zajímavá a v současném moderním ošetrovatelství má své nezastupitelné místo.

Dotazníkovým šetřením jsem získala informace o stresorech, které působí na nemocného hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon. Dále jsem shrnula základní doporučení pro maximální eliminaci těchto stresorů. Ve svém výzkumu jsem si stanovila dva předpoklady, které se potvrdily. Zjistila jsem, že dostatečná informovanost K/P o operačním výkonu a pooperačním režimu pomáhá ke zmenšení jeho předoperačního stresu. Také pozitivně vnímané nemocniční prostředí a přístup zdravotnických pracovníků pomáhá ke zmenšení prožívaného stresu před operačním zákrokem.

Ve své práci jsem chtěla poukázat na to, že efektivní ošetrovatelská předoperační péče je jedním ze základních pilířů moderní medicíny. Je to právě všeobecná sestra, kdo má tu velkou moc ovlivnit pocity nemocných před operací. V oblasti ošetrovatelské péče o K/P s předoperačním stresem existuje stále mnoho nedostatků. Výsledky, které nám průzkumné šetření přineslo, mohou být pro nás výzvou, abychom svoji péči o K/P před operací ještě zkvalitnili. Domnívám se také, že díky řadě zajímavých zjištění je tu i prostor pro další výzkumné projekty.

## 5 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- 1) EXNEROVÁ, S. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 146 s. ISBN 80-7372-096-5
- 2) FELDMANN, H. *Kompendium lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 2001. 205 s. ISBN 80-85605-67-8
- 3) HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
- 4) HÁRDI, I. *Psychologie péče o nemocného*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1972. 275 s.
- 5) JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
- 6) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- 7) KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X
- 8) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6
- 9) MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3
- 10) MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 1997. 190 s. ISBN 80-7172-240-5
- 11) NICHOLLS, A., WILSON, I. *Perioperační medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 370 s. ISBN 80-7262-320-6

- 12) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
- 13) VOMELA, J. a kol. *Chirurgie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0
- 14) VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-26-29-8
- 15) VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. 278 s. ISBN 80-86123-08-1
- 16) ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas*. 1. vyd. Praha: ASPI, a.s., 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6
- 17) ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5
- 18) KUČEROVÁ, E., ŠVÁBOVÁ, M. Informovanost pacientek před operačním výkonem. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 1, s. 21
- 19) ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, s. 17 – 18
- 20) TUTKOVÁ, J. Komunikace sestra – pacient. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 1, s. 22 - 23

## 6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Souhrn zásad pro zvládání stresu	(9)
Příloha č. 2: Autogenní trénink	(5, 9)
Příloha č. 3: Psychika zdravého a nemocného člověka	(6)
Příloha č. 4: Maslowova hierarchie potřeb	(12)
Příloha č. 5: Práva pacientů	(15)
Příloha č. 6: Vzorový informovaný souhlas České lékařské komory	(3)
Příloha č. 7: Dotazník	

## **Příloha č. 1**

### **Souhrn zásad pro zvládnání stresu**

#### **Zásady pro zvládnání stresu**

1. Řešení vzniklého problému
2. Řešení pocitů vyvolaných problémem
3. Použití dostupné společenské podpory
4. Redukování fyziologických reakcí z důsledků stresu, snížení nadbytečné energie tělesným cvičením a relaxací

#### **Zásady pro zvládnání stresorů**

1. Převzetí zodpovědnosti za sebe sama
2. Vytipování osobních stresorů a svých typických reakcí na ně
3. Využití svých znalostí variant pro odstranění osobních stresorů
4. Naslouchání signálům vlastního těla a reagování na ně
5. Změna svého vnímání a reakcí, rozvíjení jasné a asertivní komunikace
6. Vytvoření reality z představ

#### **Vytvoření rovnovážného životního stylu**

1. Pečování o vlastní „slabé stránky“, mít sám sebe rád
2. Vytvoření rovnováhy mezi prací a odpočinkem
3. Zdravá výživa
4. Vytvoření užitečných společenských vztahů, usilování o sebevyjadřování
5. Zlepšení vlastní sounáležitosti s prostředím



## Příloha č. 2

### Autogenní trénink

Autogenní trénink je jednou z nejvíce používaných relaxačních metod v psychoterapii. Jejím autorem je německý lékař Johannes H. Schultz. Hlavním principem je relaxace (uvolnění) a koncentrace (soustředění). Pomocí autogenního tréninku dojde k vyvolání žádoucích účinků v tělesné i duševní oblasti. Používá se autosugesce (sebeovlivňování) pomocí myšlenek a představ, na které se dobře a opakovaně soustředíme. K autogennímu stavu mají všichni lidé dispozice (předpoklady), ale mnozí se nenaučí s nimi zacházet.

