

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

# **Bakalářská práce**

**2007**

**Ludmila Janoušková**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**SPOKOJENOST PACIENTŮ S OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ NA  
CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE  
NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.**

Bakalářská práce

Mgr. Věra Stasková, R.N.

2007

Ludmila Janoušková

## **Patient satisfaction regarding the quality of nursing care administered by the surgical department's intensive care unit of Ceske Budejovice Hospital, a.s.**

Patient orientation - the effort to comply with his/her requests to achieve his/her satisfaction - is the current trend in health service. The overall satisfaction rate as well as the satisfaction in individual areas of medical care is the important indicator of the quality of care in a hospital. For these reasons patients are asked to evaluate the quality of medical care. The outcome can be used as the source of suggestions for improving health care quality.

The goal of the bachelor's thesis is to find out the overall satisfaction rate with the nursing care of patients hospitalized at the surgical department's intensive care unit of České Budějovice hospital, a.s.. I set up the hypothesis: The patients hospitalized at the surgical department's intensive care unit of České Budějovice hospital, a.s. are satisfied with the provided nursing care. The research sample consists of patients of the surgical department's intensive care unit. The questionnaire method was used. 120 patients were polled and 95 questionnaires were handed in.

The final result shows that the vast majority of patients hospitalized at the surgical department's intensive care unit of České Budějovice hospital was very satisfied with provided nursing care.

The results of the monitoring of patient satisfaction are a very good feedback for the personnel. Patient satisfaction is directly connected with satisfying patient needs and mutual communication between nurses and patients. The conclusions of the bachelor's thesis will be given to the management of the surgical department, the departmental sister and the nurses at the intensive unit care and can be used for reflection on provided nursing care.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s. vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 3.9.2007

.....

Ludmila Janoušková

## **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Věře Staskové, R.N. za odborné vedení, podnětné připomínky a ochotu při psaní mé bakalářské práce.

## **OBSAH**

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ÚVOD</b>                                                            | 3  |
| <b>1. SOUČASNÝ STAV</b>                                                | 4  |
| 1.1 Ošetrovatelská péče                                                | 4  |
| 1.1.1 Vývoj ošetrovatelství                                            | 4  |
| 1.1.2 Pojetí ošetrovatelství a ošetrovatelské péče                     | 5  |
| 1.1.3 Poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu | 7  |
| 1.2 Kvalita ošetrovatelské péče                                        | 9  |
| 1.2.1 Charakteristika kvality ošetrovatelské péče                      | 9  |
| 1.2.2 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče                            | 10 |
| 1.2.3 Standardy ošetrovatelské péče                                    | 11 |
| 1.2.4 Ošetrovatelská dokumentace                                       | 12 |
| 1.2.5 Spokojenost pacientů                                             | 13 |
| 1.2.6 Metody zjišťování spokojenosti pacientů                          | 14 |
| 1.3 Uspokojování potřeb pacienta                                       | 15 |
| 1.3.1 Charakteristika potřeb                                           | 15 |
| 1.3.2 Bio-psycho-socio-spirituální potřeby jedince                     | 16 |
| 1.3.3 Uspokojování potřeb pacienta v nemoci                            | 17 |
| 1.3.4 Pobyt pacienta v nemocničním prostředí                           | 19 |
| 1.3.5 Význam komunikace při hospitalizaci pacienta                     | 20 |
| 1.4 Péče o nemocné na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče   | 22 |
| 1.4.1 Charakteristika chirurgického oboru                              | 22 |
| 1.4.2 Charakteristika chirurgické jednotky intenzivní péče             | 23 |
| 1.4.3 Předoperační péče o nemocné                                      | 25 |
| 1.4.4 Pooperační péče na jednotce intenzivní péče                      | 26 |
| 1.5 Úloha sestry v péči o nemocné na chirurgickém oddělení             | 28 |
| <b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b>                                         | 30 |

|                                            |           |
|--------------------------------------------|-----------|
| 2.1 Cíl práce.....                         | 30        |
| 2.2 Hypotézy práce.....                    | 30        |
| <b>3. METODIKA.....</b>                    | <b>31</b> |
| 3.1 Použité metody.....                    | 31        |
| 3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku..... | 31        |
| <b>4. VÝSLEDKY.....</b>                    | <b>33</b> |
| <b>5. DISKUZE.....</b>                     | <b>46</b> |
| <b>6. ZÁVĚR.....</b>                       | <b>53</b> |
| <b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>     | <b>54</b> |
| <b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>               | <b>60</b> |
| <b>9. PŘÍLOHY.....</b>                     | <b>61</b> |

## ÚVOD

Současným trendem zdravotnictví je orientace na pacienta, snaha vyhovět jeho přáním a tak docílit jeho spokojenosti. Míra celkové spokojenosti i spokojenost v jednotlivých oblastech poskytované péče je významným ukazatelem kvality péče v daném zdravotnickém zařízení. Z těchto důvodů jsou pacienti žádáni, aby kvalitu péče hodnotili. Tyto výsledky je možné využít jako zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče. (24, 28)

Pacienti hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče v souvislosti s uspokojením svých základních potřeb. Současnou prioritou ošetrovatelství je rozebrat potřeby nemocného člověka a identifikovat ty, s jejichž naplněním potřebuje pacient pomoci. (37)

Na jednotce intenzivní péče jsou pacienti neustále monitorováni, mají zavedeny invazivní vstupy jako centrální žilní katétr, periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, drenáže a jiné. Z těchto důvodů nemusí být uspokojeny všechny jejich potřeby. Například mohou mít pocit omezeného pohybu z důvodu zavedených invazivních vstupů, napojení na monitor, mohou mít strach, aby si „něco“ nevytrhli. U většiny pacientů bývá narušena potřeba vyprazdňování, pokud nemají zavedený permanentní močový katétr. V souvislosti s nepříjemnou polohou, studem mohou mít „ležící“ pacienti velké zábrany vyprázdnit se na lůžku do podložní mísy. Potřeba spánku a odpočinku také nemusí být dostatečně uspokojena z důvodu někdy rušného provozu na jednotce intenzivní péče. Často bývá také narušena potřeba bezpečí a jistoty v souvislosti s pobytem v cizím a neznámém prostředí. Mnohdy může být narušena i potřeba soukromí, ať již při různých terapeutických výkonech, vizitách, převazech, přestože mezi jednotlivými lůžky jsou závěsy.

Cílem této práce je zjistit míru spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s.

Téma pro tuto práci jsem si zvolila z důvodu, že na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení nemocnice České Budějovice a.s. jsem čtyři roky pracovala a zajímal mě celkový dojem pacientů z této jednotky a míra spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na tomto oddělení.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Ošetrovatelská péče

#### 1.1.1 Vývoj ošetrovatelství

Na vývoj ošetrovatelství měly značný vliv války, náboženství, kulturní tradice, rozvoj medicíny, sociální a hospodářská situace, politické faktory a celkový stav zdraví obyvatel. Počátky ošetrovatelství sahají hluboko do minulosti. Ošetrovatelství lze rozdělit do třech historických období, a to na ošetrovatelství neprofesionální, charitativní a profesionální. (6, 34)

Neprofesionální ošetrovatelství je v historii pokládáno za nejdelší období. V ošetrovatelské péči zaujímaly dominantní postavení ženy. Zděděné moudrosti, vědomosti a zkušenosti si předávaly z pokolení na pokolení. K ošetrování a léčení používaly přírodní zdroje, přičemž nemocné ošetrovaly v jejich domácnostech. Tento způsob péče a ošetrování přetrval v našich zemích do příchodu křesťanství a v určitých podobách existuje dodnes. (6)

Spolu s křesťanstvím se vyvíjelo charitativní ošetrovatelství. Orientovalo se především na péči o nemocné, chudé, opuštěné děti a jedince závislé na pomoci druhých. Rozvoj charitativního ošetrovatelství v českých zemích úzce souvisí se zakládáním klášterů, mnišských řádů, špitálů, nemocnic a útulků. Charitativní ošetrovatelství se zaměřovalo především na uspokojování nejzákladnějších potřeb života, tj. poskytnutí stravy, zajištění přístřeší a hygieny, duchovní podporu a později i na léčitelskou péči. Ošetrovatelství bylo tehdy laickou službou potřebným a trpícím, a prováděly ho osoby bez odborného vzdělání, které byly hluboce lidsky motivovány. (6, 34)

Profesionální ošetrovatelství se rozvíjelo spolu s rozvojem medicíny a se vznikem nemocnic. O profesionálním ošetrovatelství se dá hovořit od doby „reformace ošetrovatelství“, o kterou se zasloužila Florence Nightingalová (1820-1910). Florence Nightingalová byla anglická ošetrovatelka a je zakladatelkou organizovaného ošetrovatelství. V Krymské válce vedla sestry v lazaretu, bojovala za práva nemocných

a iniciovala mnoho reforem zdravotní a ošetrovatelské péče v druhé polovině 19. století. Své zkušenosti s ošetřováním nemocných publikovala v knize „Poznámky o ošetrovatelství“. Vytvořila základy ošetrovatelského vzdělávání. Dáma s lampou, jak ji nazývali ranění vojáci, se stala symbolem ošetrovatelství. Kromě Florence Nightingalové měly na profesionalizaci ošetrovatelství vliv zejména dvě významné osobnosti, jejichž činnost byla také motivována utrpením raněných na bojišti. Jde o ruského chirurga Nikolaje Ivanoviče Pigorova a o Henriho Dunanta, zakladatele Červeného kříže. (6, 23, 29, 34)

Za zakladatelku českého ošetrovatelství je považována Sv. Anežka Česká (Přemyslovna) (1211-1282). Sv. Anežka byla příslušnicí panovnického rodu přemyslovců. Stala se řeholnicí a založila klášter a špitál sv. Františka při kostele sv. Haštala. Založila ošetrovatelský řád křižovníků s červenou hvězdou, jehož hlavním úkolem bylo ošetřování chudých a nemocných. Byla svatořečena v roce 1989. (34)

Historickým mezníkem pro české ošetrovatelství bylo založení první ošetrovatelské školy na světě v Londýně v roce 1860. Zakladatelkou byla Florence Nightingalová. První ošetrovatelská škola v Rakousko-Uhersku vznikla v Praze roku 1874. Její existenci značně ovlivnily české spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, které stály v čele ženského hnutí. Teprve v roce 1916 byla otevřena v Praze česká Státní dvouletá ošetrovatelská škola. Po roce 1928, kdy vznikl Spolek diplomovaných sester se zlepšila sociální situace sester. Po roce 1948 byly ošetrovatelské školy sloučeny se sociálními školami a přejmenovány na Vyšší sociálně zdravotní školy. V roce 1954 byl změněn název školy na Střední zdravotnickou školu. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetrovatelská škola a byla zrušena v roce 1960, kdy bylo zřízeno při Filosofické fakultě University Karlovy vysokoškolské studium pro učitelky středních zdravotnických škol. (29, 34)

### ***1.1.2 Pojetí ošetrovatelství a ošetrovatelské péče***

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (26, s. 11).

Tři hlavní cíle ošetřovatelství, které formulovala světová zdravotnická organizace jsou: upevňovat zdraví, navracet zdraví a zmírňovat utrpení nemocného člověka. Ošetřovatelství jako nedílná součást zdravotnického systému zahrnuje prevenci nemocí, podporu zdraví, péči o nemocné, tělesně a duševně postižené lidi v každém věku. (34)

Ošetřovatelství lze charakterizovat jako specifický obor, který vyžaduje od pracovníků specializované znalosti a současně i morální předpoklady a vysokou motivaci k výkonu náročného povolání. Pilířem ošetřovatelské péče je osoba sestry, jejímž úkolem je identifikovat problémy a potřeby pacienta, stanovit stupeň jejich závažnosti a najít nejvhodnější způsob řešení. Ošetřovatelská péče je ovšem prací týmovou a jenom kvalitní ošetřovatelský tým může zajistit kvalitní péči o pacienty. Ošetřovatelství předpokládá osobní zodpovědnost sestry a zároveň aktivní zapojení jak nemocného, tak i jeho rodiny do procesu péče. Sestra se musí stále učit aktivně poskytovat ošetřovatelskou péči orientovanou nikoliv na výkon, ale na člověka s jeho individuálními potřebami. Charakteristickými rysy ošetřovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo změněných nemocí. Jeho hlavní náplň tvoří nejen individualizovaná ošetřovatelská péče, ale také práce sester v terénní péči zaměřená na prevenci onemocnění. Tato činnost vyžaduje kvalitní řízení, organizaci a kontrolu ošetřovatelské péče. Jedním z moderních trendů ošetřovatelství je poskytování ošetřovatelské péče víceúrovňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetřovatelský tým, složený z ošetřovatelského personálu s různou úrovní odborné kvalifikace. (6, 42, 47, 48)

Nejvýznamnějším cílem ošetřovatelství je komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví a zmírnění psychické i fyzické bolesti v průběhu umírání. Péče o nemocného je týmová (jak již bylo zmíněno) a celostní. Ošetřovatelská terminologie používá termín holistická péče, chápající člověka ve všech složkách jeho osobnosti: bio-psycho-socio-spirituální složce. Každý člen zdravotnického týmu má svoji nezastupitelnou roli, prolínají se úlohy všech členů týmu. Ve zdravotnickém týmu

bývají převážně zastoupeny tyto profese: farmaceuti a lékaři, sestry, nižší zdravotničtí pracovníci, sanitáři a další členové zdravotnického týmu, jako jsou například učitelé, sociální pracovníci, psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, duchovní. (23, 26, 36, 42)

V lůžkových zařízeních sestry poskytují péči následujícími způsoby: péče skupinová a péče diferencovaná. Péče skupinová znamená, že sestra pečuje o přidělenou skupinu pacientů z oddělení, o které se komplexně stará. Péče diferencovaná znamená, že určitá sestra provádí jednotlivé výkony, například podávání léků, převazy na celém oddělení atd. V sesterských týmech jsou také tzv. sestry primární. Primární sestra má většinou ve své komplexní péči 3-5 pacientů, stará se o ně, je prostředníkem v komunikaci, v řešení jejich problémů. (36)

Ošetrovatelství nepředstavuje jen praktické ošetrovateľské postupy, ale jde i o myšlenkový proces. Ošetrovatelství má velký význam nejen pro úspěšnost a pokrok jednotlivých medicínských oborů, ale má nesmírnou eticko-morální hodnotu pro člověka jako individuum, a to zejména pro jeho spokojenost, aby mohl žít bez obav o sebe a aby se nebál, že zůstane sám v bolestech, utrpení a umírání, a také aby nepociťoval obavy o své blízké v nejkritičtějších chvílích jejich života. Význam ošetrovatelství každý člověk úplně pochopí tehdy, až se sám ocitne v kritickém zdravotním stavu, nebo na nemocničním lůžku. Ošetrovatelství je specifické v tom, že se týká každého člověka od narození až do konce jeho života. A proto plní jednu z nejrozsáhlejších úloh zdravotní péče. (6)

### ***1.1.3 Poskytování ošetrovateľské péče metodou ošetrovateľského procesu***

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb nemocného člověka. Uspokojování potřeb (podrobněji v kapitole 1.3) sestra realizuje prostřednictvím ošetrovateľského procesu, který je systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného člověka. Sestry se zabývají člověkem jako komplexní bytostí, z hlediska biopsychosociálního a spirituálního. Jde o tzv. holistický přístup. Ošetrovateľský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci stanovených úkolů a cílů ošetrovatelství. Jde o sérii vzájemně propojených

činností, které se provádějí při individualizované ošetrovatelské péči ve prospěch nemocného. Jedná se o cyklický proces, jehož jednotlivé fáze se opakují a vzájemně prolínají. Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení kvalitního a odborného plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči a dovoluje klientovi podílet se na péči. (16, 21, 36)

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti kroků neboli fází. 1. fáze: posuzování, sběr informací a třídění údajů. První fáze zahrnuje získávání informací o potřebách lidí pro aktivní zapojení nemocného do ošetrovatelské péče. Jedná se o sestavení sesterské anamnézy, která není totožná s anamnézou lékařskou, ale vzájemně se doplňují. 2. fáze: stanovení ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelskou diagnózou se chápe identifikace potřeb nemocného, posouzení míry jejich naplnění, eventuálně narušení a hledání cest k nápravě. Ošetrovatelská diagnóza je cílena na stanovení prioritních potřeb a ošetrovatelských problémů z hlediska sestry a hlediska nemocného. Sesterskou diagnózu je možné sestavit vlastními slovy, na základě vlastních profesních zkušeností, nebo podle formalizované taxonomie pod souborným názvem NANDA (North American Nurse Diagnosis Association). Jedná se o mezinárodně stanovené sesterské diagnózy. 3. fáze: plánování ošetrovatelské péče, znamená stanovení ošetrovatelských strategií a intervencí, nebo-li zásahů. Jedná se o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče a naplánování způsobů metod a cest k naplnění těchto plánů. 4. fáze: realizace, představuje uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi. Je zaměřena na dosažení žádoucích výsledků, naplnění stanovených cílů ve stanoveném pořadí. Také sem patří dokumentace specifických ošetrovatelských činností v ošetrovatelském plánu. 5. fáze: hodnocení, znamená vyhodnocení efektu poskytnuté péče. Hodnocení je provázeno zpětnou vazbou, která je potřebná pro identifikaci dalších potřeb pacienta. (5, 33, 36)

„Applikace metody ošetrovatelského procesu vyžaduje, aby sestra získala odpovídající vzdělání a dovednosti např. v oblasti interpersonální (komunikace, naslouchání, projev zájmu a empatie, získání důvěry apod.), technické (zručnost při

výkonech) a intelektové (řešení problémů, kritické myšlení a schopnost vytváření adekvátních úsudků) atd.“ (18, s. 119).

Poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu vede sestru k samostatné práci, zvyšuje odpovědnost a kompetence v její práci, vyvolává u ní pozitivní zpětnou vazbu, zlepšuje seberealizaci a sebereflexi v sesterské profesi. (32)

## **1.2 Kvalita ošetrovatelské péče**

### ***1.2.1 Charakteristika kvality ošetrovatelské péče***

Kvalitu lze definovat několika způsoby, například Kareš uvádí, že:

„Kvalita je měřítko shody mezi vytýčenými cíli a poskytovanou péčí“ (14, s. 113).

„WHO definuje kvalitu jako stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje“ (38, s. 36).

