

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2013

Marcela Čedíková



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Marcela Čedíková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**USPOKOJOVÁNÍ POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ  
VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Cihlářová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25.3.2013

.....  
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Markétě Cihlářové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, materiálních podkladů a velmi příjemnou spolupráci. Dále děkuji mé vrchní sestře a kolegyním za jejich pochopení a velkou podporu při mém studiu.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Čedíková Marcela

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Cihlářová

Počet stran: 54

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: potřeba

jistota a bezpečí

hospitalizace

pacient

sestra

ošetrovatelská péče

komunikace

## **Souhrn:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část je věnována potřebám pacientů se zaměřením na potřebu jistoty a bezpečí v ošetrovatelském procesu. Praktická část poskytuje informace o subjektivních pocitech pacientů během hospitalizace a zkušenostech sester souvisejících s potřebou jistoty a bezpečí.

## **Annotation**

Surname and name: Čedíková Marcela

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Meeting the needs of security and safety in health care facilities

Consultant: Mgr. Markéta Cihlářová

Number of pages: 54

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 26

Keywords: need

safety and security

hospitalization

patient

nurse

nursing care

communication

## **Summary:**

The bachelor thesis deals with the issue of fulfilling the needs for security and safety within the health establishments. The theoretical part is dedicated to the patients' needs for safety and security within the nursing process. The practical part provides information about patients' subjective feelings during their hospitalization and nurses' experiences regarding the need for safety and security.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 POTŘEBA .....	9
1.1 Klasifikace potřeb .....	9
1.2 Hierarchie potřeb podle Maslowa.....	10
1.3 Poznání lidských potřeb.....	10
1.4 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu .....	11
1.5 Nemocný a jeho potřeby .....	12
1.6 Proces naplnění potřeb.....	12
2 POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ .....	14
2.1 Potřeba bezpečí u hospitalizovaného pacienta .....	14
2.2 Optimální léčebné prostředí.....	15
2.3 Vliv prostředí na uzdravování .....	15
2.4 Kvalitní ošetrovatelská péče .....	16
2.5 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí .....	16
2.6 Psychická odezva neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí.....	17
2.7 Efektivní zvládnutí psychické odezvy .....	18
3 KOMUNIKACE JAKO NÁSTROJ USPOKOJOVÁNÍ POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ.....	19
3.1 Komunikace s pacientem.....	19
3.2 Komunikace s rodinou nemocného .....	20
3.3 Evalvační a devalvační prvky v kontaktu s pacientem.....	21
4 PŘEDEVŠÍM NEUBLÍŽIT .....	22
4.1 Bezpečnostní kultura .....	22
4.2 Pochybení, omyly a jejich prevence .....	22



PRAKTICKÁ ČÁST .....	24
5 FORMULACE PROBLÉMU .....	24
6 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU .....	25
7 METODIKA .....	26
8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	27
9 VZOREK RESPONDENTŮ .....	28
10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	29
10.1 Rozhovor se sestrou a pacientem z intenzivní péče.....	29
10.1.1 Sestra.....	29
10.1.2 Pacient.....	33
10.2 Rozhovor se sestrou a pacientem z chirurgického oddělení.....	36
10.2.1 Sestra.....	36
10.2.2 Pacient.....	39
10.3 Rozhovor se sestrou a pacientem z interního oddělení.....	42
10.3.1 Sestra.....	42
10.3.2 Pacient.....	45
11 DISKUSE .....	48
ZÁVĚR.....	53

## ÚVOD

Zvláštnost zdravotnického povolání na rozdíl od jiných profesí je především v tom, že se pracuje s nemocnými lidmi. Každý člověk je jedinečnou lidskou bytostí. Má svoje individuální vlastnosti, temperament, a zejména určité potřeby, které ovlivňují jeho jednání, projevy a reakce. Potřeby jsou výrazem vztahu člověka nejen k sobě, ale i k prostředí, ve kterém žije. Jsou odrazem nároků člověka na život a naopak. Potřeby začínají pocitem– emocí. Ta je motivační impulzivní silou, která nás vede k jednání. Chování jedince se během života individuálně mění. Změna nastává především v chování nemocného člověka, které je ovlivněno chorobou a změnou prostředí. Proto se v době nemoci objevují jiné potřeby a požadavky než ve stavu zdraví.

Orientace v lidských potřebách nám pomáhá při aplikaci ošetrovatelského procesu, konkrétně při stanovení ošetrovatelských diagnóz. Vzdělání našich sester však v minulosti nebylo tímto směrem příliš orientováno, a proto v této oblasti existuje celá řada nedostatků. Práce sester je zaměřená na uspokojování základních potřeb. Mezi tyto základní potřeby patří i potřeba jistoty a bezpečí, na kterou se chci v této práci zaměřit. Je to potřeba, o které se domnívám, že obvykle není dostatečně uspokojována. Musíme ji brát za stejně důležitou jako potřeby biologické, neboť její neuspokojení může způsobit veliké potíže. Jistota a bezpečí je subjektivní pocit. Nemůžeme ho objektivně změřit. Proto musíme vybudovat s pacientem vztah založený na důvěře, aby se nám se svými pocity svěřil a mohli jsme určit intervence k jejich uspokojení. V současném ošetrovatelství však stále hrozí nebezpečí upřednostňování techniky před ošetrovatelskou péčí, která přihlíží k biologickým, psychologickým, sociálním a duchovním faktorům vzniku onemocnění.

Abychom pochopili potřeby jiných lidí, musíme nejdříve poznat sami sebe. Teprve pak se dokážeme orientovat ve svízelných situacích a budeme umět tolerovat názor jiných lidí.(13,5)

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 POTŘEBA

Lidská potřeba je stav vznikající při nějakém nedostatku, přebytku nebo při touze něčeho dosáhnout. Je to něco, co člověk potřebuje k životu a vývoji. Po naplnění potřeby dochází k rovnováze organismu. Potřeby souvisí se zachováním a s kvalitou života. Proto jsou velmi nutné a užitečné. Neuspokojení potřeb negativně ovlivňuje psychiku člověka.

Intenzita a množství potřeb je závislá na věku, pohlaví, na postavení jedince ve společnosti, na prostředí, zkušenostech a zdravotním stavu. Musíme si uvědomit, že všichni máme společné potřeby, ale každý z nás je uspokojuje nejruznějším způsobem. (1,4)

### 1.1 Klasifikace potřeb

Existují různé teorie potřeb. V psychologii se však nejčastěji dělí na potřeby biogenní, fyziologické a na potřeby psychogenní, sociogenní psychologické. Z hlediska ošetřovatelství se jedná o holistický přístup k člověku. Nejznámější teorií je Maslowova hierarchie potřeb. (1)

Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl americký psycholog, organizátor humanistického proudu v psychologii. Jeho pyramida potřeb (viz příloha č. 1) vychází z teorie motivace, kterou vytvořil. (4)

Potřeby člověka jsou organizovány podle naléhavosti. Podle Maslowa potřeby na první úrovni musíme uspokojit dříve, než začneme uspokojovat potřeby na následující úrovni. Pokud se chceme realizovat, musíme mít uspokojeny všechny ostatní potřeby a být duševně zdraví. To znamená, že neuspokojíme-li nižší potřeby, nikdy nedosáhneme uspokojení potřeb vyšších. (12)

Jestliže brání nějaká překážka uspokojení určité potřeby, dochází k frustraci. To je závažné převážně v dětském věku. Dochází-li u dítěte k časté frustraci, jsou tím ovlivněny jeho trvalé osobnostní rysy. U dítěte po narození převládají potřeby fyziologické

a potřeby bezpečí. Mladší děti potřebují bezpečí a lásku, u starších dětí jsou to potřeby lásky a uznání. O potřebě seberealizace můžeme mluvit až v období adolescence.(1)

## **1.2 Hierarchie potřeb podle Maslowa**

Potřeby podle Maslowa dělíme na nižší a vyšší. Mezi nižší nedostatkové potřeby patří fyziologické potřeby a potřeby bezpečí. Vyšší potřeby jsou potřeby růstu neboli metapotřeby. Sem patří potřeba sounáležitosti, uznání a seberealizace.

Fyziologické potřeby slouží k přežití. Lidé je chápou jako nutnost a pokud jsou satureovány automaticky a bezděčně, příliš se jimi nezabývají. Je to potřeba spánku, výživy, pohybu, kyslíku, vyprazdňování, čistoty a sexuální potřeba.

Potřeba jistoty a bezpečí nás nutí vyhnout se ohrožení. Řadíme sem důvěru, spolehlivost, nemít strach a úzkost, být chráněni a být ekonomicky zajištěni.

Potřeba lásky a sounáležitosti znamená někoho milovat a být milován, někomu náležet a být nakloněn.

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty vyjadřuje touhu po nezávislosti, respektu a kompetencích.

Potřeba seberealizace a sebeaktualizace je na vrcholu pyramidy, kdy realizujeme naše schopnosti a vytýčené cíle.

Lidé jsou zdraví, šťastní a výkonní, když uspokojují své základní potřeby.(1)

## **1.3 Poznání lidských potřeb**

Povolání všeobecné sestry patří mezi pomáhající profese. Dokud sestry tuto sociální roli nepřijmou a neujasní si své vlastní pocity, nemohou svoje povolání vykonávat pečlivě. (4)

Neobejdou se ani bez kvalitní komunikace, která jim pomáhá vytvořit kladný vztah k pacientovi a jeho rodině. Poznat a pochopit pacientovy potřeby a rozumět jeho komunikačním signálům patří mezi nejnáročnější úkoly ošetrovatelské péče. Každý pacient je osobnost, nehledě na jeho aktuální tělesný, mentální nebo duševní stav. Velký význam má začlenění příbuzných do péče. Na základě rozpoznání pacientovy potřeby naplánují

sestry ošetrovatelské intervence, které mu poskytnou jistotu a prostor pro orientaci. Jestliže zvolí nesprávné intervence, nabídnou pacientovi jinou formu péče.(7)

Dobrá spolupráce celého ošetrovatelského týmu na společném konceptu a návaznost rodiny vzbuzuje v klientovi pocit jistoty a důvěry.(8)

## 1.4 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Sestry se zabývají člověkem jako komplexní bytostí, bytostí bio-psycho-sociální. V holistickém pojetí to znamená, že člověk je organizovaná jednotka. Poruchou části celku dochází k poruše jiné části. Může však dojít i k poruše celého systému. Holismus pochází z řeckého Holos – celek.(1)

Dnešní moderní ošetrovatelství je zaměřeno na hodnocení, plánování a následné uspokojování potřeb ve zdraví i nemoci člověka. Účinnou metodou naplňování lidských potřeb je ošetrovatelský proces. Ten vyžaduje od zdravotníků patřičné znalosti, přizpůsobivost, zaujetí k práci a schopnosti určit potřeby.

Ošetrovatelský proces má několik fází. Jsou to shromažďování dat, diagnostika, plánování, realizace a zhodnocení. Všechny tyto činnosti spolu úzce souvisejí a neustále se prolínají. Pokud chce sestra dobře naplánovat ošetrovatelskou péči, musí umět vycházet s lidmi a získávat informace pro stanovení ošetrovatelských diagnóz.(6)

V diagnostice potřeb vycházíme ze subjektivních a objektivních příznaků pacienta. Při objektivním hodnocení klademe důraz na pozorování nemocného. Sledujeme jeho chování, verbální i neverbální komunikaci. Například člověk, který pláče, je úzkostný, bude mít pravděpodobně potřebu jistoty a bezpečí. Pacient, který má oschlé sliznice, snížený kožní turgor a hypotenzi, bude mít potřebu tekutin. Pacient, který nás neustále vyhledává a na něco se velmi často vyptává, bude mít potřebu komunikace, informací a sociálního kontaktu.(12)

Jednotlivé ošetrovatelské diagnózy mají vlastní číselný kód a jsou seskupeny v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA international (NorthAmericanAssociationforNursingDiagnosis International).