#### Účinky autogenního tréninku

- tělesné i duševní uvolnění, osvěžení a obnovení sil (např. v průběhu těžkého dne)
- zlepšení usínání a kvalitnější spánek
- ústup rušivých emocí (např. zlosti, strachu, trémy...), zlepšení výkyvů nálad
- zmírnění depresí, úzkosti, pozitivní ovlivnění imunitního systému.

Autogenní trénink mohou využívat zdraví lidé, léčebného účinku se využívá také k ovlivnění akutních a chronických bolestí, dále např. před operačními zákroky, při léčbě dýchacích obtíží, kožních chorob, diabetu...

#### 6 základních stupňů autogenního tréninku

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. nácvik pocitu tíhy      | 4. nácvik klidné srdeční činnosti |
| 2. nácvik pocitu tepla     | 5. nácvik pocitu tepla v břiše    |
| 3. nácvik klidného dýchání | 6. nácvik pocitu chladného čela   |

Pomocí soustředění se na určitou formulku dochází ke stavu příjemného klidu a uvolnění, což má pozitivní vliv na celý organismus.

Příklad užívané metody:

Doporučuje se cvičit vleže na zádech, ruce jsou volně podél těla, jedinec je v klidné místnosti, v pohodlném oblečení. Klidně dýchá a soustředí se např. na následující instrukce:

„Moje pravá paže je těžká a teplá“

„Moje levá paže je těžká a teplá“

„Moje pravá noha je těžká a teplá“

„Moje levá noha je těžká a teplá“

„Moje čelo je chladné a obličej uvolněný“

„Moje ramena a krk jsou těžké a teplé“

„Moje dýchání je hluboké a pravidelné“

„Moje srdce bije pomalu a klidně“

„Moje celé tělo je teplé a relaxuje“

(9, str. 134)