Kvalitní ošetrovatelská péče musí být vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta účinná, z hlediska možného využití zdrojů adekvátní a klientem pozitivně přijatá. Podmínkou poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je kvalitní ošetrovatelská praxe a její místo v celkovém systému péče. Kvalitní ošetrovatelská péče bývá zpravidla vyjádřena ve standardech a podle nich se kvalita ošetrovatelské péče posuzuje. Stejně tak jako kvalitu není jednoduché definovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Je to způsobeno odlišným vnímáním její kvality pacientem, rodinou, sestrou, jejími spolupracovníky, ale i širokou veřejností. Jejich pohled na kvalitu ovlivňují vědomosti, kultura, hodnoty, sociální prostředí a množství jiných faktorů, jako je vzdělání, pohlaví, věk, předcházející zkušenosti, očekávání apod. (6)

Úroveň poskytované ošetrovatelské péče závisí na několika faktorech: na počtu ošetrovatelského personálu, na vzdělání, dovednostech, motivaci a spolehlivosti ošetrovatelského personálu, na dostatečném počtu pomocného personálu, dále na organizaci příslušného ošetrovatelského týmu a materiálním a technologickým vybavení pracoviště. Významným činitelem zvyšování kvality ošetrovatelské péče je rozvoj komunikace zdravotnických pracovníků uvnitř ošetrovatelského týmu a rozvoj

komunikace s pacienty. Spokojenost klienta by měla být východiskem při určování kvality. Toto je odůvodněno samotným posláním ošetrovatelství, kterým je uspokojování potřeb pacienta s cílem zachovat, podpořit a nebo mu navrátit zdraví. (6, 7, 14, 25)

### ***1.2.2 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče***

Úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče lze hodnotit a měřit následujícími způsoby: z pozice vedoucího ošetrovatelského týmu, z pozice pacienta a z pozice sestry. Vedoucí ošetrovatelského týmu posuzuje kvalitu péče podle toho, jak je zajištěn diagnosticko-terapeutický plán pacienta, hodnotí se, zda je péče odvozena od potřeb pacienta, zda je péče plánována a realizována v souladu s požadavky na ošetrovatelský proces, zda jsou dodržovány platné etické normy, zda existuje účinná týmová spolupráce. Pacienti hodnotí subjektivní odraz kvality. Pacient hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče v souvislosti s uspokojováním jeho základních potřeb. To se týká nejen pacientů imobilních a částečně nebo celkově závislých na svém okolí, ale i mobilních pacientů, kteří by uspokojovali své potřeby samostatně, ale neumožňuje jim to dostatečně nemocniční prostředí. Hodnocení může být ovlivněno také tím, jak sestra komunikuje s pacientem. Vliv na hodnocení má také i úprava sester a kultivovanost jejich projevu. Pacienti hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče i podle míry všímavosti a profesionální citlivosti k problémům vlastním nebo spolupacientů. Sestra hodnotí kvalitu své práce pocitem spokojenosti a uspokojení s vlastním výkonem své práce. Kvalitu ošetrovatelské péče sestra hodnotí podle koncepce, se kterou se ztotožnila. (6, 36)

Kvalita poskytované péče je též závislá na kvalifikovaném zdravotnickém personálu a jeho profesním růstu, který je zajišťován účastí na celoživotním vzdělávání. Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství jsou povinni průběžně hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k nemocným a spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. (26, 47)

V současném ošetrovatelství je kvalita kontaktu a práce s pacientem součástí komplexní, specializované a základní péče a míra jeho fyzické a psychické pohody je stejně důležitým kritériem celkové úrovně péče, jako kvalita diagnosticko-terapeutické péče. (6)

### ***1.2.3 Standardy ošetrovateľskej péče***

Nástrojem měření, posuzování kvality ošetrovateľskej péče jsou standardy ošetrovateľskej péče. Mastiliaková uvádí, že:

„Není možné poskytovat kvalitativně dobrou úroveň péče – standardní péči, pokud nevíme, co je to dobrá standardní péče“ (19, s. 45).

Ošetrovateľské standardy vyjadřují definici kvalitní a přijatelné ošetrovateľskej péče. Standard je norma, podle které se může hodnotit, zda ošetrovateľská činnost odpovídá požadované úrovni. Ošetrovateľský standard určuje, co je potřebné a nezbytné pro základní normu požadovanou k poskytování ošetrovateľskej péče. Shoda mezi poskytnutou ošetrovateľskou péčí a mezi existujícími standardy optimální péče je známkou kvality ošetrovateľskej péče. (6, 27, 36)

Ošetrovateľské standardy jsou významné pro zvyšování kvality péče, neboť jednoznačně vymezují minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Pokud standard není dodržen, stává se ošetrovateľská péče riziková a může ohrožovat zdravotní stav pacienta. Standardy mohou být vydány jako právní předpisy (vyhlášky, zákony), metodická opatření Ministerstva zdravotnictví, nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací a podobně. (26, 27)

Ošetrovateľské standardy se týkají kvalifikace a kategorií ošetrovateľského personálu, ošetrovateľské dokumentace, realizace ošetrovateľského procesu, pracovních postupů, vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetrovateľskej péče. Každé zdravotnické zařízení je povinno dodržovat standardy dané právními předpisy a přijmout vlastní ošetrovateľské standardy, které vycházejí z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví. Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství mají povinnost hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovateľskej péče, profesionální přístup ošetrovateľského personálu k nemocným, organizaci



ošetřovatelské práce a spokojenost pacientů s ošetřovatelskou péčí. Hodnocení ošetřovatelské péče (podrobněji popsáno v kapitole 1.2.2) probíhá průběžně, nebo se provádí zpětné hodnocení ošetřovatelské péče na základě studia ošetřovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů. (26)

#### ***1.2.4 Ošetřovatelská dokumentace***

„Dokumentace ošetřovatelská (sesterská) je samostatný záznam sester o nemocném, jeho pozorování, potřebách, plánu provedení a efektu ošetřovatelské péče. Základní část tvoří záznam o nemocném (zachycující ošetřovatelskou anamnézu a popis současného stavu) a plán ošetřovatelské péče. Dokumentaci mohou doplňovat další záznamy, např. překládová zpráva, hodnocení soběstačnosti, bolesti, rizika komplikací atd.“ (26, s. 33).

Ošetřovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace vedené o nemocném. Kvalitní ošetřovatelská dokumentace je důležitou složkou ošetřovatelského procesu. Význam ošetřovatelské dokumentace spočívá zejména ve zdroji informací o bio-psychosociálních potřebách nemocných, o cílech, kterých chceme při poskytování ošetřovatelské péče dosáhnout, v dokumentování poskytnuté ošetřovatelské péče a v hodnocení jejích výsledků. Kvalitní vedení a zpracování ošetřovatelské dokumentace slouží především pro kontrolu kvality ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská dokumentace musí být smysluplná, přehledná a dobře přístupná všem, kteří poskytují nemocnému nejen ošetřovatelskou, ale veškerou zdravotní péči. (5, 21)

Kvalitní vedení ošetřovatelské dokumentace je známkou úrovně profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka. Neexistuje šablona ani metoda pro vedení ošetřovatelské dokumentace. Nejlepší ošetřovatelská dokumentace je taková, která vzniká na základě diskusí a konzultací, které probíhají na úrovni mezi všemi členy zdravotnického týmu i s pacientem. Je to taková ošetřovatelská dokumentace, která je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů a která umožňuje, aby o pacienta pečovala sestra bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče. Dobře vedená ošetřovatelská

dokumentace je zároveň produktem dobré týmové práce i důležitým nástrojem ke zvyšování kvality zdravotnické péče. (4)

### ***1.2.5 Spokojenost pacientů***

Spokojenost je subjektivní odraz kvality poskytované péče související s uspokojením či neuspokojením pacientových potřeb. Spokojenost je skutečnost versus očekávání klienta. Pokud je skutečnost lepší než očekávání, je spokojenost vysoká, v případě, že je skutečnost horší než očekávání, dochází k frustraci a spokojenost je nízká. Často je vysoké očekávání klienta výsledkem nedostatku informací. Tomu lze předcházet vhodným informováním a dostatečnou komunikací s klienty. Novým trendem zdravotnictví v posledních dvaceti letech je orientace na pacienta. Pacient dnes často bývá nazýván klientem nebo konzumentem. Tato nová, dříve nezvyklá označení jenom podtrhují současnou orientaci zdravotnických služeb, pro které je typická snaha vyhovět přáním pacienta a tím docílit jejich spokojenost. (24, 28)

Poskytování zdravotní péče v současné době vychází z přesvědčení, že léčebná péče by měla být zaměřena především na uspokojování potřeb klientů, a to zejména těch, které jsou aktuální v souvislosti s onemocněním. Spokojenost pacientů může do určité míry ovlivnit klinický efekt léčby. Pacienti, kteří jsou spokojeni s průběhem léčby, lékařům i sestrám více důvěřují a věří v jejich snahu i kompetenci. Tyto aspekty mohou pozitivně ovlivnit aktivitu a míru spolupráce pacientů v průběhu léčby a v konečném důsledku pak významně determinovat i dosažené klinické výsledky. Z těchto důvodů jsou dnes klienti žádáni, aby kvalitu péče ohodnotili. Míra celkové spokojenosti i spokojenost v dílčích oblastech péče jsou důležitými a užitečnými informacemi o kvalitě péče v daném zdravotnickém zařízení. Sledování spokojenosti pacientů je důležitou zpětnou vazbou pro lékaře, ošetřující personál i pro vedení zdravotnického zařízení. Tyto výsledky je možné velmi dobře využít jako zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče. (24)

Úroveň spokojenosti pacienta s ošetrovatelskou péčí je závislá zejména na tom, jaké povahy bylo jeho onemocnění, a tudíž, jaký typ péče z hlediska medicínského mu byl poskytnut. Důležité jsou také sociodemografické charakteristiky, jako je věk,

vzdělání a ekonomické postavení klienta. Dále je podstatné jeho kulturní a rodinné zázemí. Všechny tyto charakteristiky významným způsobem ovlivňují míru spokojenosti pacienta. (24, 30)

#### ***1.2.6 Metody zjišťování spokojenosti pacientů***

Nejčastěji používané metody sledování spokojenosti pacientů jsou rozhovor a dotazníková šetření. (1)

Metodou rozhovoru se získávají údaje pomocí přímých otázek. Může probíhat jako rozhovor individuální nebo rozhovor skupinový. Individuální rozhovor může mít formu nestrukturovaného volného rozhovoru. To znamená, že rozhovor není předem naplánován a jeho průběh je závislý na vývoji komunikace mezi aktéry. Dále se může jednat o strukturovaný standardizovaný rozhovor, probíhající podle jasně daného schématu. Dále může rozhovor probíhat prostřednictvím osobního kontaktu, nebo formou telefonického interview. Odpovědi se zaznamenávají písemně nebo pomocí magnetofonu. Skupinový rozhovor se může odehrávat buď se skupinou cíleně vybranou podle určitých kritérií a nebo s náhodně vybranou skupinou respondentů. Použití metody rozhovoru ať už individuálního, či využití různých forem skupinových rozhovorů je finančně i časově náročnou metodou. (1, 6, 30)

Dotazníkové šetření je nejčastěji používaná metoda pro sledování spokojenosti pacientů a slouží k hromadnému získání informací. Dotazník používá dva druhy položek: otevřené, strukturované a uzavřené, nestrukturované. Otevřené položky umožňují respondentovi odpovědět vlastními slovy a uzavřené položky nabízejí volbu mezi dvěma nebo více možnostmi. Také je zde možnost použít škálové položky, kde respondent umístí odpověď na určitý bod škály. Základem dotazníkového šetření je dotazník obsahující řadu otázek, které se vztahují k jednotlivým aspektům sledované péče. Z metodologického hlediska je klíčovým faktorem kvalita dotazníku. Ta se hodnotí podle toho, zda dotazník splňuje kritéria reliability (spolehlivosti – tzn. že dotazník měří to co měřit má) a validity (platnosti, pravdivosti – dotazník musí obsahovat všechny položky, které chceme sledovat). Dotazník by měl být jednoduchý, vstřícný vůči klientovi a snadno aplikovatelný a neměl by být příliš dlouhý. Všechny

položky musí být srozumitelné, stručné, jasné a jednoznačně formulované. Formulace položek nesmí být sugestivní a nesmí se zbytečně překrývat. Pořadí položek by mělo mít určitou obsahovou logiku. (1, 6, 30)

### **1.3 Uspokojování potřeb pacienta**

#### ***1.3.1 Charakteristika potřeb***

Potřeba je nutnost organismu něčeho se zbavit, nebo něco získat. Je to stav lidského organismu, který znamená narušení vnitřní rovnováhy. Současné změny v moderním ošetřovatelství jsou zaměřeny na potřeby nemocných a sestra by měla na tyto změny adekvátně reagovat a uspokojovat je. (10, 32)

Potřeba vybízí k hledání určité podmínky nezbytné k životu, případně vede k vyhýbání se určité podmínce, která je nepříznivá pro život. Je to něco, co lidská bytost nutně potřebuje k životu a vývoji. Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého jedince jinak. Potřeby jsou základními motivy, vyjadřujícími nějaký nedostatek. Projev nedostatku, nebo-li potřeba vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace – mluví se o motivačním napětí. (40)

Všichni lidé mají základní potřeby společné, jsou však určovány kulturou každého jedince a lze je takto charakterizovat: Lidé uspokojují své potřeby, které jsou blízké jejich prioritám. I když se musí základní potřeby uspokojit, některé z nich lze odložit. Selhání při uspokojování potřeb může vyústit do homeostatické nerovnováhy až nemoci (homeostáza je snaha organismu udržet si rovnovážný stav při neustálých změnách). Potřebu lze pociťovat pomocí vnitřních stimulů např. hlad, nebo vnějších stimulů např. pohled na jídlo. Jedinec, který pociťuje potřebu může na její uspokojení reagovat různě např. každý člověk jinak relaxuje při únavě. Potřeby jsou ve vzájemném vztahu, některé nelze uspokojit, dokud se neuspokojí potřeby jiné. (6, 35)

Moderní ošetřovatelství vychází ve své teorii, ale také v praxi, z rozboru potřeb nemocného člověka a vede k identifikaci těch, s jejichž naplněním potřebuje pacient pomoci. Toto pojetí umožňuje vytvoření takového systému péče, ve kterém je nemocný

skutečným středem veškeré snahy zdravotníků. Jako teoretický základ se nejčastěji užívá Maslowova teorie potřeb, protože její přehledné hierarchické uspořádání lidských potřeb představuje velmi dobré východisko pro ošetrovatelskou péči. (37)

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908-1970) vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení psychologie a filozofie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů také stala filozofie hodnot. Maslowova filozofie člověka je součástí světového názoru, který se nazývá „holisticko-dynamickým názorem.“ Motivace lidí je dána hierarchickým systémem základních potřeb. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti, což vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a ovlivňovat chování jednotlivce. (35, 40)

Maslowova klasifikace potřeb řadí potřeby na vyšší a nižší. Mezi nižší potřeby patří fyziologické potřeby, potřeby bezpečí. Vyšší potřeby jsou potřeby sounáležitosti, potřeby uznání, potřeby seberealizace. Maslow seřadil potřeby do trojúhelníku dle hierarchie (Příloha 1). (35, 36, 40)

### ***1.3.2 Bio-psycho-socio-spirituální potřeby jedince***

Potřeby člověka jsou fyziologické, psychické, sociální a spirituální.

Potřeby fyziologické jsou základní potřeby. Řadí se sem pudy, instinkty, dostatek spánku, jídla, tepla, hygiena a zdraví, dále potřebu fyzického kontaktu a uspokojování potřeb sexuálních. Člověk dělá většinou všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuální. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se tak dominantní a ovlivňují celkové jednání a chování člověka. (36, 40)

Psychické potřeby jsou potřeby vycházející z individuálního vnímání světa, ze síly a schopnosti vnímat a zpracovávat motivace k našemu jednání a chování. Jedná se vždy o potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřebu jistoty a psychického bezpečí, potřebu orientačních bodů v denním pořádku, potřebu absence strachu z opuštěnosti, potřebu lásky a potřebu vyjadřovat se a být vyslechnut. Potřeba jistoty

a bezpečí se objevuje v situaci ztráty pocitu životní jistoty a potřeba lásky vystupuje v situacích osamocení a opuštění. (36, 40)

Sociální potřeby jsou potřeby informovanosti o sobě a okolním světě, potřeby péče o zdraví své a zdraví svých blízkých, potřeby ekonomického zabezpečení, potřeby soužití s blízkými lidmi, potřeba náležet k určité lidské skupině. Potřeby sociologické jsou naplňovány aktivitou a prožitky. Potřeba sounáležitosti vystupuje v situacích osamocení a opuštění. Potřeba uznání vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, důvěry, kompetence a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty. (36, 40)

Potřeby spirituální nebo-li duchovní se projevují v oblasti duchovního života, religiozity. Jedná se o potřeby vyznání a víry, potřeby příslušenství do náboženských společenství, nebo sekt. Slovo spiritualita je odvozeno z latinského slova spiritus – duch. Slovo religiozita, nebo-li religiózní je odvozeno z latinského religio – náboženství. (22, 36)

Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a ve vědách o člověku se nepochybuje o potřebě spirituality, každý člověk potřebuje mít víru, smysl svého chování. Chybění smyslu života se v nějakých případech považuje za příčinu vzniku neurózy. Spiritualita pomáhá člověku zvládat nejtěžší životní situace. Podoby spirituality jsou rozmanité, nejrozšířenější jsou (podle počtu přívrženců): islámská, buddhistická, křesťanská, židovská. Rozměr spirituální, duchovní není nutně jenom vztah k biblickému Bohu, ale ke všemu, co nás přesahuje, je to i každé vědomí světového řádu, který jedinec přijímá a s nímž se identifikuje. (20)

### ***1.3.3 Uspokojování potřeb pacienta v nemoci***

Nemoc často brání lidem v uspokojování jejich potřeb a sama mění způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování. Sestry pomáhají nemocným v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. (40)

V ošetřování i léčbě všech nemocných, zejména pak vážně a těžce nemocných, je snaha uspokojit potřeby, které jsou limitovány onemocněním samotným, například sociální a ekonomické problémy, změna životního stylu a potřeby, které nově vznikají,

například pomoc od bolesti, ztráta pocitu bezpečí a jistoty. Potřeby se mění s průběhem onemocnění, některé zmizí, jiné se zase naléhavě objevují. Uspokojování a naplnění potřeb ve vážné a těžké nemoci zachycuje modifikace seřazení hodnot, vycházející z Maslowova trojúhelníku (Příloha 2). (36)

Hierarchie potřeb člověka v těžké nemoci se mění na dva základní okruhy. Do prvního okruhu spadají fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty. Do druhého okruhu patří pocit sebeúcty, lásky a pocit příslušnosti. (36)

Průběh nemoci je často ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho obavami a nadějí, náladou, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, pracoviště i zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Proto každý jedinec prožívá nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle sociální situace, ve které se právě nachází. Aby bylo možné nemocnému dobře porozumět a následně ho dobře ošetřovat, je nezbytné jej vidět jako celého člověka. Což znamená jako organismus a zároveň jako osobnost s psychickými vlastnostmi i jako člena společnosti. Chápe-li se nemocný jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi, odpovídá to lidskému humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice sester, lékařů a všech ostatních pracovníků. (3)

Uspokojování biologických potřeb u nemocného člověka je zaměřeno zejména na péči o tělo, jeho pravidelnou hygienu a prevenci proleženin, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, defekaci a močení, poruchy pak ovlivňují psychické i tělesné pocity pacienta, spánek a odpočinek. Dále je třeba vytvořit podmínky, které se týkají režimu a úpravy prostředí, komfort, pohodlí a čistota prostředí, zajištění soukromí, dodržování pohybového režimu dle možností, polohy, správného uložení a polohování.

Uspokojování psychických potřeb nemocného člověka je především zaměřeno na odstraňování a zmírňování bolesti, což vyžaduje od sestry trpělivé ošetřování, respektování individuální citlivosti na bolest, zabraňování ztráty sebeúcty, předcházení a zmírňování strachu a úzkosti, identifikování obav a nejistot z neznámého. Je nezbytné, aby měl pacient dostatečné informace o diagnostice, způsobu léčení a ošetřování.