Ošetrovatelský problém nastane, je-li určitá potřeba zdravého nebo nemocného člověka v nepořádku. Existují tři typy ošetrovatelských diagnóz: aktuální, potenciaální, edukační. Pokud je potřeba dysfunkční, jedná se o diagnózu aktuální.

Potencionální diagnózu stanovíme, je-li klient ohrožen vznikem dysfunkce v potřebě. Edukační diagnózy jsou orientované na zlepšení zdraví. To znamená, že potřeba je funkční, ale podporou můžeme její fungování zlepšit.(10)

## **1.5 Nemocný a jeho potřeby**

Společným cílem zdravotnického týmu a nemocného je návrat ke zdraví. Aby uzdravovací proces probíhal bez komplikací, musí být nemocný v dobré psychické pohodě, musí mít dostatek spánku, podmínky pro hygienu a vyprazdňování a dostatečnou výživu. Zda jsou biogenní potřeby uspokojeny je většinou objektivní názor sestry, nemocný ale může vnímat něco jiného.

Pacient akceptuje svoji nemoc lépe a klidněji, pokud je informován o své léčbě, prognóze, vyšetřeních a účincích léků. Nevědomí a nejistota komplikuje naplnění potřeb primárních i sekundárních. Musíme respektovat pacientovu autonomii a zachovat jeho identitu, aby nebyl pohlcen rolí pacienta. Autonomii pacienta ve smyslu být svobodný docílíme tím, že budeme respektovat jeho přání, předchozí zkušenosti s nemocí a dáme mu možnost podílet se na léčbě.

Nemoc většinou negativně ovlivňuje uspokojování potřeb. Psychická odezva na neuspokojenou konkrétní potřebu se liší v závislosti na druhu onemocnění. Například neuspokojená potřeba výživy u pacientů po břišní operaci bude mít jiný vliv na psychiku, než u pacienta po operaci končetiny. V akutní fázi nemoci je nemocný odkázán na pomoc sestry. S postupným uzdravováním se snižuje i potřeba pomoci. Jakmile jsou satureovány fyziologické potřeby, vystupují do popředí potřeby jistoty a bezpečí. Potřebami vyšší úrovně se přechodně nezabývají.(1,4)

## **1.6 Proces naplnění potřeb**

Většinou každý jedinec je schopen v dobrém zdravotním stavu své základní biologické potřeby saturovat sám, bez pomoci druhých lidí. Mezi základní biologické potřeby také patří potřeba být bez bolesti. Jeli člověk zdravý, má bolesti občasné a nevýznamné.

Ve zdraví má jedinec možnosti i síly dosáhnout toho, o co usiluje, nebo snížit či zvýšit své nároky. Důležité je, že jeho snažení není omezeno nemocí.

Pro pochopení lidských potřeb v nemoci je důležité pokusit se zmapovat osobnost jedince před onemocněním (pohlaví, věk, vzdělání, prostředí, ve kterém žije, typ osobnosti, temperament, žebříček hodnot, zdravotní uvědomění). Posuzujeme i vliv předcházejících onemocnění a jaká byla úspěšnost léčby, forma onemocnění, přístup zdravotníků, léčebné a diagnostické zákroky.

Když se v našem životě objeví další situace spojená s nemocí, vrátí se nám naše vzpomínky. Prudká reakce nemusí souviset jen s aktuální situací.(4,3)

## **2 POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ**

Potřeba bezpečí a jistoty je druhou úrovní v Maslowově pyramidě potřeb. Maslow vyjádřil tuto potřebu jako „balík potřeb“, který se objeví aktuálně vždy, když jsou uspokojeny potřeby fyziologické. V tomto „balíku“ se ukrývá potřeba vyhnout se ohrožení, potřeba informací, potřeba důvěry, potřeba soběstačnosti, potřeba být zdravý, potřeba naděje a víry.

Důležitou úlohu v uvědomování si této potřeby hraje věk, neboť jsou velké rozdíly v reakci na její neuspokojení. Typická reakce je u dětí, které velmi těžce snášejí odloučení od rodiny, zejména matky. Prožívají negativně léčebné a diagnostické zákroky. Dítě v situaci ohrožení pláče, křičí a utíká. Dospělý člověk se adaptuje na nově vzniklou situaci svými kompenzačními mechanismy.(15)

Jistota a bezpečí jsou zakotveny v Listině základních lidských práv a svobod.

### **2.1 Potřeba bezpečí u hospitalizovaného pacienta**

Být v bezpečí je velmi důležitá potřeba pro každého člověka. V nemocnici však nabývá zcela jiných rozměrů. U nemocného jedince musíme vždy předpokládat ztrátu jistoty. Aby se cítil v bezpečí, musí být schopen předvídat situaci, která nastane. V ideálním případě musí dění kontrolovat. Potřebuje chápat situaci, ve které se ocitl, potřebuje znát prostředí, ve kterém je, potřebuje znát osoby, které se o něj budou starat. Je tedy zřejmé, že je v plnění této potřeby na prvním místě komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Pokud nemocný dostane na své otázky včas odpovědi, kterým rozumí, může se pacient spíše cítit v bezpečí, než pokud byl informován částečně nebo vůbec.

Aby si zdravotník získal důvěru pacienta, musí dodržovat své závazky, znát danou problematiku a poskytovat věrohodné informace. Jde např. o zachování mlčenlivosti. Sestra by měla být obhájkyňou klienta i jeho práv.(4,9)



## **2.2 Optimální léčebné prostředí**

V současné době jsou nemocnice navrhovány a budovány tak, aby vytvořily podmínky k poskytování léčebné péče co nejefektivnějším způsobem. Řada českých nemocnic již získala mezinárodně uznávaný certifikát či akreditaci, které zajišťují svým pacientům bezpečnou a kvalitní péči. Jednou z oceněných nemocnic je i Fakultní nemocnice v Plzni, která získala certifikát „Bezpečná nemocnice“ od hejtmana Kraje Vysočina. Úroveň léčebné péče těchto nemocnic je bezesporu srovnatelná s evropskými standardy. Bohužel pacient je v rámci uzdravovacího procesu rušen nepříznivými faktory prostředí, jejichž výsledkem je strach a úzkost klienta. Mezi rušivé faktory patří deprivace spánku, ztráta kontroly, nedostatek respektu pro lidskou důstojnost, pocit osamělosti, nekonečný hluk, nedostačující komunikace, nedostatek empatie a být svědkem utrpení a umírání jiných pacientů.(16)

## **2.3 Vliv prostředí na uzdravování**

Existují stovky výzkumných prací na téma „vliv prostředí na uzdravování“. Nejznámější z nich provedla profesorka Haya R. Rubin a její tým z JohnHopkins University v USA. Výsledky analýzy identifikují oblasti, které podporují proces uzdravování. Jednou z oblastí je přístup k přírodě. Tím je myšleno, aby měli pacienti pěkný výhled z okna, květinovou výzdobu, přirozené osvětlení, možnost projít se na balkon či dvorek. Další oblastí je mít více příležitostí k rozhodování. Oblast pozitivní distrakce zahrnuje akvária, fontány, umění, hudbu a podobně. Styk s rodinou a přáteli a empatický přístup personálu patří do sociální podpory. Poslední oblastí je redukce stresorů prostředí, jako jsou oslnění, hluk, pach a nekvalitní komunikace. Výsledky této výzkumné práce ovlivnily zdravotníky z JohnHopkins University natolik, že se stali průkopníky projektu Planetree. Cílem projektu je vytvořit optimální léčebné prostředí. Planetree je anglický výraz pro platan. Podle legendy připomínal Hippokrates pod platanem svým studentům, aby nezapomínali na kvalitní prostředí, ve kterém budou léčit své pacienty. Přestože se v posledním desetiletí často hovoří o uzdravujícím prostředí, je tato myšlenka stará více než 2000 let.

Filosofii projektu přijaly stovky nemocnic. Najdeme je v USA, Anglii, Německu, Australii a Kanadě. V České republice není v současnosti do projektu Planetree zapojena žádná z nemocnic, avšak řada zdravotnických zařízení se snaží vytvořit péči a prostředí s lidskou tváří.(16)

## **2.4 Kvalitní ošetrovatelská péče**

V úsilí o zabezpečení kvalitní péče je zapotřebí definovat, co se pokládá za dobrou, standartní kvalitní péči. Péče je vyjadřovaná ve standardech, podle kterých se poskytuje.

Ošetrovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče. Určují závaznou normu a umožňují objektivně zhodnotit ošetrovatelskou péči. Poskytují pocit jistoty a bezpečí nemocným, kteří mají zabezpečený minimální standard kvalitní péče.(17)

Ke zkvalitňování léčebné a ošetrovatelské péče včetně zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních, slouží řízení kvality založené buď na certifikaci dle normy ISO nebo na akreditaci národní či mezinárodní.(18)

Nástrojem zajišťujícím kvalitu procesů je zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Toto hodnocení je v České republice stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a s ním související vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Tyto předpisy mají za cíl legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s EU a SZO. Jestliže úroveň poskytovaných zdravotních služeb vyhovuje požadavkům výše uvedeného zákona a vyhlášky, vydá oprávněná osoba certifikát kvality a bezpečí, který je završením komplexního hodnocení úrovně poskytovaných zdravotních služeb.(26)

## **2.5 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí**

Někteří nemocní ztrácejí během pobytu v nemocnici pocit bezpečí. Důvodem může být nedostatek informací, obavy z výkonů, z infaustní diagnózy, z bolesti nebo nedůvěra ve zdravotnický personál. Jiní nemocní naopak pocít jistoty a bezpečí v nemocnici nacházejí, neboť se v domácím prostředí cítí ohroženi.

Biologicko-fyziologické faktory hrají významnou roli ve vztahu k potřebě jistoty a bezpečí. Zahrnují věk a vývojové stádium jedince, funkci orgánových systémů, způsoby zvládání stresových situací a adaptační mechanismy.

Psychicko-duchovní faktory jsou určující ve způsobu uspokojování potřeby jistoty a bezpečí. Patří sem osobnost člověka, vlastnosti, vlohy, schopnosti, láska, vážnost a úcta.

Sociálně-kulturní faktory zahrnují socializaci, postavení člověka v zaměstnání, v rodině, mezilidské vztahy, plnění rolí, ekonomické zajištění a hodnotový systém.

Faktory životního prostředí ovlivňují naše bezpečí. Zhoršením životního prostředí se svět stává pro lidi nebezpečný. Řadíme sem techniku, chemii, záření, drogy.(1)

## **2.6 Psychická odezva neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí**

Pacient neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí pocítuje jako ohrožení. Dochází u něj k narušení životní rovnováhy, psychickému a fyzickému strádání. Pocit jistoty a bezpečí vystřídá strach, úzkost, hněv smutek.

*„Strach je možné definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, která v jedinci vyvolá obavu z ohrožení, je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obranou funkci.“(21, s. 235)*

Prožívání strachu je závislé na věku, na naší toleranci vůči vyvolávajícím podnětům a na tom, jsme-li schopni určit jeho začátek a konec.

*„Úzkost je nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama.“(21, s.237).*

*„Hněv je specificky lidská emoce, prožitkově a ve svém projevu interkulturálně velmi podobná a proto lze předpokládat její vrozené základy. Obvykle předchází lidskému agresivnímu projevu a bývá jeho podmínkou, ten však nemusí být přítomen. Člověk pocítuje hněv zvláště tehdy, jestliže se ho druhý jedinec něčím dotkne.“(21, s. 257)*

Hněv je reakcí na frustraci, jehož znakem je fyzická a verbální agrese. Vystupňovaný hněv otupuje vědomí a desorganizuje jeho intelektovou činnost. Projevuje se vztekem, zuřivostí a běsněním.

