

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Kateřina Jalovcová

**Zkušnosti pacientů s pobytem na standardním
oddělení chirurgického typu**

*Experience of patients with hospital stay standard
surgical unit*

Bakalářská práce

Praha, 2020

Autorka práce: Kateřina Jalovcová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 25. 6. 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

Kateřina Jalovcová

Poděkování

Ráda bych poděkovala především PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení mé práce, cenné rady, věcné připomínky, vstřícnost při konzultacích, ochotu a podporu, které jsem dostávala v průběhu celého procesu přes sbírání dat až po celé zpracování bakalářské práce.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 7 |
| 1. Teoretická část..... | 8 |
| 1.1. Role pacienta..... | 8 |
| 1.1.1. Vztah pacienta a sestry..... | 9 |
| 1.2. Podávání léků..... | 9 |
| 1.2.1. Zásady bezpečného podání léčiva..... | 10 |
| 1.2.2. Role zdravotníků v prevenci lékových chyb..... | 11 |
| 1.2.3. Edukace pacienta..... | 12 |
| 1.3. Bolest..... | 13 |
| 1.3.1. Hodnocení bolesti..... | 14 |
| 1.3.2. Metody měření bolesti..... | 15 |
| 1.3.3. Léčba bolesti..... | 16 |
| 1.4. Nemocniční prostředí..... | 16 |
| 1.4.1. Charakteristika chirurgického oddělení..... | 16 |
| 1.4.1.1. Chirurgické obory..... | 17 |
| 1.4.1.2. Chirurgické ošetřovatelství..... | 17 |
| 1.4.2. Hygienické požadavky na úklid..... | 18 |
| 1.4.3. Vliv nemocničního prostředí na hospitalizaci..... | 19 |
| 1.4.4. Vytváření nemocničního prostředí..... | 20 |
| 2. Empirická část..... | 21 |
| 2.1. Metodologie sběru dat..... | 21 |
| 2.2. Seznam výzkumných otázek..... | 23 |
| 2.2. Výsledky výzkumného šetření..... | 24 |
| 2.3. Diskuze..... | 37 |
| Závěr..... | 43 |
| Seznam literatury..... | 44 |

Úvod

V této bakalářské práci se věnuji zkušenostem pacientů týkajících se nemocničního prostředí, jejich informovanosti, podávání léků a tišení bolesti na chirurgickém oddělení. Toto téma jsem si zvolila, protože pokládám za důležité mapovat zkušenosti pacientů, které si odnášejí z dní, kdy byli hospitalizováni.

V teoretické části se zabývám čtyřmi hlavními tématy: rolí pacienta, podáváním léků, bolestí a nemocničním prostředím. První kapitola pojednává o roli pacienta. Rozebírám zde jeho postavení ve vztahu k sestře a definuji jeho roli. Druhá kapitola se týká podávání léků na nemocničním oddělení. Zabývám se v ní především rolí sestry při podávání léků pacientům a edukací při podávání léčiv. Třetí kapitola se věnuje bolesti pacientů. Uvádím, jakým způsobem je bolest hodnocena zdravotníky a také rozebírám metody určující intenzitu bolesti pacientů a metody léčby bolesti. Ve čtvrté kapitole, pojednávající o nemocničním prostředí, charakterizuji chirurgické oddělení. Část kapitoly se zabývá hygienickými požadavky kladenými na nemocniční oddělení. Dále zde uvádím důležitost optimálního nemocničního prostředí, které napomáhá k uzdravení pacienta.

Ve výzkumné části se nejprve zabývám metodologií sběru dat. Poté rozebírám třináct výzkumných otázek týkajících se zkušeností pacientů s nemocničním prostředím a podáváním léků. Data byla získána za pomoci strukturovaného dotazníku pro pacienty v jedné fakultní nemocnici na území České republiky.

1. Teoretická část

1.1. Role pacienta

Člověk plní během svého života určité role. Každý má hned několik rolí, které jsou buď dané (muž či žena), nebo vznikají v průběhu vývoje člověka (dítě, rodič...), anebo jsou dočasné (hospitalizovaný, nemocný). Od jednotlivých rolí člověka se očekává určité chování v rámci společnosti, ve které se pohybuje. (8)

Onemocnění dává člověku novou roli ve společnosti. Přináší nejen fyzické, ale také psychické změny. Tyto změny nepochybně působí na okolí nemocného, zejména pak na jeho rodinu, přátele, kolegy z práce apod. Těmto skutečnostem se musí nemocný přizpůsobit, a tak zaujímá roli pacienta. V této roli jsou zdůrazněny tři principy:

1. pacient není obvykle obviňován, že onemocněl
2. obvykle jsou pacientovi odpuštěny některé povinnosti, které měl před nemocí, ale dostává jiné povinnosti, které plynou z onemocnění
3. očekává se, že pacient bude dělat vše proto, aby se jeho stav změnil k lepšímu (15)

Pacient je ze sociologického hlediska označován jako jedinec, který se nachází ve zvláštní situaci, protože mu nemoc brání konat to (společenské funkce), co by za normálních okolností splňoval. (2)

Pacientova role se samozřejmě liší v individuálních případech nemocných. Jiný průběh onemocnění a odlišnost sociální situace jsou individuální rozdíly, které způsobují modifikaci charakteru role pacienta. Zásadní úlohu při realizaci role pacienta tu hraje pacient jako subjekt. Musíme brát v úvahu jeho prožívání nemoci, jeho psychiku, prožívání bolesti, strach z neznámých procedur léčby, strach ze smrti, pocity obav, strach z nejisté budoucnosti apod. (2)

1.1.1. Vztah pacienta a sestry

Sestra je ochránkyní zájmů pacientů, je také považována za nenahraditelný spojovací článek mezi pacientem a lékařem. Celkově udává vztahovou rovinu pacienta a lékaře a to, jak se jeho léčba bude odvíjet. S pacientem nejčastěji naváže užší vztah sestra než lékař. Sestra se o pacienta stará a pomáhá mu s jeho základními potřebami, které zahrnují starost o jídlo, pití, osobní hygienu a další. Sestra je ta, kterou pacient nejprve volá, když něco potřebuje. Dále zajišťuje jeho přání a potřeby, a tím se pro něho stává nezastupitelnou. Kvůli tomu se pacient často stává na sestře závislým. Sestra poskytuje náhradu za společenské vztahy, je spojkou s venkovním světem a zastupuje na určitou dobu i zdroj informací, který pacient postrádá. Sestra je pro nemocného nejbližší osobou, která zná jeho onemocnění a k němu přidružené potřeby, ale i ta, která má spojení s lékařem. Sestra svoji komunikaci s pacientem koncipuje tak, aby vedla k poznání potřeb pacienta a k jejich uspokojení způsobem, který vyhovuje pacientovi. Sestra si také musí uvědomovat rozkol mezi rolemi pacienta před nemocí a během ní. Měla by být schopná to rozpoznat a pacienta v tomto ohledu vést a ovlivňovat. (2)

Sestra je prostředník mezi lékařem a jeho pacientem. Udržuje přirozené vzájemné vztahy lékař – sestra – pacient. Napomáhá k vývoji důvěry pacienta v lékaře, která je zásadním činitelem v efektivitě léčby. Utvoření a udržení vztahů mezi pacientem a lékařem je odpovědností sestry. (8)

1.2. Podávání léků

Podávání léků pacientům, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici, je jedním z nejrizikovějších procesů. Další rizikové oblasti při hospitalizaci jsou podávání celkové anestezie a operační výkony. Podávání léků se uskutečňuje na všech lůžkách v nemocnici včetně neoperačních oborů. Tento proces je nejplošněji se vyskytující, a tudíž největší rizikovou oblastí. (18)

Pokrok ve zdravotnictví rychle postupuje, a tak se i znalosti o bezpečné praxi rozšiřují. K zásadním povinnostem zdravotníků patří dodržování zásad

bezpečné praxe. Do bezpečné praxe patří také bezpečné podávání léků. Zdravotníci si musí být jistí, že postupují tak, jak mají. Musí se správně informovat o podávaném léku a musí si být jistí, že podávají správnou dávku. Také si musí být jisti tím, že lék podávají správnou cestou, ve správný čas, správným způsobem a také tím, že znají kontraindikace léku. Za jakýchkoliv podmínek, kdy je sestra zodpovědná za podávání léků, musí jednat podle profesionálního úsudku, svých znalostí a dovedností. Za každých okolností sestra musí znát lék, jeho léčebné účinky a možné vedlejší účinky, stav nemocného a musí být schopna posoudit vhodnost léku v dané situaci. (25)

1.2.1. Zásady bezpečného podání léčiva

Všechny zásady bezpečného podávání léků vedou k prevenci chyb spojených s podáváním léků. Jakákoliv chyba by mohla mít dopad pro pacienta, ale také pro zdravotníky. Z těchto důvodů je od zdravotníka vyžadována plná koncentrace na výkon. Vše začíná správně zapsanou ordinací od lékaře. Lékař musí dbát na to, aby byla ordinace aktuální, úplná a čitelná. Správná ordinace obsahuje obchodní název léku, jeho formu, sílu, čas podání a způsob aplikace. V některých případech se udává i rozmezí rychlosti aplikace. Dále je třeba si všimnout ordinace s označením EX, které značí vyřazení léku. Dalším příkladem může být ordinace s přesným udáním dnů, kdy se lék podává.

Příprava léků se řídí podle aktuálního dekurzu. Příprava by se měla odehrávat těsně před tím, než se má lék podat pacientovi. Na odděleních platí pravidlo, že ta sestra, která léky připravovala, by měla léky také podat pacientům. Na některých odděleních mohou mít přiřazené dvě sestry pro dvojitou kontrolu a prevenci chyb. Nejvýhodnější pro prevenci pochybení je léky připravovat u lůžka pacientů. V první řadě je důležité správně identifikovat pacienta. Kontrola probíhá oproti dekurzu pacienta, kde také ověřujeme alergickou anamnézu pacienta. Příprava léků by se měla řídit hygienicko-epidemiologickými požadavky, tzn. aseptická technika pro injekční léky a bezdotyková technika pro léky per os. Léky vždy podáváme z originálního balení. Neoznačené léky se ihned likvidují.