Uspokojování sociálních potřeb v nemoci je zaměřeno především na zmírnění sociální izolace účinnou komunikací s nemocným, zajištění sociálních kontaktů

s podpornými osobami například kontakty rodičů s dětmi, řešení problémů které souvisí se ztrátou zaměstnání, péče při doléčování atd. Uspokojování duchovních a spirituálních potřeb nemocného člověka je zaměřeno zejména na respektování náboženské svobody. (6)

#### ***1.3.4 Pobyť pacienta v nemocničním prostředí***

Pro každého člověka je nemoc svízelnou životní situací. Zjištění nemoci a nutnost hospitalizace či operačního výkonu představuje pro pacienta stresovou situaci. Hloubka a rozsah stresu, prožívání nemoci i vyrovnávání se s ní je velice různorodé a záleží na mnoha faktorech, například na věku klienta, jeho mentalitě, osobnosti, životních postojů, schopnosti vyrovnávat se se zátěžovými situacemi, schopnost adaptace na nové prostředí i požadavky na něj kladené, schopnost plně vnímat poskytované informace, reagovat na ně a spolupracovat. (9)

Nemocný člověk se ocitá v nové, pro něho neznámé situaci. Přichází o věci, které pro něho byly důležité, na kterých třeba celý život pracoval. Ztrácí své soukromí, životní jistoty, životní rytmus, volnost pohybu, práci, možnost aktivity a podobně. Místo toho nastupuje slabost, bolest, obavy, nepříjemná vyšetření. Má proto právo reagovat na novou situaci úzkostí, depresí, agresí, zmatkem i poruchami chování. Nepřipravené okolí obvykle reaguje negativně na tyto pacientovy projevy, což jeho úzkost dále stupňuje. Naopak dobře připravené okolí může vzniklou situaci mnohem lépe zvládnout a může tak být nemocnému oporou a pomocí. (20)

Mnoho lidí se odevzdává do rukou zdravotníků s úzkostí a obavami, které nedokáží přesně definovat, často tyto potíže negují. Je přirozené, že každý má alespoň minimální pocit strachu a úzkosti, už jen z neznámého prostředí a situace, odpovídající přesně lidské potřebě bezpečí a jistoty. To, že každý jedinec reaguje jinak, je závislé na mnoha okolnostech, například na druhu osobnosti, aktuálním zdravotním stavu, věku, rodinných podmínkách. Situaci může ještě zhoršovat předešlá zkušenost s hospitalizací, množství invazivních lékařských a ošetrovatelských intervencí. (13)

Při pobytu v nemocnici je daný program dne a pacient se snadno přizpůsobí pasivitě. Pobyť v nemocničním zařízení zužuje okruh zájmů a zvyklostí, které nemocný



každodenně vykonával. Nemocniční stereotyp začíná představovat normální život. Pacient se na situaci adaptuje a nemíní ji opustit. Přestává si uvědomovat motorickou, senzorickou, sociální deprivaci – ztrátu kontaktů s blízkými. Tento negativní stav na pobyt v nemocničním prostředí se nazývá hospitalismus. (39)

„Hospitalismus je důsledek souboru negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v lůžkovém zařízení. Jde vlastně o silnou reakci na hospitalizaci“ (45, s. 95).

Avšak ne každý nemocný hospitalismu propadne. Hospitalismus postihuje lidi každého věku včetně dětí. S hospitalismem u dospělých se častěji lze setkat u starších chronicky nemocných, kteří opakovaně a delší dobu žijí v nemocničním prostředí. Může se projevovat depresí, apatií, netečností, ale také nechutenstvím, plačtivostí, nespavostí či smutkem. Mezi základní opatření k prevenci hospitalismu patří: omezení hospitalizace na nejnutnější dobu, humanizace nemocničního prostředí, úprava nemocničního režimu, zajištění pravidelných návštěv, hospitalizace dětí za doprovodu rodičů. Jinak řečeno přiblížit ústavní režim běžným životním podmínkám a zajistit dostatek podnětů a činností jak pro dětské, tak i dospělé nemocné. (39, 45)

### ***1.3.5 Význam komunikace při hospitalizaci pacienta***

První dojem, kterým zdravotník zapůsobí na pacienta, může dlouhodobě a významně ovlivnit jejich vzájemnou spolupráci a jejich vzájemný vztah a důvěru. První rozhovor začíná vzájemným představením, sestra seznámí pacienta s chodem oddělení a ukáže mu také prostory, kde se bude pacient pohybovat, aby se hned od začátku v novém prostředí orientoval, dále mu vysvětlí své úkoly a cíle při jeho ošetřování. Je také důležité najít si pro první rozhovor dostatek času, ponechat pacientovi prostor ke kladení otázek a ochotně mu na ně odpovídat. (36)

Komunikační dovednosti přispívají k rozšíření a navázání kvalitnějšího kontaktu s klientem. Komunikační dovednosti rozlišujeme na verbální (například formulace otázek, projev porozumění) a nonverbální povahy (naslouchání, empatie a jiné). Komunikační dovednosti patří mezi předpoklady dobrého psychoterapeutického přístupu. Je nutné zdůraznit, že interpersonální komunikace je víc než soubor určitých

praktik. K dosažení oboustranné kvalitní komunikace sestry s nemocným je potřebné respektovat obecné požadavky. Prvním požadavkem je schopnost empatie, což znamená schopnost vcítit se do toho, co nemocný právě prožívá, jak hodnotí sebe a svět, jaký je jeho vztah k nemoci a jak ji vnímá. Druhým požadavkem je individuální přístup, který znamená aktivní, osobité přizpůsobení našeho chování zvláštnostem nemocného. To znamená, že sestra by měla znát individuální potřeby každého nemocného a reagovat na ně. Další dovedností je mít úctu k člověku, což je základním principem vysoce humánní ošetrovatelské péče. Vážít si každého nemocného a respektovat jeho práva a potřeby znamená ponechat mu určitou samostatnost. Posledním požadavkem je pozitivní vztah k nemocnému, projevující se ve všech rovinách lidské činnosti. Vše co sestra nebo lékař udělá, ale i neudělá, má svůj psychologický vliv na nemocného. (2, 45)

Sestry, které komunikují, si snadněji získávají důvěru na úrovni sestra-pacient a dovedou přesněji monitorovat potřeby pacientů. Komunikace s pacientem je jedním z nejvýznamnějších úkolů, které se realizují v rámci poskytování komplexní ošetrovatelské péče za pomoci metody ošetrovatelského procesu u daného pacienta. Současně se udržuje neustálý kontakt s nemocným, tím se získávají informace o zdravotním stavu, potřebách a obavách, přáních pacienta, což pomáhá při vytváření celkového obrazu o pacientovi. Sestra je nezastupitelným článkem v řetězci komunikace, často bývá prostředníkem mezi pacientem a lékařem. Sestra bývá často nucena překonávat překážky spojené s narušením verbální komunikace. Příčin může být celá řada, například stavy po stomatochirurgických zákrocích, poruchy vědomí a jiné. Dále tento problém může nastat u lidí, kteří jsou při vědomí, ale mají zavedenou tracheostomickou nebo endotracheální kanylu. Je to problém, který nejen ztěžuje vlastní ošetrovatelskou péči, ale může mít negativní dopad na psychiku pacienta i personálu. Sestra musí umět využít všech dostupných forem komunikačních dovedností tak, aby nemocného psychicky podpořila a vhodně motivovala v diagnosticko-terapeutickém procesu. Je nezbytné dávat nemocnému na vědomí jeho lidské hodnoty a jedinečné postavení v celém ošetrovatelském a léčebném systému zdravotní péče. (8, 17, 45)

Při kontaktu s nemocnými lidmi je nutné počítat se změněnými reakcemi nemocných vyvolaných bolestí, nejistotami, obavami až strachem. Projevuje se to jejich neochotou komunikovat, podrážděním, odmítáním účasti na léčení, i slovními výpady. Ani kontakt s příbuznými nemocných nemusí být vždy bez problémů. I ti projevují neklid, netrpělivost a podobně. Jejich reakce jsou důsledkem obav, které mají o své blízké. I když může mít sestra při takovém jednání nelibé pocity, musí se chovat zdrženlivě, taktně, laskavě a neztrácet trpělivost. (29)

#### **1.4 Péče o nemocné na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče**

##### ***1.4.1 Charakteristika chirurgického oboru***

Chirurgie je medicínské odvětví, které používá převážně rukodělných výkonů. Název chirurgie je odvozen z řeckého slova cheirurgia, což znamená ruční práci. Chirurg tedy léčí onemocnění operačním postupem, a to pomocí rukou, nebo nástrojů a přístrojů. Chirurgie patří mezi základní medicínský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a operační léčbou chorob, poranění, vrozených a získaných vad. Chirurgie má své všeobecné a specializované obory (například kardiochirurgická centra, traumatologická centra, popáleninová centra a jiné). Podstatou chirurgie je maximální týmová spolupráce, která se opírá i o výsledky jiných medicínských oborů. Základní jednotku tvoří všeobecná chirurgická pracoviště zajišťující základní diagnostickou a léčebnou péči nemocným s akutním nebo chronickým onemocněním. K chirurgickému oboru neodmyslitelně také patří spolupráce anesteziologů a jednotek intenzivní péče, které zajišťují nejenom průběh operačních výkonů, ale také péči těm nemocným, u kterých došlo, nebo by mohlo dojít k selhání vitálních funkcí organismu. (12, 31, 44)

Chirurgické operace je možné podle průběhu rozdělit na diagnostické a léčebné. Léčebné operace se dělí na: radikální, kurativní, pokud je předpokládáným výsledkem úplné vyléčení nemocného a paliativní, pokud se operací dosáhne jen zlepšení stavu, aniž by byla zcela vyléčena základní příčina. Diagnostické operace se provádějí za účelem upřesnění nebo zjištění diagnózy (například explorativní laparotomie, plicní

biopsie atd.). Operace se provádějí buď klasicky, otevřeně, to je vytvoření poměrně širokého přístupu do tělesné dutiny, nebo takzvaně miniinvazivně pomocí speciálních přístrojů a videosystémů zaváděných do tělesných dutin bodovými incizemi (artroskopicky, laparoskopicky, torakoskopicky a podobně). (31, 41, 44)

Každá operace přináší pro pacienta určité riziko, jehož výše je dána na jedné straně stavem nemocného, na druhé straně závažností operace. Tato rizika představují zejména přidružené choroby, stav výživy, poruchy vodního a solného hospodářství, nízký nebo vysoký věk. I zdánlivě jednoduchá operace může svými komplikacemi ohrozit život nemocného. Proto každá operace musí být indikována a zdůvodněna. Indikace k operaci může být vitální, absolutní a relativní. Vitální je okamžitá operace, která je nezbytná k záchraně života. Absolutní, to znamená, že neexistuje jiná možnost vyléčení a nemocný je ohrožen na životě (například zhoubný nádor). Pokud se jedná o indikaci relativní, život nemocného není ohrožen, je možné zvažovat i jiné způsoby léčení. Z časového hlediska lze operace rozdělit jako akutní nebo urgentní, kdy je operaci nutné provést co nejdříve, po nejnutnější krátké přípravě nebo i bez přípravy (například velké krvácení) a odkladné, které jsou plánované na vhodnou dobu pro nemocného i zdravotnické zařízení (například volná kýla, varixy apod.). Součástí chirurgické léčby je také léčba konzervativní. Do konzervativní léčby lze zařadit klidový režim na lůžku, dietu, parenterální výživu, podávání léků, fyzikální prostředky, rehabilitaci a psychoterapii. Klid na lůžku bývá součástí některých pooperačních komplikací, například při trombóze hlubokých žil dolních končetin. Dietní režim je významnou součástí léčení a týká se i nitrožilního podávání živin. V chirurgii jsou nejčastěji používané léky antibiotika, analgetika, diuretika, antikoagulancia, infúze a transfúze. Fyzikální léčba je součástí rehabilitace v pooperačním období. Psychoterapie je významná zejména jako součást předoperační přípravy. (31, 41, 44)

#### ***1.4.2 Charakteristika chirurgické jednotky intenzivní péče***

Jednotka intenzivní péče, nebo-li zkráceně JIP je nemocniční oddělení, které je vybaveno k léčbě pacientů, jejichž stav vyžaduje trvalý dozor a intenzivní péči, bývá součástí jednotlivých oddělení. Jednotky intenzivní péče jsou významnou součástí

chirurgického oddělení, protože poskytují léčebnou a ošetrovatelskou péči pacientům po náročných operačních výkonech a pacientům, u kterých by mohlo eventuálně dojít k selhání základních životních funkcí. Tedy takových pacientů, kteří se nachází v bezprostředním ohrožení života a potřebují komplexní péči. Tomu odpovídá také vybavení jednotek monitorovacím zařízením, možnosti resuscitace a napojení pacienta na umělou plicní ventilaci. Platí zde přísná hygienická opatření jako na operačním úseku. (12, 43, 44)

Jednotka intenzivní péče chirurgického oddělení bezprostředně navazuje na operační sály a od ostatních prostor bývá oddělena hygienickým filtrem. Samotné prostory jednotky intenzivní péče lze rozdělit na provozní část a patientskou část. Provozní část zahrnuje pobytovou místnost sester, administrativní místnost (staniční sestra), pracovnu lékaře a pokoj lékaře, kuchyňku, sklad léčiv a roztoků, sklad materiálů pro ošetřování pacientů a prádla, sklad přístrojů, čistící místnost a eventuálně přístroj na vyhodnocení krevních plynů a minerálů. Patientská část zahrnuje především lůžka nemocných, kterých bývá 6-8 a pracoviště sester s centrálním monitorem a vybavením pro terapii a ošetřování pacientů. Lůžka nemocných jsou uspořádány buď společně ve velkém prostoru jednoho pokoje, kde se nachází i pracoviště sester, nebo jsou umístěna samostatně či po dvou v izolovaných boxech (boxy jsou také na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení v Českých Budějovicích), kde je vyhrazen i prostor pro práci sestry. Všechna lůžka mají samostatné vybavení monitorovací technikou, která bývá zpravidla spojena s centrálním monitorem na pracovně sester. Dále je důležitý centrální zdroj kyslíku, stlačeného vzduchu a dalších plynů, centrální odsávání, nebo samostatná odsávačka. Umístění celé řady přístrojové techniky umožňuje speciálně upravené prostředí. Patří sem například ventilátor, dialyzační přístroj, infúzní pumpy, enterální pumpy atd. Vybavení pro neodkladnou endotracheální intubaci neodmyslitelně patří k základnímu vybavení každé jednotky intenzivní péče. Kromě selhání dechu může dojít i k náhlému selhání oběhového, sestra je tedy odpovědná za funkčnost a připravenost pomůcek k resuscitaci krevního oběhu. (11)

Kritériem pro přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče je bezprostřední ohrožení života nemocného, nebo možnost vzniku takto závažného stavu. Hlavním

úkolem intenzivní péče je předcházet náhlému selhání životních funkcí nemocného, nebo zhoršení jeho stavu. Všeobecně lze říci, že na jednotku intenzivní péče chirurgického typu bývají hospitalizováni nemocní po náročných, dlouhotrvajících operacích, po komplikovaných operacích, pacienti s komplikujícím onemocněním, promítajícím se do průběhu pooperačního uzdravování. Dále jsou zde hospitalizováni pacienti s možnými komplikacemi vyplývající z operačního výkonu, s oběhovým či dechovým selháváním, se známkami rozvratu vnitřního prostředí, v šokovém stavu. Ve vyšším procentu jsou tu zastoupeni pacienti vyšších věkových kategorií. (11, 44)

#### ***1.4.3 Předoperační péče o nemocné***

Předoperační příprava na jednotce intenzivní péče je prováděna stejně jako na standardním oddělení s tím rozdílem, že je tu někdy kratší doba na přípravu z důvodu akutní nebo urgentní indikace k operaci. Předoperační příprava zahrnuje kromě diagnostiky vlastního onemocnění také zjištění případných vedlejších onemocnění a vyhodnocení celkového stavu pacienta. Předoperační příprava je rozdělena na přípravu celkovou a místní. Do celkové předoperační přípravy patří psychická příprava, kdy lékař klienta informuje o druhu operace, způsobu přípravy a pooperačním průběhu a dá mu podepsat informovaný souhlas, sestra zodpoví případné dotazy nemocného týkající se ošetrovatelské péče po operaci. Dále sem patří zlepšení funkce jednotlivých orgánů postižených chronickým onemocněním například dechová nedostatečnost, úprava chudokrevnosti a poruch metabolismu, prevence tromboembolických komplikací bandážováním dolních končetin, dostatečnou hydratací, podáním nízkomolekulárních heparinů a časným vstáváním z lůžka po operaci. Místní předoperační příprava operačního pole spočívá v jeho oholení a desinfekci. Večer před operací, pokud to stav pacienta dovolí, by se měl pacient za pomoci sestry vykoupat, před břišními operacemi dostává většinou klyzma a na noc sedativum nebo hypnotikum. Pokud je to možné, tak před operačním výkonem by měl být nemocný 6-8 hodin lačný a nekouřit. Před odvozem na operační sál dostává premedikaci ordinovanou anesteziologem. Před odjezdem na sál se sestra ujistí, zda je nemocný vyprázdněn,

upozorní pacienta, aby si odstranil všechny protetické pomůcky. Sestra zkontroluje dokumentaci pacienta, zda je kompletní. (12, 41, 44)

U urgentních operací, kdy je přímo ohrožen život nemocného se předoperační příprava omezuje na nezbytné úkony. Provádí se odběry biologického materiálu na STATIM (ihned) jako biochemie krve a moče, krevní obraz, krevní skupina, Rh faktor. Hygiena se zaměřuje pouze na odstranění hrubých nečistot, sejmutí protéz. Dle ordinace anesteziologa se zavádí žaludeční sonda, permanentní močový katétr, zajistí se žilní vstup, provede se bandáž dolních končetin a aplikuje se premedikace. Očistné klyzma je kontraindikováno. (31, 41)

#### ***1.4.4 Pooperační péče na jednotce intenzivní péče***

Pooperační péči lze rozdělit na bezprostřední, intermediární a rekonvalescenci. (41)

Bezprostřední pooperační péče je zaměřena především na monitorování vitálních funkcí. Na některých pracovištích je první hodiny po operaci pacient na dospávacím pokoji u operačního sálu v péči anesteziologa. Po plném probrání k vědomí a při spontánním dýchání je nemocný předán sestře s dokumentací na jednotku intenzivní péče nebo po lehčích operacích přímo na lůžkové oddělení. Avšak většina chirurgicky nemocných vyžaduje intenzivní pooperační péči. Sestra ukládá pacienta do ordinované polohy, která je závislá na zdravotním stavu pacienta a druhu operace. Krevní tlak, puls a dýchání jsou kontrolovány v intervalech, které určí lékař. V prvních hodinách je interval měření po 15-30-60 minutách a po stabilizaci nemocného se tento interval prodlužuje na 3-4 hodiny. U nemocných v závažném zdravotním stavu sestra monitoruje centrální žilní tlak a elektrokardiogram. Tachykardie a pokles krevního tlaku může být důsledkem přetrvávající hypovolemie, nebo známkou krvácení v operačním poli. Proto je velmi důležité sledovat operační ránu, prosakování obvazu, krvácení z rány, fixaci obvazu a odvod krve drény. Velmi důležité je sledování stavu vědomí, barvy pokožky a dýchání, které může být utlumeno v důsledku doznívání anestisie nebo opiátů. Sestra pobízí nemocného k hlubokému dýchání a odkašlávání hlenů. U nemocných s močovým katétreem se sleduje hodinová diuréza, pokud pacient nemá

cévkou, měl by se vymočit do 6-8 hodin po operaci. Podávání tekutin je závislé na druhu a typu operace, u nemocných, jejichž zdravotní stav nedovoluje přijímání tekutin per os lékař ordinuje infúzní terapii nebo eventuálně podávání krevních derivátů. Dle ordinace lékaře se provádí laboratorní pooperační vyšetření mineralogramu, krevního obrazu, vyšetření krevních plynů a jiné. Sestra sleduje projevy nauzey a zvracení, které jsou obecně považovány za fyziologické 24 hodin po operaci. Dále sestra sleduje dietní terapii, běžně se podává po operaci čaj po lžičkách. Intermediární péče probíhá na jednotce intenzivní péče, ale i na standardním lůžkovém oddělení. Zahrnuje další sledování respiračních a oběhových parametrů, močení, teploty a funkce trávicího traktu. Navrácení peristaltiky obvykle nastává během 2-3 dnů. Nemocný v tuto dobu začíná také přijímat perorální výživu a postupně se přechází na pevnou stravu, realimentace je u každé operace individuální. Sestra má pacienta co nejdříve mobilizovat, většinou již první pooperační den. Pokud nemůže nemocný chodit, musí pravidelně za pomoci sestry cvičit dolními končetinami a provádět dechová cvičení na lůžku. Zcela imobilní pacienty musí sestra pravidelně polohovat a následně vše zaznamenávat do polohovacího záznamu. Hygiena v pooperačním období je ztížena omezenou hybností pacienta, proto musí být poskytnuta ošetřujícím personálem. (36, 41, 44)