Smutek je reakcí na ztrátu nějaké hodnoty projevující se pláčem. Doprovázen může být také strachem, pocitem viny, hněvem a vzpourou.(1)

## **2.7 Efektivní zvládnutí psychické odezvy**

Z hlediska efektivního zvládnutí psychických změn by se sestra měla zaměřit na následující činnosti. Ptát se na pocity nemocného a pobízet ho, aby byl schopný je slovně vyjádřit. Naslouchat se zájmem, úctou a respektem. Mluvit jasně, srozumitelně s projevem trpělivosti. Neprojevovat vlastní úzkost, zlost, nebo pocit ohrožení. Eliminovat rušivé vlivy prostředí. Dovolit pacientovi projevit emoce a podporovat ho v aktivitách, které mu odpoutají pozornost od problému. Ujistit ho, že je v bezpečí. Pokud je potřeba, požádat o pastorační pomoc.(24)

## **3 KOMUNIKACE JAKO NÁSTROJ USPOKOJOVÁNÍ POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ**

Člověk je sociální bytost, která má potřebu akceptace a kontaktů. Komunikace slouží jako nástroj při uspokojování potřeb. Pro většinu nemocných je největším problémem nedostatek informací. Proto navázání a udržení kontaktu poskytuje nemocnému velkou oporu a pocit jistoty.

V ošetrovatelské péči bychom vědomou a záměrnou komunikací měli klientovi sdělit potřebné informace a získat jeho důvěru. Důvěru si můžeme vybudovat vhodným přístupem a informováním o aktivitách, které vykonáváme u lůžka pacienta.

Při komunikaci musíme věnovat pozornost nejen vhodně zvoleným slovům, ale i paralingvistickým prvkům jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu a intonace. Hovor vždy přizpůsobujeme reakcím nemocného.(3, 8)

### **3.1 Komunikace s pacientem**

Předpokladem pro fungování mezilidských vztahů je komunikace. Zvláštním projevem sociální komunikace je komunikace v ošetrovatelství, kdy sestra zastává roli komunikátorky i edukátorky. Kvalitní ošetrovatelskou péči nelze bez komunikace poskytnout.(11)

Od sestry se očekává, že je dobrým psychologem, pedagogem, ale hlavně trpělivým a laskavým člověkem. Měla by se přívětivě chovat k pacientům i k rodinným příslušníkům. Někdy to může být velmi složité, protože názory pacientů se nemusí shodovat s názory příbuzných.(20)

Vztah mezi pacientem a sestrou je osobitým druhem mezilidského vztahu. Tento vztah je velmi významný. Sestra tráví s pacientem v přímém kontaktu spoustu času. Kontakt musí být v první řadě individuální a je nezbytné brát v úvahu pacientovu úroveň vzdělání, inteligenci a sociální prostředí, ze kterého pochází.(17)

S hospitalizací nastává u nemocného řada změn. Jsou to změny sociální, tělesné a psychické. Některé tělesné změny ovlivní u nemocného možnost komunikovat. Pak je

nutné vypracovat nový způsob dorozumívání pomocí tabulky s písmeny, psanou formou nebo s využitím počítače. Psychické změny souvisejí s ohrožením, se změnou role a zvýrazněním osobnostních rysů dlouhodobou zátěží a frustrací. Emoční reakce pacienta jako jsou strach, úzkost, pláč, agresivita, smutek, působí zdravotníkům při komunikaci problémy.(3)

Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Něco sdělujeme pohledem, něco podáním ruky, něco postojem. Něco také sdělujeme tím, že se člověku vyhneme a nevěnujeme mu pozornost. Nemocní často vyjadřují neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí neverbálně. Proto velice záleží na komunikačních a pozorovacích schopnostech sestry.(1)

Mezi osobnostní rysy sestry patří umění naslouchat a být empatický. Naslouchání je neverbální komunikační dovednost. Znamená aktivně vnímat nejen obsah a způsob sdělení, ale také mimiku a pohyby. Naslouchání je velice náročné, neboť nejde jen o vnímání slov. Jde především o vycítění a vystižení toho, co nám pacient chce. Je to poznání frustrací, do kterých se pacient dostal po té, co jeho snahy uspokojit potřeby byly zmařeny.(9)

### **3.2 Komunikace s rodinou nemocného**

Nemoc nepostihne jenom pacienta, ale také celou jeho rodinu. Blízcí příbuzní se cítí nejistí, pokud neví, co se s nemocným děje a nemají dostatek informací. Rodina poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu. Poskytuje pacientovi psychickou a fyzickou podporu, chrání ho a připravuje domácí prostředí pro další péči.

Doménou sester je edukace rodiny. Naučí je dietním opatřením, režimovým opatřením, vhodné komunikační technice. Sestra by měla být rodině oporou a umožnit jí komunikaci s lékařem. Měla by rodinu pozitivně motivovat, nikdy však slibovat nesplnitelné.

Účinná edukace začíná posouzením toho, co se příbuzní potřebují dozvědět a také posouzení vhodných způsobů poskytování informací. Měla by obsahovat informace, které jsou důležité v průběhu poskytování zdravotní péče, jako i po jejím skončení a přeložení pacienta do jiného zařízení anebo po propuštění.(11,24)

### 3.3 Evalvační a devalvační prvky v kontaktu s pacientem

Hospitalizace představuje velkou neznámou a zároveň obrovskou zátěž pro somatickou, psychickou, ale i sociální stránku holisticky vnímané osobnosti nemocného jedince, které jsou izolací na ošetrovací jednotce narušené. Pocity nemocného pacienta jsou ovlivněny depersonalizací, neosobním zacházením, nízkou informovaností, soustředěním zájmu zdravotníků jen na zdravotní potřeby pacienta a podobně. Při nepřítomnosti příbuzných se pacienti obrací na sestru, od které očekávají podporu, pomoc, pocit bezpečí a jistoty.

Pro zabezpečení pocitu jistoty, bezpečí a podpory při plnění nové nepoznané role pacienta mají komunikační dovednosti sestry velký význam. Základem vzájemné interakce je povzbuzení, vyjádření úcty a respektu. Prvky chování, které prokazují úctu, respekt a uznání pacientům, a na které by měly sestry v kontaktu s nimi klást důraz, jsou prvky evalvační. Sestra může evalvovat pacienty různými způsoby. Základem je dodržování nejjednodušších pravidel slušného chování, například pozdrav a odpověď na něj. Aktivní úsilí o spolupráci, dodávání odvahy, pochvala a ocenění velmi podpoří pacienta a sestru to stojí minimální úsilí. Interakce sestry s pacientem vyjadřuje schopnost empatie, trpělivosti a zájem vyslechnout ho.

Prvky devalvačního přístupu ze strany personálu těžce narušují psychiku a sebevědomí pacientů. To je třeba mít neustále na paměti. Patří sem nedostatek informací týkající se režimu na oddělení, nemoci, léčby a prognózy. Také projevy škodolibosti, kritiky nebo sekýrování. Velmi často se setkáváme se situací, kdy se nepřihlíží na intimitu, například během vizity. Devalvačně může působit i přehnané utěšování a chlácholení. Neproduktivní chování může vést až k iatrogenii.

Povolání zdravotníků je velmi náročné jak fyzicky tak psychicky. Kdokoli si vybere tuto cestu, musí si uvědomit, že on je pro tu pacienty a nikoli obráceně, ať už pomáhá vděčným a přizpůsobivým jedincům nebo nevděčným a problematickým.(14)

## 4 PŘEDEVŠÍM NEUBLÍŽIT

Především neublížit by mělo být krédem každého zdravotníka. Vždyť samotná podstata a smysl zdravotnického povolání je zajistit bezpečné poskytování péče. Všichni zdravotníci si musí přiznat, že jsou především lidmi s velkým potenciálem pro pochybení, bez ohledu na svoji pozici a vzdělání. Musíme se tedy zaměřit na to, jak zlepšit bezpečí pacientů a snížit rizika pochybení v ošetrovatelském procesu.(2)

### 4.1 Bezpečnostní kultura

Bezpečnostní kultura je činnost rozvíjená za účelem ochrany pacienta od újmy na zdraví následkem selhání systému péče. Jde o prostředí, ve kterém je absolutní prioritou zdravotníků bezpečnost pacientů. Neustále se hledají nové cesty, jak zlepšit bezpečnost celého systému péče. Nehledají se viníci omylů a chyb, ale zjišťuje se, proč selhaly obranné bariéry.

Kultura bezpečí se musí stát součástí myšlení a jednání všech zdravotníků. Petr Škrla (2005, str. 40) ve své knize uvádí výrok fyzika Maxe Plancka: *„Nové vědecké poznání nevítězí tím, že by přesvědčilo své oponenty, nebo že by jim usnadnilo vidět světlo. Vítězí trpělivým čekáním, až její oponenti vymřou. Nová generace s novým poznáním potíže nemá.“*

### 4.2 Pochybení, omyly a jejich prevence

Žádný lékař a sestra si nemohou zapamatovat všechny informace potřebné k výkonu svého povolání. Musí ale mít možnost získat potřebné informace tam, kde se očekává jejich využití pro učinění závažných rozhodnutí. Pak se možnost pochybení snižuje. Sestry se dopouštějí chyb častěji než jiné skupiny zaměstnanců. Je to přirozené, protože představují nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví.(2)

Mezi nejčastější nežádoucí události patří medikační chyby, chirurgická pochybení, chyby v diagnostice a infekce vzniklá v souvislosti s hospitalizací. Pro zajištění vyšší



bezpečnosti pacientů a kvality poskytované péče zavádí MZ systémová opatření. Jedním z těchto opatření je vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů. (viz příloha č. 2) Tyto cíle zahrnují doporučené postupy, které vedou ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob při poskytování zdravotní péče. Závazné jsou pro organizace, které přímo řídí MZ. Pro ostatní zdravotnická zařízení slouží jako doporučení, bez ohledu na jejich typ.(22)

Dalšími preventivními opatřeními se v České republice zabývá společnost Project HOPE, jejímž posláním je heslo Šance na zdraví pro lidi na celém světě. Hlavní činností společnosti je organizování vzdělávacích programů pro pracovníky ve zdravotnictví. V roce 2010 byl zahájen dvouletý program v oblasti bezpečí pacientů – Nil Nocere – ochrana pacientů před poškozením. Programu se zúčastnilo šestnáct nemocnic z České republiky včetně FN Plzeň. Účastníci v průběhu programu vypracovali projekty zaměřené na oblast bezpečí pacientů

v jejich nemocnicích, které nyní zavádějí do praxe. FN Plzeň pracovala na projektu Zvýšení kvality péče o pacienty zvýšením prevence nozokomiálních nákaz pacientů a jejich návštěv.(25)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

Potřeba jistoty a bezpečí patří mezi základní potřeby člověka. Přichází do popředí hned po uspokojení potřeb biologických. Zatímco biologické potřeby uspokojují sestry automaticky, na potřebu jistoty a bezpečí často zapomínají. Pacienti akceptují svoji nemoc a hospitalizaci lépe pokud mají tuto potřebu uspokojenou. Existují faktory, které ovlivňují potřebu jistoty a bezpečí. Sestry by měli tyto faktory znát a myslet na ně při poskytování ošetrovatelské péče. Důležitou roli v uspokojování potřeb hraje ošetrovatelský tým, který by měl být jednotný v názorech a měl mít společný cíl a tím je spokojený pacient. Práce jednoho člena by měla navazovat na práci druhého člena týmu.

Pro zjišťování problematiky uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení byl zvolen kvalitativní výzkum formou dotazování.

## **6 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU**

Cílem práce je zmapovat problematiku potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení z pohledu všeobecné sestry a z pohledu pacienta.