Důležité je také dodržovat předepsaný čas v dekurzu, kdy se má lék podat. Samozřejmě platí i odchylka od času napsaném v dekurzu, kdy se ještě léky mohou podat. Tato odchylka osciluje okolo třiceti minut před a třiceti minut po čase podání. Dále je potřeba ověřovat správnost léku. Podávaný lék kontrolujeme při vyjmutí z lékárny, poté kontrolujeme vnitřní obal na ampuli či blistru a pak těsně před podáním. Jestliže jsou léky připravovány na sesterně, musí být řádně označeny. Léky označujeme patientským štítkem bez rodného čísla. Na štítku musí být uveden název léku, jeho síla, způsob a čas podání. Pozornost věnujeme tomu, v jakých jednotkách je ordinace napsána. Při podávání léků věnujeme pozornost také na návaznost na jídlo. Po podání kontrolujeme, zda pacient léky užil. Kontrolu provádíme hlavně u psychiatrických, dětských, dezorientovaných a geriatrických pacientů. S léky podáváme i dostatečné množství tekutiny na zapití. Po podání léků je třeba zapsat podání do dokumentace. Zaznamenává se odškrtnutím daného léku v každý čas. Nepodané léky jsou uvedené v kroužku s vysvětlením, proč lék nebyl podaný. Mělo by být jasné z dokumentace, kdo léky podával, a kdo je tedy zodpovědný za tuto činnost. Následně u pacienta sledujeme reakci na podaný lék. Zaměřujeme se na účinky léku, např. zmírnění bolesti, hodnoty krevního tlaku, hodnotu glykémie atd. Na všechny tyto postupy se musíme plně soustředit. (24,10)

1.2.2. Role zdravotníků v prevenci lékových chyb

V prevenci vzniku lékových pochybení musíme začít už u samotné preskripce léků. Předepisování léků má v kompetenci lékař, proto je jeho povinnost ordinaci zapsat tak, aby byla čitelná a úplná. Pro správnou čitelnost ordinací je vhodné používat elektronickou dokumentaci. Takto se předejde chybám při výdeji léků v lékárnách nebo při podávání léků na nemocničních oddělení. Při výrobě a vydávání léků je nezastupitelný farmaceut. Jeho úkolem je podchytit chyby vzniklé při farmakoterapiích a během nakládání s léčivy na nemocničních odděleních. Velkou roli při podávání léku mají zdravotní sestry. Při prevenci pochybení je pro sestru důležité, aby měla znalosti o vhodných lékových formách, aplikačních cestách, správné přípravě léků a správné aplikaci. Ve fázích

přípravy, aplikace léčiv a vedení dokumentace se sestry dopouštějí chyb nejčastěji. Chybám ve fázi preskripce sestry u nás předcházet nemohou, jelikož nemají kompetence k předepisování léků. V jiných zemích (např. Kanada, Irsko, Austrálie atd.) jsou některé sestry kompetentní k předepisování některých typů léků, takže se mohou podílet na prevenci lékových chyb. Pro snížení rizika při přípravě a aplikaci léků je dobré snížit faktory, které toto riziko pochybení zvyšují. Do těchto faktorů patří pracovní vytížení, málo času, špatné vybavení nemocničních oddělení, špatné pracovní podmínky a nedostatečná spolupráce zdravotního personálu. Zásadami správného podávání léků pacientům by se měla řídit každá sestra, aby předešla chybě. Další prostředek prevence lékových pochybení je edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků v oblasti užívání léků. V oblasti prevence je nutné více podporovat zdravotníky ve vzájemné spolupráci a také více informovat veřejnost o problematice podávání léků. (22)

1.2.3. Edukace pacienta

Pacienti a jejich poskytovatelé zdravotní péče mají právo znát všechny aspekty jejich péče zahrnující farmakoterapii. Pokud to pacientův stav dovoluje, zdravotník by jej měl povzbudit k aktivní roli při podávání léků pomocí kladení otázek a učení se o jejich léčbě. Zdravotník by měl být jejich zastáncem a pomáhat jim při prevenci lékových chyb. Sestry, farmaceuti a poskytovatelé zdravotní péče mohou poučit pacienta či jeho pečovatele o názvu a účelu předepsaného léku, o zásadách správného podávání léků, o jeho možných nepříznivých účincích a také o tom, co dělat, když nastane problém. Efektivní komunikace je nutností a pomáhá v zajišťování lepšího průběhu péče. Základní komunikační techniky zahrnují otevřené otázky, reflexi pacientových připomínek, užití metody “teach – back” a zajištění pacientova aktivního naslouchání. Pacient by měl být schopen vysvětlit vlastními slovy, jak se užívají jeho léky a co očekávat od léčby. Zdravotníci by měli být schopni rozeznat pacientovu zdravotní gramotnost a úroveň jazykové dovednosti a zajistit přiměřené prostředky pro efektivní komunikaci. Pacient by měl být poučen o jeho osobním seznamu léků, který zahrnuje léky na předpis, volně prodejné léky, léky na doma a potravinové

omezení vzhledem k lékům. Pacient by se neměl bát zeptat na otázky týkající se jeho léčby. Edukace pacientů ohledně podávání léků podporuje pacientovo zapojení do péče a pomáhá předcházet chybám při podávání léků. Je velmi důležité zapojit pacienty do podávání léků tak, aby mohli být nápomocní při snižování rizik (1).

1.3. Bolest

Bolest se dotýká fyziologie, ale také psychologie člověka. Můžeme říci, že se jedná o multidimenzionální jev. Velkým problémem je rozdíl hodnocení bolesti ze strany pacienta a ze strany zdravotníků. Několik studií ukazuje, že toto hodnocení se od sebe značně liší. Bolest, ale také strach a úzkost jsou součástí psychosomatické stránky každého člověka. Strach se týká bezprostředního nebezpečí a úzkost je tušení o nebezpečí. (25)

Definice bolesti podle Asociace pro studium bolesti (IASP), kterou poté přijala také Světová zdravotnická organizace (WHO) zní: *Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání.* Tato definice také doplňuje, že bolest je subjektivní a závisí na věku, pohlaví, rase a etniku. (17)

Bolest má své důsledky, které jsou negativní, ale i pozitivní. Negativní důsledek je samozřejmě nepříjemný prožitek. Za pozitivní důsledek považujeme pomoc bolesti při diagnostice. S bolestí se setkáváme snad u všech pacientů. Pacienti, kteří bolestí trpí, jsou v péči lékařů. Většina těchto lékařů bývá zaměřena na fyziologický původ bolesti, a nedávají tak takový důraz na její psychickou stránku. (12)

Nejjednodušším a také základním rozdělením bolesti je akutní a chronická bolest. Každá bolest má své specifické vlastnosti a také se liší formou léčby.

Akutní bolest je krátkodobá a trvá v rozmezí několika hodin až dní. Je účelná pro organismus, který takto upozorňuje, že něco není v pořádku. Jedná se o

výstražné znamení těla. Je velmi dobře lokalizovatelná a je spíše na periférii. Dobře odpovídá na léčbu a rychle se zlepšuje. Do akutní bolesti zařazujeme pooperační a poúrazovou bolest. Za příznaky akutní bolesti považujeme pocení, zrychlený tep, zrychlené dýchání, vazokonstrikci, mydriázu, paralýzu střev, retenci moči, katabolismus, hyperglykémii.

Naopak chronická bolest může trvat od několika týdnů až po měsíce. Považuje se za samostatné onemocnění. Bolesti dolních zad, bolest po operacích páteře, osteoartritida, revmatoidní artritida, osteoporóza, fibromyalgie, myofasciální syndrom a bolesti hlavy jsou nejrozšířenějšími typy chronické bolesti. Projevy této bolesti jsou možné objektivně pozorovat. Za příznaky se dají považovat poruchy spánku, deprese, změny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociální izolace, zácpa, ztráta zaměstnání, nebezpečí suicidy a poruchy libida. (17)

1.3.1. Hodnocení bolesti

Významnou roli při hodnocení bolesti hraje práh bolesti a její tolerance. Prah bolesti vyjadřuje intenzitu, která je potřeba k tomu, aby jedinec udával bolest. Toleranci definuje trvání a intenzita, při které si člověk začne stěžovat na bolest. Je hodně vázaná na psychické rozpoložení. Velmi důležité je zvolit vhodnou léčbu a postup při zmírňování bolesti. Podstatné je získat od pacienta všechny informace týkající se jeho bolesti.

Nezastupitelnou roli při hodnocení bolesti a léčbě má sestra. Ta s pacientem tráví nejvíce času a zná nejlépe jeho potřeby, rodinné zázemí a projevy jeho chování na určité situace. Komplexnost získaných informací od pacientů je ovlivněna přístupem, znalostí a názory sestry, která informace získala. Může tím zásadně ovlivnit i zvládnání bolesti. Aktivní přístup při hodnocení a zjišťování bolesti je třeba u rizikových pacientů s pohybovým omezením, nebo komunikační či mentální bariérou. Pozornost by se měla také zaměřit na pacienty trpící demencí, kteří mají problémy vyjádřit se k jejich bolesti. Důležité je naslouchat a porozumět tomu, co chce pacient vyjádřit. K úplnému posouzení musíme přidat

fyzikální a laboratorní vyšetření, zhodnocení psychického stavu a funkční vyšetření. (19)

1.3.2. Metody měření bolesti

K zhodnocení bolesti pacientů se používají jednoduché metody. Díky těmto metodám jsou pacienti schopni lehce vyjádřit svou bolest. Tyto metody můžeme použít i u pacientů s lehkou či mírně pokročilou schopností komunikovat. Tento postup při zjišťování bolesti pacientů je nejrozšířenější. Jednoduché metody jsou dobré k individuálnímu posouzení intenzity bolesti. I přesto, že jsou tyto metody považovány za jednoduché, nemůžeme předpokládat, že jim pacient porozuměl. Stále je důležitá edukace pacienta tak, aby metodě porozuměl a používal ji stejně jako zdravotník.

Je důležité vědět, na jakou bolest se zdravotník ptá. Může se jednat o aktuální bolest, velmi malou, největší či průměrnou za celý den. Zejména pro starší pacienty může být komplikované zpětné vyjádření intenzity bolesti, kterou prožili. Doporučuje se proto, aby si pacient zaznamenával intenzitu během dne do deníku bolesti.