Významnou součástí pooperační péče je sledování bolesti pacienta. Bolest je největší v prvních 12-36 hodinách po výkonu. Je zcela individuální a závislá na mnoha faktorech jako například intenzita vnímání bolesti, lokalizace a velikost chirurgického zákroku, věk, pohlaví, související faktory atd. Pooperační analgezie je velmi důležitá a v bezprostředním pooperačním období je ordinována anesteziologem. Sestra sleduje intenzitu a délku bolesti. Pokud bolest dosahuje velké intenzity, je možné využívat i moderní způsoby léčby bolesti, například epidurální techniky aplikace analgezie. Vždy je však důležité u pacienta monitorovat základní fyziologické funkce, bolest správně diagnostikovat a nepřekračovat ordinovaná množství a intervaly podávání analgezie. Ordinovaná analgetika pacientovi uleví od bolesti a většinou také zkvalitní pacientův spánek. Je také důležité dbát na související faktory, které mohou bolest vyvolávat a prohlubovat například poloha, zaměstnávání, pohybový režim, komunikace a sociální



kontakt. V rámci ošetrovateľskej diagnostiky bolesti je možné využívať rôznych schém hodnocení bolesti např. škála od 1 do 10, kdy 0 - je bez bolesti a 10 – je mučivá, nesnesitelná, nekontrolovatelná bolest. (12)

## **1.6 Úloha sestry v péči o nemocné na chirurgickém oddělení**

Předpokladem práce sestry na chirurgických odděleních je stálá pohotovost ke zvládnání aktuálních potřeb pacientů v souvislosti s nutností operačního výkonu, pooperační péče a rekonvalescence. Práce sestry je ovlivňována především stavem nemocných a léčbou. Příjem pacienta s akutním onemocněním vyžaduje rychlou a maximální pohotovost sestry, která musí zvládnout a včas diagnostikovat příznaky, které by mohly vést k ohrožení života nemocného. Sestra musí být pohotová a rychlá při zajišťování nutných diagnostických a léčebných opatření při příjmu takového nemocného, zvládat urgentní předoperační přípravu. Sestra umí somaticky i psychicky připravit pacienty, kteří jsou přijati k plánovanému operačnímu výkonu. Dále je schopna poskytnout bezprostřední, ale i následnou pooperační péči, je připravena na možnosti vzniku komplikací. (12)

Léčba pacientů na chirurgickém oddělení, jak již bylo zmíněno, je ve většině případů operační. Po operaci sestra monitoruje vitální funkce (krevní tlak, puls, teplotu, dech, vědomí a jiné), zajišťuje průchodnost dýchacích cest pobízením pacienta k odkšlívání a odsávání sekretů z dýchacích cest, zabezpečuje dostatečnou hydrataci pacienta v rámci prevence tromboembolické nemoci, dále je připravena ke kardiopulmonální resuscitaci. Provádí oxygenoterapii, kontroluje cévní přístupy, pečuje o ně, aplikuje parenterální roztoky a transfúzní přípravky. Sestra také zajišťuje v rámci prevence nozokomiálních nákaz převazování ran, péči o drény a drenáže, žaludeční sondu a jiné invazivní vstupy (více v kapitole 1.4.4). (12, 44)

Významnou součástí práce sestry na chirurgii je také péče o psychickou pohodu nemocného. Plně a vhodně informovaný klient lépe spolupracuje a prospívá. Sestra musí umět včas rozpoznat varovné známky změny psychického stavu (stresu, deprese, úzkosti, nejistoty). Ty se dostavují zejména tehdy, pokud není pacient včas informován o svém stavu a plánovaném postupu, pokud mu nejsou podávány adekvátní informace

a nemá-li pevné rodinné a sociální zázemí. Mezi další roli sestry patří komunikační dovednosti (jak již bylo popsáno v kapitole v kapitole 1.3.5) (11)

V chirurgických oborech je člověk více jak v jiných medicínských oborech vydán lékaři a technice a může se prohlubovat propast v základních komunikačních dovednostech (více v kapitole 1.3.5) a humánním lidském přístupu. Dobře vzdělaná chirurgická sestra nezapomíná na dobře vedenou komunikaci v rámci ošetrovatelského procesu, kterou zaměřuje především na zjišťování potřeb nejen biologických, ale i psychosociálních a spirituálních. Zvláštní pozornost je nutné věnovat nemocnému, který se nachází ve strachu, úzkosti a bolesti. Při strachu a úzkosti člověk nedokáže dobře čelit nebezpečí, objevují se známé fyzické a psychické reakce – tlukot srdce, změny frekvence dýchání, pocení, pocit chladu a zároveň horkosti, v psychické rovině pak především obecné snížení schopnosti myslet jasně a realisticky. Tyto problémy do popředí vystupují zejména v předoperačním období, a proto je komunikace sestry s pacientem tak důležitá, dále je nesmírně významné poskytnout v dostatečné míře vhodné informace, opakovat je a respektovat strach a úzkost nemocného. Bolest v pooperačním období pak zpětně vyvolává reakce strachu a úzkosti, že „něco“ není v pořádku a pokud je tato problematika zlehčována, může dojít k velmi závažným komplikacím. Vše není jen v rukou lékaře a techniky, ale také v dobré ošetrovatelské předoperační a pooperační péči, která není založena pouze na rutinním vykonávání ošetrovatelských intervencí, ale také na dialogu a spolupráci mezi nemocným, příbuznými a sestrou. (12)

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zjistit míru spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

### **2.2 Hypotézy práce**

Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

### 3. METODIKA

#### 3.1 Použité metody

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Byl použit dotazník pro pacienty (Příloha 4). Dotazníky byly anonymní a byly sestaveny z otázek uzavřených a polouzavřených, které nabízely výběr z konkrétních odpovědí a zároveň možnost vyjádření vlastního názoru.

V dotazníku bylo u většiny otázek použito pětistupňové škály *1 - velmi spokojen/a, 2 – méně spokojen/a, 3 – těžko říci, 4 – spíše nespokojen/a, 5 - velmi nespokojen/a*. Dotazník obsahoval celkem 22 otázek. První dvě otázky byly identifikační. Otázky 3 a 4 byly zaměřeny na délku a počet pobytů na jednotce intenzivní péče. Spokojenost se způsobem podávání stravy, dobou ranního buzení, zajištěním soukromí při vyprazdňování a hygieně zjišťovaly otázky 5, 6, 7 a 8. Na spokojenost pacientů s přístupem, komunikací, dosažitelností a zájmem sester byly zaměřeny otázky 11, 12, 14, 15, 17, 18 a 20. Otázka 9 zjišťovala, zda pacienti v noci rušil nějaký hluk, v případě kladné odpovědi mohli pacienti označit konkrétní příčinu hluku. Jak pacienti vnímali prostředí na jednotce intenzivní péče a co na jednotce intenzivní péče postrádali, zkoumaly otázky 10 a 16, kde byla možnost více odpovědí. Otázka 13 informuje, zda pacienti postrádali sestru v průběhu dne. Celkovou spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na jednotce intenzivní péče mapovala otázka 21. Otázka 22 zjišťovala, zda měli pacienti na jednotce intenzivní péče nějakou neuspokojenou potřebu.

#### 3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořili hospitalizovaní pacienti chirurgického oddělení jednotky intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s. se souhlasem hlavní sestry (Příloha 3).

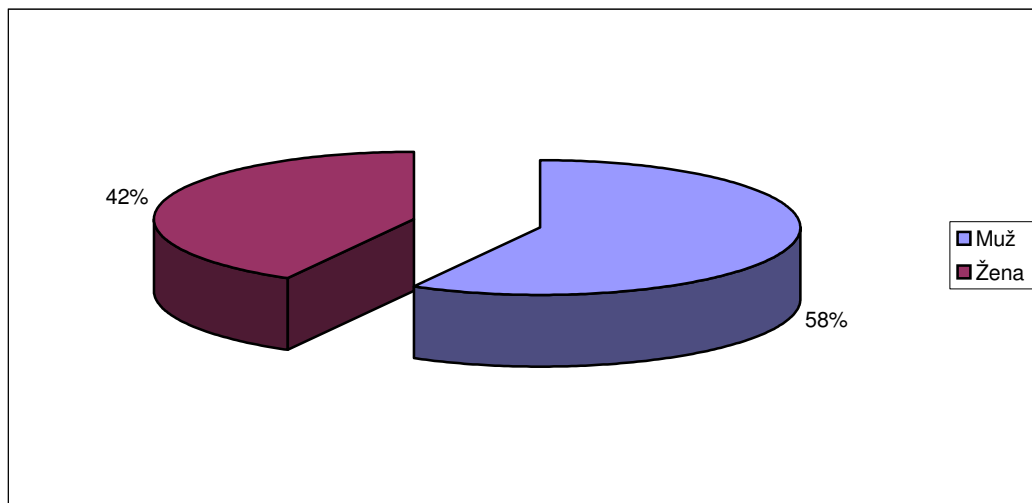
Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků během měsíce května, června a července 2007. Dotazníky byly pacientům rozdány až na standardním oddělení po přeložení z jednotky intenzivní péče a hodnotili, jak byli spokojeni s ošetrovatelskou péčí

na jednotce intenzivní péče. 11 dotazníků se nevrátilo vůbec, 6 dotazníků nevyplněných. Návratnost dotazníků byla 86% z původního počtu. Dále bylo vyřazeno 8 dotazníků pro neúplné vyplnění. Celkem bylo ke zpracování údajů zařazeno 95 dotazníků. Výzkumný soubor tvořil 95 pacientů.

#### 4. Výsledky

##### Graf 1 Pohlaví pacientů

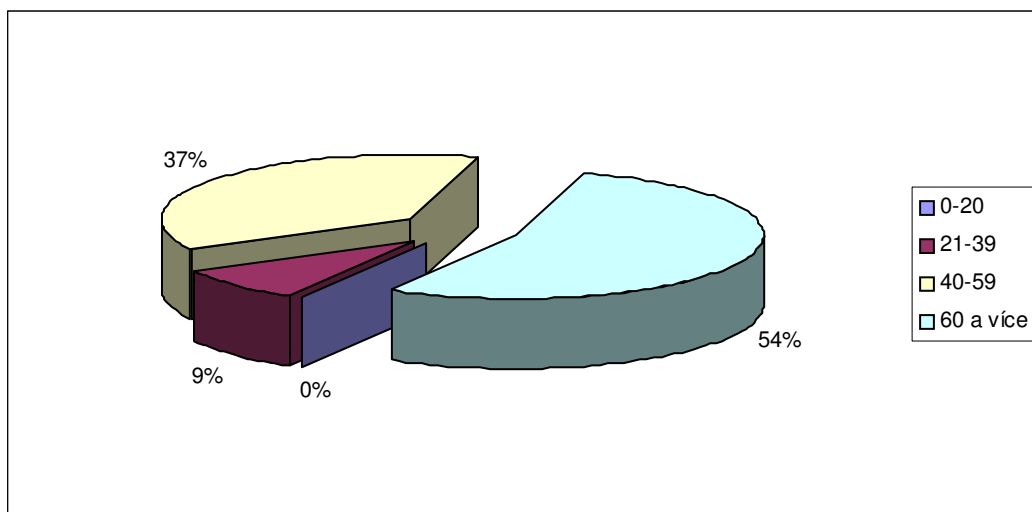
(graf k otázce č.1)



Soubor tvořilo 95 respondentů (100 %), z toho bylo 55 mužů (58 %) a 40 žen (42 %).

##### Graf 2 Věkové kategorie pacientů

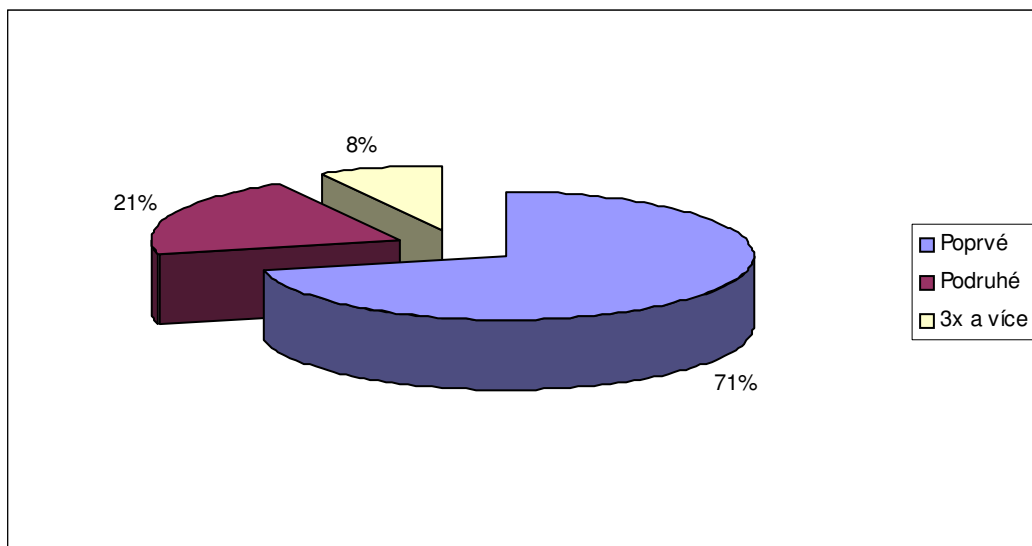
(graf k otázce č.2)



Graf ukazuje, že z celkového počtu respondentů bylo 51 pacientů (54 %) ve věku vyšším než 60 let, ve věku 40-59 bylo 35 nemocných (37 %), 9 pacientů (9 %) se pohybovalo ve věkovém rozmezí 21-39 let a nikdo ve věku 0-20 let (0 %).

### Graf 3 Počet pobytů na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení

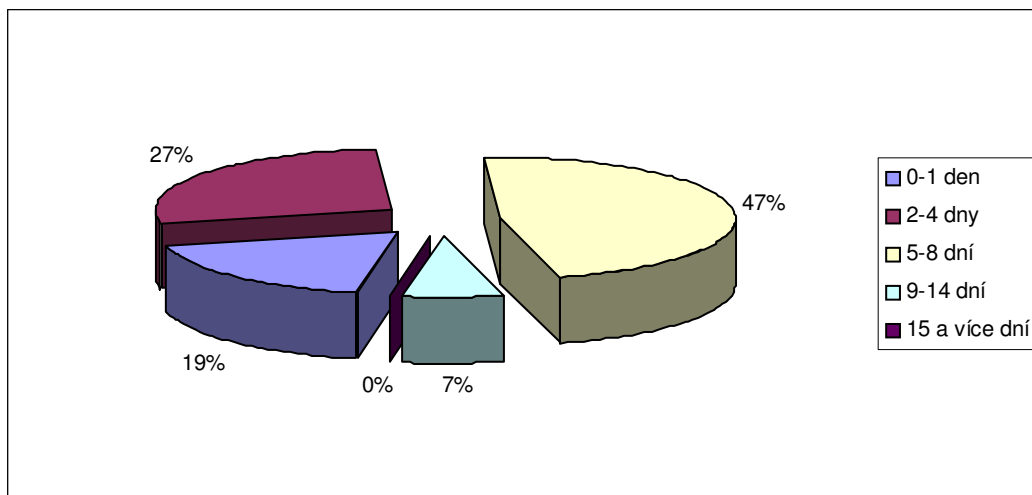
(graf k otázce č.3)



Z celkového počtu bylo 67 respondentů (71 %) hospitalizováno na jednotce intenzivní péče poprvé, 20 pacientů (21 %) podruhé a 8 dotázaných (8 %) třikrát a více.

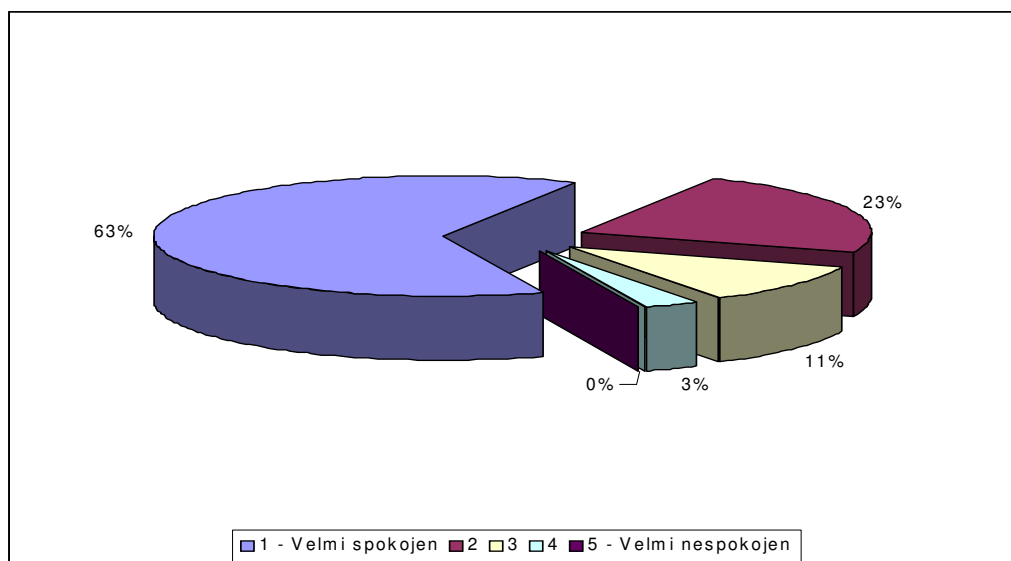
### Graf 4 Délka pobytu pacientů na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení

(graf k otázce č.4)



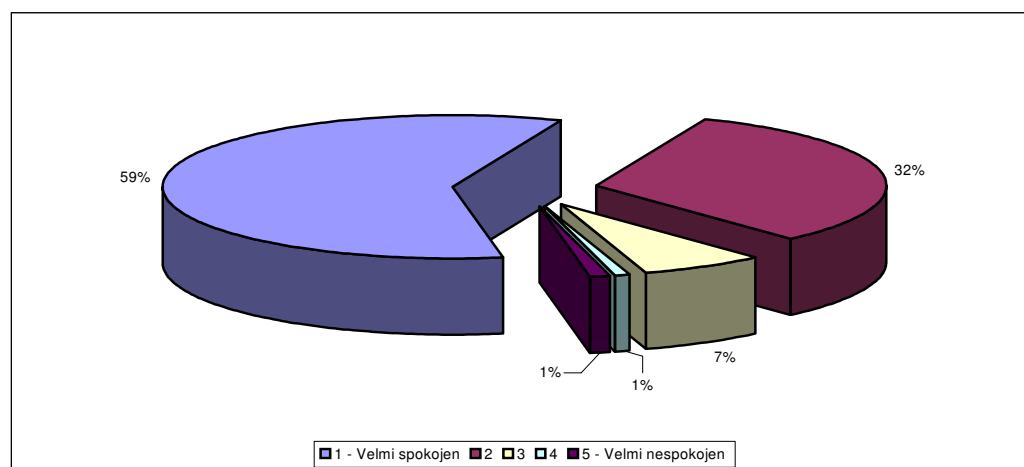
Graf zobrazuje délku pobytu na jednotce intenzivní péče. 5-8 dní zde pobývalo 44 pacientů (47 %), 2-4 dny 26 pacientů (27 %), 0-1 den byla délka pobytu 18 pacientů (19 %), 9-14 dní 7 pacientů (7 %) a 15 a více dní nikdo z dotázaných (0 %).