## 7 METODIKA

Pro zpracování praktické části této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly prováděné v průběhu roku 2012. Celkem bylo osloveno šest respondentů, z toho tři všeobecné sestry a tři pacienti z FN v Plzni. Všichni respondenti byli seznámeni, že jejich výpovědi budou zveřejněny, ale zcela anonymně. Rozhovory byly prováděné po ukončení hospitalizace pacientů v jejich domácím prostředí, kde mají větší pocit jistoty a bezpečí. Nejprve byly položeny identifikační otázky, pak následovaly otázky týkající se samotného problému. Rozhovory byly zaznamenány, následně přepsány a analyzovány. Analýza byla prováděna vzájemným porovnáním jednotlivých výpovědí, které obsahují zkušenosti sester a subjektivní pocity pacientů.

## 8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Mají sestry vědomosti týkající se uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?
2. Znájí sestry faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí?
3. Jakým způsobem sestry reagují na potřebu jistoty a bezpečí?
4. Jaké jsou pocity pacientů během hospitalizace?
5. Je nedostatek informací ovlivňujícím činitelem v uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

## 9 VZOREK RESPONDENTŮ

Zkoumaný soubor tvořilo šest respondentů rozdělených do dvou skupin. První výzkumný soubor tvořily tři sestry z Fakultní nemocnice v Plzni. První sestra z oddělení dlouhodobé intenzivní péče - DIP, jedna sestra z chirurgického oddělení a jedna sestra z interního oddělení. Druhou skupinou výzkumného souboru byli tři pacienti z těchto uvedených oddělení. Byl to jeden muž, dvě ženy, z toho jedna byla povoláním všeobecná sestra, pracující v intenzivní péči. Pacienti byli vybráni cíleně z oddělení, které jsou mně nejbližší. Sama pracuji na oddělení dlouhodobé intenzivní péče interní obor s chirurgickým s ním úzce souvisí. Proto mě zajímal názor sestry v porovnání s názorem pacienta z téhož oddělení.

# 10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

## 10.1 Rozhovor se sestrou a pacientem z intenzivní péče

### 10.1.1 Sestra

Oslovená sestra pracuje na oddělení DIP třetím rokem. Její délka praxe je 25 let. Má středoškolské vzdělání, které si rozšířila postgraduálním studiem v Brně v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní péče a certifikovaným kurzem bazální stimulace. Nyní studuje ošetřovatelství na vysoké škole v bakalářském programu.

Výzkumná otázka č. 1:

Mají sestry vědomosti týkající se uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

1. Domníváte se, že jsou Vaše vědomosti a dovednosti v hodnocení a uspokojování potřeby jistoty a bezpečí dostatečné?

*Snažím se, aby byly, ale vždy je co zlepšovat.*

2. Absolvovala jste v poslední době nějaký seminář zaměřený na potřeby pacientů?

*Ne žádný.*

3. Uvítala byste další vzdělávání zaměřené na potřeby pacientů?

*Pokud by se jednalo o zajímavý, přínosný kurz, kde bychom se dozvěděly něco nového nebo by byl prováděn netradičním způsobem, tak ano. Některá školení jsou totiž přednesena tak nudným způsobem, že na ně nikdo nechce chodit.*

Výzkumná otázka č.2:

Znají sestry faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

4. Co nejvíce ovlivňuje jistotu a bezpečí hospitalizovaných pacientů?

*Myslím, že je to kontakt s rodinou, aby věděli, že je doma vše v pořádku. Pak je to dostatek informací, aby nebyl pacient vyděšen z léčby a výkonů. Měl by nás znát jménem, abychom pro něj nebyli cizí lidé. Také prostředí je důležité. To znamená hluk, osvětlení, vybavení oddělení a režim oddělení. A hlavně je to personál. Záleží na tom jak je empatický, jak komunikuje a jaké má zkušenosti.*

5. Jak zjišťujete u pacienta tuto potřebu?

*Zeptám se pacienta, co ho trápí. Takže hlavně rozhovorem a pozorováním. Někdy sestra vypozeruje věci, které lékařům unikají.*

6. Myslíte si, že bolest a její léčba ovlivňuje pocit jistoty a bezpečí?

*Samozřejmě. Pacient, který má bolest a nedokáže ji sám ovlivnit, se cítí nepříjemně a může reagovat nepřiměřeně. Může být až agresivní.*

7. Má hygiena rukou vliv na bezpečí pacientů?

*Určitě, ruce jsou největším zdrojem infekce. Hygiena je důležitá jak u zdravotníků, tak i u pacientů. Když se bude dodržovat, mohou se cítit pacienti bezpečně.*

8. Ovlivňuje identifikační náramek bezpečí pacienta?

*Ano. U nás leží pacienti, kteří nemohou mluvit, proto je důležité totožnost kontrolovat, aby nedošlo k záměně.*



Výzkumná otázka č. 3:

Jakým způsobem sestry reagují na potřebu jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

9. Co děláte pro to, aby Váš pacient byl spokojený a vyrovnaný?

*Umožníme mu návštěvy, vyzdobíme pokoje, zpříjemníme mu prostředí jeho fotografiemi a věcmi z domova, které má rád. Omezíme hluk na oddělení. Budeme dodržovat denní režim. Zajistíme orientaci v čase a prostoru, aby nebyl zmatený a vyděšený. Budeme s ním komunikovat, vše mu vysvětlíme. Ulevíme mu od bolesti, pokud nějakou má. A také umožníme kvalitní spánek.*

10. Jak často chodíte na pokoje pacientů?

*Podle potřeby. Snažím se pacienta navštěvovat co nejčastěji, zaměstnat ho a povzbudit. Nechodím tam jen plnit ordinace. Jsme intenzivní péče, takže pacient je neustále monitorován.*

11. Jak hodnotíte prostředí Vašeho oddělení?

*Naše oddělení je poměrně nové, je otevřené necelé tři roky a při jeho výstavbě se kladl důraz na bezpečnost pacientů. Prostor je příjemné, veselé barvy, pokoje jsou vybaveny televizí, DVD přehrávačem, klimatizací a polohovatelným lůžkem s antidekubitní matrací. I přesto, že jsou u nás pacienti dlouhodobě, snažíme se, aby se cítili dobře. Součástí oddělení je hostinský pokoj, kde mohou příbuzní přespát.*

12. Informujete nemocného před jednotlivými úkony?

*Ano informuji, protože tím eliminuji jeho stres. Mně by se také nelíbilo, kdyby někdo přišel a píchnul do mě jehlu bez varování. Je to hodně důležité.*

Doplňková otázka:

Jak vnímáte komunikaci s pacientem na oddělení DIP?

*S našimi pacienty je komunikace obtížná. Dorozumíváme se odezíráním ze rtů, pomocí tabulky s abecedou, písemně na papír nebo fixem na mazací tabulku. Máme k dispozici i piktogramy. Přesto jim někdy nejsme schopni porozumět. Pacienti jsou pak podráždění a naštvaní. S pacienty se zhoršeným vědomím komunikujeme pomocí doteků, pohybu a vnímání.*

13. Je důležitý pro pacienta kontakt s rodinou a snažíte se jej umožnit?

*Ano. Kontakt s rodinou je velice důležitý. Posiluje to u pacienta pocit jistoty a bezpečí v cizím prostředí. Myslím si, že pokud umožníme kontakt s rodinou, stává se pacient otevřenější a vstřícnější vůči nám a ošetřujícímu personálu. Také pro rodinu je to přínosné. Dozvědí se informace o stavu svého blízkého*

*a jsou pak klidnější. U nás je možnost neomezených návštěv po vzájemné domluvě. Vždy se snažíme zapojit rodinu do ošetrovatelské péče. Učíme je, jak mají přistupovat k pacientům v bezvědomí. Požádáme je, aby přinesli osobní věci, nebo jídlo, které má jejich blízký rád. Návštěvy jsou důležité pro pacienta i pro nás. Pokud jejich blízký umírá, mají možnost, být mu neustále na blízku.*

### 10.1.2 Pacient

Devatenáctiletá pacientka, studentka, byla nejprve hospitalizovaná v nemocnici v Praze, kde došlo k vážné hyponatrémii s následným bezvědomím. Na dlouhodobou intenzivní péči byla přeložena po domluvě rodičů, stále v bezvědomí. Dýchala pomocí ventilátoru přes tracheostomickou kanylu. Postupem času nabyla plné vědomí, kdy se zjistilo, že neslyší. I po zrušení tracheostomické kanyly byla komunikace s ní obtížná. Následkem nemoci měla velmi omezenou hybnost a vážné kontraktury na dolních končetinách. Pomocí bazální stimulace, rehabilitace a přístupu zdravotnického personálu se její stav natolik zlepšil, že byla po dvou měsících propuštěna do domácího ošetřování. Nyní jezdí na invalidním vozíku, sluch se zlepšil, řeč je zhoršená a i přesto všechno žije normální život.

Výzkumná otázka č. 4:

Jaké jsou pocity pacientů během hospitalizace?

Otázky z rozhovoru:

1. Jak na Vás působilo prostředí oddělení, kde jste byla hospitalizovaná?  
*V Plzni svým způsobem uklidňující. Pokoj byl žlutě vymalovaný, vyzdobený slunečnicemi. Sice tam byla spousta přístrojů, ale i tak byl pokoj útulný. Po domluvě se sestřičkami mi rodiče přinesli moje oblíbené věci, fotografie a kosmetiku, kterou ráda používám. Měla jsem na pokoji nástěnku, kam mi připínali fotografie a vzkazy. Za to v Praze horor.*
2. Cítila jste během pobytu v nemocnici pocit jistoty a bezpečí?  
*Na tomto oddělení ano.*
3. Co nejvíce ovlivnilo tento pocit?  
*Úžasný personál a přítomnost mojí rodiny.*

Doplňková otázka:

V Praze to bylo jiné?

*To rozhodně bylo. Šílený přístup personálu, nic jsem nevěděla. Chyběli mi rodiče.*

4. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

*Byl na vysoké úrovni, jak odborně, tak i po lidské stránce. Všichni byli příjemní, snažili se mě rozveselit. Pomáhali mi a když měli volnou chvíli, hráli se mnou člověče. Všem jsem důvěřovala.*

5. Ke které zdravotnické profesi jste měla největší důvěru?

*Nedokážu to posoudit, asi ke všem, kdo se o mě staral.*

6. Bral ošetřující personál ohled na intimitu?

*Ano. A když mě vozili do koupelny, tak se mě ptali, jestli mi vadí přítomnost sanitáře.*

7. Ovlivňovala bolest Vaše pocity?

*Ano určitě.*

8. Respektoval ošetřující personál Vaši bolest a snažil se Vám pomoci?

*Ano a ne jednou. Bolesti jsem měla hlavně při cvičení. Nalepili mi na paži opiátovou náplast, aby se to zmírnilo. Při polohování se snažili najít co nejlepší polohu, aby to bylo pro mě pohodlné.*

9. Chodili za Vámi na návštěvu Vaši blízcí, a co to pro Vás znamenalo?

*Ano, mohli za mnou přijít kdykoliv. Těšila jsem se na ně a čas rychleji utikal.*

Výzkumná otázka č. 5:

Je nedostatek informací ovlivňujícím činitelem v uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

10. Byla jste dostatečně informovaná o nemoci, léčbě a výkonech?

*Moje rodina ano. Já jsem se probrala po dvou měsících z komatu.*

Doplňkové otázka:

Jak jste se cítila?

*Nevěděla jsem, co se děje. Byla jsem vyděšená, zmatená a navíc jsem nic neslyšela.*

Jak jste vnímala komunikaci se zdravotnickým personálem?