K jednoduchým metodám patří vizuální analogová škála (VAS). Na této škále pacient ukáže (na úsečce, která znázorňuje vývoj bolesti od žádné až po nesnesitelnou), jak velká bolest je tížila. Další metodou je verbální škála bolesti. Hodnocení probíhá za pomoci kategorií, kterými jsou 0 - žádná, 1 - mírná, 2 - středně silná, 3 - silná, 4 - krutá a 5 - nesnesitelná bolest. Metoda za pomoci obličejové škály je vhodná pro pacienty, kteří špatně komunikují, ale také je vhodná pro děti. Skládá se z šesti obličejů, které vyjadřují intenzitu bolesti za pomoci změny mimiky.

Samozřejmě jsou také vícerozměrné metody pro zjišťování intenzity bolesti. Jsou to dotazníky poskytující komplexnější hodnocení, které zasahuje do více dimenzí. Jsou časově náročné a většina není v českém jazyce. Využívají se především na specializovaných klinikách, kde se léčbou bolesti zabývají. (19)

1.3.3. Léčba bolesti

Léčba akutní a chronické bolesti se od sebe liší. Při akutní bolesti je nejlepší se zaměřit na odstranění příčiny bolesti. Při její léčbě vystačíme s monoterapií. Nejprve začínáme s nejsilnějšími analgetiky, které odpovídají intenzitě bolesti. Pokud se jedná o silnou bolest po operaci či posttraumatickou bolest, můžeme analgetika aplikovat invazivní cestou. Poté co intenzita bolesti klesá, můžeme opustit invazivní cesty podání a také přejít na slabší analgetika. (16)

Při léčbě chronické bolesti je používáno multidisciplinárního přístupu. Podle Světové zdravotnické organizace se chronická bolest nejprve začíná léčit nesteroidními analgetiky a poté následují slabé opioidy. Pokud u pacienta bolest přetrvává, lékař podává opioidní analgetika. Jde o komplikovanou léčbu, při které lékař postupuje podle takzvaného třístupňového žebříčku. Lékař také může k léčbě přidat adjuvantní látky, které umocňují účinek analgetik. Farmakologické postupy zahrnují neopiooidní analgetika a opioidní analgetika, také anestetika, adjuvantní látky a invazivní analgetické metody podání.

Za léčbu můžeme také považovat nefarmakologické přístupy. Tyto přístupy zahrnují rehabilitaci, akupunkturu, fyzikální terapii, laser terapii, magnetoterapii, TENS – transkutánní neurostimulaci, ultrazvuk a tekutá media. (4)

1.4. Nemocniční prostředí

1.4.1. Charakteristika chirurgického oddělení

Chirurgii můžeme definovat jako základní lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a operační léčbou. Onemocnění či poranění různých orgánů léčí za pomoci manuálních výkonů. Chirurgická oddělení v nemocnicích mají své úseky, stejně jako jiné obory v nemocnici. Dělí se na ambulantní oddělení, lůžková oddělení a operační sály. (3)

Chirurgie je jeden z medicínských oborů. Jako základní odvětví lékařství se vyznačuje tím, že k léčení používá operační výkony. K těmto výkonům je potřeba manuální zručnost operátora. Toto odvětví se zabývá poznáváním chirurgického onemocnění a indikací k léčbě invazivní či konzervativní. Invazivní léčbou se myslí operační výkon, po kterém následuje pooperační péče a následná rehabilitace. Chirurgický typ zákroku se dělí na operace naléhavé, urgentní a operace programovatelné, či takové které snesou odklad. Operační zákroky mají několik skupin, podle kterých se dělí. Jsou operace čisté a operace septické, dále také může jít o operační zákrok krvavý a nekrvavý. Za konzervativní typ léčby se považuje např.: srovnání kostí při zlomenině, dieta při žaludečních obtížích, navrácení ramenního kloubu při dislokaci či typ rehabilitace. Účel operací může být diagnostický (odebrání vzorku tkáně k vyšetření na histologii), anebo léčebný (samotné odstranění patologického kusu tkáně). (5)

1.4.1.1. Chirurgické obory

Chirurgie jako taková má své všeobecné, ale i specializované obory. I v těchto oborech se musí zachovávat mezioborová spolupráce. Mezi chirurgické obory patří: všeobecná chirurgie – zahrnuje chirurgické operace břicha, hrudní stěny, končetin a krku, hepatobiliární chirurgie, kolorektální chirurgie, proktologická chirurgie; onkochirurgie; hrudní chirurgie; kardiovaskulární chirurgie – kardiochirurgie, cévní chirurgie; dětská chirurgie; plastická chirurgie, rekonstrukční chirurgie; transplantační chirurgie; neurochirurgie; traumatologie; popáleninová medicína; urologie; otorhinolaryngologie; oftalmologie; stomatochirurgie; gynekologie a porodnictví; anesteziologie a resuscitace (7)

1.4.1.2. Chirurgické ošetřovatelství

Chirurgické ošetřovatelství je zaměřené na péči o pacienta, který má onemocnění vyžadující chirurgickou léčbu. Hlavním úkolem ošetřovatelství je asistence u operací a dalších invazivních zákroků. Pacient samozřejmě potřebuje péči již v průběhu diagnostického procesu, ale také těsně před operací, během operace a následně při pooperační rekonvalescenci. Tuto péči poskytuje sestra

pracující v chirurgických oborech. Od této sestry se očekává, že pochopí vliv operace na pacienta a poskytne mu specializovanou a individuální péči. Chirurgická operace může ovlivnit systém v těle, a proto je rozsah akutních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz velmi velký. Sestra pracující v chirurgických oborech se musí umět přizpůsobovat novým požadavkům, které plynou z vývoje nových operačních technik v jednotlivých odvětvích chirurgie, z používání modernější přístrojové techniky a také z vývoje a dostupnosti nových pomůcek k ošetřování ran apod. Postupy v chirurgii a chirurgickém ošetrovatelství jsou založené na důkazech (evidence based practice). (7)

1.4.2. Hygienické požadavky na úklid

Tyto požadavky jsou definovány ve vyhlášce 306/2012 Sb. §10. Tato vyhláška pojednává o podmínkách šíření a vzniku infekcí, hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavu sociální péče. Znění této vyhlášky jsem parafrázovala, tak aby byla relevantní k mému šetření.

V prostorách zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče se úklid všech prostor provádí denně nebo častěji, když je potřeba. Podle denního provozu se frekvence úklidu upravuje tak, aby prostory vyhovovaly hygienickým nárokům. Osoba pověřená úklidem prostor se řídí dle smlouvy a dezinfekčního a úklidového řádu.

Na odděleních standardních lůžek se pro úklid mohou používat běžné čisticí prostředky. Čisticí prostředky a dezinfekční přípravky s virucidním účinkem se používají na chirurgických a infekčních pracovištích, v prostorách, kde se odebírá biologický materiál a provádějí invazivní výkony, na záchodech a v koupelnách.

Pokud se plocha dostane do styku s biologickým materiálem, musí se okamžitě dekontaminovat. Tato dekontaminace se provádí obvyklým způsobem dezinfekčními prostředky. Takto se dekontaminují i použitá lůžka a matrace.

Pokud na pracovišti vzniká odpad, třídí se rovnou na místě a to do obalů, které jsou typu odpadu přizpůsobené. Dbá se na bezpečnost pacientů a zdravotnického personálu. Odpad vznikající u lůžka pacientů se odstraňuje okamžitě a z pracoviště se odstraňuje v pravidelných intervalech, alespoň jednou za 24 hodin. (23)

1.4.3. Vliv nemocničního prostředí na hospitalizaci

Nemocniční prostředí a běžný chod nemocničních oddělení mohou na přicházejícího pacienta působit rušivě. Pacienti negativně vnímají především anonymitu. Nejsou v nemocnici bráni jako lidé ale jako diagnózy či přiřazená čísla. Nedostatek informací o probíhající léčbě a o svém zdravotním stavu považují pacienti za velký problém. Celkové nemocniční prostředí a také bezprostřední okolí pacienta jsou velmi stresující. Všechny ty pachy, noční ruch, hluční pacienti a také cizí lidé na pokojích pacientů působí znepokojujícím způsobem. Izolace od běžného života a odříznutí od rodiny a přátel či snížená soběstačnost způsobená nynějším onemocněním jsou dalšími příklady celkového negativního vlivu na pacienta.

Nemocniční personál by měl dělat vše pro to, aby se pacienti dobře adaptovali na nemocniční prostředí. Mohou tomu napomoci aktivním přístupem k pacientovi. Na prvním místě je dobré chování směrem k pacientovi, jako je správné oslovování příjmením. Pacientům podáváme dostatek informací o jejich léčbě a nadcházejících výkonech tak, aby se mohli dobře připravit na to, co je čeká. Informace také musí být pro pacienta dobře srozumitelné. Je nutností si na rozhovor s pacienty najít dostatek času, aby měl pacient dostatek prostoru na případné dotazy. Zajištění spolupráce pacienta a jeho rodiny během hospitalizace je také velmi důležité. (10)

1.4.4. Vytváření nemocničního prostředí

Z knihy F. Nightingale je zřejmé, že měla představu o fyzické složce léčivého prostředí. Léčivé prostředí jsou navržena tak, aby podporovala harmonii

nebo rovnováhu mysli, těla a ducha, snížila úzkost a stres a působila regeneračně.

Model vyvinutý Kreitzerem a Zborowským (2009) ukazuje, že nemocniční prostředí je vytvořeno pomocí hluboké a dynamické souhry mezi lidmi, místem, procesem a kulturou. V tomto modelu „lidé“ zahrnují pečovatele, členy rodiny a podpůrný tým obklopující pacienta. Charakteristika a kompetence zaměstnanců, znalosti, dovednosti a postoje, které ztělesňují, jsou jedny z nejdůležitějších prvků této teorie. Prvek „proces“ označuje procesy péče a strategii vedení, které podporují kulturu, která je spojena s vytvořením teorie. Procesy péče zahrnují obecné, integrativní a behaviorální intervence. Prvek „místa“ se zaměřuje na fyzický prostor, v němž je poskytována péče a místa, která obklopují pacienta, rodinu, pečovatele a personál. (13).

2. Empirická část

2.1. Metodologie sběru dat

Cílem výzkumu bylo získat data za pomoci dotazníků, které byly speciálně strukturovány. Data jsme získávali z jedné nejmenované velké fakultní nemocnice v České republice (ČR). Tento výzkum byl inspirován mezinárodní studií RN4CAST (strukturovaný dotazník pro pacienty). Data jsem sbírala v únoru 2019 na několika odděleních chirurgického typu.