**Graf 5 Spokojenost pacientů se způsobem podávání stravy (graf k otázce č.5)**



Se způsobem podávání stravy bylo z celkového počtu respondentů 60 dotázaných (63 %) velmi spokojeno, 22 dotázaných (23 %) méně spokojeno, 10 pacientů (11 %) odpovědělo těžko říci, 3 pacienti (3 %) byli spíše nespokojeni a nikdo z dotazovaných (0 %) neuvedl možnost velmi nespokojen.

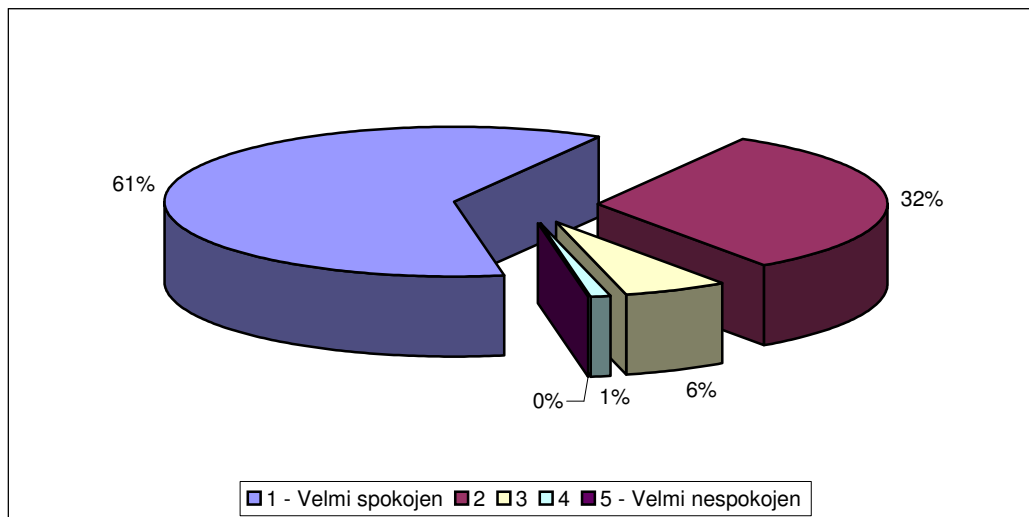
**Graf 6 Spokojenost pacientů se zajištěním soukromí při osobní hygieně v rámci možností oddělení (graf k otázce č.6)**



Se zajištěním soukromí při hygieně bylo velmi spokojeno 56 pacientů (59 %), méně spokojeno 30 pacientů (32 %), 7 dotázaných (7 %) odpovědělo těžko říci, spíše nespokojen byl 1 respondent (1 %) a velmi nespokojen také 1 respondent (1 %).

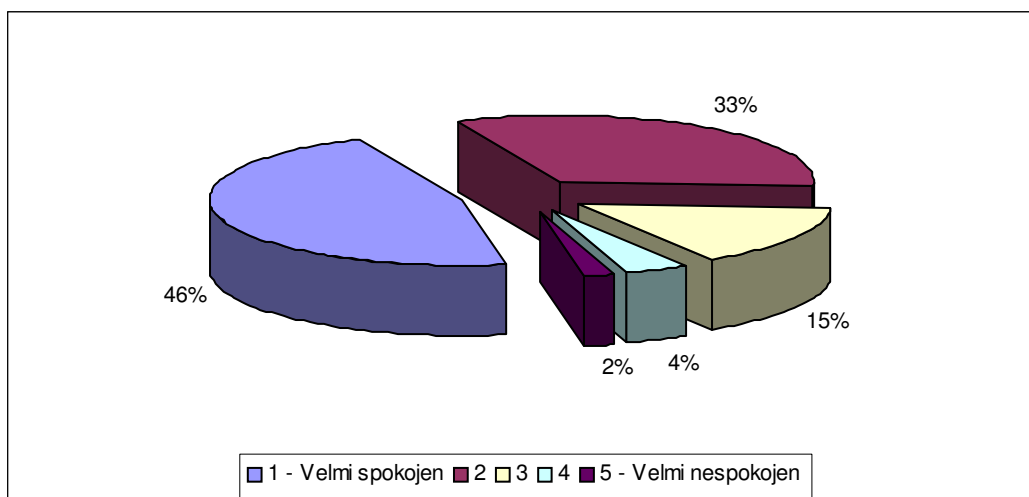


**Graf 7 Spokojenost pacientů se zajištěním soukromí při vyprazdňování v rámci možností oddělení (graf k otázce č.7)**



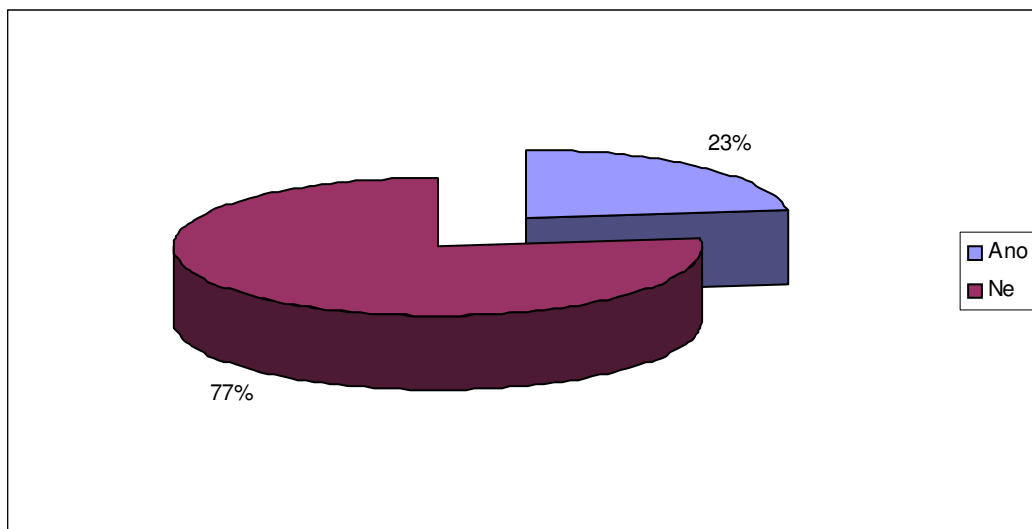
Graf ukazuje, že se zajištěním soukromí při vyprazdňování bylo velmi spokojeno 58 pacientů (61 %), méně spokojeno 30 pacientů (32 %), 6 respondentů (6 %) označilo odpověď těžko říci, 1 respondent (1 %) spíše nespokojen a nikdo (0 %) neodpověděl velmi nespokojen.

**Graf 8 Spokojenost pacientů s dobou ranního buzení (graf k otázce č.8)**



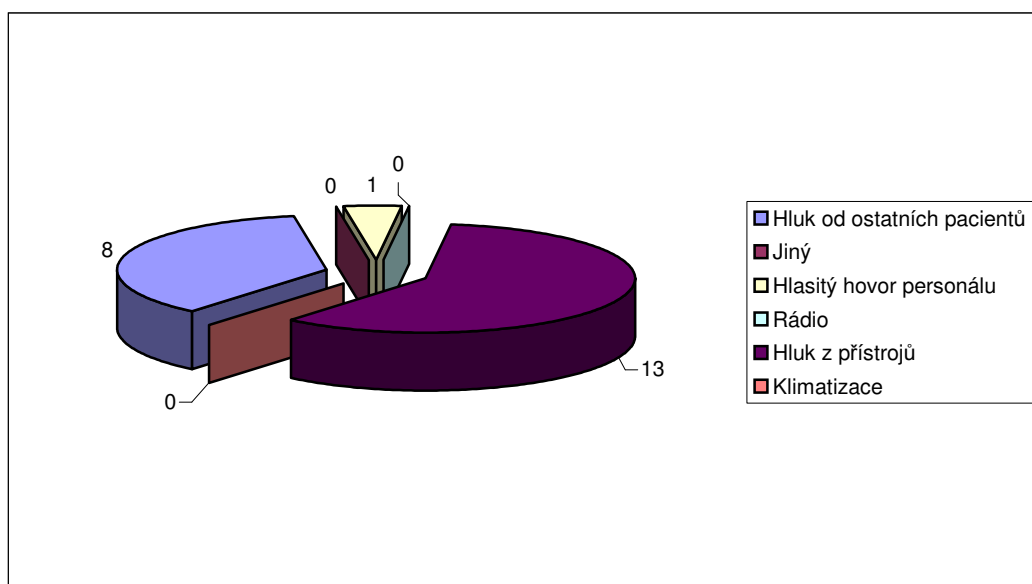
S dobou ranního buzení bylo 44 respondentů (46 %) velmi spokojeno, 31 dotázaných (33 %) méně spokojeno, odpověď těžko říci uvedlo 14 dotázaných (15 %), spíše nespokojeni byli 4 respondenti (4 %) a velmi nespokojeni 2 respondenti (2%).

**Graf 9 Rušení spánku pacientů během noci hlukem** (graf k otázce č.9)



Graf znázorňuje, že 73 pacientů (77 %) žádný hluk v noci nerušil a 22 pacientů (23 %) v noci hluk rušil.

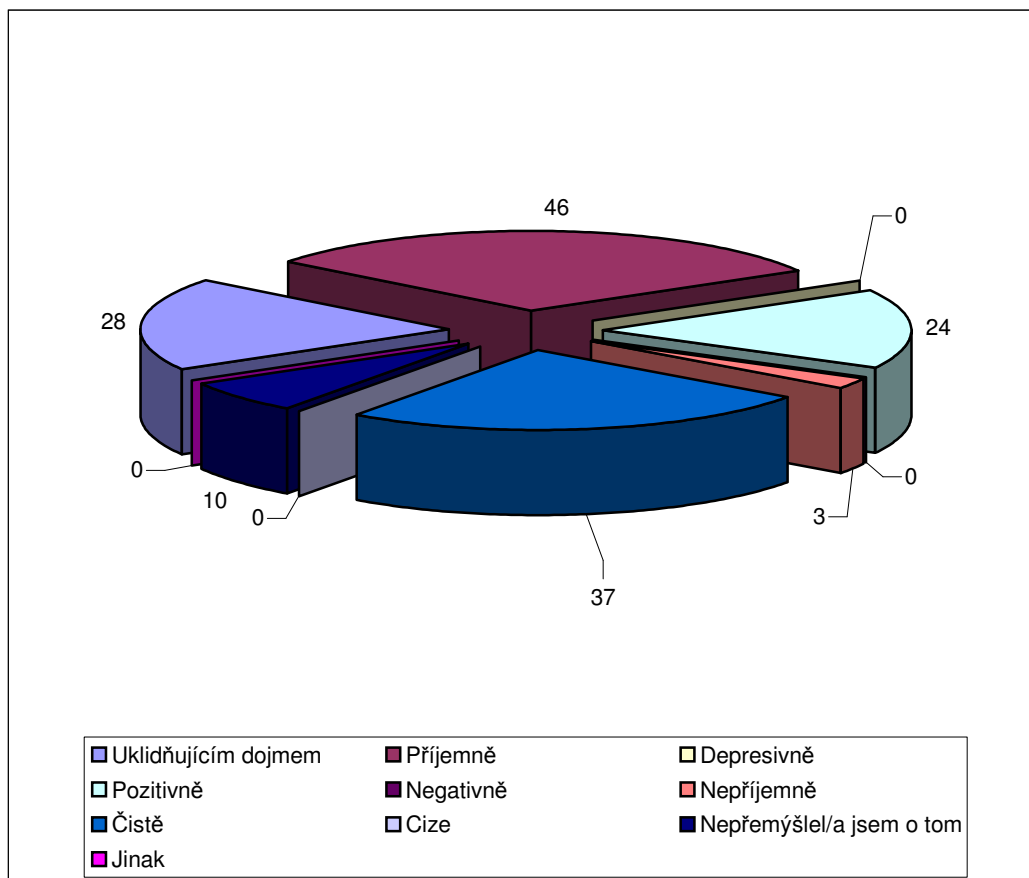
**Graf 10 Příčina narušeného spánku pacientů v noci hlukem** (graf k otázce č.9)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 9. Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde uvedlo 13 dotázaných jako příčinu narušeného spánku hluk z přístrojů, 8 pacientů označilo hluk od ostatních pacientů a 1 pacient hlasitý hovor personálu. Odpovědi klimatizace, rádio a jiné neoznačil nikdo z dotázaných.

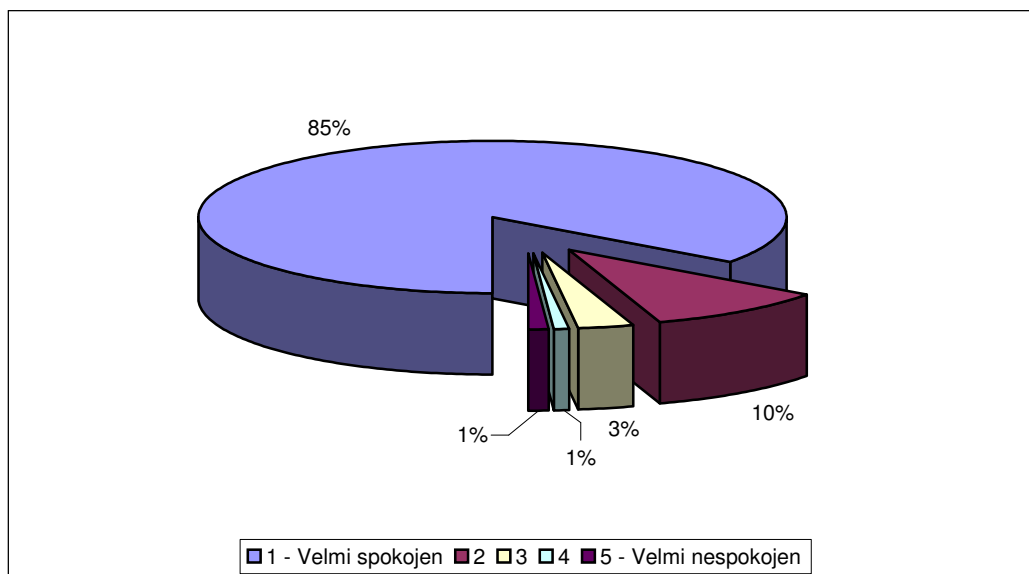
**Graf 11 Vnímání prostředí na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení  
pacienty**

(graf k otázce č.10)



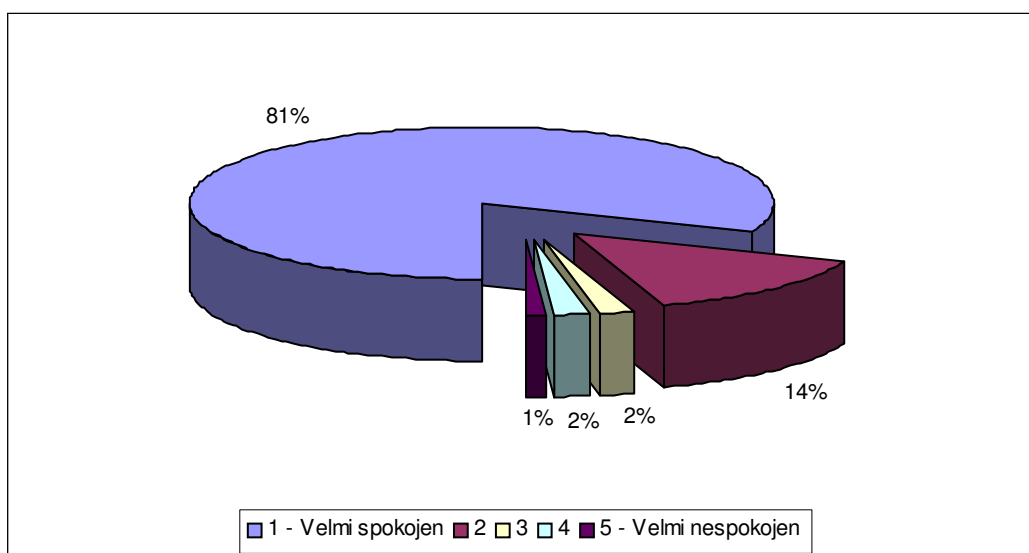
Graf znázorňuje četnost odpovědí, kdy 46 pacientů vnímalo prostředí na jednotce intenzivní péče příjemně, 37 dotázaných prostředí vnímalo čistě, 28 pacientů jej vnímalo uklidňujícím dojmem, 24 dotázaných uvedlo pozitivně, 10 respondentů uvedlo, že o tom nepřemýšlelo, 3 dotázaní uvedli nepříjemně a nikdo z dotázaných pacientů neoznačil negativně, depresivně, cize a jiné.

**Graf 12 Spokojenost pacientů s dosažitelností sester (graf k otázce č.11)**



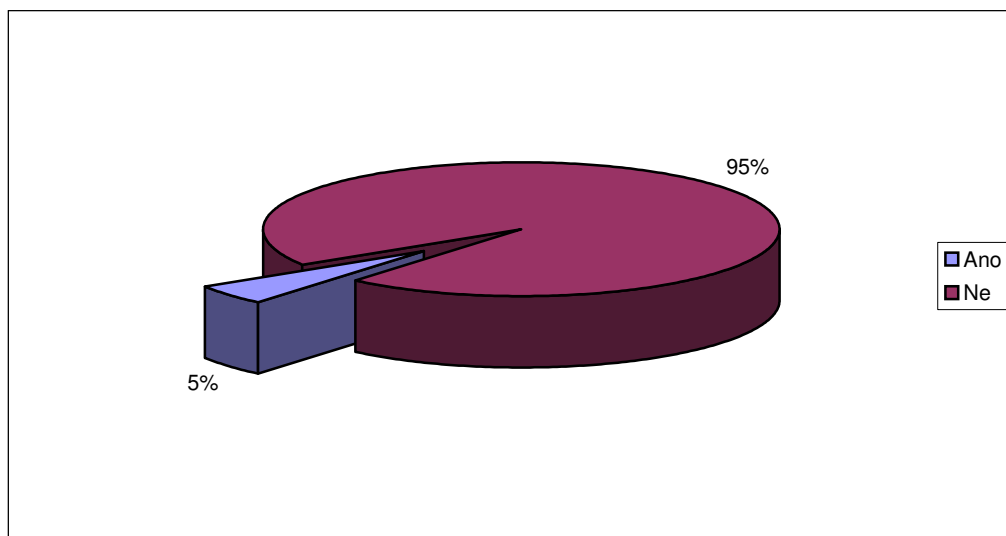
S dosažitelností sester bylo velmi spokojeno 81 pacientů (85 %), 9 pacientů (10 %) bylo méně spokojeno, 3 respondenti (3 %) označili těžko říci, 1 dotázaný (1 %) uvedl spíše nespokojen a 1 dotázaný (1 %) byl velmi nespokojen.