*Všichni byli velice ochotní. Neustále na mě mluvili a já jim nerozuměla, protože jsem neslyšela, ale všimli si toho. Tak jsme si dopisovali, buď na papír, nebo na tabulku. Rozuměla jsem jejich slovům, když dobře artikulovali. Ráno, když bylo ještě zhasnuto a přišla sestra na pokoj, chytla mě za ruku, abych se nelekla a mohla se v klidu probrat.*

11. Uměl Vám ošetřující personál pomoci či poradit, pokud jste něčemu nerozuměla?

*Ano vždycky.*

12. Kdo Vám poskytoval nejvíce informací?

*Když někdo přišel ke mně na pokoj, vždycky se mi nějakým způsobem snažil vysvětlit, co jde dělat. Ani jsem neměla potřebu se ptát, protože mě informovali o všem. Paní doktorka, sestřičky i ostatní zaměstnanci.*

## 10.2 Rozhovor se sestrou a pacientem z chirurgického oddělení

### 10.2.1 Sestra

Tato sestra pracuje na chirurgickém oddělení 15 let. Má středoškolské vzdělání. Minimálně třikrát ročně se účastní různých seminářů.

Výzkumná otázka č. 1:

Mají sestry vědomosti týkající se uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

1. Domníváte se, že jsou Vaše vědomosti a dovednosti v hodnocení a uspokojování potřeby jistoty a bezpečí dostatečné?

*Řekla bych, že ano, ale je zapotřebí je stále prohlubovat a hlavně chtít je prohlubovat. Opakování je matka moudrosti.*

2. Absolvovala jste v poslední době nějaký seminář zaměřený na potřeby pacientů?

*Semináře jsem absolvovala, ale žádný nebyl zaměřený na potřeby pacientů.*

3. Uvítala byste další vzdělávání zaměřené na potřeby pacientů?

*Jistě, některé sestry na potřeby pacientů nemyslí. Je to takové téma, které by měly znát všechny sestry, protože z potřeb vychází ošetřovatelský plán.*

Výzkumná otázka č. 2:

Znají sestry faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

4. Co nejvíce ovlivňuje jistotu a bezpečí hospitalizovaných pacientů?

*Určitě je to komunikace sestry s pacientem, pravidelný kontakt a empatie. Tím, že se sestra maximálně věnuje pacientovi, získává jeho důvěru. Dále ovlivňuje hluk.*

5. Jak zjišťujete u pacienta tuto potřebu?

*Zpětnou vazbou získám informace o tom, zda všemu rozumí a jestli něco nepotřebuje.*

6. Myslíte si, že bolest a její léčba ovlivňuje pocit jistoty a bezpečí?

*Určitě. Pacientovi musíme tlumit bolest, hlavně po operaci. Na to má nárok první tři dny. Pacient se cítí jistě, když ví, že bude zbaven bolesti.*

7. Má hygiena rukou vliv na bezpečí pacientů?

*Samozřejmě, je to předcházení nozokomiálních nákaz. Pacient bude spokojený, pokud mu podám čistou ruku.*

8. Ovlivňuje identifikační náramek bezpečí pacientů?

*Jistě. Je to důležité kvůli záměně pacientů.*

Výzkumná otázka č. 3:

Jakým způsobem sestry reagují na potřebu jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

9. Co děláte pro to, aby Váš pacient byl spokojený a vyrovnaný?

*Hlavně si na něj udělám čas. Dám mu prostor pro otázky. Seznámím ho s chodem oddělení, s pacienty na pokoji, aby nepřišel do cizího prostředí. Aby netrpěl bolestí, nabídnu mu léky dle ordinace a ukážu mu úlevovou polohu.*

10. Jak často chodíte na pokoje pacientů?

*Dost často, určitě dvakrát za hodinu. O noční obcházím pokoje jedenkrát za hodinu. Pacienti jsou spokojení a mají pocit jistoty, že o ně má někdo zájem. Občas si jdu jen popovídat.*

11. Jak hodnotíte prostředí Vašeho oddělení?

*Není špatné, některé věci jako třeba dlaždice, jsou zastaralé, ale máme nově barevně vymalováno. To působí vesele. Také máme novou jídelnu s televizí. Co se týče bezpečnosti, je vyhovující.*

12. Informujete nemocného před jednotlivými úkony?

*Ano, musíme mu vysvětlit vše, co u něj provádíme, aby nebyl vystrašený. Ale samozřejmě v mezích normy dle kompetencí. Pacienti mi říkají, že jsem jediná, která s nimi takhle komunikuje.*

13. Je důležitý pro pacienta kontakt s rodinou a snažíte se jej umožnit?

*Určitě ano. Je to psychická podpora. Já když jsem byla hospitalizovaná, tak za mnou chodil manžel dvakrát denně a vždy jsem se na něj těšila. Člověk přijde na jiné myšlenky a rychleji to utíká.*



## 10.2.2 Pacient

Tato pacientka je povoláním všeobecná sestra pracující v intenzivní péči. Je jí 27 let. Po porodu syna byla čtyřikrát hospitalizovaná. Poprvé tři týdny po porodu se zánětem slepého střeva po dobu čtyři dny. Pak na sedm dní v pátém týdnu po porodu s abscesem prsu. Po deseti měsících ji operovali pro zánět žlučníku, kdy pobyt trval čtyři dny. Týden po propuštění byla opět hospitalizovaná pro neprůchodnost žlučových cest na tři dny.

Výzkumná otázka č. 4:

Jaké jsou pocity pacientů během hospitalizace?

Otázky z rozhovoru:

1. Jak na Vás působilo prostředí oddělení, kde jste byla hospitalizovaná?

*Nemocnice měla novou fasádu. Chodby staré, dlaždičky oprýskané, okopané rohy, zřejmě z běžného provozu. Operační sál byl pěkný, čistý. Pokoj nic moc. Výjimkou byl nadstandardní pokoj. Koupelna na pokoji byla strašná. Oloupané dlaždičky, utržené splachovátka na záchodě. Ale bylo mi tak zle a tak moc jsem chtěla domů a být zdravá, že tohle všechno jsou jen malichernosti.*

Doplňková otázka:

Ovlivnilo to Váš názor na kvalitu péče?

*Říkala jsem si, že nemají spravený záchod a chtějí mě uzdravit! I v krásné nemocnici s televizí na pokoji můžete narazit na nepříjemný personál. Pak budete raději v té staré bez televize a budete vděční za vlídné slovo, podporu a pomoc.*

2. Cítila jste během pobytu v nemocnici pocit jistoty a bezpečí?

*Jak se to vezme. Při mé druhé hospitalizaci jsem pocit bezpečí neměla, z nikoho a ničeho. Stýskalo se mi po synovi, hormony se ve mně bouřily. Pocit nejistoty ve mě vyvolávalo hlavně odloučení od rodiny a hlavně od dítěte. Ale sestřičky mě utěšovaly.*

3. Co nejvíce ovlivnilo tento pocit?  
*Asi závažnost onemocnění a přístup personálu. Také záleží na spolupacientkách.*
4. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?  
*Spokojená jsem celkem byla. Jsem člověk, kterému když se něco nelíbí, tak to řekne. Pokud jsem měla problém, vyřešila jsem si ho. Ale jinak na oddělení byly celkem fajn sestřičky, které uměly a věděly jak mi pomoci.*
5. Ke které zdravotnické profesi jste měla největší důvěru?  
*Byla to sestra. Vždy mě uklidnila vlídným slovem.*
6. Bral ošetřující personál ohled na intimitu?  
*No to už je horší, na pokoji jsem nebyla sama. Slyšela jsem, jak mě označují ten slepák na trojce. Ale je to vše o vybavení. Pokoje jsou malé na to, aby tam šla dát zástěna. Sestra se tam nevešla s tím vozíkem na převazy a fůrou doktorů. Vždy mě ale oslovovali jménem a snažili se, aby ostatní pacientky neměly výhled.*
7. Ovlivňovala bolest Vaše pocity?  
*Určitě, ale nejvíce ta psychická. Byla jsem nešťastná, že jsem od svého dítěte. Bolest z rány byla také hrozná, ale v kombinaci obou to bylo peklo. Chovala jsem se podrážděně.*
8. Respektoval ošetřující personál Vaši bolest a snažil se Vám pomoci?  
*Ano, sestry byly v tomhle ohledu skvělé. Neustále mi měnily ledy, říkaly, jak si mám lehnout, aby to nebolelo. Nabízely mi léky na bolest, které jsem většinou odmítala. Měly se mnou dost trpělivost. Rozhodně to nezlehčovaly. V tomhle ohledu byly profesionálky.*
9. Chodili za Vámi na návštěvu Vaši blízcí, a co to pro Vás znamenalo?  
*Ano. Bez nich bych to asi nevydržela. Vždy, když se otevřely dveře a v nich se objevil známý obličej s úsměvem, byl to pro mě hnací motor. Cítila jsem, že*

*všebude brzo v pořádku a já půjdu domů za svým synem. Bylo mi hrozně líto těch, za kterými nikdo nechodil.*

Doplňková otázka:

Kontroloval personál Vaši totožnost dle identifikačního náramku?

*S kontrolou jsem se nesešla. Ani se nekoukali a ani se neptali. Vždy jen řekli jméno a čekali, kdo se ozve. Zvláště lékaři.*

Dodržoval personál hygienu rukou?

*Jako zdravotník jsem si obzvlášť všímala, zda si sestry a lékaři myjí ruce. Ale často se to nestávalo. Hlavně lékaři osahali břicho ostatním pacientkám a pak se hned vrhli na mě. Sestry byly více opatrné na přenos infekce.*

Výzkumná otázka č. 5:

Je nedostatek informací ovlivňujícím činitelem v uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

10. Byla jste dostatečně informovaná o nemoci, léčbě a výkonech?

*Ano. Při příjmu jsem měla štěstí na staršího doktora. Vše mi vysvětlil, pověděl mi, jak to bude dál probíhat na sále a až se vzbudím, budu mít drén. Pak mi pověděl, že mi budou muset ukončit laktaci pomocí nějakých prášků. Cítila jsem se lépe, když jsem věděla, co se bude dít.*

11. Uměl Vám ošetřující personál pomoci či poradit, pokud jste něčemu nerozuměla?

*Záleží, na koho natrefíte. Byli sestry a lékaři, kteří měli trpělivost mě vyslechnout a zmírnit mé obavy. Byli i zaměstnanci, kteří si mysleli, že si vymýšlím a hledám problém tam, kde není. Ale těch trpělivých bylo víc. Znovu připomínám, že jsem byla ovlivněna hormony po porodu.*

12. Kdo Vám poskytoval nejvíce informací?

*Každý podle svých kompetencí. Sestry i lékaři.*

## 10.3 Rozhovor se sestrou a pacientem z interního oddělení

### 10.3.1 Sestra

Oslovená sestra pracuje na interním oddělení 5 let. Má středoškolské vzdělání, které si chce v budoucnu rozšířit o bakalářské studium.