Výzkum v této nemocnici musel být nejprve předložen vedení nemocnice. Po schválení byly s celým výzkumem seznámeny všechny vrchní sestry, staniční sestry a poté sestry na odděleních, na kterých byl výzkum prováděn. Sestry na odděleních s námi nadále spolupracovaly při organizaci sběru dat od pacientů.

V dotazníku pro pacienty se nacházelo 24 otázek. Těchto 24 otázek zahrnovalo témata o zkušenostech s ošetrovatelskou péčí, lékařskou péčí, nemocničním prostředím, pobytem v nemocnici, propouštěním z nemocnice, celkovým hodnocení nemocnice a informacích o respondentech (vnímání vlastního zdraví, vzdělání).

Celý sběr dat probíhal na speciálně upraveném tabletu. Celý dotazník pro pacienty se v elektronické podobě nahrál do tabletu, se kterým jsem sbírala data od pacientů. Tablet byl velice snadno ovladatelný. Byl v něm nahrán jenom dotazník pro pacienty a nebylo nutné se někam složitě přihlašovat. K tabletu byla také přidána karta, která umožnila přístup k internetu. Touto výhodou se zajistilo okamžité odeslání dat do centrálního místa, kam se data ukládala.

Pacientům jsme se nejprve představila, poté jsem vysvětlila, čeho se výzkum týká a nakonec jsem se zeptala, zda by byli tak laskaví a nevyplnili dotazník. Mohla nastat situace, kdy pacient nemusel porozumět otázce, a proto jsem pro tento případ byla vždy fyzicky přítomna u každého vyplňování dotazníku. Dotazník se mohl vyplnit dvěma způsoby. Těm pacientům, kteří byli v

elektronice zběhlí, jsem tablet půjčila do ruky. Nejprve jsem tablet nastavila tak, aby mohli pacienti hned vyplňovat. Poté, co dotazník vyplnili, jsem si zkontrolovala, zda vše v pořádku vyplnili a poté jsem odeslala data do centrálního místa. Nakonec jsem tablet vždy vydezinfikovala, aby nebyl zdrojem nozokomiální infekce. Druhá varianta byla, že jsem tablet měla v ruce a pokládala pacientovi otázky. Jeho odpovědi jsem poté rovnou zanášela do tabletu.

Na sběr dat jsem byla oblečená a upravená tak, jako bych na oddělení měla odborné praxe, tzn. měla jsem na sobě naši fakultní uniformu, která se skládá z modré haleny s fakultním logem, bílých pracovních kalhot, bílých ponožek a bílých pracovních bot. Na haleně jsem měla připnutou kartu studenta, která je hlavním poznávacím znakem studenta 3. lékařské fakulty.

Na oddělení jsem se seznámila se sestrami, které tam pracovaly a dohodla jsem se s nimi na průběhu sběru dat u pacientů. Na oddělení jsem vždy přišla tak, abych mohla dát vyplnit dotazník pacientům v den jejich propuštění z nemocnice.

Každý respondent, který vyplňoval dotazník, musel mít zajištěné dvě podmínky, aby nebyla data znehodnocená. Dotazník musel být vyplněn v den propuštění respondenta z nemocnice a také se musela zajistit naprostá anonymita respondenta.

Velkým logistickým úkolem sběru dat bylo správné dohodnutí sběru dat od pacientů. Na každém oddělení, kde jsem data získávala, jsem se musela alespoň den předem domluvit se sestrami, které mi poskytly informace, jestli jsou u nich pacienti, kteří mají být následující den propuštěni z nemocnice. Každý den jsem po skončení sběru dat zkontrolovala, jak jsou tablety nabitě a připravila je na další den sběru dat.

Na sběr dat jsem nebyla sama, jelikož jsem měla v týmu své spolužačky, které se také podílely na tomto projektu. Velký problém byl v předávání informací navzájem. Nejprve jsme si informace předávaly přes společnou skupinu na sociální síti, ale to bylo poněkud zmatečné. Poté jsme přešly na jednoduchý

formulář, do kterého se jednoduše zadalo, kdo přijde další den a na které oddělení. Také se zde vypisovalo, jaké problémy vznikly při vyplňování dotazníku.

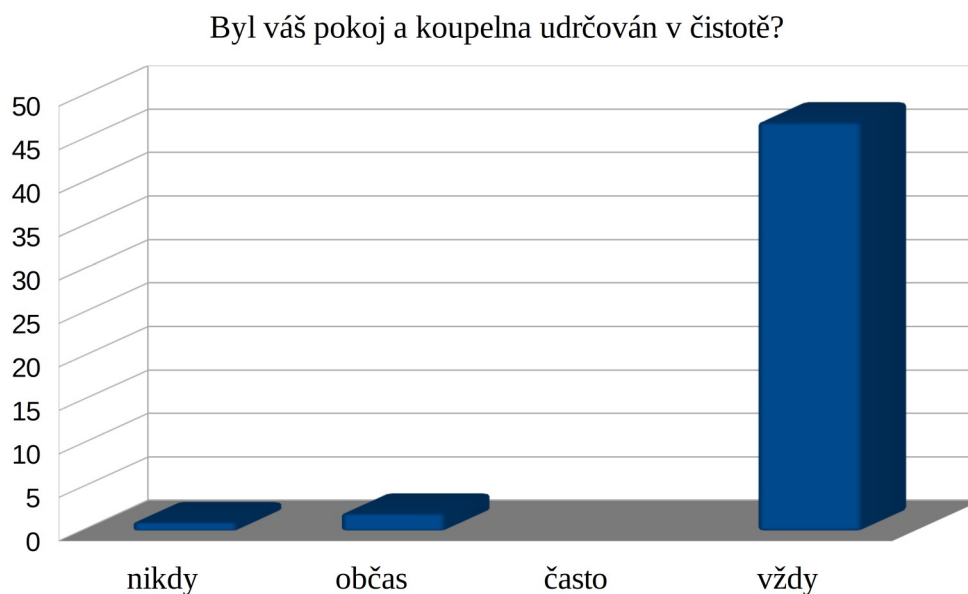
2.2. Seznam výzkumných otázek

Pro svou bakalářskou práci jsem si z dotazníku pro pacienty vybrala několik otázek. V další části budou vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek.

1. Byl váš pokoj udržován v čistotě?
2. Bylo kolem vašeho pokoje v noci ticho?
3. Potřeboval(a) jste léky na tišení bolesti?
4. Byla vaše bolest dostatečně tišena?
5. Dělal personál vše pro to, aby vám pomohl s tišením bolesti?
6. Byl vám během pobytu v této nemocnici podán nějaký lék, který jste předtím nebral(a)?
7. Jak často vám před podáním nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék je?
8. Vysvětlil vám personál před podáním nového léku srozumitelně jeho možné vedlejší účinky?
9. Kam půjdete po propuštění z nemocnice?
10. Hovořili s vámi lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se o sebe máte starat po propuštění z nemocnice?
11. Dostal(a) jste písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si máte všimnout po propuštění z nemocnice?
12. Jak byste ohodnotil(a) svůj zdravotní stav?
13. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

2.2. Výsledky výzkumného šetření

Graf č. 1. Byl váš pokoj a koupelna udržován v čistotě?



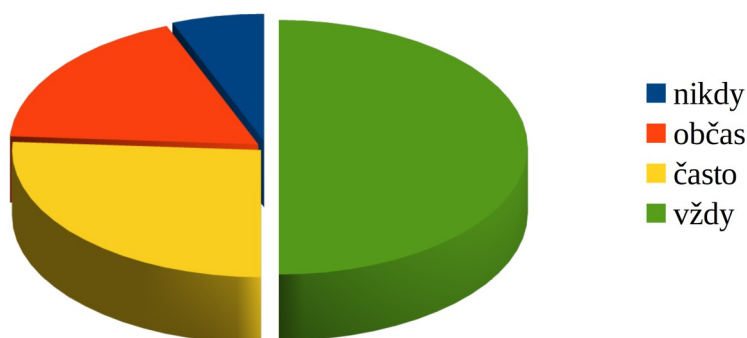
Tabulka č. 1 Byl váš pokoj a koupelna udržován v čistotě?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| nikdy | 1 | 2,00 % |
| občas | 2 | 4,00 % |
| často | 0 | 0,00 % |
| vždy | 47 | 94,00 % |

V grafu č. 1 můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku týkající se čistoty pokoje a koupelny. S tvrzením, že byly jejich pokoj a koupelna **vždy** v čistotě, souhlasilo **47 (94 %)** respondentů. S tvrzením, že byly jejich pokoj a koupelna **často** udržovány v čistotě, souhlasilo **0 (0 %)** respondentů. S tvrzením, že byly jejich pokoj a koupelna **občas** udržovány v čistotě, souhlasili **2 (4 %)** respondenti. S tvrzením, že jejich pokoj a koupelna nebyly **nikdy** v udržovány v čistotě, souhlasil **1 (2 %)** respondent. V tabulce č. 1. jsou zaznamenány absolutní a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 2. Bylo kolem vašeho pokoje v noci ticho?

Bylo kolem vašeho pokoje v noci ticho?



Tabulka č. 2. Bylo kolem vašeho pokoje v noci ticho?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| nikdy | 3 | 6,00 % |
| občas | 9 | 18,00 % |
| často | 13 | 26,00 % |
| vždy | 25 | 50,00 % |

V grafu č. 2. můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku, zda bylo kolem jejich pokoje v noci ticho. S tvrzením, že bylo kolem pokoje v noci **vždy** ticho, souhlasilo **25 (50 %)** respondentů. S tvrzením, že okolo pokoje bylo v noci **často** ticho, souhlasilo **13 (26 %)** respondentů. S tvrzením, že okolo pokoje bylo v noci **občas** ticho, souhlasilo **9 (18 %)** respondentů. S tvrzením, že okolo pokoje nebylo v noci **nikdy** ticho, souhlasili **3 (6 %)** respondenti. V tabulce č. 2. jsou zaznamenány absolutní a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 3. *Potřeboval/a jste léky na tišení bolesti?*

Potřeboval(a) jste léky na tišení bolesti?