**Graf 13 Spokojenost pacientů se zájmem sester o svou osobu (graf k otázce č.12)**



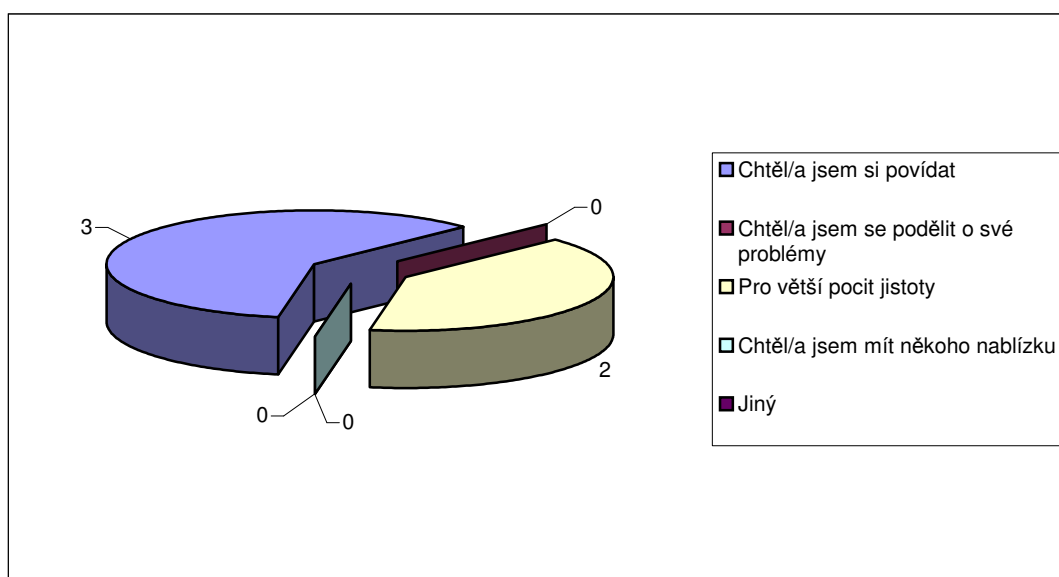
Se zájmem sester bylo velmi spokojeno 77 dotázaných (81 %), méně spokojeno bylo 13 dotázaných (14 %), odpověď těžko říci uvedli 2 dotázaní (2 %), spíše nespokojeni byli 2 pacienti (2 %) a velmi nespokojen byl 1 pacient (1 %).

**Graf 14** Postrádání přítomnosti sestry v průběhu dne (graf k otázce č.13)



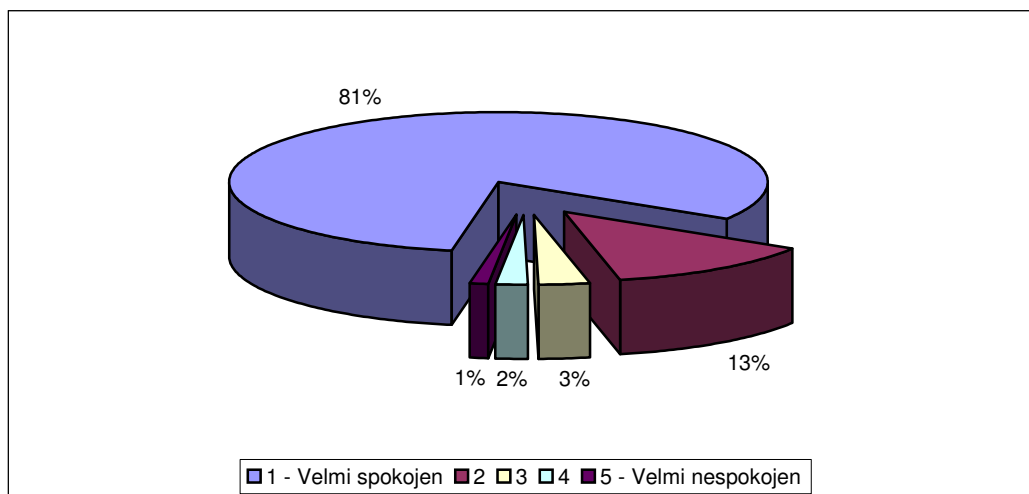
Přítomnost sestry v průběhu dne 90 dotázaných (95 %) nepostrádalo a 5 dotázaných (5 %) označilo odpověď „ano“.

**Graf 15** Příčina postrádání sestry v průběhu dne (graf k otázce č.13)



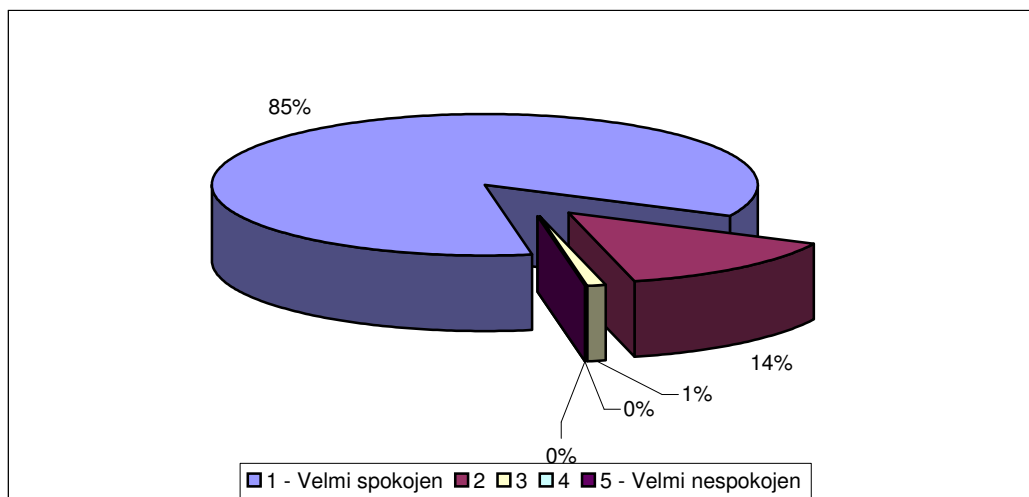
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 14. Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde 3 pacienti sestru postrádali, protože si chtěli povídat a 2 pacienti pro větší pocit jistoty. Odpověď chtěl/a jsem mít někoho nablízku, chtěl/a jsem se podělit o své problémy a jiný neoznačil nikdo.

**Graf 16 Spokojenost pacientů s přístupem sester k pacientovi jako ke člověku**  
(graf k otázce č.14)



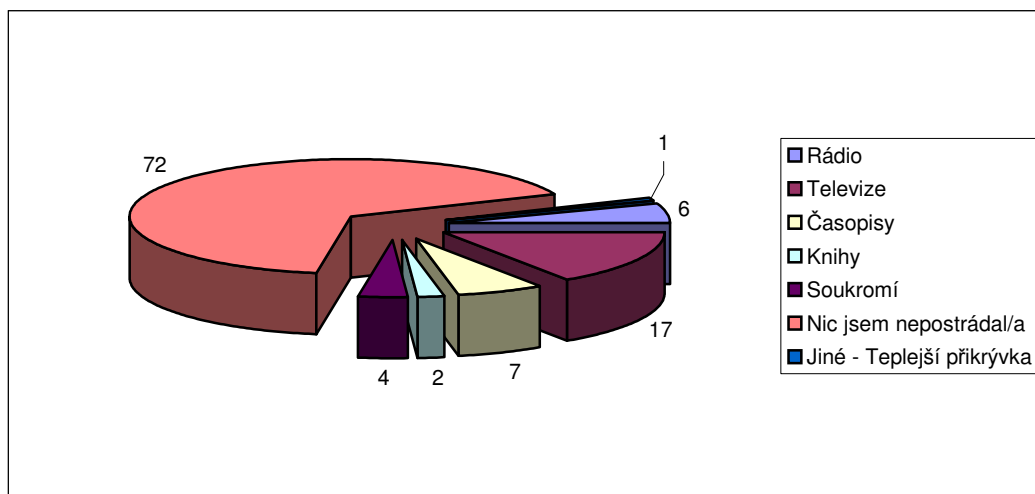
S přístupem sestry k pacientovi jako ke člověku bylo velmi spokojeno 77 pacientů (81 %), méně spokojeno 12 pacientů (13 %), odpověď těžko říci označili 3 dotázaní (3 %), spíše nespokojeni byli 2 pacienti (2 %) a velmi nespokojen byl 1 pacient (1 %).

**Graf 17 Spokojenost pacientů s časovým harmonogramem návštěv**  
(graf k otázce č.15)



Z celkového počtu respondentů bylo 81 pacientů (85 %) velmi spokojeno s časovým harmonogramem návštěv, 13 pacientů (14 %) bylo méně spokojeno a 1 dotázaný označil odpověď těžko říci. Nikdo (0 %) neoznačil spíše nespokojen a velmi nespokojen.

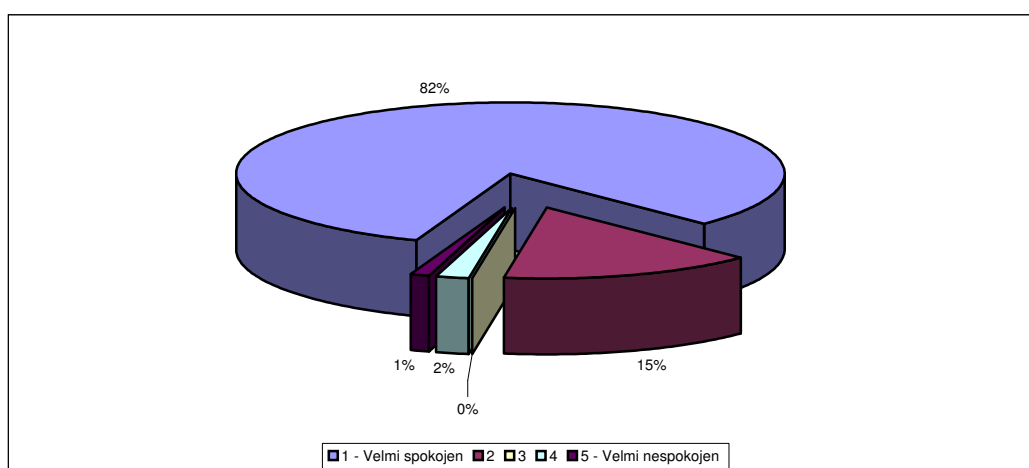
**Graf 18** Postrádané faktory během pobytu na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení vnímané pacienty (graf k otázce č.16)



Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde 72 respondentů nepostrádalo nic na jednotce intenzivní péče, 17 pacientů udávalo, že postrádalo televizi, 7 pacientů časopisy, 6 pacientů postrádalo rádio, 4 respondenti postrádali soukromí, 2 dotázaným chyběly knihy a 1 pacient označil jiné: teplejší přikrývka.

**Graf 19** Spokojnost pacientů s komunikací se sestrou

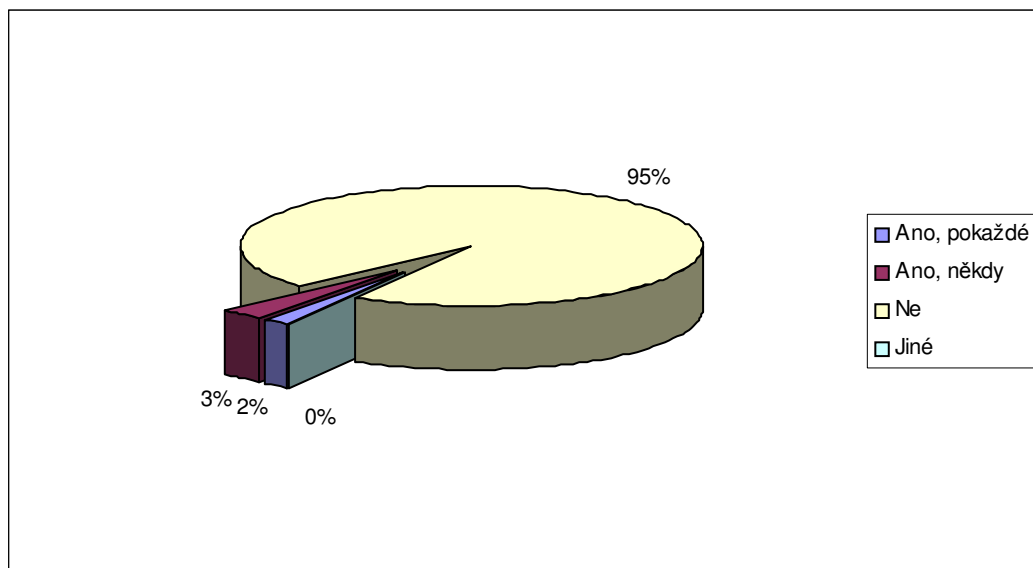
(graf k otázce č.17)



S komunikací mezi pacientem a sestrou bylo velmi spokojeno 78 pacientů (82 %), méně spokojeno 14 pacientů (15 %), spíše nespokojeni byli 2 pacienti (2 %), 1 dotázaný (1 %) byl velmi nespokojen a nikdo (0 %) neoznačil odpověď těžko říci.

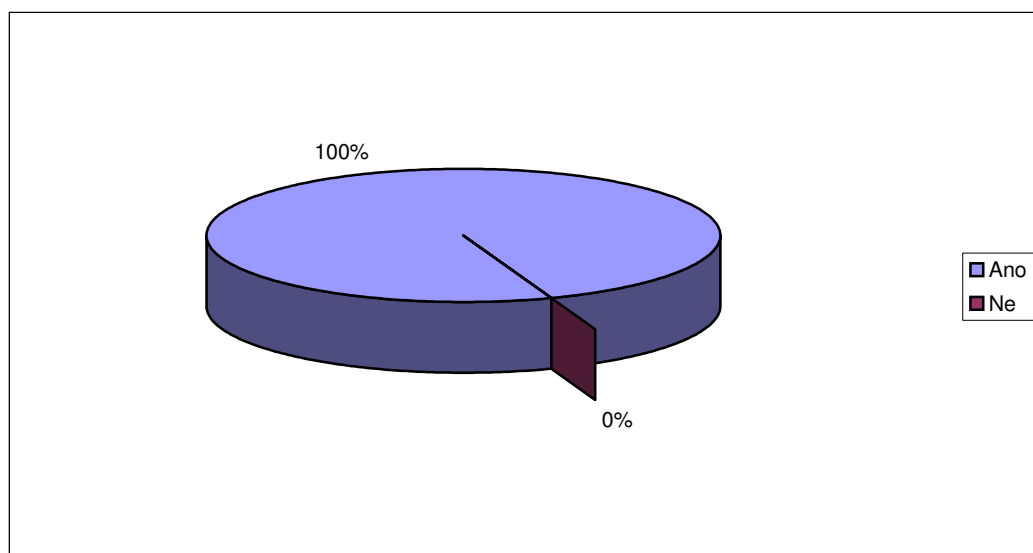
### Graf 20 Hovor sestry před pacientem, jako by pacient nebyl přítomen

(graf k otázce č.18)



Na otázku hovořila před Vámi sestra tak, jako by jste nebyl/a přítomen/a odpovědělo 90 dotázaných (95 %) ne, 3 pacienti (3 %) ano, někdy a 2 dotázaní (2 %) ano, pokaždé. Odpověď jiné neoznačil nikdo (0 %).

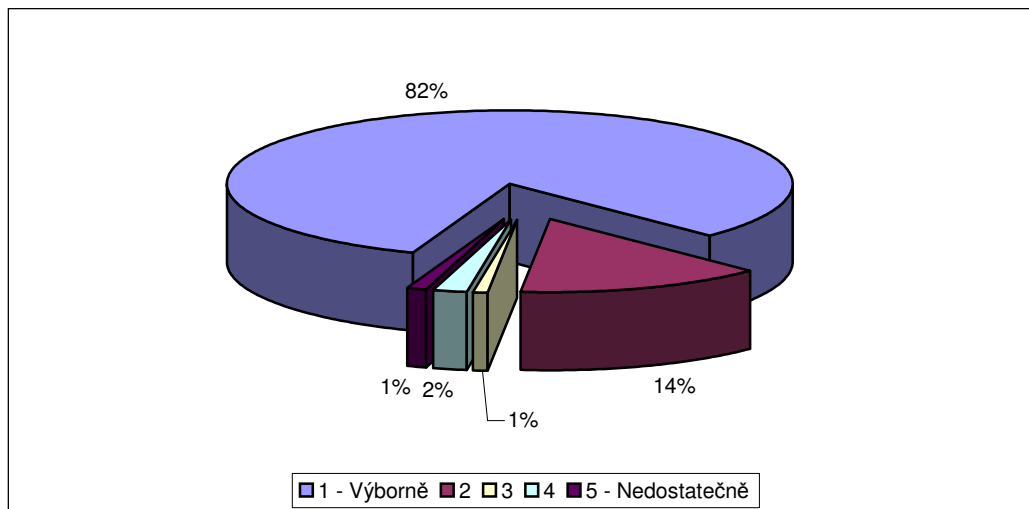
### Graf 21 Důvěra pacientů k ošetřujícím sestrám (graf k otázce č.19)



Tento graf informuje, že 95 pacientů (100 %) mělo důvěru k sestrám, které je ošetřovaly.

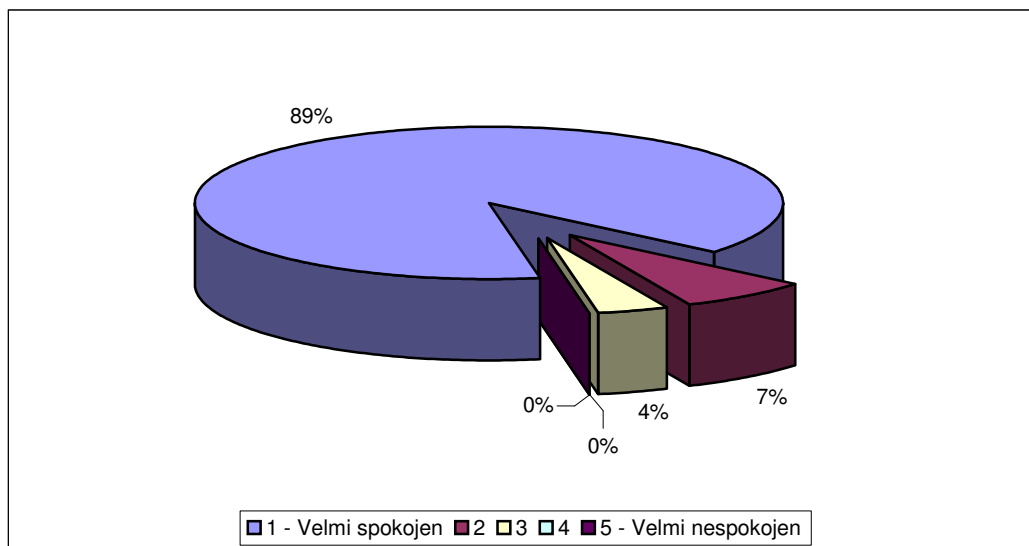


**Graf 22 Hodnocení přístupu sester pacienty (graf k otázce č.20)**



Přístup sester k pacientovi ohodnotilo 78 respondentů (82 %) 1-výborně, 13 respondentů (14 %) ohodnotilo 2-velmi dobře, 1 dotázaný (1 %) označil 3-dobře, 2 pacienti (2 %) ohodnotili přístup sester 4-dostatečně a 1 pacient (1 %) 5-nedostatečně.