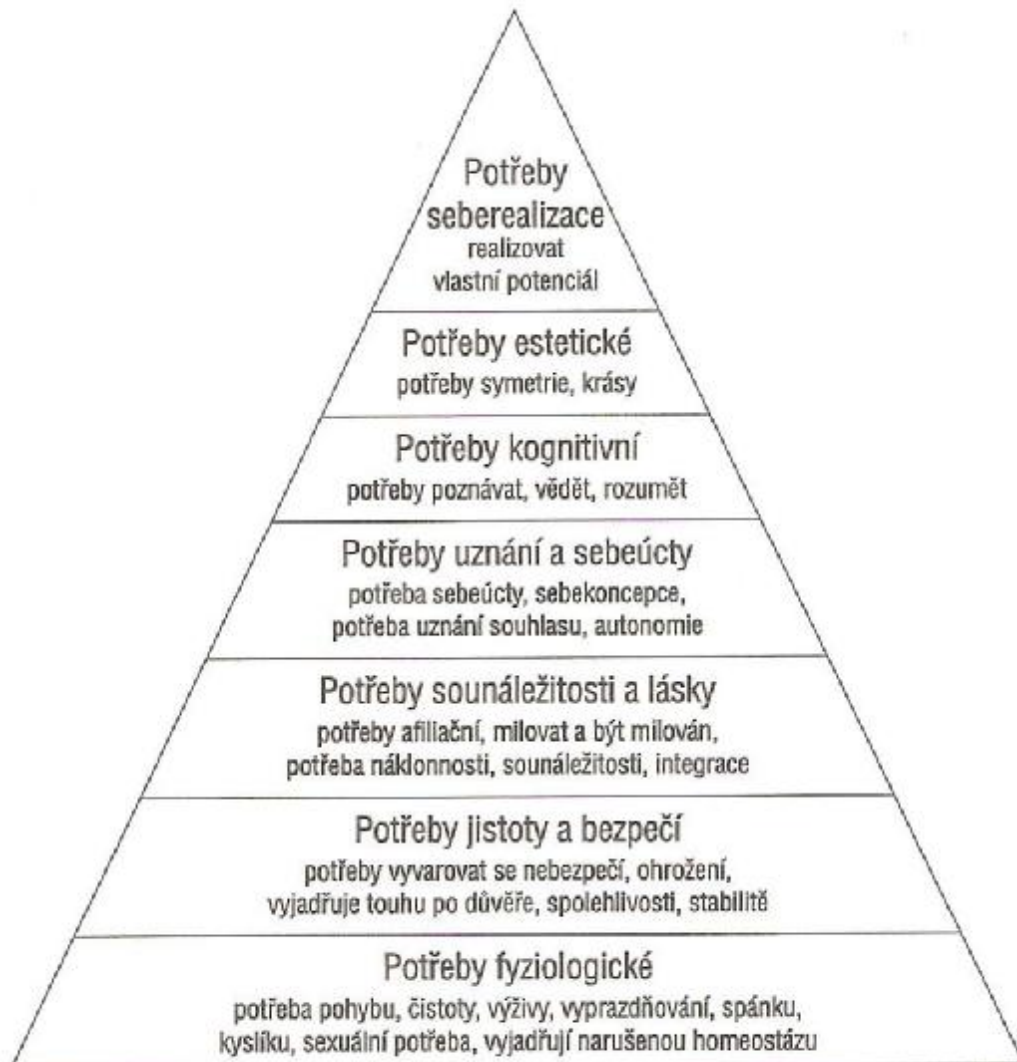
### Příloha č. 3

#### Psychika zdravého a nemocného člověka

Zdraví	Nemoc
<b>Aktivita:</b> člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	<b>Pasivita:</b> pacient je „předmětem“ péče mnohých lidí – lékařů, sester,...Oni jsou hlavními aktéry v jeho životě – ne on.
<b>Relativní nezávislost:</b> člověk si do určité míry může dělat, co chce, není na druhých příliš závislý.	<b>Závislost:</b> pacient nemůže dělat to, co by sám chtěl, ale musí dělat to, co mu druzí lidé určí.
<b>Životní rytmus:</b> člověk si ho do značné míry určuje sám, je na něj zvyklý.	Pacient není zvyklý na rytmus v nemocnici, je nucen se mu přizpůsobit.
<b>Sebedůvěra:</b> člověk podává poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá. To mu dává sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	Pacient musí dělat činnosti, které neumí a neovládá. To snižuje jeho sebedůvěru a sebehodnocení.
<b>Sociální interakce:</b> člověk žije v sociální síti své rodiny, mezi přáteli, známými, které zná.	Pacient v nemocnici je v relativní sociální izolaci. Jsou zde pro něj poměrně neznámí lidé. Kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
<b>Životní prostředí:</b> člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, společnosti, pracoviště...	Pacient je uzavřen do poměrně neznámého prostředí nemocnice.
<b>Zájmy:</b> člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých zájmů.	V době nemoci se okruh zájmů podstatně zužuje – především s ohledem na zdravotní stav pacienta.
<b>Emoce:</b> v životě člověka většinou převládají kladné emoce – štěstí a radost ze života. Člověk má určitou míru životní jistoty a naděje do budoucna.	Pacienta trápí celý soubor negativních citů – bolest, strach a obavy, nejistota...
<b>Časový prostor:</b> člověk žije v poměrně široké časové dimenzi (s vědomím minulosti, v živé přítomnosti a s pohledem do budoucna).	Pacient žije převážně v přítomnosti, budoucnost je nejistá.