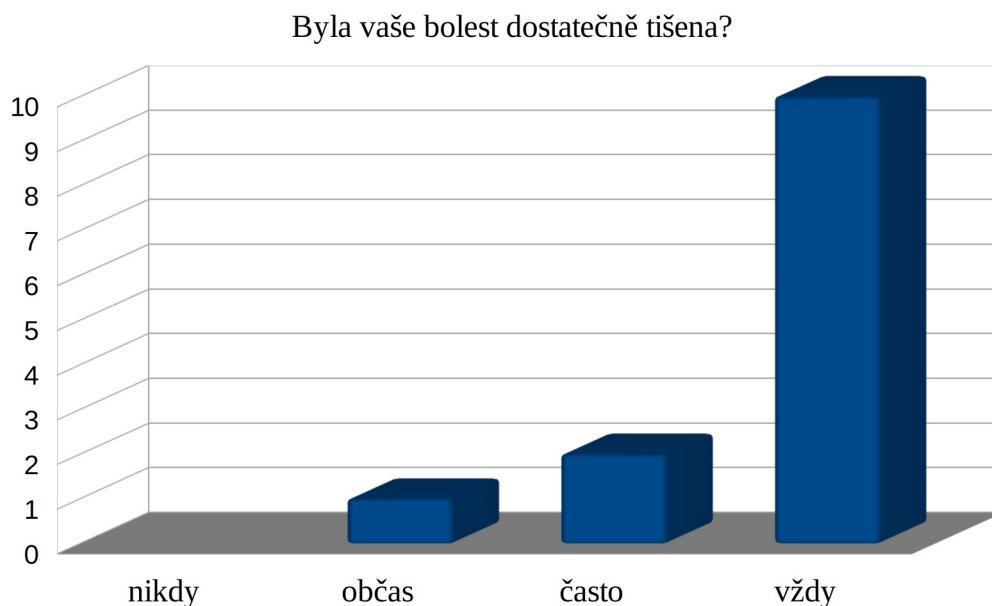


Tabulka č. 3. *Potřeboval(a) jste léky na tišení bolesti?*

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| ano | 13 | 26,00 % |
| ne | 37 | 74,00 % |

V grafu č. 3 můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku ohledně potřeby léků na tišení bolesti. S tvrzením, že **potřebovali** léky na tišení bolesti, souhlasilo **13 (26 %)** respondentů. S tvrzením, že **nepotřebovali** léky na tišení bolesti, nesouhlasilo **37 (74 %)** respondentů. V tabulce č. 3. jsou zaznamenány absolutní a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 4. *Byla vaše bolest dostatečně tišena?*

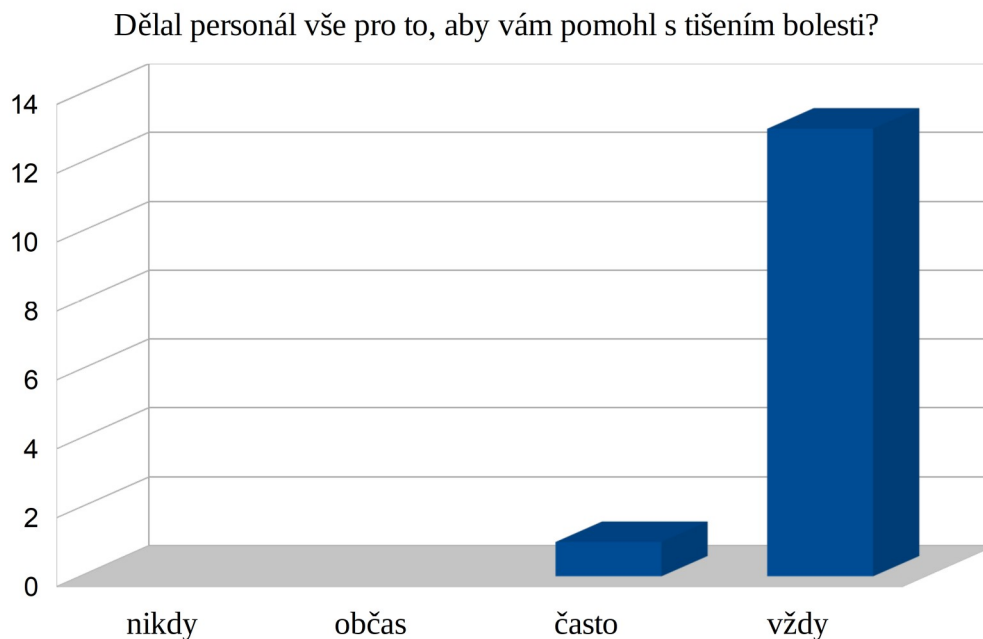


Tabulka č. 4. *Byla vaše bolest dostatečně tišena?*

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| nikdy | 0 | 0,00 % |
| občas | 1 | 7,70 % |
| často | 2 | 15,30 % |
| vždy | 10 | 77,00 % |

V grafu č. 4 můžeme vidět odpovědi všech **13 respondentů (100 %)** na otázku týkající se dostatečného tišení bolesti. S tvrzením, že byla bolest **vždy** dostatečně tišena, souhlasilo **10 (77 %)** respondentů. S tvrzením, že byla bolest **často** dostatečně tišena, souhlasili 2 (15,3 %) respondenti. S tvrzením, že byla bolest **občas** dostatečně tišena, souhlasil **1 (7,7 %)** respondent. S tvrzením, že bolest nebyla **nikdy** dostatečně tišena, nesouhlasil ani jeden respondent. V tabulce č. 4 jsou zaznamenány absolutní a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 5. *Dělal personál vše pro to, aby vám pomohl s tišením bolesti?*



Tabulka č. 5. *Dělal personál vše pro to, aby vám pomohl s tišením bolesti?*

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| nikdy | 0 | 0,00 % |
| občas | 0 | 0,00 % |
| často | 1 | 7,10 % |
| vždy | 13 | 92,90 % |

V grafu č. 5. můžeme vidět odpovědi všech **14 respondentů (100 %)** na otázku, zda dělal personál vše proto, aby pomohl s tišením bolesti. S tvrzením, že personál dělal **vždy** vše pro to, aby pomohl s tišením bolesti, souhlasilo **13 (92,9 %)** respondentů. S tvrzením, že personál dělal **často** vše pro to, aby pomohl s tišením bolesti, souhlasil **1 (7,1 %)** respondent. S tvrzením, že personál dělal **občas** či nedělal **nikdy** vše proto, aby pomohl s tišením bolesti, nesouhlasil ani jeden respondent. V tabulce č. 5. je zaznamenána absolutní a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 6. Byl vám během pobytu v této nemocnici podán nějaký lék, který jste předtím nebral(a)?

Byl vám během pobytu v této nemocnici podán lék, který jste předtím nebral(a)?



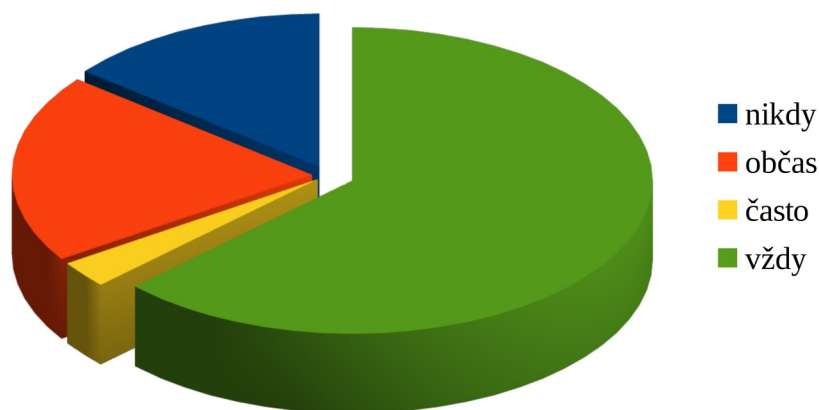
Tabulka č. 6. Byl vám během pobytu v této nemocnici podán nějaký lék, který jste předtím nebral(a)?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| ano | 35 | 70,00 % |
| ne | 15 | 30,00 % |

V grafu č. 6. můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku, zda byl pacientům během pobytu v nemocnici podán nějaký lék, který předtím nebrali. S tvrzením, že jim **byl podán** během pobytu v nemocnici nějaký lék, který předtím nebrali, souhlasilo **35 (70 %)** respondentů. S tvrzením, že jim **nebyl podán** během v pohybu v nemocnici nějaký lék, který předtím nebrali, souhlasilo **15 (30 %)** respondentů. V tabulce č. 6. jsou zaznamenány absolutní a relativní četnosti odpovědí.

Graf č.7. Jak často vám před podáním nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék je?

Jak často před podáním nového léku nemocniční personál řekl k čemu lék je?



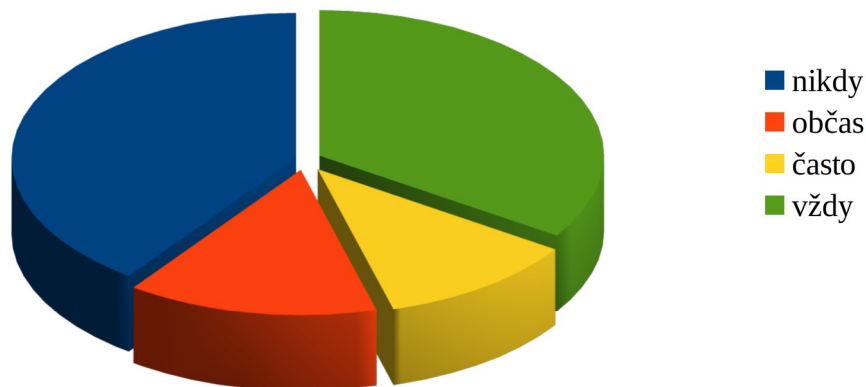
Tabulka č. 7. Jak často vám před podání nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék je?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| nikdy | 5 | 14,30 % |
| občas | 7 | 20,00 % |
| často | 1 | 2,90 % |
| vždy | 22 | 62,80 % |

V grafu č. 7. můžeme vidět odpovědi všech **35 respondentů (100 %)** na otázku, jak často před podáním nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék souží. S tvrzením, že **vždy** personál informoval, k čemu nový lék slouží, souhlasilo **22 (62,8 %)** respondentů. S tvrzením, že nemocniční personál **často** informoval, k čemu nový lék slouží, souhlasil **1 (2,9 %)** respondent. S tvrzením, že **občas** nemocniční personál informoval, k čemu nový lék slouží, souhlasilo **7 (20 %)** respondentů. S tvrzením, že **nikdy** nemocniční personál neinformoval, k čemu nový lék slouží, souhlasilo **5 (14,3 %)** respondentů. V tabulce č. 7. jsou zaznamenány absolutní a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 8. Vysvětlil vám personál před podáním nového léku srozumitelně jeho možné vedlejší účinky?