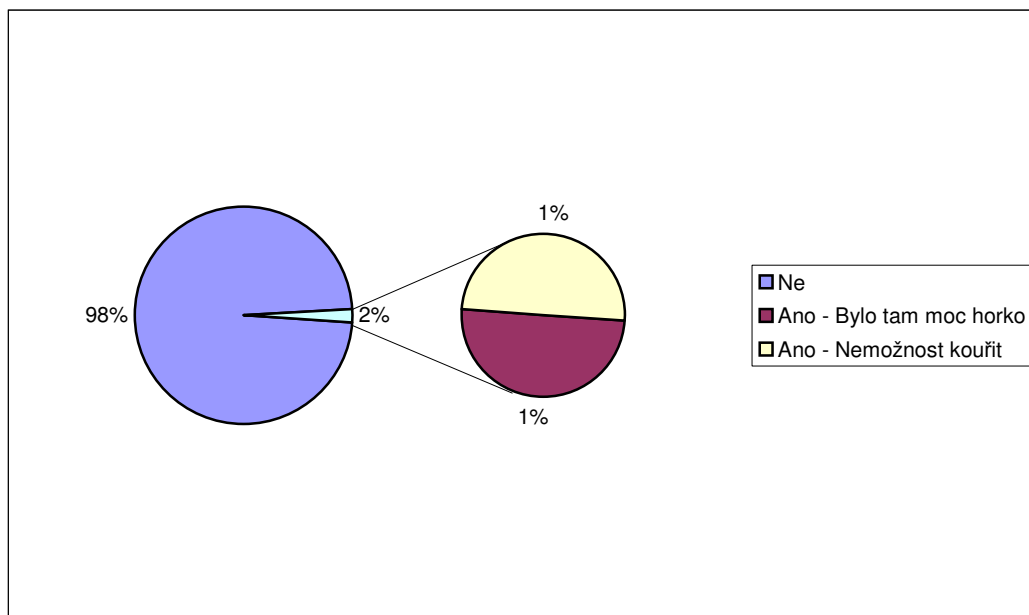
**Graf 23 Celková spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí (graf k otázce č.21)**



Z celkového počtu respondentů bylo 84 pacientů (89 %) velmi spokojeno s ošetrovatelskou péčí, 7 pacientů (7 %) bylo méně spokojeno a 4 respondenti (4 %) označili odpověď těžko říci. Nikdo (0 %) z dotázaných neoznačil odpověď spíše nespokojen a velmi nespokojen.

**Graf 24 Neuspokojená potřeba pacientů při pobytu na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení**

(graf k otázce č.22)



Z celkového počtu respondentů 93 pacientů (98 %) uvedlo, že na jednotce intenzivní péče nemělo neuspokojenou potřebu, 2 pacienti (2 %) uvedli, že měli neuspokojenou potřebu. Z toho 1 pacient (1 %) pociťoval moc horko a 1 pacient (1 %) měl potřebu kouřit.

## 5. DISKUSE

Převážná část výsledků je diskutovaná na pětistupňové škále 1 - *velmi spokojen/a*, 2 – *méně spokojen/a*, 3 – *těžko říci*, 4 – *spíše nespokojen/a*, 5 - *velmi nespokojen/a*.

Z uvedených výsledků empirické části vyplývá, že z celkového počtu 95 nemocných bylo 55 mužů (58 %) a 40 žen (42 %).

Méně než 20 let nebylo žádnému z respondentů, 21-39 let bylo pouze 9 (9 %) pacientům, ve věku 40-59 je 35 (37 %) nemocných a největší počet pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče 51 (54 %) bylo ve věku 60 let a více. Tyto výsledky potvrzují skutečnost, že starší lidé jsou více nemocní, často polymorbidní s chronickými obtížemi a z toho důvodu i častěji hospitalizovaní. Toto ostatně potvrzuje i Juřeníková (13), která uvádí, že s věkem přibývá i počet chorob a ty mají následně tendenci vyvolávat řetězovou reakci, kdy jedna choroba podmiňuje vznik jiné. Staňková (35) k tomu dodává, že se zlepšujícím zdravím populace se prodlužuje lidský věk a zvyšuje se tak počet starších osob.

Z výsledků v grafu 3 je patrné, že 67 (71 %) dotázaných bylo na jednotce intenzivní péče hospitalizováno poprvé, 20 (21 %) podruhé a 8 (8 %) třikrát a více. Můžeme se domnívat, že pacienti hospitalizovaní na JIP podruhé a vícekrát vnímají pobyt na jednotce intenzivní péče lépe, protože již vědí, jaký je režim oddělení, mohou již znát některé lékaře a sestry a pobyt vnímat s větší jistotou. Avšak, v případě recidivy onemocnění nebo reoperace může opakovaný pobyt na jednotce intenzivní péče působit spíše negativně. Délka pobytu na jednotce intenzivní péče 0 – 1 den se týkala 18 (19 %) pacientů, 2 – 4 dny 26 (27 %), 5 – 8 dní 44 (47 %) dotázaných, 9 – 14 dní 7 (7 %) respondentů a nikdo z dotázaných 15 a více dní. Tyto výsledky pravděpodobně souvisí s druhem operace a závažností celkového stavu pacienta.

Zajištění dostatečné hygieny a vyprazdňování je pro pacienta velmi důležité, zvláště pokud je upoután na lůžko, nebo je málo soběstačný, aby si tyto potřeby zajistil sám. I Trachtová (40) ve své publikaci uvádí: „Hygienická péče je základní potřeba, její vykonání uspokojuje potřeby psychické (estetické, potřebu sebeúcty, potřebu ocenění).

Uspokojení potřeby hygieny navozuje spokojenost, příjemnou náladu, po osvěžující koupeli prožívá člověk slast, rozkoš“ (40, s. 53). Co se týče dotazu, jak jsou pacienti spokojeni se zajištěním soukromí při hygieně, bylo zjištěno, že velmi spokojeno se zajištěním soukromí bylo 56 (59 %) pacientů, 30 (32%) bylo méně spokojeno, 7 (7 %) dotázaných odpovědělo těžko říci, 1 (1 %) byl spíše nespokojen a 1 (1 %) byl velmi nespokojen. Obnažování pacienta je velkým zásahem do soukromí, ať již jde o obnažování při hygieně nebo vyprazdňování na pokoji před ostatními spolupacienty. Toto ostatně potvrzuje i Zacharová (46) ve své publikaci a dodává, že nemocný člověk prožívá stud a zahanbení, pokud je jeho tělo v některých místech deformováno nemocí či úrazem. Toto lze řešit používáním zástěn a závěsů mezi pacienty.

Graf 7 znázorňuje spokojenost pacientů se zajištěním soukromí při vyprazdňování v rámci možností oddělení. Velmi spokojeno bylo 58 (61 %) dotázaných, méně spokojeno 30 (32 %), 6 (6%) označilo odpověď těžko říci, 1 (1 %) pacient byl spíše nespokojen a nikdo velmi nespokojen. Tyto výsledky jsou pozitivně překvapivé, protože lidé jsou zvyklí se vyprazdňovat v soukromí. I Trachtová (40) uvádí, že nemocní, kteří jsou upoutáni na lůžko a musí defekovat v přítomnosti ostatních pacientů, mohou mít velké potíže s vyprazdňováním. Tyto výsledky však také mohou být ovlivněny celkovým stavem pacientů, protože ne všichni pacienti na jednotce intenzivní péče jsou upoutáni na lůžko a mohou si na toaletu dojít s pomocí sestry.

Za povšimnutí také jistě stojí výsledek spokojenosti pacientů s dobou ranního buzení (graf 8), kde se výsledky poměrně lišily. Velmi spokojeno bylo 44 (46 %) dotázaných, méně spokojeno 31 (33 %), odpověď těžko říci označilo 14 (15 %) respondentů, spíše nespokojeni byli 4 (4 %) a velmi nespokojeni 2 (2 %) respondenti. Domníváme se, že tyto rozdílné výsledky souvisí s režimem každého pacienta, na který byl zvyklý doma.

Velice překvapivé jsou výsledky grafu 9, který znázorňuje, zda spánek pacientů v noci rušil nějaký hluk. Z vlastní zkušenosti při práci vím, že na jednotce intenzivní péče je neustálý provoz i v noci, sestry pravidelně měří krevní tlak, podávají léky, mění infúze a plní jiné ordinace. Kladně však odpovědělo pouze 22 (23 %) dotázaných

a 73 (77 %) pacientů uvedlo, že je v noci žádný hluk nerušil. Kladné odpovědi respondentů dále rozvádí graf 10, který je mapuje příčinu narušeného spánku v noci hlukem. Tento graf znázorňuje četnost odpovědí, protože respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Za nejčastější příčinu hluku označilo 13 dotázaných hluk z přístrojů a 8 dotázaných uvedlo hluk od ostatních pacientů, což mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, že toto jsou v noci dva nejčastější rušivé vlivy. Pouze 1 pacient uvedl, že jeho spánek narušoval hlasitý hovor sester. Odpovědi rádio, klimatizaci a jinou možnost neuvedl nikdo z pacientů.

Další výsledky se týkají způsobu podávání stravy, velmi spokojeno bylo 60 (63 %) dotázaných, méně spokojeno 22 (23 %), těžko říci odpovědělo 10 (11 %) pacientů a 3 (3 %) byli spíše nespokojeni. Výsledky jsou velmi povzbudivé, neboť estetické podávání stravy je velmi důležité obzvláště na chirurgickém oddělení, kde mnoho pacientů dostává po operaci různé diety, stavu tekutou, kašovitou, jejíž konzistence nemusí působit esteticky. I Farkašová (6) ve své publikaci uvádí, že strava musí být teplá a esteticky upravená.

Prekvapivě pozitivní jsou výsledky spokojenosti pacientů s dosažitelností sester. Velmi spokojeno s dosažitelností sester (graf 12) bylo 81 (85 %) pacientů. Domníváme se, že je to ovlivněno organizací práce sester a uspořádáním jednotky intenzivní péče, kdy se sestry neustále pohybují mezi pacienty, nebo jsou neustále nablízku a při zazvonění zvonečku mohou okamžitě přijít. Méně spokojeno s dosažitelností sester bylo 9 (10 %) pacientů, 3 (3 %) označili odpověď těžko říci, 1 (1 %) pacient byl spíše nespokojen a 1 (1 %) velmi nespokojen.

Návštěvy nemocných jsou velmi důležité pro celkovou psychickou pohodu pacienta. Čechová (3) ve své publikaci také uvádí, že hospitalizací nemocného dochází k omezení styku s přáteli, rodinou, se spolupracovníky, což bývá nepříjemné zejména pro společensky angažované jedince. Avšak návštěvy a příbuzní nemocných mohou být i přínosem zdravotnickému personálu. Tuto skutečnost uvádí i Šamánková (36) ve své publikaci, že příbuzné a blízké nemocných nemůžeme přehlížet, protože nám mohou poskytnout užitečné informace o skutečnostech, které pacienti sami nepřiznají, jako je například nadměrné užívání léků, alkoholu, kouření atd. Z vlastní zkušenosti vím,

že právě příbuzní mohou sestře významně pomoci v péči o pacienta, například s ním mohou pohovořit, pokud odmítá spolupracovat. Pozitivní výsledky přináší graf 17, kde je znázorněno, že velmi spokojeno s časovým harmonogramem návštěv bylo 81 (85 %) pacientů, méně spokojeno bylo 13 (14 %) pacientů a 1 (1 %) dotázaný označil odpověď těžko říci. Nikdo neodpověděl spíše nespokojen a velmi nespokojen.

Součástí dotazníkového šetření bylo také zjistit, zda pacienti postrádali přítomnost sestry v průběhu dne (graf 14). Výsledky byly pozitivně překvapivé, 90 (95 %) dotázaných přítomnost sestry nepostrádalo, 5 (5 %) pacientů sestru postrádalo. Odpověď ANO dále rozvíjí graf 15, tento graf znázorňuje četnost odpovědí. Z pěti dotázaných 3 odpověděli, že sestru postrádali, protože si chtěli povídat a 2 pacienti pro větší pocit jistoty. Odpověď mít někoho nablízku a jiné neoznačil nikdo. Z vlastní zkušenosti vím, že práce na jednotce intenzivní péče je velmi náročná, nárazová a ne vždy má sestra pro velký počet ordinací, úkolů a administrativy takový dostatek času pro navázání hlubšího kontaktu s pacienty, jaký by si přála.

Velmi překvapivé výsledky přineslo zkoumání, zda pacienti měli důvěru k sestrám, které je ošetřovaly (graf 21). 95 (100 %) dotázaných pacientů k sestrám mělo důvěru. Důvěra v sestru je velice důležitá pro celkovou pohodu pacienta a uspokojení pacientovy potřeby jistoty a bezpečí. I Zacharová (46) uvádí: „Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení, laskavosti“ (46, s.64).

Graf 11 znázorňuje, jak pacienti vnímali prostředí na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. Graf znázorňuje četnost odpovědí, protože pacienti měli možnost výběru více odpovědí. Nejvíce pacientů 46 vnímalo prostředí na jednotce intenzivní péče příjemně, 37 pacientů čistě, na 28 dotázaných prostředí působilo uklidňujícím dojmem, pozitivně působilo na 24 dotázaných, 10 respondentů uvedlo, že o tom nepřemýšleli a pouze na 3 respondenty působilo nepříjemně. Odpovědi depresivně, cize, negativně a jinak neoznačil nikdo z dotázaných. Tyto výsledky jsou překvapivé, protože z výzkumu vyplývá, že prostředí na JIP působí na většinu pacientů kladně. Pacient vnímá všechny faktory prostředí, ať je to vybavení a rozloha pracoviště,

jeho čistota a estetická úprava, organizace práce i osobní image zdravotnických pracovníků, jak také uvádí Farkašová (6) a dále dodává, že na zajištění optimální ošetrovatelské péče musí sestra znát vlivy prostředí působící na pacienta.

Zajímavé jsou výsledky spokojenosti pacientů se zájmem sester o pacienty (graf 13). Se zájmem sester bylo velmi spokojeno 77 (81%) dotázaných, méně spokojeno 13 (14%), 2 (2%) dotázaní odpověděli těžko říci, spíše nespokojeni byli také 2 (2%) pacienti a 1 (1%) byl velmi nespokojen. Můžeme se domnívat, že vysoká spokojenost pacientů se zájmem sester souvisí se systémem ošetrovatelské péče na jednotce intenzivní péče, kdy jedna sestra má na starosti jednoho až tři pacienty a těm se neustále věnuje.

Přístup sester k pacientovi by měl být vždy profesionální, sestra musí být tím, kdo má pochopení pro pacientovy problémy a chce je řešit. Toto potvrzuje i Zacharová (46), která uvádí, že sestra musí při své práci dodržovat zásady takzvaného profesního chování, kam patří znalost a dodržování práv pacienta, kladné působení na nemocného, ovládání negativních emocí při jednání se spolupracovníky i nemocnými a povýšení potřeb a zájmů nemocného nad své vlastní. Pacienti měli dále ohodnotit přístup sester na stupnici jako ve škole. Z výsledků grafu 22 je patrné, že 78 (82 %) pacientů ohodnotilo přístup sester k pacientovi jako 1 - výborný, což je velmi pozitivní výsledek, 13 (14 %) pacientů 2 - velmi dobře, 1 (1 %) dotázaný jako 3 - dobře, 2 (2 %) jako 4 - dostatečně a 1 (1 %) jako 5 - nedostatečně.

Velmi dobré výsledky přineslo také zkoumání spokojenosti pacientů v oblasti komunikace mezi pacientem a sestrou. Velmi spokojeno s komunikací bylo 78 (82 %) dotázaných, méně spokojeno 14 (15 %) pacientů, nikdo neoznačil odpověď těžko říci, 2 pacienti byli spíše nespokojeni a pouze 1 (1 %) dotázaný byl s komunikací velmi nespokojen. Komunikace mezi pacientem a sestrou má veliký význam pro celkovou spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Lávičková (15) ve svém článku udává, že komunikace by měla být přesná, jasná, srozumitelná. Ve zdravotnickém zařízení jsou daleko více přítomny emoce a pocity v komunikaci, protože nemoc vždy znamená pro člověka určitou zátěž.

Jak již bylo zmíněno, každý člověk má potřebu úcty ke své lidské důstojnosti, i Mašát (20) udává, že respektování důstojnosti je respektování člověka jako jedinečné lidské bytosti se svým neopakovatelným posláním. Musíme souhlasit s Čechovou (3), že obzvláště na chirurgickém oddělení je velké riziko, kdy pacient, který je vydán lékaři a technice napospas, může mít pocit nedostatečné komunikace, že se s ním nejedná jako s lidskou bytostí, ale s věcí. Vždyť příkladem může být, když jsou pacienti nazýváni „ten žlučník“, nebo „struma“. Touto problematikou se zabývá otázka č. 18 (graf 20), která se táže, zda sestra hovořila před pacientem, jako by pacient nebyl přítomen. Výsledky jsou pozitivní, neboť 90 (95 %) pacientů označilo odpověď NE, 3 (3 %) pacienti ano, někdy a 2 (2 %) dotázaní uvedli ano, pokaždé. Poslední odpověď se může jevit jako nepravděpodobná, ale domníváme se, že nemocní mohou vlivem nemoci a prostředí vnímat vše více pesimisticky.

S výsledky grafu 20 souvisí i výsledky grafu 16, kdy s přístupem sester k pacientovi jako ke člověku bylo velmi spokojeno 77 (81 %) pacientů, méně spokojeno 12 (13 %), odpověď těžko říci označili 3 (3 %) dotázaní, spíše nespokojeni byli 2 (2 %) pacienti a velmi nespokojen byl 1 (1 %) pacient. Jak je již popsáno výše, pokud se nebere ohled na to, co pacienta trápí a co by si přál, může mít pacient dojem, že se s ním zachází jako s věcí uvádí Čechová (3) a dodává: „Chápeme-li nemocného jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi, odpovídá to lidskému humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice lékařů, sester i všech ostatních pracovníků“ (3, s. 66).

Za povšimnutí také jistě stojí výsledek šetření, co pacienti postrádali na jednotce intenzivní péče (graf 18). Graf znázorňuje četnost odpovědí, protože respondenti měli možnost označit více odpovědí. Z mé dosavadní praxe na jednotce intenzivní péče mohu potvrdit, že pacienti, kterým je již lépe, neví, jak se vhodně zabavit a trávit volný čas při pobytu na lůžku. I Čechová (3) ve své publikaci uvádí, že při nedostatku podnětů má nemocný pocit nudy, je rozmrzelý a zvyšuje se u něj tendence kriticky hodnotit prostředí, stravu, popřípadě vyvolávat konflikty. Z toho důvodu nás proto velice překvapila nejpočetnější odpověď, nic jsem nepostrádal, kterou označilo 72 respondentů, 17 dotázaných postrádalo televizi, 7 pacientů postrádalo časopisy,



6 dotázaných by uvítalo rádio, 4 dotázaní uvedli, že jim chybělo hlavně soukromí, 2 respondenti by chtěli knihy, na možnost jiné odpověděl pouze jeden dotázaný a uvedl, že mu chyběla teplejší přikrývka. Poslednímu respondentovi s potřebou teplejší přikrývky by se dalo vyhovět nejspíše, za zamyšlení jistě stojí zvážit možnost půjčování časopisů a knih pacientům, avšak diskutabilní je, jestli rádio a televize by byly vhodné na jednotku intenzivní péče z toho důvodu, zda by nevyrušovaly ostatní pacienty, kteří potřebují mít klid. Tato myšlenka by stála za bližší zkoumání, avšak toto nebylo předmětem našeho výzkumu.