## Příloha č. 4

### Maslowova hierarchie potřeb



## Příloha č. 5

### Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. 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 návštěv (tzv. kontinuálních) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a 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 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 jich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. 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 vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou léčby přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. 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.
7. 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, popř. tam být převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. 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.
9. 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 i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát platný řád zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád), a řídit se jím. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

## Příloha č. 6

### Vzorový informovaný souhlas České lékařské komory

Zdravotnické zařízení:

Pracoviště (klinika, oddělení):

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: \_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden. Označení zdravotního výkonu (popř. několika výkonů):

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

*(Zde stručně uvést, jaký bude předpokládaný průběh zákroku, popř. i zmínit, zda zákrok bude bolestivý či nikoli).*

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného a lékařem doporučeného výkonu lze provést:

*(Vyplňuje se jen tehdy, existuje-li reálná lege artis alternativa lékařem doporučeného výkonu. Jinak tuto rubriku i další dvě rubriky vymazat).*

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Ale současně tyto nevýhody:

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:

*(Uvést v úvahu připadající reálná rizika výkonu, popř. procenta jejich pravděpodobnosti, nelze-li vyjádřit v procentech, nebo nejsou-li procenta známá, eventuálně jinak vhodně slovy vyjádřit pravděpodobnost výskytu uvedených rizik).*

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

*(Nejde-li o výkon, který je spojen s pracovní neschopností a omezením, např. sportovních, rekreačních či jiných aktivit, pak tuto rubriku vymazat).*

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:  
*(Zde uvést výkon, popřípadě i více výkonů, s nimiž pacient souhlasí).*

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.  
*(Pokud by si pacient nepřál uvádět tento odstavec nebo by lékař usoudil, že v daném případě není vhodné jeho uvedení, lze jej vypustit).*

V .....dne .....  
Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:  
*(Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient schopný se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoli důvodů)*

.....  
.....

---

Zdroj: Česká lékařská komora

## Příloha č. 7

### Dotazník

**Vážená paní, vážený pane,**

jmenuji se Martina Pavlíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství v oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Výskyt a míra stresu u pacienta/klienta hospitalizovaného pro plánovaný operační výkon. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity výhradně ke studijním účelům.

Cílem mého výzkumu je získání informací o výskytu stresorů, které na Vás mohou působit před operačním výkonem. Vaše odpovědi mi umožní zjistit, jaké oblasti je třeba v ošetrovatelské péči nadále zlepšovat.

Své odpovědi označte křížkem (☒). Pokud nebude uvedeno jinak, vyberte jednu odpověď.

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a spolupráci při vyplňování mého dotazníku.

Martina Pavlíková DiS.

(kontakt: 739027864)

#### 1) Jaké je Vaše pohlaví?

- muž  
 žena

#### 2) Kolik je Vám let?

- 18 – 25  
 26 – 45  
 46 – 65  
 66 let a více

#### 3) Už jste byl/a někdy hospitalizovaný/á v nemocnici?

- ano  
 ne

#### 4) Na jakém oddělení jste nyní hospitalizován/a?

- chirurgické oddělení  
 urologické oddělení  
 ortopedické oddělení



**5) Bylo pro Vás stresující období čekání na příjem do nemocnice?**

- určitě ano, neustále jsem na to myslel/a
- spíše ano, občas jsem na to myslel/a
- spíše ne, myslel/a jsem na to jen málo
- určitě ne, vůbec jsem na to nemyslel/a

**6) Myslíte si, že jste před příjmem do nemocnice obdržela/a dostatek informací o Vaší chorobě a důvodu operace?**

- určitě ano, vše mi bylo důkladně vysvětleno
- spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět
- spíše ne, dostal/a jsem jen základní informace
- určitě ne, připadám si zcela neinformován/a

**7) Působil na Vás příjem na oddělení nepříjemným dojmem?**

- určitě ano, příchod do nemocničního prostředí a mezi cizí lidi mi byl velmi nepříjemný
- spíše ano, obával/a jsem se nemocničního prostředí a cizích lidí
- spíše ne, rychle jsem si zvykl/a na nové prostředí i lidi
- určitě ne, při příjmu na mě personál i prostředí působili velmi příjemně

**8) Zaškrtněte 3 oblasti v nemocničním prostředí, které na Vás působily při příjmu na oddělení nejvíce pozitivně.**

- úprava a čistota mého pokoje
- úprava a čistota toalet a sprch
- nemocniční pach
- úprava a vystupování zdravotnického personálu
- ostatní pacienti na oddělení
- materiální vybavenost oddělení

**9) Je pro Vás komunikace s ošetřujícím personálem stresující?**

- určitě ano, musím komunikovat s cizími lidmi o důvěrných věcech
- spíše ano, i když si personál snaží získat moji důvěru
- spíše ne, přístup personálu umožňuje dobré podmínky pro komunikaci
- určitě ne, komunikace s personálem mi nečiní žádné problémy