Výzkumná otázka č. 1:

Mají sestry vědomosti týkající se uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

1. Domníváte se, že jsou Vaše vědomosti a dovednosti v hodnocení a uspokojování potřeby jistoty a bezpečí dostatečné?

*Vždy je co zlepšovat. Snažím se stále zdokonalovat. Stále se dotazuji pacientů na potřeby. Na základě potřeb stanovuji ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán.*

2. Absolvovala jste v poslední době nějaký seminář zaměřený na potřeby pacientů?

*Ne. Nikdy.*

3. Uvítala byste další vzdělávání zaměřené na potřeby pacientů?

*Ano uvítala. Někdy je těžké potřeby odhalit a určitě existují nějaké nové poznatky, jakým způsobem je uspokojovat.*

Výzkumná otázka č. 2:

Znají sestry faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

4. Co nejvíce ovlivňuje jistotu a bezpečí hospitalizovaných pacientů?

*Kontakt s rodinou i personálem. Útulné pokoje v rámci možností. Potlačit pocit anonymity. Klidné prostředí, přítomnost osobních věcí a dostatečný přísun informací. Informací nejen o nemoci, ale i o tom, co se děje za zdí nemocnice.*

5. Jak zjišťujete u pacienta tuto potřebu?

*Zeptám se ho a sleduji, jak se chová mezi ostatními pacienty.*

6. Myslíte si, že bolest a její léčba ovlivňuje pocit jistoty a bezpečí?

*Rozhodně ano, každý se bojí bolesti a neumí ji ovlivnit. Může se chovat nepřiměřeně.*

7. Má hygiena rukou vliv na bezpečí pacientů?

*Ano má. Když pacient vidí, že se před ním umyji tak ví, že ho chráním. Snižuji přenos nozokomiálních nákaz.*

8. Ovlivňuje identifikační náramek bezpečí pacientů?

*Rozhodně ano.*

Doplňková otázka:

Kdy provádíte kontrolu?

*Vždy, když jdu něco provádět k pacientovi.*

Výzkumná otázka č. 3:

Jakým způsobem sestry reagují na potřebu jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

9. Co děláte pro to, aby Váš pacient byl spokojený a vyrovnaný?

*V době návštěv se snažíme nerušit. Dodržujeme pravidelný denní režim a klid. Informujeme pacienta. Útulné prostředí. Jsme s pacientem v kontaktu.*

10. Jak často chodíte na pokoje pacientů?

*V noci po dvou hodinách a přes den dle potřeby při plnění ordinací, nebo jednou za hodinu. Myslím, že to takhle stačí.*

11. Jak hodnotíte prostředí Vašeho oddělení?

*Naše oddělení je již starší, ale i tak je dostatečně bezpečné. Jen by se mohly rozšířit dveře na záchod. Když pomáháme nemocným, nevejdeme se. Uvítala bych madla po celé délce chodby a výraznější označení pokojů ve výšce očí. Starší lidé hůře vidí. Sprchy jsou vybaveny protiskluzovou podlahou. V noci je zajištěno noční osvětlení.*

12. Informujete nemocného před jednotlivými úkony?

*Ano, snažím se pacienty srozumitelně informovat a pokládám kontrolní otázku, zda rozumí. Někdy je to těžké.*

13. Je důležitý pro pacienta kontakt s rodinou a snažíte se jej umožnit?

*Ano samozřejmě. Na interním oddělení jsou většinou déle hospitalizovaní a kontakt s rodinou pozitivně působí na přijetí léčby a její dodržování. Tím se zkrátí doba pobytu.*

### 10.3.2 Pacient

Oslovený pacient byl hospitalizovaný na interním oddělení z důvodu biopsie jater. Hospitalizace trvala 3 dny. Je to podnikatel, 32 let. Pacient se po výkonu nesměl 24 hodin hýbat. Ležel pouze rovně na zádech.

Výzkumná otázka č. 4:

Jaké jsou pocity pacientů během hospitalizace?

Otázky z rozhovoru:

1. Jak na Vás působilo prostředí oddělení, kde jste byla hospitalizovaný?

*Působilo na mě značně opotřebovaně a depresivně. Hlavou mě proběhla myšlenka, jaká asi bude péče.*

2. Cítil jste během pobytu v nemocnici pocit jistoty a bezpečí?

*Necítil, v žádném případě. Byl to absolutní pocit nejistoty.*

3. Co nejvíce ovlivnilo tento pocit?

*To, že jsem u sebe neměl telefon, ani signalizační zařízení. Měl jsem pocit, že když budu potřebovat, nikoho se nedovolám. Nemohl jsem se po výkonu hýbat, cítil jsem se bezradný. Chyběla mi soběstačnost. Vadilo mi, že jsem na někom závislý.*

Doplňková otázka:

Co by přispělo k Vaší větší psychické pohodě?

*Častější návštěvy komunikujícího personálu, na který se mohu kdykoliv obrátit.*

4. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

*Katastrofa. Sestru jsem viděl pouze při měření teploty, a když mi přinesla oběd. Ten položila na stůl, který byl mimo můj dosah. Pak ho zase nedotčený odnesla. Do příchodu rodiny jsem nic nejedl, ani nepil. O bažanta jsem si musel říci a stejně ho pověsily tam, kam jsem nedosáhl.*

5. Ke které zdravotnické profesi jste měl největší důvěru?

*Asi lékař, co mě prováděl biopsii.*

6. Bral ošetřující personál ohled na intimitu?

*Při vyšetření ano, pak si mě nikdo nevšímal.*

7. Ovlivňovala bolest Vaše pocity?

*Určitě ano. Člověk má pocit, že se něco děje, když to bolí.*

8. Respektoval ošetřující personál Vaši bolest a snažil se Vám pomoci?

*Ne.*

9. Chodili za Vámi na návštěvu Vaši blízcí, a co to pro Vás znamenalo?

*Ano chodili. Znamenali pro mě jedinou pomoc. Po příchodu manželky jsem se konečně najedl, napil a vymočil. Byla se mnou celé odpoledne, až do večera. Po jejím odchodu jsem byl zase nejistý, co mě čeká v noci.*

Výzkumná otázka č. 5:

Je nedostatek informací ovlivňujícím činitelem v uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázky z rozhovoru:

10. Byl jste dostatečně informován o nemoci, léčbě a výkonech?

*Ano byl, ale jen od ambulantního lékaře před hospitalizací. Během hospitalizace jsem lékaře viděl pouze při výkonu a při propuštění. Nikdo se mnou nekomunikoval.*

Doplňková otázka:

Jak to na Vás působilo?

*Měl jsem strach.*



11. Uměl Vám ošetřující personál pomoci či poradit, pokud jste něčemu nerozuměl?

*Ne.*

12. Kdo Vám poskytoval nejvíce informací?

*Manželka, která je také zdravotní sestra. Vše mi pořádně vysvětlila.*

## 11 DISKUSE

Každý hospitalizovaný člověk potřebuje mít jistotu. Chce si být jistý, že bude brzo zdravý, že nebude trpět bolestí, že je jeho rodina v pořádku, že nepřijde o zaměstnání, nebo že bude mít dostatek financí. Často slyšíme větu: Chci se ujistit, že.... Vše záleží na okolnostech dané situace.

S pocitem jistoty jde ruku v ruce bezpečí. Když budu mít jistotu, budu se zároveň cítit bezpečně. Jsou to jen dvě slova, nad kterými zdravý, úspěšný člověk nijak zvlášť nepřemýšlí. Jejich význam má však velkou hloubku.

V bakalářské práci se zabývám problematikou uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení. Zprvu se zdálo, že toto téma je snadné, ale po té, co jsem se jím začala hlouběji zabývat a pochopila jeho podstatu, cítila jsem se bezradně. Pacienty se nerodíme, nýbrž se jimi stáváme. Jak se asi musí cítit člověk, který se stal nedobrovolně pacientem a je hospitalizovaný?

Cílem této práce bylo, zmapovat problematiku potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení z pohledu všeobecné sestry a z pohledu pacienta. Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili vždy jedna sestra a jeden pacient z oddělení dlouhodobé intenzivní péče, z chirurgického oddělení a z interního oddělení. Celkem šest respondentů. Stanovila jsem pět výzkumných otázek. Tři byly zaměřené na sestry a dvě na pacienty.

K sestřám se vztahovala výzkumná otázka č 1: Mají sestry vědomosti týkající se uspokojení potřeby jistoty a bezpečí? Druhou výzkumnou otázkou bylo: Znají sestry faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí? S tím souvisela třetí výzkumná otázka: Jakým způsobem sestry reagují na potřebu jistoty a bezpečí?

Ze vzájemného porovnání výpovědí sester vyplynula jednoznačná odpověď na první výzkumnou otázku. Všechny tři sestry se shodně domnívají, že mají vědomosti potřebné k uspokojování potřeby jistoty a bezpečí, i když nikdy nenavštívily žádnou vzdělávací akci na toto téma. Byly toho názoru, že vždy je co zlepšovat. Uspořádaný seminář by považovaly za přínosný, pokud by měl zajímavou formu a byl veden netradičním způsobem.

Byla zodpovězena i druhá výzkumná otázka, zda sestry znají faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí. Za nejdůležitější považují dostatek informací, komunikaci, kontakt s rodinou a prostředím. Všechny tyto faktory zjišťují rozhovorem

a pozorováním. Velmi mě překvapilo, že žádná ze sester nezahrnula bolest do odpovědi na otázku: Co nevíce ovlivňuje jistotu a bezpečí hospitalizovaných pacientů? Teprve po konkrétním dotazu, týkající se bolesti a její léčby předsvědčivě odpověděly, že bolest ovlivňuje jistotu a bezpečí. Z jakého důvodu sestry na bolest zapoměly? Také jsem položila specifické otázky týkající se hygieny rukou a kontroly totožnosti dle identifikačního náramku. Domnívám se, že tyto faktory mají velký vliv na bezpečí pacientů. Sestry byly stejného názoru, ale opět jej potvrdily až po přímé otázce. Vysvětlily, že dodržováním hygieny rukou se snižuje riziko nozokomiálních nákaz a tím se zvyšuje bezpečí pacientů. Identifikačním náramkem se snižuje riziko záměny.

Dostala jsem odpověď i na třetí výzkumnou otázku: Jakým způsobem sestry reagují na potřebu jistoty a bezpečí? Potěšilo mě, že ji sestry uspokojují obdobným způsobem. Všechny se snaží komunikovat s pacientem empatickým způsobem a podávat mu srozumitelné informace. Seznamují ho s režimem oddělení. Často ho navštěvují na pokoji, aby se ujistily, že je vše v pořádku. Tentokrát nezapoměly ani na úlevu od bolesti. Také se všechny shodly, že je důležité umožnit kontakt s rodinou. Interní sestra se navíc snaží zajistit soukromí při návštěvách. Pro chirurgickou sestru je nejdůležitější udělat si čas na pacienta a dát mu prostor pro otázky. Nejvíce mě zaujala výpověď sestry z DIP, která vnímá pacienta jako celek a její přístup k ošetrovatelské péči je komplexnější. Uměla nejvíce a se zaujetím hovořit o tom, co dělá pro pacienty, aby byli spokojeni a cítili se bezpečně. Jako jediná zmínila důležitost kvalitního spánku. Položila jsem jí doplňující otázku, jak vnímá komunikaci s pacientem na DIP. Odpověděla, že komunikace je obtížná z důvodu zavedení tracheostomické kanyly. Dorozumívá se artikulací, odezíráním, pomocí tabulky s písmeny, písemně, někdy i pomocí piktogramů. S pacienty v bezvědomí komunikuje pomocí doteků, pohybu a vnímání. Dále podrobně popsala, jak je důležité umožnit pacientovi neomezený kontakt s rodinou. Dle její výpovědi profitují z návštěv pacienti i zdravotníci. Snaží se rodinu zapojit do ošetrovatelské péče. Učí je, jak mají správně přistupovat k pacientům v bezvědomí. Rodina má možnost být přítomna při umírání jejich blízkého. V tomto případě mají k dispozici pokoj pro hosty. Prostředí oddělení DIP je nové, nadstandardně vybavené a pro pacienty bezpečné. Po zhodnocení všech odpovědí této sestry jsem došla k názoru, že lze zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči a uspokojit potřebu jistoty a bezpečí. Myslím, že se na tom podílí vzdělání, léta praxe a hlavně kurz bazální stimulace, který sestra absolvovala. Karolína Friedlová ve své knize Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči uvádí, že tento koncept se orientuje

na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu pacienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a individualitou. Také popisuje důležitost integrace příbuzných, na které se pohlíží jako na partnery v procesu ošetrovatelské péče. Akceptuje a zohledňuje jejich postřehy. Tvrdí, že někdy je první osobou, která zachytí první nepatrné reakce pacienta právě jeho příbuzný. Těmito postřehy se sestra při poskytování péče nechává inspirovat.