Vysvětlil vám personál před podáním nového léku srozumitelně jeho možné vedlejší účinky?

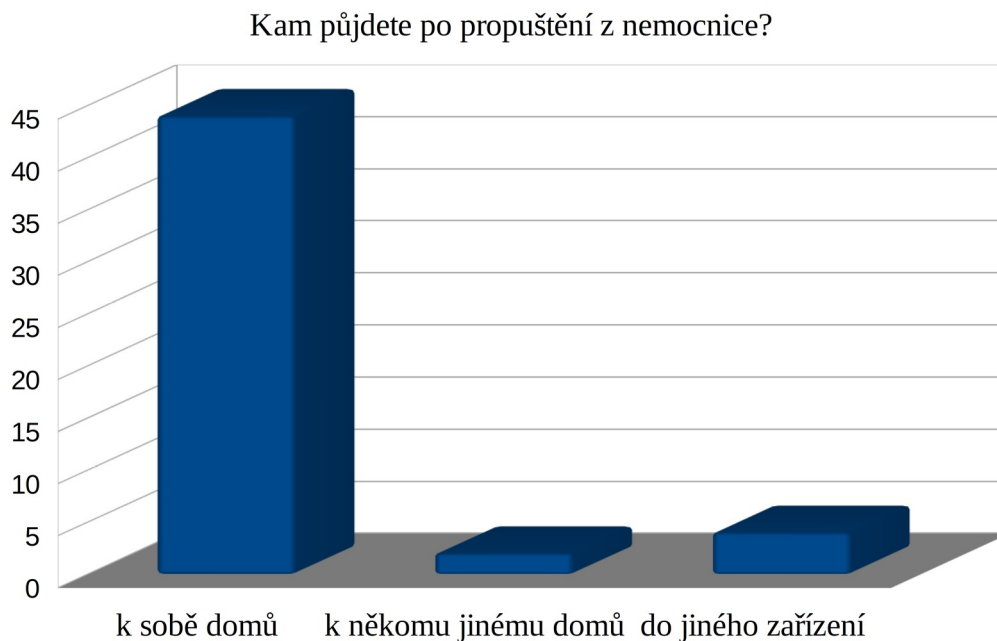


Tabulka č. 8. Vysvětlil vám personál před podáním nového léku srozumitelně jeho možné vedlejší účinky?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| nikdy | 14 | 40,00 % |
| občas | 5 | 14,30 % |
| často | 4 | 11,40 % |
| vždy | 12 | 34,30 % |

V grafu č. 8. můžeme vidět odpovědi všech **35 respondentů (100 %)** na otázku, zda personál před podáním nového léku srozumitelně vysvětlil jeho možné vedlejší účinky. S tvrzením, že personál **vždy** před podáním nového léku vysvětlil jeho vedlejší účinky, souhlasilo **12 (34,3 %)** respondentů. S tvrzením, že personál **často** před podáním nového léku vysvětlil jeho možné vedlejší účinky, souhlasili **4 (11,4 %)** respondenti. S tvrzením, že personál **občas** před podáním nového léku vysvětlil jeho možné vedlejší účinky, souhlasilo **5 (14,3 %)** respondentů. S tvrzením, že personál **nikdy** před podáním nového léku nevysvětlil jeho možné vedlejší účinky, souhlasilo **14 (40 %)** respondentů. V tabulce č. 8 jsou zaznamenány absolutní četnosti a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 9. Kam půjdete po propuštění z nemocnice?



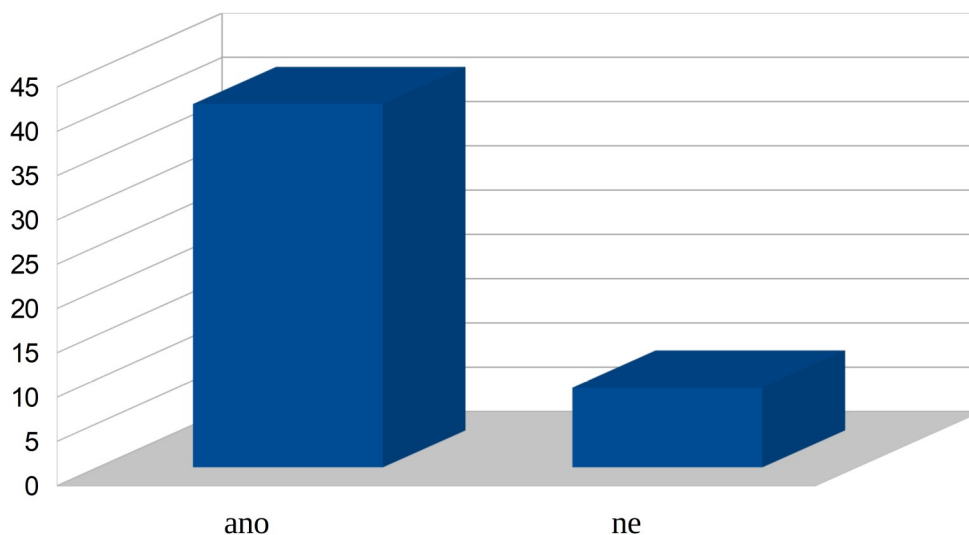
Tabulka č. 9. Kam půjdete po propuštění z nemocnice?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| k sobě domů | 44 | 88,00 % |
| k někomu jinému domů | 2 | 4,00 % |
| do jiného zařízení | 4 | 8,00 % |

V grafu č. 9. můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku, kam půjdou po propuštění z nemocnice. S tvrzením, že respondent půjde po propuštění **k sobě domů**, souhlasilo **44 (88 %)** respondentů. S tvrzením, že respondent půjde po propuštění **k někomu jinému domů**, souhlasili **2 (4 %)** respondenti. S tvrzením, že respondent půjde po propuštění **do jiného zařízení**, souhlasili **4 (8 %)** respondenti. V tabulce č. 9. jsou zaznamenány absolutní četnosti a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 10. Hovořili s vámi lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se o sebe máte starat po propuštění z nemocnice?

Hovořili s vámi lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se o sebe máte starat po propuštění z nemocnice?



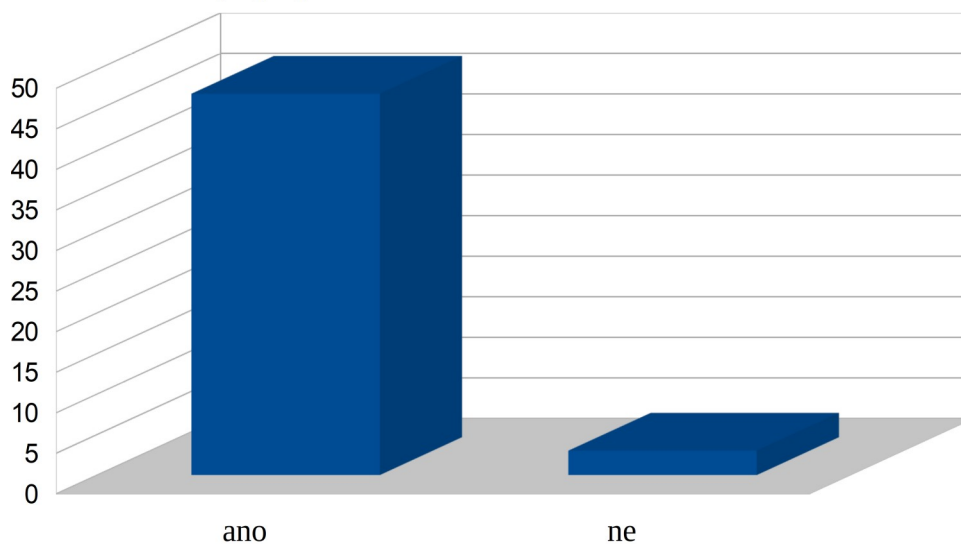
Tabulka č. 10. Hovořili s vámi lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se o sebe máte starat po propuštění z nemocnice?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| ano | 41 | 82,00 % |
| ne | 9 | 18,00 % |

V grafu č. 10 můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku, zda s nimi hovořili lékaři, sestry či ostatní nemocniční personál o tom, jak se mají o sebe starat po propuštění z nemocnice. S tvrzením, že s nimi hovořili lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se o sebe mají starat po propuštění z nemocnice, souhlasilo **41 (82 %)** respondentů. S tvrzením, že s nimi lékaři, sestry nebo ostatní nemocniční personál o tom, jak se o sebe mají starat po propuštění z nemocnice, nehovořili, souhlasilo **9 (18 %)** respondentů. V tabulce č. 10 jsou zaznamenány absolutní četnosti a relativní četnosti.

Graf č. 11. Dostal(a) jste písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si máte všimnout po propuštění z nemocnice?

Dostal(a) jste písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si máte všimnout po propuštění z nemocnice?

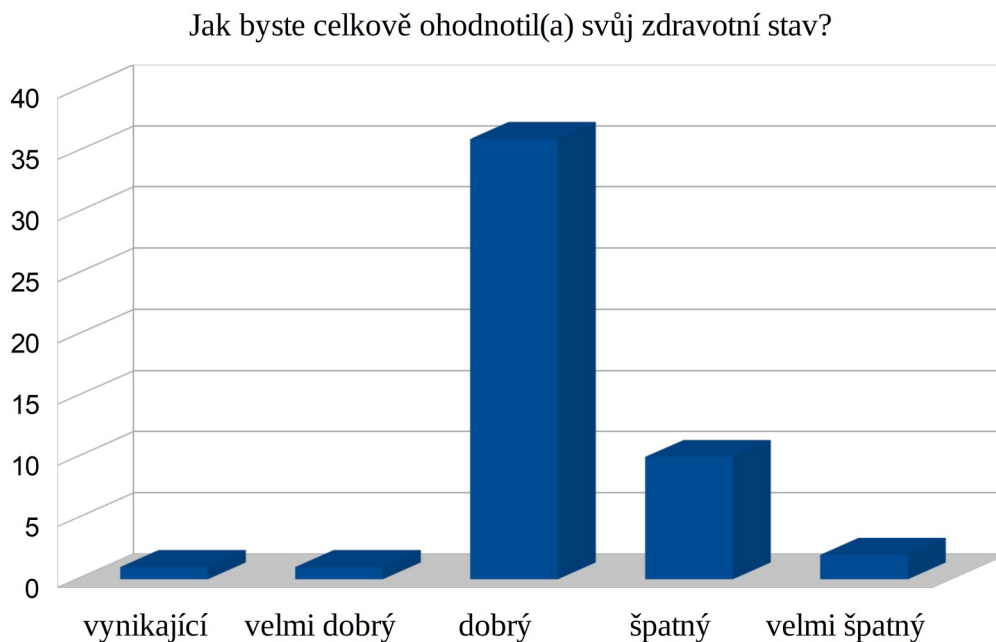


Tabulka č. 11. Dostal(a) jste písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si máte všimnout po propuštění z nemocnice? ot. 20

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| ano | 47 | 94,00 % |
| ne | 3 | 6,00 % |

V grafu č. 11 můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku, zda dostali písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si mají po propuštění z nemocnice všimnout. S tvrzením, že **dostal(a)** písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si má po propuštění z nemocnice všimnout, souhlasilo **47 (94 %)** respondentů. S tvrzením, že **nedostal(a)** písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si po propuštění z nemocnice mají všimnout, souhlasili **3 (6 %)** respondenti. V tabulce č. 11. jsou zaznamenány absolutní četnosti a relativní četnosti.