**10) Myslíte si, že Vám ošetřující personál poskytuje informace v odborných termínech, kterým nerozumíte?**

- určitě ano, většinou se musím na informace znovu zeptat
- spíše ano, občas nerozumím a musím se zeptat
- spíše ne, personál příliš odborných termínů neužívá
- určitě ne, personál nikdy žádné odborné termíny neužívá

**11) Domníváte se, že jste dostal/a dostatek informací o Vašem předoperačním období a operaci?**

- určitě ano, cítím se být o všem informován/a
- spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět
- spíše ne, dostal/a jsem jen základní informace
- určitě ne, necítím se být nijak informován/a

**12) Jste dostatečně informován/a, jak bude probíhat Vaše pooperační období?**

- určitě ano, jsem naprosto poučen/a o pooperačním období
- spíše ano, ale potřeboval/a bych se ještě něco dovědět
- spíše ne, informace o pooperačním období jsou nedostačující
- určitě ne, vůbec nikdo mi neřekl, co se mnou bude po operaci

**13) Máte pocit, že Vám byl poskytnut dostatečný prostor na otázky, pokud jste něčemu nerozuměl/a?**

- určitě ano, měl/a jsem dostatek prostoru pro své otázky
- spíše ano, ale své otázky jsem si nestačil/a dostatečně promyslet
- spíše ne, cítil/a jsem nedostatek prostoru pro své otázky
- určitě ne, vůbec jsem se nemohl/a na nic zeptat

**14) Jste na péči ošetrovatelského personálu s něčím nespokojen/a?**

- s péčí ošetrovatelského personálu jsem zcela spokojen/a
- nedostatek času na péči z důvodu uspěchaného provozu na oddělení
- nedostatek pomůcek
- nedostatečný zájem personálu o mě
- nedostatečná odbornost a znalosti personálu

**15) Je pro Vás zatěžující sdílet pokoj s ostatními pacienty?**

- určitě ano, chtěl/a bych být na pokoji sám/a
- spíše ano, ale zvykl/a jsem si
- spíše ne, po seznámení s ostatními pacienty jsem se dobře adaptoval/a
- určitě ne, nechtěl/a bych být na pokoji sám/a

**16) Pociťujete obavu ze zavádění žilní kanyly nebo močové cévky v rámci Vaší přípravy na operaci?**

- určitě ano, mám velký strach z těchto výkonů
- spíše ano, docela se obávám těchto výkonů
- spíše ne, moc se neobávám těchto výkonů
- určitě ne, vůbec nemám strach z těchto výkonů

**17) Jaké další předoperační výkony by pro Vás byly nejvíce stresující?  
(vyberte 2 položky)**

- holení operačního pole
- provedení klyzmatu (klystýru) tlustého střeva
- zavedení sondy do žaludku
- odběr krve
- přiložení bandáží na dolní končetiny (elastická obinadla či punčochy)

**18) Máte strach, že budete mít po operaci bolesti?**

- ano
- ne

**19) Obáváte se, že budete po operaci závislý/á na pomoci ošetřujícího personálu?**

- určitě ano, velmi se toho obávám
- spíše ano, docela se toho obávám
- spíše ne, příliš se toho neobávám
- určitě ne, vůbec se toho neobávám

**20) Byla by pro Vás pomoc ošetřujícího personálu v některé oblasti stresující?**

- ne, nestresovala by mě žádná pomoc
- ano, pomoc při vyprazdňování na podložní mísu
- ano, pomoc při hygieně
- ano, pomoc při převlékání

**21) Čeho se nejvíce obáváte v pooperačním období?**

- bolesti
- závislosti na ošetřujícím personálu
- zhoršeného hojení operační rány

**22) Je pro Vás zatěžující, že jste odloučen/a od svých blízkých?**

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

**23) Zatěžuje Vás myšlenka, jaký bude Váš život po operaci (např. návrat ke koníčkům, zaměstnání...)?**

- určitě ano, neustále na to myslím
- spíše ano, občas na to myslím
- spíše ne, příliš na to nemyslím
- určitě ne, vůbec na to nemyslím