Každá ze sester měla nějaký zajímavý postřeh a názor. Pokud bychom je spojili v jednu, vznikla by dokonalá empatická sestra, u které je na prvním místě spokojený pacient. Víme, že je to nemožné. Co je ale možné, je týmová spolupráce. Návaznost práce jedné sestry na práci té druhé. Dle mého názoru velmi záleží na managementu oddělení. Jestliže vrchní a staniční sestra mají stejnou myšlenku a vedou stejným směrem i své podřízené, pak je úspěšnost práce téměř stoprocentní.

Abych splnila druhou část cíle, pohled pacienta na potřebu jistoty a bezpečí, stanovila jsem čtvrtou výzkumnou otázku: Jaké jsou pocity pacientů během hospitalizace? Na ní navazovala pátá výzkumná otázka: Je nedostatek informací ovlivňujícím činitelem v uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Po analýze rozhovorů s pacienty jsem zjistila, že jejich názory jsou velmi odlišné. Pacientka z DIP porovnávala tuto hospitalizaci s předchozí v Praze, na kterou nemá dobré vzpomínky. Zde se cítila bezpečně. I když na pokoji bylo hodně přístrojové techniky, působilo na ni prostředí uklidňujícím dojmem. Žlutě vymalovaný pokoj zdobily slunečnice. Sestry jí ho ještě zútulnily jejími osobními věcmi a fotografiemi. Její pocity nejvíce ovlivňoval úžasný personál a přítomnost rodiny, která měla možnost neomezených návštěv. Přístup zdravotníků považovala za empatický, na vysoké úrovni. Vždy bral ohled na její intimitu. Měla opakovaně bolesti, na které personál vždy reagoval. Zhoršená komunikace z důvodu tracheostomické kanyly a hluchoty neovlivnila poskytování informací. Dorozumívali se psaním, tabulkami, artikulací, odezíráním a také doteky. Její rodiče byli také dostatečně informováni. Měla při hospitalizaci jeden moment, kdy se cítila vyděšeně a nejistě. Bylo to v době, kdy se probírala z bezvědomí a nevěděla kde je a co se děje. Přístupem zdravotníků však tyto pocity zmizely.

Pacientka z chirurgického oddělení byla s přístupem zdravotníků spokojená. Prostředí oddělení bylo zastaralé, ale v souvislosti s jejím stavem to nepovažovala za důležité, i když jí napadla myšlenka o kvalitě péče. Pocit nejistoty v ní vyvolávalo odloučení od rodiny, hlavně od malého dítěte. Největší důvěru měla k sestram. Braly ohled

na její intimitu a bolest, která se násobila psychickou bolestí. Zvládla to díky přístupu sester a rodiny. Tato pacientka je povoláním všeobecná sestra, proto jsem jí položila doplňkové otázka týkající se hygieny rukou a kontroly totožnosti dle identifikačního náramku. Zjištění bylo zajímavé. Totožnost podle náramku nikdo nekontroloval, pouze se ptali na jméno. Hygieny rukou si jako zdravotnice obzvláště všímala. Sestry ji dodržovaly více než lékaři. Nejvíce informována byla lékařem při příjmu k hospitalizaci, pak záleželo na tom, kdo měl službu na oddělení. Cítila se daleko lépe, když věděla, co bude následovat.

Depresivně působilo prostředí na pacienta z interního oddělení. Měl strach, jaká asi bude péče. Nejvíce ho ovlivnilo, že byl po biopsii jater nesoběstačný, nesměl se hýbat. Neměl u sebe telefon ani signalizační zařízení, obával se, že se nikoho nedovolá. Cítil se bezradně a měl „absolutní pocit nejistoty“. Přístup personálu hodnotil jako katastrofu. Sestru viděl pouze při měření teploty, a když přinesla jídlo, na které nedosáhl. K psychické pohodě by mu přispěly častější návštěvy komunikujícího personálu, na který se může kdykoliv obrátit. Nejvíce důvěřoval lékaři, který mu prováděl výkon. Pak si ho nikdo nevšiml, ani když měl bolesti, které v něm vyvolávaly pocit, že se něco děje. Informace získal od ambulantního lékaře před hospitalizací. Nikdo s ním nekomunikoval. Lékaře viděl při výkonu a při propuštění. Měl strach. V knize Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu Eva Trachtová uvádí, že emoce člověka, zvláště negativní pocity a strach zesilují bolest. Bolest je samostatným stresorem a spouštěčem dalekosáhlých změn v celém organismu. Lékař i sestra mohou svým jednáním tento stav zmírnit nebo vystupňovat. V případě tohoto pacienta se skloubilo hned několik negativních pocitů. Byl to strach, nejistota a bezmoc. V souvislosti s depresivním prostředím a bolestí musela být hospitalizace jeho nejhorším zážitkem. Jedinou pomoc pro něj znamenala návštěva manželky, která je také všeobecná sestra. Poskytla mu nejvíce informací a zajistila jeho ostatní potřeby.

Všechny tyto informace postačily k tomu, abych odpověděla i na čtvrtou výzkumnou otázku: Jaké jsou pocity pacientů během hospitalizace? Pacientka z oddělení DIP byla spokojená a měla samé kladné pocity. Pacientku z chirurgického oddělení ovlivňovaly převážně pocity z odloučení od dítěte, s přístupem byla spokojená. Samé negativní pocity měl pacient z interního oddělení. Odpověď na pátou výzkumnou otázku, zda je nedostatek informací ovlivňujícím činitelem v uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, zní ano.

Když jsem porovnála výpověď sestry a pacienta z téhož oddělení, došla jsem k takovému závěru. Na oddělení DIP pracuje vzdělaná sestra, která umí uspokojit potřeby a práce ji baví. Její pacientka je spokojená a cítí se v bezpečí. Sestra z chirurgického oddělení zná problematiku uspokojování potřeb, ale pacientka se cítila nejistě, protože doma měla malé miminko, ale personál se snažil její obavy zmírnit. Na interním oddělení má sestra také dostatek informací k uspokojování potřeby jistoty a bezpečí, avšak pacient cítil absolutní nejistotu a strach. Z tohomůžeme usoudit, že přístup zdravotníků není vždy stejný. Jedna sestra udělá pro pacienty maximum, ale další sestra provádí pouze to nejnnutnější a někdy ani to ne. Otázkou je proč? Proč některá sestra má zájem o svoji profesi a o pacienty a některá ne? Proč chce vykonávat profesi sestry, když ji tato práce a péče o pacienty obtěžuje? Tyto otázky jsou k zamyšlení a jako návrh pro další téma bakalářské práce.

## ZÁVĚR

Nejdůležitějším cílem moderního ošetrovatelství je uspokojování potřeb člověka formou ošetrovatelského procesu. Ten vyžaduje od zdravotníků patřičné znalosti, přizpůsobivost, zaujetí k práci a schopnosti určit potřeby.

Tématem bakalářské práce bylo Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení. V první kapitole teoretické části se věnuji potřebám a jejich klasifikaci. Vysvětluji, proč je důležité, je znát, jak se mění vlivem nemoci a jak souvisí potřeba s ošetrovatelským procesem. Druhá kapitola je zaměřena na potřebu jistoty a bezpečí během hospitalizace, na faktory, které jí ovlivňují, na reakce při neuspokojení této potřeby a jak je efektivně zvládnout. Vysvětluji, jak s bezpečím pacientů souvisí kvalitní ošetrovatelská péče a prostředí nemocnice. Třetí kapitola je věnována komunikaci, respektive komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Popisuji evaluační a devaluační prvky v kontaktu s pacientem. Ve čtvrté kapitole se zabývám pochybeními, omyly a jejich prevencí.

Cílem práce bylo zmapovat problematiku potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení z pohledu všeobecné sestry a z pohledu pacienta. Stanovila jsem pět výzkumných otázek. První tři byly zaměřené na sestry. Mají sestry vědomosti týkající se uspokojení potřeby jistoty a bezpečí? Znají sestry faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí? Jakým způsobem sestry reagují na potřebu jistoty a bezpečí? K pacientům se vztahovala čtvrtá a pátá výzkumná otázka. Jaké jsou pocity pacientů během hospitalizace? Je nedostatek informací ovlivňujícím činitelem v uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Cíl práce byl splněn a na výzkumné otázky bylo odpovězeno. Šetření ukázalo, že i když sestry mají dostatek vědomostí k uspokojování potřeby jistoty a bezpečí, přesto ji v některých případech neuspokojují a pacienti se cítí nejistě.

Doporučením pro praxi je uspořádat seminář zaměřený na potřebu jistoty a bezpečí s využitím modelových situací. Sestry tak budou mít možnost vyzkoušet sami na sobě, jak se asi cítí pacient v určitých situacích. Pro kvalitnější uspokojení potřeb pacienta je nutné zkvalitnit informovanost zdravotnického personálu prostřednictvím pravidelných školení a seminářů na toto téma. Management nemocnic by se měl snažit přizpůsobit prostředí jednotlivých oddělení tak, aby umožňovala a zdravotnickému personálu usnadňovala uspokojování potřeby jistoty a bezpečí. Někteří pacienti jsou natolik ovlivněni změnou zdravotního stavu a z toho vyplývajícími potřebami, že uspokojit

jejich potřebu jistoty a bezpečí je velmi náročné a závislé na přístupu konkrétní ošetřující osoby. Cílem školení a seminářů pro zdravotníky by měla být minimalizace rozdílu přístupu jednotlivých ošetřujících a jeho optimalizace. Dále je nutné pracovat na koordinaci přístupu zdravotnického personálu různé úrovně. Navrhovala bych i pravidelné stáže zdravotnického personálu na jiná oddělení za účelem výměny zkušeností pro nalezení ideálního přístupu k pacientovi vedoucího k uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.



## LITERATURA A PRAMENY

1. TRACHTOVÁ, Eva. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
2. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
3. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
4. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
5. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Dotisk 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
6. DOENGES, Marilyn, MOORHOUSE, Mary. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 3.vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT bazální stimulace, 2009. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
8. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-6568-6.

10. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
12. ČERNÁ, Hana. *Potřeby hospitalizovaných nemocných*. Ošetrovatelství. 2000, **2**(1-2), s. 24-31. ISSN 1212-723X.
13. PASEKOVÁ, M. *Lidské potřeby jako ošetrovatelský problém*. Revue ošetrovatelstva a laboratorních metodik. 1996, **2**(2), s. 51-53. ISSN 1335-5090.
14. SLAMKOVÁ, Alica, ZRUBCOVÁ, Dana. *Povzbudenie, úcta, rešpekt. Sestra a lekár v praxi*. 2009, **8**(1-2), s. 35, ISSN 1335-9444.
15. VÁLKOVÁ, Monika. *Uspokojování potřeb bezpečí a jistoty u nemocných*. Ošetrovatelství. 2000, **2**(3-4), s. 34-37. ISSN 1212-723X.
16. SKÁLOVÁ, Andrea, Škrála, Petr. *Optimální léčebné prostředí-mýtus, nebo naděje pro pacienty?* Zdravotnické noviny. 2006, **55**(50), s. 14-15. ISSN 0044-1996.
17. NOVOTNÁ, Eva, JUDIČÁKOVÁ, Mária. *Kvalitná ošetrovatelská starostlivosť – pohľad poskytovateľov a prijímateľov starostlivosti počas hospitalizácie*. Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratorních metodik. 2008, **14**(3), s. 109-112. ISSN 1335-5090.
18. FN Plzeň. *Kvalita poskytované péče*. [online]. Plzeň: 1.2.2013. [cit. 11.2.2013]. Dostupné z: <http://www.fnplzen.cz/kvalita.asp>
19. VALEŠOVÁ, Monika, a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. 56 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

20. ŠVANTNEROVÁ, Olga. *Profesionálne a ľudsky*. Sestra a lekár v praxi. 2008, 7(3-4), s. 41, ISSN 1335-9444.
21. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
22. MZCR. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. Praha: 28.1.2013. 12.2.2013 [cit. 13.2.2013]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/resortni-bezpecnostni-cile-na-obdobi-cerven-7376\\_2837-29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/resortni-bezpecnostni-cile-na-obdobi-cerven-7376_2837-29.html)
23. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
24. ONDRIOVÁ, Iveta, SINAIOVÁ, Anna. *Uplatňování holismu u kriticky nemocných*. Sestra. 2011, 21(9), s.55, ISSN 1210-0404.
25. PROJECT HOPE. *Nil Nocere – Ochrana pacientů před poškozením*. [online]. Praha: 2012. [cit. 27.2.2013]. Dostupné z: <http://www.projecthope.cz/index.php?page=nil-nocere>
26. MZCR. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. [online]. Praha: 28.1.2013. 14.2.2013 [cit. 27.2.2013]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb\\_2876-29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2876-29.html)

## **SEZNAM ZKRATEK**

FN - Fakultní nemocnice

MZ - Ministerstvo zdravotnictví

EU - Evropská unie

SZO - Světová zdravotnická dokumentace

ISO - Mezinárodní organizace pro standardizaci

NANDA - Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku

DIP – Dlouhodobá intenzivní péče.

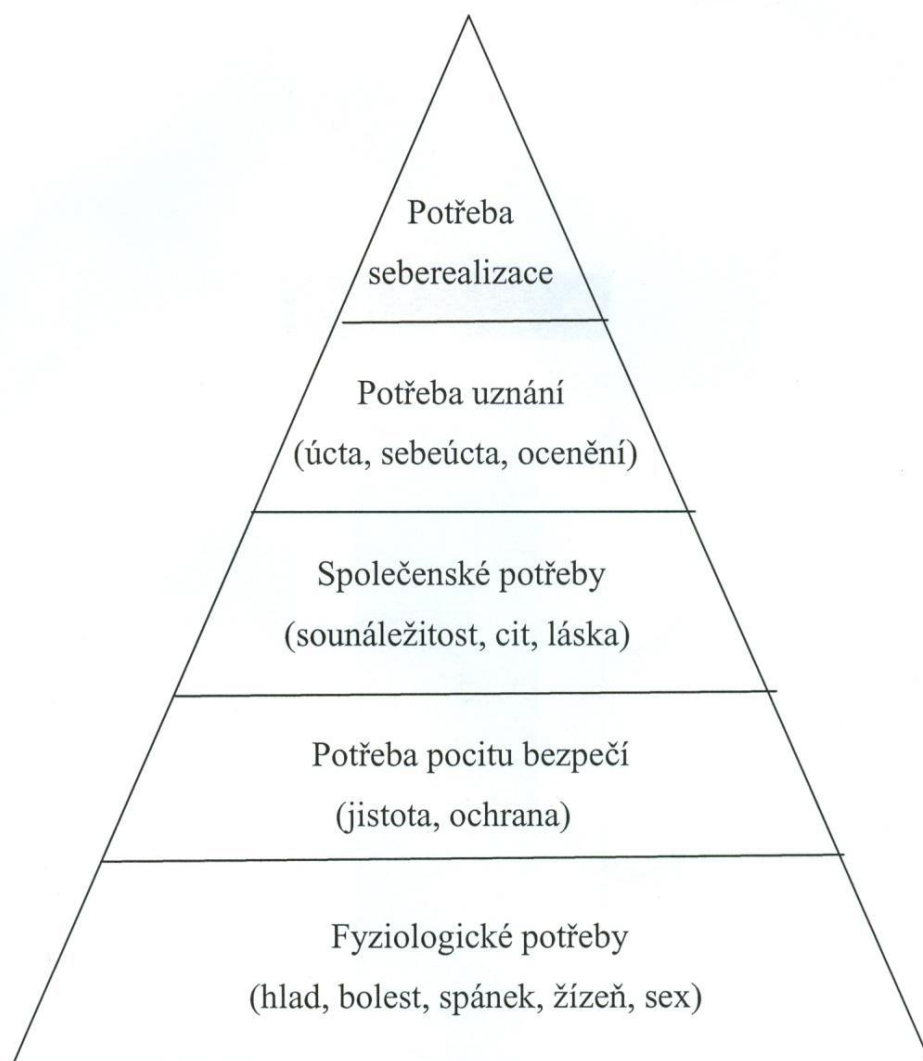
## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Maslowova pyramida potřeb

Příloha 2: Resortní bezpečnostní cíle

Příloha 1:

Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.



Příloha 2:

## **Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotních služeb na období červen 2011 až duben 2012**

### ***RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů***

#### Realizace cíle:

1. Zdravotnické zařízení vypracuje vnitřní předpis konkrétně upravující správný postup při identifikaci všech pacientů. Tento předpis popisuje závazné postupy pracovníků zařízení při péči o všechny pacienty a upravuje postupy pro neobvyklé situace (např. péči o pacienty na dětských a psychiatrických odděleních).
2. Vnitřní předpisy vyžadují minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta (např. jméno a datum narození). K těmto nástrojům však nepatří použití označení pokoje pacienta či popis jeho umístění ve zdravotnickém zařízení.
3. Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léčiv, krve a transfuzních přípravků, před odebíráním vzorků k laboratorním vyšetřením apod.
4. Identifikace pacientů se provádí vždy před diagnostickými a terapeutickými výkony.

### ***RBC 2 – Bezpečnost při používání rizikových léčiv***

#### Realizace cíle:

1. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem spektrum léčiv s vyšší mírou rizika. K těmto léčivům patří vždy: (i) injekční roztoky chloridu draselného (KCl) o koncentraci 7,45% a vyšší, (ii) inzulíny, (iii) neředěné hepariny.
2. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem postupy upravující postupy při objednávání, skladování a podávání léčiv s vyšší mírou rizika.
3. Léčiva s vyšší mírou rizika nejsou umístěna na pracovištích zdravotnického zařízení, pokud to není z klinického hlediska nutné. Tam, kde zařízení jejich umístění připouští, jsou zavedeny postupy zabraňující nesprávnému podání.

### ***RBC 3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech***

#### Realizace cíle:

1. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem postupy upravující jednotný postup zajišťující provádění správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály.
2. Zdravotnické zařízení používá standardizovaný způsob označování místa výkonu a zajistí účast pacienta na označování místa operačního výkonu.
3. Zdravotnické zařízení zavede postup k verifikaci dostupnosti a funkčnosti dokumentace a vybavení nutného k provedení operačního výkonu.

4. „Zdravotnické zařízení používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní proceduru bezprostředně před zahájením operačního výkonu. Tato procedura zahrnuje ověření identifikace pacienta, identifikace výkonu a identifikace strany výkonu (při zaměnitelných místech), dostupnosti a správnosti potřebných technologií či zdravotnických prostředků a ověření profylaktického podání antibiotik pacientovi v době 60 minut před zahájením výkonu. Tato procedura probíhá za přímé účasti všech osob, které se na provedení výkonu podílejí. Cíl může zdravotnické zařízení naplnit zavedením kontrolního listu Světové zdravotnické organizace (WHO). Kontrolní list bude uveřejněn ke stažení na internetových stránkách MZČR, na portálu kvality a bezpečí: [http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010\\_1882\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010_1882_15.html)

#### ***RBC 4 – Prevence pádů pacientů***

##### *Realizace cíle:*

1. Nemocnice zavede vnitřním předpisem proces vstupního hodnocení rizika pádu u pacientů a opakovaného hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu, ke změně spektra užívaných léků apod.
2. Nemocnice zavede opatření ke snížení rizika pádů u pacientů vyhodnocených jako riziková.
3. Zdravotnická zařízení mají stanoven jednotný postup pro prevenci pádů a zranění u pacienta/klienta a jeho řešení.
4. Zdravotnická zařízení sledované výsledky analyzuje a pravidelně vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.

#### ***RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče***

##### *Realizace cíle:*

1. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem a uvede do provozních řádů schvalovaných odborem ochrany veřejného zdraví MZČR v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb. postup mytí rukou, používání bariérových technik a dezinfekční prostředků, které jsou základem prevence a kontroly infekcí. Zdravotnické zařízení zajistí, že mýdla, dezinfekční prostředky a ručníky či jiné prostředky na osušení jsou umístěny v těch oblastech, kde se vyžaduje mytí rukou a dezinfekční postupy.
2. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem a uvede do provozních řádů schvalovaných odborem ochrany veřejného zdraví MZČR v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb. situace, kdy jsou ochrana dýchacích cest, ochrana očí, ochranný oděv a rukavice vyžadovány, a zajistí dostupnost těchto ochranných pomůcek.
3. Zdravotnické zařízení provádí pravidelná školení (vycházející z odborných doporučení mezinárodních organizací – WHO, ECDC, CDC) v metodách prevence a kontroly infekcí, všech pracovníků odpovídající jejich pracovní činnosti (tj. vstupní, periodická a cílená školení). Zvláštní důraz je kladen na pravidelná školení pracovníků aktivně působících v oblasti prevence a kontroly infekcí (pracovníci týmu pro kontrolu infekcí, kontaktní sestry a lékaři klinických oddělení).



4. Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem zaměření programu prevence a kontroly infekcí na základě zohlednění rizika a způsobem odpovídajícím klinickému spektru ošetřovaných pacientů, oborovému zaměření zdravotnického zařízení a používaným diagnostickým a léčebným technologiím.
5. Proces prevence a kontroly infekcí ve zdravotnickém zařízení je komplexním způsobem začleněn do celkového programu zvyšování kvality a bezpečnosti pacientů. Cíl může zdravotnické zařízení naplnit zavedením doporučených postupů Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči (19763/2005 uveřejněno ve Věstníku MZČR č. 9/2005 na str. 11) nebo Světové zdravotnické organizace (WHO). Materiál „Doporučený postup WHO - Hygiena rukou ve zdravotní péči, první globální výzva k bezpečnosti pacientů "Čistá péče je bezpečnější" bude uveřejněn ke stažení na internetových stránkách MZČR, na portálu kvality a bezpečí: [http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok2010\\_1882\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok2010_1882_15.html)

### ***RBC 6 – Bezpečná komunikace***

#### *Realizace cíle:*

1. Zdravotnické zařízení vnitřním předpisem určí postup při ústní a telefonické komunikaci při ordinování léčiv a hlášení výsledků vyšetření pacientů.
2. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření zaznamená písemně úplný obsah ordinace či hlášení výsledků vyšetření.
3. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření tuto ordinaci či hlášení zpětně přečte.
4. Osoba, která stanoví ordinaci nebo hlásí výsledky vyšetření, potvrdí správnost opakovaného hlášení přijímací osobou.

### ***RBC 7 – Bezpečné předávání pacientů***

#### *Realizace cíle:*

1. Zdravotnické zařízení upraví vnitřním předpisem postup při předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti.
2. Vnitřní předpis obsahuje minimální kompetence pracovníků zajišťujících předání pacienta.
3. Vnitřní předpis stanoví formu a rozsah dokumentace při předání pacienta.
4. Vnitřní předpis se ve zdravotnickém zařízení dodržuje.

MZCR. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. Praha: 28.1.2013. 12.2.2013 [cit. 13.2.2013]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/resortni-bezpecnostni-cile-na-obdobi-cerven-7376\\_2837-29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/resortni-bezpecnostni-cile-na-obdobi-cerven-7376_2837-29.html)