Graf č. 12. Jak byste celkově ohodnotil(a) svůj zdravotní stav?



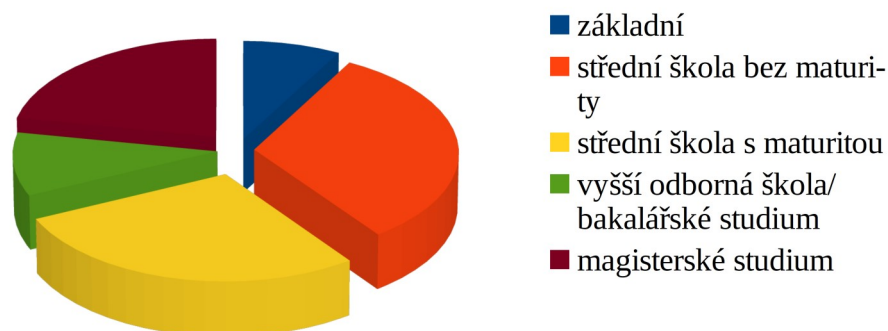
Tabulka č. 12. Jak byste celkově ohodnotil(a) svůj zdravotní stav? ot23

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|--------------|-------------------|-------------------|
| vynikající | 1 | 2,00 % |
| velmi dobrý | 1 | 2,00 % |
| dobrý | 36 | 72,00 % |
| špatný | 10 | 20,00 % |
| velmi špatný | 2 | 4,00 % |

V grafu č.12 můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku, jak by celkově ohodnotili svůj zdravotní stav. S tvrzením, že svůj zdravotní stav hodnotí jako **velmi špatný**, souhlasili **2 (4 %)** respondenti. S tvrzením, že svůj zdravotní stav hodnotí jako **špatný**, souhlasilo **10 (20 %)** respondentů. S tvrzením, že svůj zdravotní stav hodnotí jako **dobrý**, souhlasilo **36 (72 %)** respondentů. S tvrzením že, svůj zdravotní stav hodnotí jako **velmi dobrý**, souhlasil **1 (2 %)** respondent. S tvrzením že, svůj zdravotní stav hodnotí jako **vynikající**, souhlasil **1 (4 %)** respondent. V tabulce č. 12 jsou zaznamenány absolutní četnosti a relativní četnosti odpovědí.

Graf č. 13. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Tabulka č. 13. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| základní vzdělání | 4 | 8,00 % |
| střední škola bez maturity | 16 | 32,00 % |
| střední škola s maturitou | 14 | 28,00 % |
| vyšší odborná škola/bakalářské studium | 5 | 10,00 % |
| magisterské studium | 11 | 22,00 % |

V grafu č. 13 můžeme vidět odpovědi všech **50 respondentů (100 %)** na otázku, jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Odpověď, že nejvyšším dosaženým vzděláním je **magisterské studium**, označilo **11 (22 %)** respondentů. Odpověď, že nejvyšším dosaženým vzděláním je **vyšší odborná škola/bakalářské studium**, označilo 5 (10 %) respondentů. Odpověď, že nejvyšším dosaženým vzděláním je **střední škola s maturitou**, označilo **14 (28 %)** respondentů. Odpověď, že nejvyšším dosaženým vzděláním je **střední škola bez maturity**, označilo **16 (32 %)** respondentů. Odpověď, že nejvyšším dosaženým vzděláním je **základní škola**, označili **4 (8 %)** respondenti. V tabulce č. 13 jsou zaznamenány absolutní četnosti a relativní četnosti odpovědí.

2.3. Diskuze

Spokojenost pacientů je spolu s péčí, jakou poskytují samotní zdravotníci, hlavními ukazateli péče, která se poskytuje v zdravotnických zařízeních. Proto je velmi důležité dbát na jejich zkušenosti v oblastech péče, ale také na zkušenosti s nemocničním prostředím.

Cílem výzkumné části bylo zmapovat zkušenosti pacientů s nemocničním prostředím a podáváním léků na chirurgickém oddělení. Dotazník pro pacienty byl koncipován tak, aby pacienti jasně vyjádřili své poznatky, které nabyli při pobytu v nemocnici.

V otázce č.1 jsem zjišťovala, zda byl pokoj a koupelna pacientů v čistotě. Na tuto otázku odpovědělo všech 50 (100 %) dotazovaných pacientů. Většina pacientů- 47 (94 %) odpověděla, že byl pokoj vždy udržován v čistotě. Žádný z pacientů, tedy 0 (0 %) se neztotožnil s tvrzením, že byl jejich pokoj a koupelna často udržován v čistotě. Naopak s tvrzením, že byl občas udržován v čistotě, souhlasili 2 (4 %) respondenti a s tvrzením, že nikdy, souhlasil 1 (2 %) respondent. Z tohoto vyplývá, že většina respondentů byla spokojena s čistotou svého okolí při své hospitalizaci. Bohužel pár respondentů nebylo zcela spokojeno s čistotou jejich okolí, což mohlo negativně ovlivnit jejich proces uzdravování. Pokoje a koupelny by měly být uzpůsobeny a udržovány v optimálním stavu. Musí splňovat podmínky pro léčbu pacientů a také podmínky zabraňující přenosu nozokomiálních nákaz. Tyto prostory musí vyhovovat všem pacientům a musí brát ohled na individuální potřeby a požadavky pacientů. (21)

Šetření, která probíhala v nemocnici v Českých Budějovicích a v nemocnici v Českém Krumlově, došla k podobným závěrům. Většina respondentů byla s čistotou pokoje a sociálního zařízení spokojena, nicméně i zde se našlo několik respondentů, kteří byli s úrovní čistoty spíše či dokonce zcela nespokojeni. (14)

Na druhou otázku, zda bylo kolem jejich pokoje v noci ticho, odpovědělo všech 50 (100 %) respondentů. Polovina, tedy 25 (50 %) dotázaných uvedlo, že bylo v noci vždy okolo jejich pokoje ticho. Odpověď často uvedlo 13 (26 %) respondentů, odpověď občas uvedlo 9 (18 %) respondentů. Naopak odpověď, že nikdy nebylo v noci okolo pokoje ticho, zvolili 3 (6 %) respondenti. Z tohoto vyplývá, že větší část dotázaných pacientů neměla během noci problém se zvýšeným hlukem okolo jejich pokoje. Větší hluk by mohl způsobit nekvalitní spánek či dokonce nemožnost usnout, což by vzhledem ke skutečnosti, že je spánek považován za nedílnou součást optimálního procesu uzdravování, mohlo proces uzdravování značně zkomplikovat.

V třetí položce jsem zjišťovala, zda pacienti potřebovali léky na tišení bolesti. Na tuto otázku odpovídalo 50 (100 %) respondentů. Jenom 13 (26 %) respondentů odpovědělo, že potřebovali léky na tišení bolesti během pobytu v nemocnici. Ostatních 37 (74 %) respondentů odpovědělo, že nepotřebovali léky na tišení bolesti. Z tohoto výsledku vyplývá, že většina pacientů nepocítovala bolest či potřebu vzít si lék. Na chirurgickém oddělení se dá očekávat větší potřeba léků na bolest z důvodu operačního a invazivního zákroku. Je možné, že je tento výsledek zkreslený a potřebuje další šetření.

Na otázku č.4., zda byla jejich bolest dostatečně tišena, odpovědělo pouze 13 (100 %) respondentů. Z toho 10 (77 %) respondentů uvedlo že byla jejich bolest vždy dostatečně tišena. 2 (15,3 %) respondenti odpověděli, že byla jejich bolest často dostatečně tišena. Jen 1 (7,7 %) odpověděl, že byla jeho bolest občas dostatečně tišena. Žádný z respondentů neuvedl, že nebyla jeho bolest nikdy dostatečně tišena. Tato otázka navazuje na předchozí. Respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že nepotřebují léky na tišení bolesti, tuto otázku nevyplňovali.

Na otázku č. 5., zda dělal personál vše pro to, aby jim pomohl s tišením bolesti, odpovědělo 14 (100 %) respondentů. Odpověď, že personál dělal vždy vše pro to, aby pomohl s tišením bolesti, uvedlo 13 (92,9 %) respondentů. Jen 1 (7,1

%) respondent označil odpověď, že personál dělal často vše proto, aby pomohl s tišením bolesti. Odpověď občas či nikdy neuvedl žádný respondent. Tato otázka také navazuje na předchozí dvě otázky. Zde se může jednat o stejný faktor zkreslení výsledků šetření. Celkového šetření se zúčastnilo malý počet respondentů. Doporučuji tuto problematiku dále zkoumat s větším počtem respondentů, aby byl výsledek více vypovídající.

Šetření, které se provádělo na interních odděleních, jasně ukazuje, že většina respondentů nepotřebovala léky na tišení bolesti a celkově neměla s bolestí problém. Na tomto šetření se také ukazuje, že většina dotazovaných respondentů neměla bolesti, a tudíž nepotřebovali léky a ani pomoc ze strany zdravotnického personálu. Toto šetření se velmi shoduje s výsledky šetření na chirurgických odděleních. (20)

Na otázku č. 6, zda jim byl během pobytu v této nemocnici podán nějaký lék, který předtím nebrali, odpovědělo 50 (100 %) respondentů. 35 (70 %) respondentů uvedlo, že jim byl podán nějaký nový lék, který předtím nebrali. Naopak 15 (30 %) respondentů uvedlo, že jim během hospitalizace nebyl podán žádný lék, který by předtím nebrali. Z tohoto vychází, že většina pacientů dostalo léky, které se normálně nepoužívají v domácím prostředí a odpovídají typu léčby na chirurgickém oddělení. 30 % respondentů ale uvedlo že znali všech léky, které jim byly podány během pobytu v nemocnici. Může to být dané tím, že pacienti jsou opakovaně hospitalizováni, a proto mají větší zkušenosti.