S grafem 18 souvisí i graf 24, který zjišťuje, zda pacienti měli na jednotce intenzivní péče nějakou neuspokojenou potřebu. Výsledky jsou opět pozitivně překvapivé, protože 93 (95 %) dotázaných nemělo neuspokojenou potřebu a pouze 2 (2 %) pacienti měli neuspokojenou potřebu. Graf dále rozvíjí neuspokojené potřeby respondentů, 1 (1 %) dotázaný udával, že tam bylo moc horko a 1 (1 %) dotázaný udával jako neuspokojenou potřebu nemožnost na jednotce intenzivní péče kouřit. Neuspokojené potřeby mohou člověku způsobit deprivaci, je však diskutabilní, zda kouření pacientovi spíše více neškodí, navíc na jednotce intenzivní péče kouření není možné. Pacientovi s neuspokojenou potřebou z důvodu velkého horka se dá vyhovět častějším větráním a nabídnutím slabší přikrývky.

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí přímo souvisí s uspokojováním pacientových potřeb, s tím, jak všímavě a citlivě se dokážou sestry postavit k jeho vlastním problémům, jak sestry jednájí a komunikují s pacientem, jak spolehlivě dokážou plnit své sliby, dále je pro pacientovu spokojenost důležitá i úprava zevnějšku a kultivovanost celkového projevu sestry, jak uvádí Lávičková (15). Celkovou spokojenost s ošetrovatelskou péčí na JIP představuje graf 23. Velmi spokojeno s ošetrovatelskou péčí bylo 84 (89%) dotázaných, méně spokojeno 7 (7%) pacientů a 4 dotázaní označili odpověď těžko říci. Nikdo z dotázaných neoznačil spíše nespokojen a velmi nespokojen. Toto jsou velmi pozitivně překvapivé výsledky. Z výše uvedených poznatků vyplývá, že se potvrdila hypotéza: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

## 6.ZÁVĚR

Tato práce měla za cíl zjistit míru spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Cíl práce byl splněn. Zjišťování spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí je v současné době velmi aktuální. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou velmi dobrou zpětnou vazbou pro ošetřující personál. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí přímo souvisí s uspokojováním pacientových potřeb a vzájemnou komunikací mezi sestrami a nemocnými.

Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že převážná většina pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice byla velmi spokojena s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Šetření bylo prováděno metodou dotazování, technikou dotazníku. Hypotéza: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí byla potvrzena.

Výsledky práce budou poskytnuty managementu chirurgického oddělení, staniční sestře a sestrám jednotky intenzivní péče a mohou posloužit k zamyšlení nad poskytovanou úrovní péče. Stěžejní bod pro snížení faktorů nespokojenosti s péčí vidíme v respektování soukromí při hygieně a vyprazdňování, umožnění půjčování časopisů a knih pacientům, případně stojí za zvážení možnost umístění rádia a televize na jednotce intenzivní péče. Dalším krokem by mohlo být zvážení úpravy doby buzení nemocných. Domníváme se, že užitek by mohlo také přinést pořádání přednášek na téma komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a nemocnými i přesto, že v našem výzkumu převážná většina dotázaných s komunikací byla spokojena.

Dále tato práce může posloužit i studentům Zdravotně sociální fakulty, ale i zdravotníkům k utvoření náhledu o dané problematice.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
2. BERAN, J., TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 191 s. ISBN 80-246-0659-3.
3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
4. Česká asociace sester. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [cit.2007-06- 26]. Dostupné z WWW: <[http://www.cnna.cz/vedeni\\_dokumentace.php](http://www.cnna.cz/vedeni_dokumentace.php)>.
5. Fakultní nemocnice v Motole. *Odborné řízení a kontrola kvality ošetrovatelské péče*. [cit.2007-06- 26]. Dostupné z WWW: <<http://www.fnmotol.cz/html/nemocnice/sestry.php?lang=cz>>.
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. Přel. V. Tóthová. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 221 s. ISBN 80-8063-227-8.
7. GLADKIJ, I. et al. *Managment ve zdravotnictví*. 1.vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
8. GULÁŠOVÁ, I., POLÁKOVÁ, M. *Komunikácia medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, právo pacientov na informovanosť*. In: *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: ZSF JU, 2004. s. 52-90. ISBN 80-7040-705-0.

9. HÁLOVÁ, M., TÓTHOVÁ, V. *Informovanost pacientů při propouštění do domácí léčby*. In: Nové trendy v ošetrovatelství III. České Budějovice: ZSF JU, 2004. s. 110-117. ISBN 80-7040-705-0.
10. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 744 s. ISBN 80-7178-303-X.
11. HRABOVSKÝ, J. et al. *Chirurgie pro SZŠ a VZŠ*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2002. 157 s. ISBN 80-86432-39-4.
12. JŮŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. et al. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy 2. část- chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1.vydání. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236 s. ISBN neuvedeno.
13. JŮŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol 1. část – psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie*. 1. vydání. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000. 154 s. ISBN neuvedeno.
14. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vydání. České Budějovice: ZSF JU, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
15. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. Praha, 2006, roč. 16, č 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
16. MARYLIN E. DOENGES, MARY FRANCES MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

17. MAŘATOVÁ, M., DOBEŠOVÁ, H. *Psychologická úskalí v práci zdravotních sester na JIP*. In: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Velká Bystřice: LF UP v Olomouci, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 2000, s. 82-83. ISBN 80-86257-21-5.
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. Díl – Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
19. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. Díl – Systémový přístup*. Dotisk 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
20. MAŠÁT, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha, 2006, roč.2, č.3, s. 103-104. ISSN 1801-1349.
21. MIČUDOVÁ, E., KOCOURKOVÁ, J. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*. Praha, 2006, roč. 16, č. 3, s. 25. ISSN 1210-0404.
22. OPATRŇÁ, M. Proč spirituální péče v českém zdravotním systému ? *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha, 2006, roč. 2, č.3, s. 105-108. ISSN 1801-1349.
23. PAVLÍKOVÁ, S. Přel. H. Horová. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
24. PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
25. PEČENKOVÁ, J. et al. *Kvalita ošetrovatelské péče-soubor metodických materiálů*. Hradec Králové: Centrum lékařské informatiky Fakultní nemocnice v Hradci Králové, 1996. 118 s. ISBN neuvedeno.

26. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vydání přepracované. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
27. RADA PRO ROZVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ MZ ČR. *České ošetrovatelství 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-263-9.
28. RAITER, T. *Kvalita očima pacientů. Případová studie pro Medtel FN Ostrava. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. [cit.2007-06-21]. Dostupné z WWW: <[http://www.medtel.cz/libfile/file\\_download.php?id=302](http://www.medtel.cz/libfile/file_download.php?id=302)>.
29. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
30. SIMANDLOVÁ, L., FILAUSOVÁ, D. *Spokojenost klientek s ošetrovatelskou péčí v peripartálním období*. České Budějovice: ZSF JU, bakalářská práce, 2005. 57 s.
31. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II-Pediatric, chirurgie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 199 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
32. SRPOVÁ, T., TREŠLOVÁ, M. *Ošetrovatelský proces na operačním sále*. In: *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: ZSF JU, 2004. s. 251-255. ISBN 80-7040-705-0

33. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně pro Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
34. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1. vydání. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
35. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství - učební texty pro bakalářské a magisterské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
36. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
37. ŠIMEK, J. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha, 2006, roč.2, č.3, s. 102. ISSN 1801-1349.
38. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Avent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
39. TOŠNEROVÁ T. *Hospitalismus v ordinaci psychiatra*. [cit.2007-04-02]. Dostupné z WWW: <[http:// www.florence.cz/cislo.php?stat=252](http://www.florence.cz/cislo.php?stat=252)>.
40. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

41. VALENTA, J., ŠEBOR, J.ml., MATĚJKA, J. et al. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 237 s.

ISBN 80-246-0644-5.

42. *Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004. Metodická opatření 9. Koncepce ošetrovatelství*. [cit.2007-01-21].

Dostupné

z WWW:

<[http://www.fnusa.cz/files/kliniky/oop/Koncepce\\_osetrovatelstvi.pdf](http://www.fnusa.cz/files/kliniky/oop/Koncepce_osetrovatelstvi.pdf)>.

43. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. vydání. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.

44. VYHNÁNEK, F. et al. *Chirurgie I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 1997. 189 s. ISBN 80-86073-07-6.

45. ZACHAROVÁ, E. *Úvod do studia zdravotnické psychologie*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Zdravotně sociální fakulta, 2002. 128 s.

ISBN 80-7042-333-1.

46. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

47. ZÁLESKÁ, V., KINDLOVÁ, M. *Motivace sester k celoživotnímu vzdělávání*. In: *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: ZSF JU, 2004. s. 309-313.

ISBN 80-7040-705-0.

48. ZVĚŘINOVÁ, J. *Význam ošetrovatelství ve FN*. [cit.2007-01- 21].

Dostupné z WWW: <<http://www.fnusa.cz/klinika.php?kli=100&cl=4>>.



## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Ošetrovatelská péče

Spokojenost

Pacient

Chirurgie

Jednotka intenzivní péče

Potřeba

Sestra

## **9. PŘÍLOHY**

Seznam:

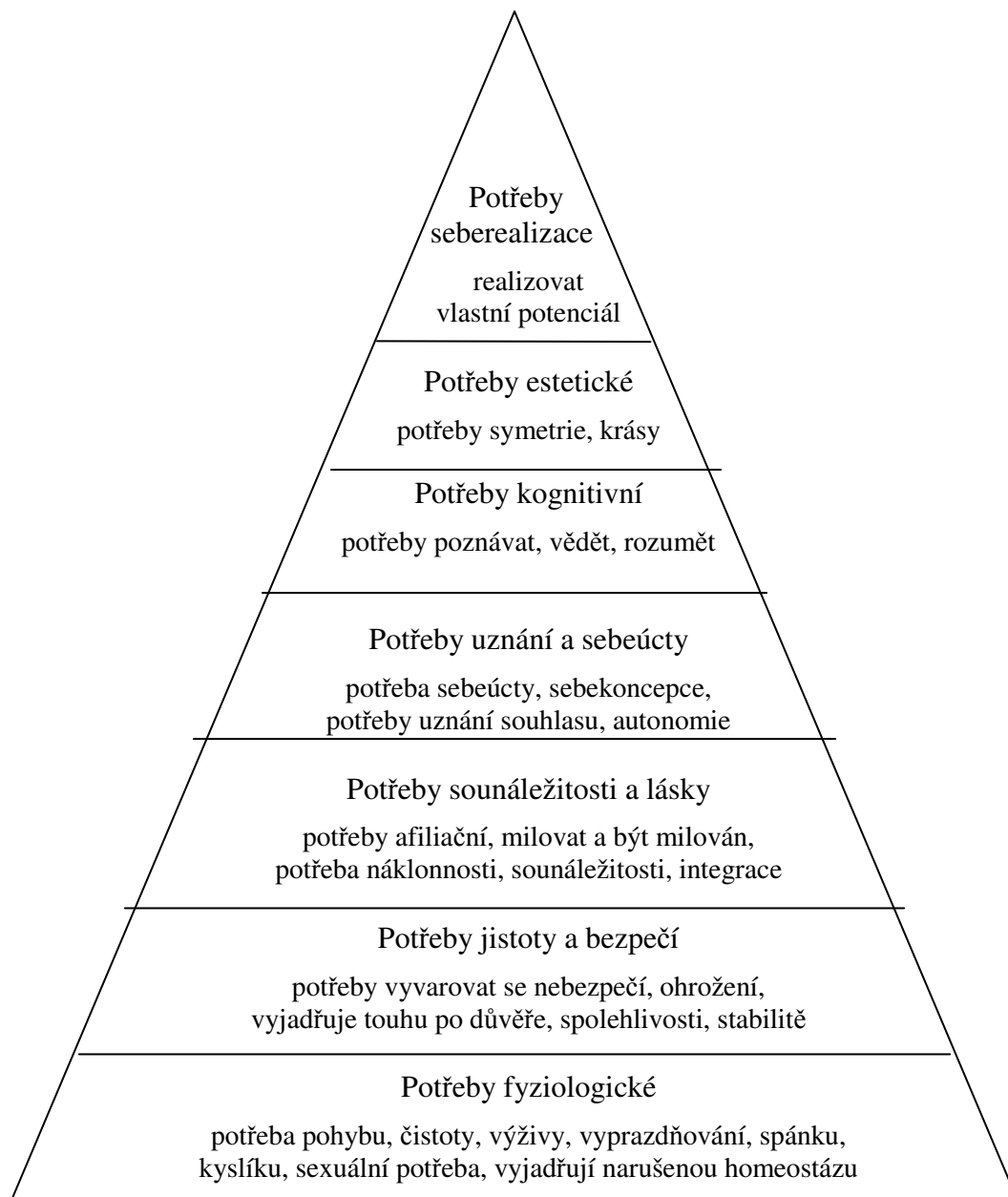
Příloha 1 Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 2 Hierarchie potřeb jedince v těžké nemoci vycházející z Maslowova  
trojúhelníku

Příloha 3 Souhlas s výzkumem

Příloha 4 Dotazník pro pacienty

## Příloha 1 Maslowova hierarchie potřeb



Převzato z:

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání.

Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4, str. 15.

**Příloha 2** Hierarchie potřeb jedince v těžké nemoci vycházející z Maslowova trojúhelníku



Převzato z: ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4, str. 61.

### Příloha 3

Vážená paní,  
Mgr. Jiřina Otásková  
Náměstek pro ošetrovatelskou péči – Hlavní sestra  
Nemocnice České Budějovice, a.s.  
B. Němcové 858/54  
370 87 České Budějovice

v Českých Budějovicích, 10.5.2007

#### **Žádost o povolení výzkumného šetření na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.**

Vážená paní náměstkyně,

Obracejme se na Vás se žádostí o povolení spolupráce s chirurgickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a.s. za účelem získání dat pro výzkumné šetření závěrečné práce studentky Ludmily Janouškové, studentky dálkové formy bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na ZSF JCU v Českých Budějovicích.

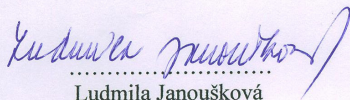
Šetření proběhne metodou dotazníku (viz příloha).

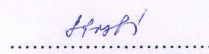
Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita respondentů.

Jmenovaná studentka se bude pod vedením vedoucího bakalářské práce Mgr. Věry Staskové věnovat tvorbě bakalářské práce pod názvem: „Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče Nemocnice České Budějovice a.s.“.

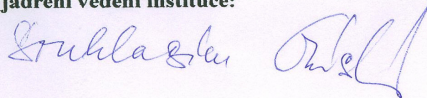
Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravy

  
.....  
Ludmila Janoušková

  
.....  
Mgr. Věra Stasková

**Vyjádření vedení instituce:**



**Přílohy:** Dotazník

## **Příloha 4**

### **DOTAZNÍK**

**Vážená paní, vážený pane,**

jmenuji se Ludmila Janoušková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity ke zpracování bakalářské práce na téma: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče Nemocnice České Budějovice a.s. Prosím, přečtěte si všechny otázky pečlivě a označte jednu odpověď, která se nejvíce blíží vašemu názoru, pokud nebude uvedeno jinak. Děkuji za vaši ochotu.

Ludmila Janoušková.

#### **1. Jakého jste pohlaví ?**

a) Muž

b) Žena

#### **2. Kolik je vám let ?**

a) 0-20

c) 40-59

b) 21-39

d) 60 a více

#### **3. Po kolikáté jste byl/a přijat/a k pobytu na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení ?**

a) Poprvé

c) 3x a více

b) Podruhé

#### **4. Kolik dní trval nyní váš pobyt na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení ?**

a) 0-1 den

d) 9-14 dní

b) 2-4 dny

e) 15 a více dní

c) 5-8 dní

**5. Byl/a jste spokojen/a se způsobem podávání stravy ?**

Uveďte na škále, kdy :

1     -     2     -     3     -     4     -     5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**6. Se zajištěním soukromí při osobní hygieně v rámci možností oddělení (závěsy, plenta) jste byl/a spokojen/a ?**

Uveďte na škále, kdy :

1     -     2     -     3     -     4     -     5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**7. Se zajištěním soukromí při vyprazdňování v rámci možností oddělení (závěsy, plenta) jste byl/a spokojen/a ?**

Uveďte na škále, kdy :

1     -     2     -     3     -     4     -     5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**8. S dobou raního buzení jste byl/a spokojen/a ?**

Uveďte na škále, kdy :

1     -     2     -     3     -     4     -     5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**9. Rušil Váš spánek v noci hluk?**

a) Ano

b) Ne

→ Pokud ANO, co bylo příčinou ? (Můžete označit více odpovědí.)

a) Hluk od ostatních pacientů

d) Hluk z přístrojů

b) Hlasitý hovor personálu

e) Rádio

c) Klimatizace

f) Jiný – UVEĎTE:.....

**10. Jak jste vnímal/a prostředí na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení?**

**(Můžete označit více odpovědí)**

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| a) Uklidňujícím dojmem | f) Nepříjemně               |
| b) Příjemně            | g) Depresivně               |
| c) Čistě               | h) Cize                     |
| d) Pozitivně           | i) Nepřemýšlel/a jsem o tom |
| e) Negativně           | j) Jinak – UVEĎTE.....      |

**11. S dosažitelností sester jste byl/a spokojen/a ?**

Uveďte na škále, kdy :

1   -   2   -   3   -   4   -   5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**12. Se zájmem sester o Vás jste byl/a spokojen/a ?**

Uveďte na škále, kdy :

1   -   2   -   3   -   4   -   5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**13. Postrádal/a jste přítomnost sestry v průběhu dne ?**

- |        |       |
|--------|-------|
| a) Ano | b) Ne |
|--------|-------|

→ **Pokud ANO, z jakého důvodu: (Můžete označit více odpovědí)**

- |                                           |                            |
|-------------------------------------------|----------------------------|
| a) Chtěl/a jsem mít někoho nablízku       | d) Chtěl/a jsem si povídat |
| b) Chtěl/a jsem se podělit o své problémy | e) Jiný – UVEĎTE.....      |
| c) Pro větší pocit jistoty                |                            |



**14. Byl/a jste spokojen/a s přístupem sester k vám jako ke člověku?**

Uveďte na škále, kdy :

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**15. S časovým harmonogramem návštěv jste byl/a spokojen/a ?**

Uveďte na škále, kdy :

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**16. Co jste postrádal během Vašeho pobytu na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení ? (Můžete označit více odpovědí)**

a) Rádio

e) Soukromí

b) Televize

f) Nic jsem nepostrádal/a

c) Časopisy

g) Jiné – UVEĎTE.....

d) Knihy

**17. Byl/a jste spokojen/a s komunikací mezi vámi a sestrou ?**

Uveďte na škále, kdy :

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**18. Hovořila před Vámi sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?**

a) Ano, pokaždé

c) Ne

b) Ano, někdy

d) Jiné – UVEĎTE.....

**19. Měl/a jste důvěru k sestrám, které Vás ošetřovaly?**

a) Ano

b) Ne

→ Pokud NE, co bylo příčinou ?.....

**20. Jak hodnotíte přístup sester k Vám ?**

Uveďte na škále, kdy :

1       -       2       -       3       -       4       -       5

Výborně

Nedostatečně

**21. Celkově jste s ošetrovatelskou péčí byl/a spokojen/a ?**

Uveďte na škále, kdy :

1       -       2       -       3       -       4       -       5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

**22. Měl/a jste při pobytu na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení nějakou potřebu, která nebyla uspokojena ?**

a) Ano

b) Ne

→ Pokud ANO, UVEĎTE jakou:

.....

.....

.....

.....