Na otázku č.7., jak často jim před podáním nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék je, odpovědělo 35 (100 %) respondentů. Odpověď, že jim personál vždy před podáním nového léku řekl, k čemu lék je, uvedlo 22 (62,8 %) respondentů. Odpověď často uvedl 1 (2,9 %) respondent. Odpověď občas uvedlo 7 (20 %) respondentů. Naopak odpověď nikdy uvedlo 5 (14,3 %) respondentů. Z tohoto vyplývá, že většina respondentů byla informována o nových lécích před podáním.

Na otázku č.8., zda jim personál před podáním nového léku vysvětlil jeho možné vedlejší účinky, odpovídalo 35 (100 %) respondentů. Odpověď, že jim personál vždy před podáním nového léku srozumitelně vysvětlil jeho možné vedlejší účinky, uvedlo 12 (34,3 %) respondentů. Odpověď, že jim personál často před podáním nového léku srozumitelně vysvětlil jeho vedlejší účinky, uvedli 4 (11,4 %) respondenti. Odpověď, že jim personál občas před podáním nového léku vysvětlil jeho možné vedlejší účinky, uvedlo 5 (14,3 %) respondentů. Odpověď, že jim personál nikdy před podáním nového léku nevysvětlil jeho možné vedlejší účinky, uvedlo 14 (40 %) respondentů. Podle výsledků můžeme říci, že většina respondentů byla informována, jaký lék dostává a jaké jsou jeho možné vedlejší účinky.

V šetření, které probíhalo v Městské nemocnici Městec Králové a.s., zkoumali, zda sestry edukují pacienty před podáním léku. Z šetření vyšlo, že sestry z 44 % pacienty edukovaly při každém podávání léků. 35 % dotázaných sester uvedlo, že pacienty edukují před podáváním nového léku a 21 % sester uvedlo, že pacienty needukuje vůbec. Z toho je patrné, že se šetření shoduje. Většina sester podává informace o podávaných lécích, a pacienti jsou tak s nimi srozumitelně seznámeni. Ale také se potvrzuje, že někteří pacienti nejsou informováni a některé sestry needukují o podávaných lécích. (6)

Na otázku č.10., zda s nimi hovořili lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se o sebe mají starat po propuštění z nemocnice, odpovídalo 50 (100 %) respondentů. Odpověď, že s nimi hovořili lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se mají o sebe starat po propuštění z nemocnice, uvedlo 41 (82 %) respondentů. Naopak odpověď, že s nimi nehovořili lékaři, sestry nebo ostatní personál o tom, jak se mají o sebe starat po propuštění z nemocnice, uvedlo 9 (18 %) respondentů. Z těchto dat vyplývá, že pacienti jsou většinou edukováni před propuštěním z péče zdravotníků, jak se má o sebe postarat doma či v jiném zdravotnickém zařízení.

Na otázku č. 11., zda dostali písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si mají po propuštění z nemocnice všimnout, odpovídalo 50 (100 %) respondentů. Odpověď, že dostali písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si mají všimnout po propuštění z nemocnice, uvedlo 47 (94 %) respondentů. Naopak odpověď, že nedostali žádnou písemnou informaci o tom, jakých příznaků či zdravotních problémů si mají všimnout po propuštění z nemocnice, uvedli 3 (6 %) respondenti. Z těchto výsledků můžeme říci, že většina respondentů dostala písemnou zprávu o tom, jakých příznaků a zdravotních problémů si mají všimnout. Tento výsledek může být ale zkreslen tím, jaké jsou zvyklosti na odděleních. Na některých odděleních jsou zvyklí dávat zprávu pacientům až když fyzicky opouštějí oddělení.

Proces edukace pacientů má své náležitosti a přikládá se mu velký význam. Edukace by se měla přizpůsobit individuálním potřebám pacienta a nechat pacienta uchopit problematiku svého zdraví po svém a podle jeho mentálních možností. Cílem edukace každého pacienta by mělo být plné porozumění a pochopení ze strany pacienta, ale také pozornost a trpělivost ze strany edukátora, tedy zdravotního personálu. (9)

Šetření o edukaci pacientů ve Fakultní nemocnici Plzeň ukazuje, že přes polovinu dotázaných pacientů dostává informace nejvíce v ústní a písemné podobě zároveň. Z tohoto vyplývá, že pacient, který opouští nemocniční oddělení, dostává alespoň v jedné formě informace o svém zdravotní stavu. (11)

Na otázku č. 12, jak by ohodnotili svůj zdravotní stav, odpovědělo 50 (100 %) respondentů. Odpověď, že respondentův zdravotní stav odpovídá popisu vynikající, uvedl 1 (2 %) respondent. Odpověď, že respondentův zdravotní stav odpovídá popisu velmi dobrý, uvedl 1 (2 %) respondent. Odpověď, že respondentův zdravotní stav odpovídá popisu dobrý, uvedlo 36 (72 %) respondentů. Odpověď, že respondentův zdravotní stav odpovídá popisu špatný, uvedlo 10 (20 %) respondentů. Odpověď, že respondentův zdravotní stav odpovídá popisu velmi špatný, uvedli 2 (4 %) respondenti. Je velmi zajímavé, že

většina respondentů ohodnotila svůj stav pouze jako dobrý, přestože byli právě propuštěni z nemocnice. Může to být způsobeno tím, že se stává trendem propouštět pacienty z nemocnic co nejdříve. Pacienti poté ve svojí rekonvalescenci pokračují doma či v jiném zdravotnické zařízení. Většina respondentů tedy odpovídala převážně neutrálně z toho důvodu, že ještě nebyla plně zotavena.

Závěr

V této bakalářské práci jsem se věnovala výzkumnému šetření týkajícímu se zkušeností hospitalizovaných pacientů na chirurgických oddělení. Pacientům byl dán dotazník, do něhož zaznamenávali své zkušenosti s hospitalizací. Data byla získána od pacientů z jedné nejmenované fakultní nemocnice v České republice během února 2019. Tohoto šetření se zúčastnilo 50 respondentů.

Z výsledků šetření vyplývá, že většina pacientů hodnotila čistotu pokoje a sociálního zařízení pozitivně. Co se týče čistoty pokoje a koupelny pacientů, musí být dodržována hygienická nařízení, která udávají správné udržování čistoty z důvodu rizika přenosu nozokomiálních infekcí.

Výsledek výzkumu ohledně tišení bolesti nedopadl podle očekávání. Předpokládala jsem, že na chirurgických oddělení bude u pacientů větší potřeba léků na bolest. Většina respondentů neudávala bolest, kterou by bylo potřeba tišit léky. Tato problematika potřebuje další šetření. Na výzkum bych doporučila více respondentů a větší časovou dotaci.

Na otázky ohledně informovanosti o podávání léků se pacienti vyjadřovali velmi pozitivně. Ve většině byli obeznámeni jak s lékem, tak s jeho vedlejšími účinky. Výsledky informovanosti poukázaly na dobrou edukovanost pacientů ze strany zdravotnického personálu.

Data, která jsem získala do svého výzkumného šetření, byla od 50 respondentů. Je to velmi malý výzkumný vzorek. Z tohoto důvodu nemohu brát výsledky výzkumu jako směrodatné a vztahovat je na většinu populace. Doufám ale, že poslouží jako podnět pro další šetření.

Seznam literatury

1. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm.* 2018; 75:1493–1517.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN isbn80-7013-391-0.
3. ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3129-2.
4. DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN isbn978-80-7368-461-7.
5. HRABOVSKÝ, Jaromír a Jan KUBAČÁK. *Chirurgie 1.-3. část*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. Učebnice pro zdravotnické školy (Eurolex Bohemia). ISBN isbn80-86432-52-1.
6. CHOCHOLOUŠOVÁ, Božena. *Kvalita ošetrovatelské péče – podávání léků*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ Ústav sociálního lékařství oddělení ošetrovatelství
7. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. s. 16. ISBN
8. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. Lékařství. ISBN isbn80-85866-55-2.

9. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-2171-2.
10. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-2830-8
11. KOHOUTOVÁ, Jaroslava. *EDUKACE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH Z POHLEDU NEMOCNÉHO*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN isbn80-247-0179-0
13. Kreitzer, M., Koithan, M., Zborowsky, T., & Kreitzer, M. (2018-10). Creating Optimal Healing Environments. In *Integrative Nursing*. Oxford, UK: Oxford University Press. Retrieved 8 May. 2020, from <https://oxfordmedicine-com.ezproxy.is.cuni.cz/view/10.1093/med/9780190851040.001.0001/med-9780190851040-chapter-25>.
14. MORONGOVÁ, Adéla. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.
15. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN isbn:978-80-271-0888-6.

16. PŘECECHTĚLOVÁ, Jana. Racionální léčba akutní bolesti. *Florence*. 2013, (9.), 1.dostupné také z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/racionalni-lecba-akutni-bolesti/>
17. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN isbn978-80-247-3012-7.
18. MARX, David a Onřej DOSTÁL. Telefonické ordinace a ordinace "dle potřeby" a kvalita zdravotní péče. *Sestra odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2005, 15.(4.), 20. ISSN 1210-0404.
19. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2010, 20(7-8), 54-57. ISSN 1210-0404.
20. SCHEJBALOVÁ, Aneta. *Spokojenost pacientů s péčí na interních odděleních*. Praha, 2019. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA Ústav ošetrovatelství.
21. ŠULCOVÁ, Margaréta. *Základy hygieny a epidemiologie: modul Klinických předmětů*. v Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Ústav zdravotnických studií, 2007. ISBN isbn978-80-7044-881-6.
22. ŠTRBOVÁ, Pavlína. Lékové chyby v ošetrovatelství. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2013, 27(1.), 40.
23. Vyhláška č. 306/2012 Sb., ministerstva zdravotnictví České Republiky ze dne 24.9. 2012, o podmínkách vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

24. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3421-7.
25. WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN isbn80-247-1714-x.
26. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-271-0155-9.